



Departamento de posgrados

Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

Relación entre depresión, dependencia funcional y ciclo vital en los adultos mayores de la parroquia Yanuncay 2018

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Especialista en
Medicina Familiar y Comunitaria**

Autora: Md. Flor de Lourdes Dávila Carpio

Director: Dr. Federico Marcelo Toral Tenorio

Cuenca, Ecuador

2019

Dedicatoria

A mí madre

Por su apoyo incondicional, amor, bondad, fortaleza y sabiduría

A mi esposo e hijas

Por su compañía, entendimiento y apoyo en momentos difíciles

Para así poder lograr los objetivos propuestos

Agradecimientos

Expreso mi total agradecimiento a los adultos mayores de la comunidad del Parque Iberia de la parroquia Yanuncay, por su colaboración y apoyo en este trabajo de investigación.

A mi familia por ser la principal motivación en estos años de postgrado, a mis profesores, por su apoyo incondicional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|------|
| RESUMEN | viii |
| ABSTRACT | ix |
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1 El problema de investigación | 3 |
| 2. OBJETIVOS | 6 |
| 2.1. Objetivo general..... | 6 |
| 2.2. Objetivos específicos..... | 6 |
| 3. MARCO TEÓRICO | 7 |
| 3.1. Antecedentes de la investigación | 7 |
| 3.2. Bases teóricas | 10 |
| 4. HIPÓTESIS | 24 |
| 5. METODOLOGÍA | 25 |
| 5.1. Metodología..... | 25 |
| 5.1.1. Descripción del objeto o sitio de estudio..... | 25 |
| 5.1.2. Diseño y tipo de la investigación..... | 25 |
| 5.1.3. Unidad de análisis | 25 |
| 5.1.4. Universo de estudio | 25 |
| 5.1.5. Muestra..... | 26 |
| 5.1.6. Criterios de inclusión | 26 |
| 5.1.7. Criterios de exclusión | 27 |
| 5.1.8. Variables del estudio | 27 |
| 5.1.9. Métodos de recolección de datos e instrumentos de investigación | 27 |
| 5.1.10. Escala de depresión geriátrica de Yesavage reducida (GDS-15)..... | 28 |
| 5.1.11. Escala de Lawton y Brody para actividades instrumentales de la vida diaria | 29 |
| 5.1.12. Test de Barthel para actividades básicas de la vida diaria | 29 |
| 5.1.13. Plan de análisis estadístico de datos..... | 30 |
| 5.1.14. Consideraciones éticas..... | 30 |
| 6. RESULTADOS..... | 32 |

| | |
|--|----|
| 6.1. Resultados de la investigación descriptivos e inferenciales | 32 |
| 7. DISCUSIÓN | 45 |
| 7.1. Discusión de los resultados | 45 |
| 8. CONCLUSIONES | 51 |
| 9. RECOMENDACIONES | 53 |
| 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |
| 11. BIBLIOGRAFÍA GENERAL | 59 |
| 12. ANEXOS | 60 |

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Prevalencia de depresión en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay. 2018..... | 35 |
| Tabla 1. Prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay en la muestra total y según el sexo. 2018..... | 36 |
| Tabla 2. Prevalencia de independencia funcional según el índice de Barthel en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay según el sexo..... | 37 |
| Tabla 3. Distribución por ciclo de vida del adulto mayor según el sexo en individuos del sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay. 2018..... | 38 |
| Tabla 4. Prevalencia de depresión distribuida por dependencia funcional en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay. 2018..... | 39 |
| Tabla 5. Distribución por independencia funcional según la clasificación de depresión en los adultos mayores de Yanuncay.2018..... | 40 |
| Tabla 6. Distribución por ciclo de vida según la presencia de depresión en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay. 2018..... | 41 |
| Tabla 7. Influencia del ciclo de vida del adulto mayor en la dependencia funcional según el cuestionario de Lawton y Brody relacionada a la depresión. 2018..... | 42 |
| Tabla 8. Influencia de la distribución por ciclo de vida sobre la dependencia funcional medida a través del índice de Barthel según el diagnóstico de depresión. 2018..... | 43 |
| Tabla 9. Tabla cruzada entre depresión y dependencia funcional en las actividades instrumentales y básicas diarias en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay. 2018..... | 45 |

ÍNDICE DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo 1. Formulario de recolección de datos..... | 60 |
| Anexo 2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage..... | 62 |
| Anexo 3. Escala de Lawton y Brody modificada | 63 |
| Anexo 4. Índice de Barthel..... | 64 |
| Anexo 5. Consentimiento informado..... | 66 |
| Anexo 6. Operacionalización de variables..... | 67 |

RESUMEN


El objetivo de este estudio fue establecer la relación entre depresión, dependencia funcional y ciclo vital en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay. Este estudio fue de metodología analítica y transversal, incluyendo un total de 137 adultos mayores del sector, donde se encontró una prevalencia de depresión establecida del 13,9%, mientras que el 26,3% y el 51,1% de los adultos mayores fueron dependientes para la realización de las actividades básicas, así como de las actividades instrumentales de la vida diaria, respectivamente. La depresión establecida fue mayor en el ciclo vital de los ancianos jóvenes con un 16,7%. La dependencia funcional se asoció a mayor prevalencia de depresión, tanto para las actividades básicas (RP= 1,65; IC 95%= 1,16-2,34), como las actividades instrumentales (RP=1,74; IC 95%= 1,16-2,59). Este estudio demostró la relación entre la depresión y la dependencia funcional por lo que debe promoverse una valoración geriátrica integral.

Palabras claves: adulto mayor, depresión, dependencia funcional, Yesavage.

ABSTRACT

The objective of this study was to establish the relationship between depression, functional dependence and the life cycle in older adults from the Parque Iberia, Yanuncay. This was an analytical and cross-sectional study that included a total of 137 older adults from this sector. An established prevalence of depression of 13.9% was found, 26.3% of older adults were dependent for the performance of basic activities and 51.1% were dependent for the instrumental activities of daily life. The established depression was higher in the life cycle of the young elders with 16.7%. Functional dependence was associated with a higher prevalence of depression, both for basic activities (RP = 1.65, 95% CI = 1.16-2.34) and instrumental activities (RP = 1.74, 95% CI = 1.16-2.59). This study demonstrated the relationship between depression and functional dependence, which is why an integral geriatric assessment should be promoted.

Keywords: older adult, depression, functional dependency, Yesavage.



Translated by
Ing. Paúl Arpi

1. Introducción

Este estudio se enfoca en la población adulta mayor, en este ciclo vital, se experimenta en mayor medida un proceso que acompaña de forma progresiva al individuo, el envejecimiento, que es fisiológico, dinámico e irreversible. Pero los cambios no aplican únicamente el ámbito biológico (comorbilidades que disminuyen las capacidades físicas) sino que se observan cambios sociales (aislamiento social), culturales (sociedad que rinde culto a la juventud), económicos (jubilación e ingresos económicos) y psicológicos (nido vacío, viudez, abandono familiar) que enfrentan al adulto mayor ante una nueva realidad que fácilmente lo puede llevar a la depresión (Singh & Bajorek, 2014).

Las cifras obtenidas sobre la depresión en el adulto mayor confirman su importancia en la actualidad, siendo uno de los principales problemas de salud pública mundial. Según la OMS, la depresión afectó a 322 millones de personas en el año 2015 (World Health Organization, 2017), por otro lado, el estudio NHANES realizado entre el año 2013-2017, estimó que el 8% de la población mayor a 60 años de edad en Estados Unidos padece de depresión (Brody, Pratt, & Hughes, 2018), mientras que según la OMS, el 4,6% de la población total de Ecuador padece de depresión, aunque se espera que esta cifra sea más elevada en los adultos mayores (World Health Organization, 2017), lo que demuestra la importancia en salud pública de esta patología y los esfuerzos que deben tomarse para prevenirla.

La capacidad funcional del adulto mayor es uno de los aspectos de su vida más afectado negativamente en esta etapa del ciclo vital, con causas biológicas (degeneración de los tejidos y la capacidad mental); y psicológicas (al verse rodeado de tantos cambios en su vida que lo predisponen a la depresión) (Pocklington, 2017). La incapacidad del adulto mayor para realizar sus actividades básicas personales, de relacionarse con sus seres queridos o con la sociedad, se denomina dependencia funcional y requiere que un cuidador deba hacerse cargo del mismo para poder subsistir. Esta realidad afecta la calidad de vida del adulto mayor y evita que experimente esta etapa vital de forma positiva, aceptando su integridad y las decisiones que ha tomado (Álvarez et al., 2004)

En Latinoamérica, estudios han reportado una prevalencia de dependencia funcional entre el 18-30% en esta etapa del ciclo vital (Arango et al., 2016; Silva, Orellana, & Nassr, 2015), similar a estudios realizados en Ecuador, con una prevalencia de dependencia funcional entre el 25-36% (García-Hernández, 2015; Vargas, Naranjo, & Vázquez, 2017), lo que demuestra que un alto porcentaje de los adultos mayores padecen de limitaciones físicas y dependen de terceros para subsistir.

La depresión en el adulto mayor es una de las principales patologías que se presentan en las consultas de atención primaria, por lo que el especialista en medicina familiar y comunitaria debe tener las herramientas necesarias para el cribado y manejo inicial adecuado de estos pacientes, en pro de disminuir los costos asociados a su atención (Trautmann & Beesdo-Baum, 2017). Este estudio cobra vital importancia a la sociedad, al desconocer la situación actual de la depresión, dependencia funcional y el ciclo vital en el Sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay en Ecuador, considerando que esta patología es una de las principales causas de discapacidad y afecta negativamente el ciclo vital del adulto mayor. En esta investigación, se realizó una revisión de la literatura y se conformó un marco teórico-conceptual del problema estudiado.

Esta revisión bibliográfica se realizó como fundamento del diseño del estudio, siendo de campo, no experimental, analítico y transversal, seleccionando de manera aleatoria y casa por casa a una muestra de adultos mayores del sector Parque Iberia en la parroquia de Yanuncay, Cuenca, según el reporte del distrito 01D02, estimando una población de 4010 individuos mayores a 65 años de edad. La muestra fue calculada a través de la fórmula para poblaciones finitas que se comentará de forma detallada en la metodología, seleccionando un intervalo de confianza del 95% ($z=1,96$), un margen de error del 5% ($d=0,05$) y un porcentaje esperado de ocurrencia que se escogió del 10% (p), obteniéndose una muestra final de 137 individuos de ambos sexos. Los datos fueron recolectados en el domicilio de los sujetos incluidos en el estudio, donde se aplicaron instrumentos de investigación mundialmente validados como la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la escala de Lawton y Brody y el Índice de Barthel para evaluar las variables de interés. Todo esto, bajo los reglamentos éticos de investigación y presentándose los resultados de forma descriptiva.

En conclusión, de este capítulo, es importante el estudio de los cambios biológicos, psicosociales, socioeconómicos y patológicos experimentados por los adultos mayores, ya que su crecimiento ha aumentado en las últimas décadas. En Ecuador actualmente hay un interés en la promoción del bienestar del adulto mayor por lo que es importante promover estudios en este país, para monitorear los cambios experimentados en esta población, en especial acerca de la depresión ya que es una de las patologías más importantes presentes en esta etapa de la vida.

1.1 El problema de investigación

A continuación, se abordará el problema de investigación en el que subyace la realización de este estudio, es decir, la relación entre la depresión, la dependencia funcional y el ciclo vital en el adulto mayor. En primer lugar, uno de los procesos sociales de mayor relevancia en las últimas décadas es el envejecimiento de la población, siendo una realidad en la época contemporánea de la humanidad. Esto ha cambiado de manera drástica desde hace 1 siglo, donde se estima que los adultos mayores formen el 22% de la población mundial para el año 2050. Este comportamiento social, tiene implicaciones en la salud pública mundial y nacional, ya que la atención médica del adulto mayor es diferente a la prestada a otras edades, requiriendo una aborde integral que incluya la esfera mental, funcional, familiar y social, que generalmente es ignorado, por lo que no se resuelven de forma holística los problemas de salud del individuo (Sander et al., 2015).

Durante esta etapa de la vida se encuentran múltiples comorbilidades lo que dificulta el proceso diagnóstico, atribuyéndose muchas veces como síntomas al proceso de envejecimiento normal, por lo que varias patologías suelen ser sub-diagnosticadas y dentro de estas, la depresión. Los cambios sociales, económicos, culturales y psicológicos que experimentan los adultos mayores en este ciclo vital, han cobrado interés en las últimas décadas en su relación con la depresión, ya que generan crisis que predisponen a esta patología (Lopez et al., 2015). En un estudio realizado en la parroquia Cañaribamba en la ciudad de Cuenca, la prevalencia de depresión en el adulto mayor fue de 14,7% con un media de edad de los individuos estudiados de 73 años y se asoció a características socio-familiares como vivir solo o no tener trabajo (Palomeque Flores & Peralta Miranda, 2014).

Una de las consecuencias de la depresión en el adulto mayor es la afectación de la capacidad funcional. La funcionalidad en esta etapa de la vida está determinada por la capacidad de realizar de forma propia las actividades diarias de su vida, de ser independiente y de disfrutar su vejez. El adulto mayor necesita su integridad física, psíquica y emocional para cumplir con los objetivos planteados en su ciclo vital, por ende, si se ven afectadas sus capacidades y habilidades, falla en la continuación de sus etapas como ser humano. Es necesario dentro del abordaje integral de este grupo etario, la determinación de la capacidad funcional, siendo indicadores de la salud global, ya que la inmovilidad e incapacidad para cumplir con las actividades que demandan sus roles, se traduce en una pérdida de la autonomía, por lo que exige que otras personas en su círculo familiar y social colaboren con su cuidado (Álvarez et al., 2004).

En este contexto, el adulto mayor está expuesto a múltiples cambios biológicos, sociales, económicos, culturales y psicológicos que actúan como crisis propias del envejecimiento, que lo predisponen a padecer depresión y dependencia funcional, pérdida de autonomía y discapacidad, lo que representa un problema social, familiar y comunitario que necesita ser detectado de manera oportuna. Debido a todos estos factores que pueden surgir en los adultos mayores afectando la calidad de vida, es necesario intervenir en ellos para preservar sus funciones (Shapero et al., 2014). Por esta razón, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿La dependencia funcional y el ciclo vital individual se relacionan con depresión en los adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay en Cuenca, Ecuador?

En base a esta problemática planteada, se pueden formular las siguientes preguntas específicas: ¿Cuál es la frecuencia de depresión en los adultos mayores de la comunidad? ¿Qué tan frecuente es la dependencia funcional en los adultos mayores del Sector Parque Iberia? ¿El ciclo vital individual del adulto mayor se relaciona con depresión y dependencia funcional? ¿La depresión relacionada a dependencia funcional influye en la autonomía y actividades de la vida diaria según el ciclo vital de los adultos mayores? En base a estos conocimientos actuales en la bibliografía y a las preguntas de investigación, se plantea como hipótesis que en el sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay, la depresión en el adulto mayor está relacionada con dependencia funcional y la etapa del ciclo vital individual que atraviesan las familias y por esta razón se decide realizar el presente estudio.

Este estudio tiene como objetivo general establecer la relación entre la depresión, dependencia funcional y ciclo vital en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay. Sus objetivos específicos son: 1) determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores del sector Parque Iberia; 2) determinar la prevalencia de dependencia funcional en los adultos mayores del sector Parque Iberia; 3) determinar el ciclo vital en el que se encuentran los adultos mayores del sector Parque Iberia y 4) analizar las variables sociodemográficas de depresión, dependencia funcional y ciclo vital en los adultos mayores.

Esta investigación contribuirá con el marco teórico de la literatura sobre la depresión en el adulto mayor, permitiendo plantear medidas de prevención que serán puestas a prueba en futuros estudios. En los adultos mayores, se identificará si las características sociodemográficas, las condiciones familiares y el apoyo social influyen en la presencia de depresión, con lo que se promoverán cambios en estas esferas de la vida. Es necesario investigarlo para poder promover nuevas estrategias que mejoren la calidad de vida de estos pacientes.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Establecer la relación entre depresión, dependencia funcional y ciclo vital en adultos mayores de la parroquia Yanuncay.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores de la parroquia Yanuncay.
- Establecer la prevalencia de dependencia funcional en los adultos mayores de la parroquia Yanuncay.
- Determinar el ciclo vital en el que se encuentran los adultos mayores de la parroquia Yanuncay.
- Analizar las variables sociodemográficas de depresión, dependencia funcional y ciclo vital en los adultos mayores.

3. Marco teórico

3.1. Antecedentes de la investigación

A continuación, se detallará literatura médica actual sobre la relación entre depresión en el adulto mayor, dependencia funcional y ciclo vital, y que son la base de la presente investigación.

En primer lugar, Runzer-Colmenares y cols (2017), realizaron un trabajo con el objetivo de determinar la relación entre la dependencia funcional y la depresión en adultos mayores de Perú, mediante un estudio de metodología retrospectiva y analítica, incluyendo un total de 574 adultos mayores. Para la valoración de la depresión utilizaron la escala de Yesavage, el índice de Barthel para las ABVD y la escala de Lawton para las AIVD. La edad media de los individuos estudiados fue de 77,4 años de edad, encontrándose una relación inversa entre la depresión y la dependencia funcional, aumentando los síntomas depresivos a medida que los adultos requerían mayor ayuda para la realización de sus actividades diarias; $p < 0,01$. Este estudio demuestra la importancia de analizar las actividades básicas y las instrumentales para la valoración de la dependencia funcional en los adultos mayores, ya que cada una determina capacidades o habilidades de interacción distintas que pueden ser intervenidas para su beneficio (Runzer-Colmenares et al., 2017).

Díaz y cols (2014), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la dependencia funcional relacionada con el bienestar emocional, entre estos la depresión. El estudio de metodología transversal y descriptiva incluyó 103 participantes mayores a 60 años de la comunidad de Madrid, a quienes se les aplicó el cuestionario de depresión geriátrica y el índice de Barthel para evaluar la dependencia funcional en las ABVD. Las puntuaciones de depresión aumentaron de 5,25 en los adultos mayores independientes totales a 7,50 en los dependientes moderados y 6,68 en los dependientes severos, $p = 0,012$. A su vez, existió una correlación negativa entre ambas escalas ($r = -0,383$; $p < 0,001$), lo que indica una relación entre la depresión y la dependencia funcional en adultos mayores (Díaz et al., 2014).

Esta investigación determinó que el bienestar emocional de un adulto mayor en relación a la dependencia funcional no depende solamente de la presencia de síntomas depresivos, sino también

de deterioro cognitivo, el ciclo de vida (edad) y la ansiedad, por lo que hace reflexionar que para el presente estudio deben considerarse estas condiciones para las recomendaciones finales enfatizando el abordaje integral del paciente (Díaz et al., 2014).

A su vez, en Chile, Silva y cols, (2015), realizaron un estudio descriptivo y transversal que tuvo como objetivo identificar la capacidad funcional de 55 adultos mayores perteneciente a un centro de salud familiar. Los instrumentos de investigación utilizados fueron el índice de Katz y el índice de Barthel para evaluar ABVD, además de aplicarse la escala de Zarit que determina la carga del cuidador, clasificándose en ausencia, presencia ligera o intensa de sobrecarga. El 74% de los pacientes estudiados fueron hombres, con más del 45% siendo dependiente en las actividades diarias, afectando de manera negativa al cuidador (Silva et al., 2015).

Este estudio en la población chilena surge asociado al “Programa de Atención domiciliaria a personas con dependencia severa”, donde se apoya al paciente con dependencia funcional, realizándose una valoración integral, por lo que con este antecedente y los resultados que se planteen en este estudio se puede sugerir nuevas estrategias a desarrollarse por parte del Ministerio de Salud Pública que se asocien al “Plan Nacional del Buen vivir” y al “Programa de atención al adulto mayor”, brindando no solo asesoría nutricional sino atención domiciliaria a las personas con dependencia severa y mayor carga familiar.

Asimismo, Arango y cols (2016), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el estado de salud general de 4284 adultos mayores a 60 años residenciados en Antioquía, Colombia. La metodología de esta investigación fue cuantitativa, analítica, observacional y descriptiva realizada durante el año 2012. Los instrumentos de investigación de interés utilizados fueron la escala de depresión geriátrica abreviada, el índice de Katz y la escala de recursos sociales. La edad promedio de los adultos mayores fue de 72,8 años de edad, por otro lado, el 16,2% presentó depresión con riesgo leve y el 10,1% mostró depresión establecida. No hubo asociación entre la depresión y el sexo ($\chi^2=3,58$; $p=0,58$), pero sí con estado civil ($\chi^2=60,23$; $p=0,000$). El 81,7% fueron independientes o no necesitaron ayuda para realizar sus ABVD según el índice de Katz, mientras que el 35,6% y el 22,2% tuvieron considerable deterioro de sus recursos sociales (Arango et al., 2016).

Este estudio también aporta un importante marco metodológico para la selección de la muestra estadística que permita inferir los resultados a la población en este estudio. Este fue realizado en Antioquía, uno de los departamentos de Colombia que incluye 10 regiones urbanas y rurales. Para seleccionar la muestra, el departamento fue dividido en conglomerados que estuvieron constituidos por distritos y municipalidades, donde se inició la recolección de la muestra casa por casa por medio de personal capacitado, con la realización previa de un muestreo piloto que permitió la validación de los instrumentos de investigación (Arango et al., 2016).

En Ecuador, Reyes y cols (2017), describieron el estado de salud de los adultos mayores institucionalizados en Guayaquil, utilizando la valoración geriátrica integral, en un estudio observacional, transversal y descriptivo, que incluyó a 50 pacientes donde se les aplicó la escala de Katz para la evaluación de la dependencia funcional, la escala de depresión de Yesavage y una valoración socio-familiar. En sus resultados evidenciaron que el 92% de los pacientes estudiados eran mujeres, 40% padecía enfermedades crónico-degenerativas, mientras que el 94% de los adultos mayores fue independiente funcionalmente en las ABVD y la depresión se encontró en el 22% de los mismos. Por otro lado, el 70% tenía una condición socio-familiar aceptable y el 18% tiene riesgo nutricional, indicadores que plantean una buena calidad de vida (Reyes, Donoso, & Alvarado, 2017).

De esta manera, este estudio evaluó a los adultos mayores según los lineamientos de las guías clínicas gerontológicas que incluye la valoración funcional, mental, socio-familiar y nutricional, fomentando en Ecuador la adopción de este método en todos los centros de salud incluyendo los centros gerontológicos. A su vez, promueve esta sistematización en los estudios futuros sobre adultos mayores que permitan la comparación entre los mismos.

Finalmente, a nivel comunitario, Vargas y cols. (2017), realizaron un estudio en la ciudad de Latacunga, Ecuador, en 70 adultos mayores con el objetivo de determinar la prevalencia de dependencia funcional y su relación con el abandono. Las escalas de Katz y Lawton y Brody modificada fueron aplicadas, además de una encuesta que identificaba características sociodemográficas. La media de edad en este estudio fue de 73 años, el 51% de la población tuvo analfabetismo, 38% no laboraba y 21% realizaba actividades ocupacionales en el área de la agricultura. Por otro lado, el 75%

de los sujetos fue independiente funcional en las ABVD, mientras que solo el 4% lo fue en las AIVD. El abandono familiar se encontró en el 75% de los pacientes relacionándose a la dependencia funcional cuantificada con ambas escalas ($p=0,023$ y $p<0,001$) (Vargas et al., 2017).

Esta investigación aporta datos sobre la importancia del componente familiar en la valoración del adulto mayor, relacionándose tanto con la depresión como con la dependencia funcional, enfatizando en la pesquisa de violencia psicológica en forma de abandono familiar, que es prevalente hasta en un 15% de la población de adultos mayores en Ecuador, siendo importante identificarlo para promover una intervención oportuna (Vargas et al., 2017).

3.2. Bases teóricas

Ciclo vital individual

El ser humano atraviesa diversas etapas desde su nacimiento hasta la muerte, donde en cada una de ellas se enfrenta a nuevas exigencias que demandan el aprendizaje de nuevas habilidades. Si son atravesadas satisfactoriamente, el individuo pasa a la siguiente etapa con estas nuevas características, pero si estas crisis no se superan, conlleva a eventos negativos como estancamiento del ciclo vital o la presencia de patologías. En base a este planteamiento, Erik Erikson propone la teoría del desarrollo psicosocial del ser humano, modificando las etapas del desarrollo psicosexual de Freud. Esta división del ciclo vital individual trata de explicar la realidad del ser humano en cada etapa de la vida, proponiendo Erikson las siguientes etapas (Delgado-Losada, 2015):

- Etapa incorporativa (Fase oral): que abarca desde el nacimiento hasta los 18 meses de edad.
- La niñez temprana (Fase anal): desde los 18 meses hasta los 3 años.
- La etapa preescolar (Fase genital): desde los 3 años a 6 años.
- La etapa escolar (Fase de latencia): entre los 6-12 años de edad.
- La adolescencia: que abarca el período entre 12-20 años de edad.
- La adultez joven: comprendida entre los 20-40 años de edad.
- La adultez media: constituida entre los 40-60 años de edad

- La adultez tardía: que se considera la última etapa del ciclo vital desde los 60 años de edad.

La adultez tardía es considerada la fase involutiva del ciclo vital individual, pero esto no significa que sea una etapa negativa, incapacitante o simplemente la espera hacia el fallecimiento, sino que se relaciona con el envejecimiento saludable o exitoso donde se celebra la jubilación, se disfruta de un mayor tiempo libre y se transmite conocimientos a las siguientes generaciones, siendo este el aspecto positivo de esta etapa. La crisis que surge en la adultez tardía es la integridad del yo frente a la desesperación, donde el individuo debe aceptar todas las experiencias vividas en el ciclo vital e integrarlas armoniosamente sin arrepentimientos, mientras que la desesperación surge por el pensamiento de haber perdido oportunidades (Delgado-Losada, 2015).

Adulto mayor y envejecimiento

La etapa del ciclo vital individual de la adultez tardía se caracteriza por el proceso del envejecimiento, siendo definido según la OMS como la reducción progresiva en las competencias o habilidades que tiene una persona para adaptarse frente al medio ambiente, planteando desde un punto de vista práctico, la edad mayor a 65 años como el inicio de esta etapa, aunque otros autores sugieren un límite mínimo de 60 años de edad. No obstante, la pérdida de esta capacidad de interacción no es total al inicio del envejecimiento, sino que se hace progresiva, donde un adulto mayor se hace más dependiente aproximadamente a los 75 años de edad. El envejecimiento puede verse asumido desde diferentes perspectivas (Dziechciaż & Filip, 2014):

- Una perspectiva cronológica determinada por los años de edad del adulto mayor.
- Una perspectiva biológica determinada por la pérdida de la funcionalidad.
- Una perspectiva jurídica determinada por la edad límite de jubilación.
- Una perspectiva económica donde disminuye su productividad e inserción laboral.
- Una perspectiva social en la cual se pierden roles y prestigio social.
- Una perspectiva psicológica determinada por las funciones cognitivas.

Cambios del envejecimiento

Si bien estas perspectivas engloban el proceso psico-socio-cultural del envejecimiento en el adulto mayor, uno de los principales aspectos que se estudia son los cambios en los distintos aparatos y sistemas del organismo, que determinan la pérdida de las capacidades físicas y mentales del mismo. Todos los órganos presentan un proceso de degeneración progresiva fisiológica, que no son sinónimos de enfermedad, sino de la evolución del ser humano en el ciclo vital individual.

Por ejemplo, en el sistema cardiovascular ocurren un conjunto de cambios asociados con el envejecimiento, estos cambios son tanto estructurales como funcionales. En primer lugar, hay hipertrofia del tejido cardíaco, es decir, aumenta el tamaño de las células cardíacas contráctiles, la cual es fisiológica, incrementando también la rigidez de las arterias. La velocidad de contracción del corazón disminuye, lo que aumenta la eficiencia energética. Funcionalmente, hay una disminución de la producción de óxido nítrico que es necesaria para mantener la función de los vasos sanguíneos, mientras que en el sistema venoso ocurre la insuficiencia de las válvulas venosas, por lo que predispone a varices venosas (Dziechciaż & Filip, 2014).

En el aparato respiratorio, hay una reducción del tamaño del tórax debido al estrechamiento de los espacios intervertebrales que genera encorvamiento de la columna vertebral o cifosis. La fuerza muscular disminuye de forma progresiva con el envejecimiento y eso afecta también la musculatura respiratoria, mientras que disminuye la capacidad de aclaramiento de las secreciones bronquiales y la fuerza de la tos, lo que predispone a infecciones respiratorias. A su vez, aumenta el tamaño de los espacios alveolares sin destrucción de sus paredes, pero estos cambios no se ven acompañados de un aumento del flujo sanguíneo, además disminuye la fuerza de retroceso elástico de los pulmones. Todos estos cambios disminuyen la capacidad vital pulmonar, mientras que aumentan el volumen residual y la capacidad funcional (Dziechciaż & Filip, 2014).

Los adultos mayores presentan cambios en el sistema gastrointestinal, como disminución de la fuerza muscular de la lengua y los músculos masticadores, así como de la secreción de saliva, además de aumentar la frecuencia de pérdida de los dientes, afectando la función masticadora, lo que genera una adaptación para mantener la función de formación del bolo alimentario (aumento del número de masticaciones por minuto). En el adulto mayor, también disminuye el vaciamiento gástrico y la motilidad

intestinal de forma variable y disminuye la secreción de enzimas pancreáticas (Dziechciaż & Filip, 2014).

Asimismo, en el sistema musculo-esquelético, los tendones, ligamentos, cartílagos articulares, hueso y el tejido muscular esquelético experimentan pérdida de sus propiedades estructurales y funcionales que pueden predisponer a fracturas espontáneas. Los principales cambios asociados al envejecimiento en este sistema son disminución de la fuerza y masa muscular, reducción de la densidad ósea, flexibilidad y rango de movilidad de las articulaciones y la pérdida de la capacidad de recuperación del tejido conectivo (Dziechciaż & Filip, 2014).

En el sistema nervioso central ocurren diversos cambios durante el envejecimiento del individuo, disminuyendo el volumen y peso del cerebro un 5% por década después de los 40 años, siendo más afectada la materia gris de la corteza frontal y parietal que controla los procesos ejecutivos motores y de pensamiento. El sistema ventricular y el espacio subaracnoideo aumenta para compensar la disminución del volumen cerebral, mientras que disminuye la producción de líquido cefalorraquídeo y su recambio, reduciendo el intercambio de sustancias y nutrientes en la micro vasculatura, facilitando el depósito de tóxicos (Dziechciaż & Filip, 2014).

La formación y acumulación de ovillos neurofibrilares y placas seniles en las neuronas es un proceso que ocurre en gran frecuencia en el adulto mayor, especialmente en la corteza prefrontal, siendo más severos a medida que avanza la edad y en patologías neurodegenerativas. Asimismo, existen cambios estructurales en las dendritas, disminuye la expresión de receptores y se altera el patrón de descarga eléctrica en estructuras relacionadas al procesamiento de la información, lo que conlleva a deterioro cognitivo (Dziechciaż & Filip, 2014).

En el adulto mayor disminuye la agudeza visual, progresa la pérdida de la función auditiva, se reduce el grosor de la piel y se afecta su función de membrana protectora. Muchos de estos cambios pueden aparecer en el contexto de una patología, por lo que se vuelve complicada su diferenciación del estado normal. El envejecimiento mental también ocurre, siendo necesario hacer conciencia del

proceso de envejecimiento y aceptarlo como fisiológico para conseguir una satisfacción global (Dziechciaż & Filip, 2014).

Adulto mayor y fragilidad

Dentro de la clasificación del adulto mayor, existe un conjunto de individuos con alto riesgo morbilidad, por lo que se les ha definido como adultos frágiles. La fragilidad es un término que hace referencia a los adultos mayores propensos a sufrir caídas, discapacidad y muerte, caracterizado por una disminución de las funciones fisiológicas en diversos sistemas del organismo. En la actualidad, la fragilidad no se considera discapacidad en las actividades diarias, sino a una condición en el adulto mayor relacionado con la reducción de la estatura, debilidad, poca resistencia, lentitud y baja actividad. La fragilidad es una entidad diferente a la discapacidad pero se asocia a esta, a la presencia de comorbilidades y a características sociodemográficas como la edad, el sexo, la educación y el estatus socioeconómico (Álvarez et al., 2004).

En Latinoamérica y el Caribe, se estima una prevalencia de fragilidad cercana al 20% de los adultos mayores, afectando la calidad de vida personal y familiar. El paciente con fragilidad requiere un mayor cuidado por parte de su círculo familiar o social por lo que se vuelve más dependiente, a su vez, presenta un mayor riesgo de depresión. Los síntomas presentes en la depresión pueden solaparse con la fragilidad (pérdida de peso, baja energía, disminución de actividad física y actividades de ocio). Para identificar a los pacientes frágiles, se recomienda valorar la dependencia funcional a través de las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria (Álvarez et al., 2004).

Depresión en adultos mayores

Todos estos factores que se asocian al adulto mayor y al proceso de envejecimiento, hacen que este grupo de individuos sea más susceptible de padecer síntomas depresivos. La depresión que aparece en los adultos mayores es compleja y multifactorial, teniendo en consideración todos los cambios sociales y económicos que sufre una persona cuando entra en esta etapa vital, además de aumentar la presencia concomitante de otras enfermedades incapacitantes. La depresión como comorbilidad asociada a otras patologías médicas ocasiona peores resultados disminuyendo la

adherencia al tratamiento. Es así como la depresión en el adulto mayor engloba alteraciones orgánicas y mentales que contribuyen al proceso fisiopatológico (Allan, Valkanova, & Ebmeier, 2014).

La definición de depresión y su prevalencia varía de acuerdo a los criterios o las herramientas de investigación que se utilicen. En la actualidad, la clasificación internacional de las enfermedades en su décima revisión (CIE-10) propone criterios rigurosos para el diagnóstico de depresión, clasificándolo de acuerdo a sus características clínicas y epidemiológicas. El CIE-10 incluye a la depresión en los trastornos del humor o afectivos (F30-F39), codificando como F32 al episodio depresivo en leve, moderada, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, otros episodios depresivos y episodio depresivo sin especificación. Los criterios diagnósticos más importantes en estas categorías son (Sjöberg et al., 2017):

A. Criterios generales:

1. El episodio depresivo tiene una duración de dos semanas como mínimo.
2. El episodio no puede ser atribuido a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
3. No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios del F30 (episodio maníaco o hipomaníaco).

B. Presencia de por lo menos dos de los siguientes síntomas:

- Ánimo depresivo.
- Pérdida del interés o capacidad para experimentar placer.
- Reducción de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe tener uno o más de los siguientes síntomas:

- Pérdida de la confianza o autoestima.
- Sentimiento irrazonable de auto reproche o culpabilidad inapropiada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- Disminución de la concentración o atención.
- Excitación o inhibición psicomotriz.

- Trastornos del sueño.
- Cambios marcados en el apetito o en el peso (aumento o disminución).

Estos criterios no son específicos para los adultos mayores, por lo que la depresión podría ser subdiagnosticada por la variedad de presentaciones clínicas propias de este grupo de pacientes, además de que se caracteriza por no sobresalir el ánimo depresivo como principal sintomatología. Por eso, se han propuesto escalas o cuestionarios que identifican síntomas depresivos específicos en adultos mayores, los cuales pueden estar presentes sin ser necesaria la coexistencia de un episodio depresivo mayor según los criterios previamente propuestos.

Clasificación de la depresión

La edad de presentación de esta patología psiquiátrica determina una clínica, factores de riesgo y fisiopatología distinta, por lo que se ha clasificado en dos variedades: la depresión de inicio temprano y la depresión de inicio tardío. La edad que sirve como el punto de corte son los 65 años de edad. La mayoría de los adultos mayores que presentan depresión son de tipo tardío y se relaciona con daño más orgánico ya sea vascular o degenerativo. Los hallazgos en neuro imagen encontrados en los pacientes con este tipo de depresión apoyan estos mecanismos, encontrándose hiper-intensidad o leucoencefalopatía de los circuitos cortico-estriatales, que son lesiones que podrían explicar las alteraciones en las funciones ejecutivas. En los pacientes con variedad de inicio temprano, se asocia a una susceptibilidad genética, a eventos estresantes en los primeros años de la vida y a la recurrencia, por lo que un adulto mayor puede presentar este tipo de depresión de la misma manera (Leyhe et al., 2017).

Etiología de la depresión en adultos mayores

Biológicamente, los cambios en el sistema cardiovascular y neurológico y las comorbilidades asociadas al envejecimiento pueden predisponer a la depresión de inicio tardío, pero estos factores no son preponderantes ya que, si bien se presentan siempre o en una frecuencia considerable, no todos los adultos mayores padecen depresión. De hecho se plantea que los adultos mayores tengan una mayor satisfacción con la vida, ya que han acumulado a través de ésta una mejor inteligencia

emocional que permite escoger eventos, relaciones y experiencias más gratificantes, a pesar de enfrentarse a problemas biológicos, familiares y socioeconómicos (Aziz & Steffens, 2013).

La depresión de inicio tardío surge de la interacción de factores genéticos, cognitivos y neurobiológicos, que se ven influenciados por eventos estresantes durante toda la vida. La depresión del adulto mayor puede presentarse como: 1) predecesor de un cuadro orgánico, es decir de una enfermedad; 2) depresión funcional unipolar; 3) síntomas depresivos en respuesta a vivencias. Los principales factores biológicos relacionados con la depresión de inicio tardío son los eventos o factores de riesgos vasculares, comorbilidades, fármacos y factores psicosociales, como la sensación de un propósito en la vida o autonomía que pueden actuar como factores protectores (Aziz & Steffens, 2013). Muchos factores asociados al adulto mayor y al envejecimiento participan en el desarrollo de depresión, lo que se comentará en los siguientes apartados.

Comorbilidades y depresión

Uno de los principales factores relacionados a esta patología, son las comorbilidades o enfermedades crónico-degenerativas, ya que son prevalentes en el adulto mayor y complican el manejo integral del mismo. La depresión de inicio temprano se relaciona más con factores genéticos, la personalidad y experiencias de vida, mientras que la depresión de inicio tardío se asocia más a patologías cardíacas, neurológicas, cerebrovasculares, diabetes, artritis y dolor crónico, además de fármacos como las benzodiacepinas, propanolol, esteroides, fármacos anti-parkinsonianos, clonidina y otros medicamentos pueden promover la aparición de síntomas depresivos (Aziz & Steffens, 2013).

Condiciones sociales, familiares y económicas

Las creencias, las relaciones sociales, familiares y el estatus socioeconómico favorable influyen en la capacidad de los adultos de envejecer con bienestar psicológico. Los miembros de la familia juegan un rol importante en la instauración y la respuesta al tratamiento de la depresión, por lo tanto una buena cohesión familiar constituye un factor protector frente a esta patología. Pero no es únicamente el tener una red de apoyo social, sino las vivencias del adulto mayor y su capacidad mental de superación o afrontamiento. Si ocurren eventos estresantes que marque la vida de los individuos como las inequidades sociales en la infancia o la falta de apoyo familiar puede afectar la salud mental del adulto

mayor. Este grupo etario se enfrenta a la pérdida de roles sociales y familiares, contando con menos recursos y capacidades. Los sucesos estresantes son acumulativos durante el transcurso de la vida y pueden ser dificultades económicas, el luto o duelo, discapacidades físicas o funcionales, cambios del modo o calidad de vida o conflictos interpersonales (Londoño-Pérez & González-Rodríguez, 2016).

Discapacidad y dependencia funcional

Los adultos mayores de acuerdo a su proceso de envejecimiento, pueden ir declinando en la capacidad y habilidades para realizar actividades diarias básicas personales, para interactuar con el domicilio de forma eficaz, con la comunidad y la sociedad. Esto describe tres tipos de actividades básicas: las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las cuales permiten al adulto mayor ser independiente dentro de su hogar, las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que permiten al adulto mayor ser independiente en su comunidad, y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), que permiten al individuo desarrollar sus roles sociales (Álvarez et al., 2004).

Es así como surge el término de capacidad funcional, el cual se refiere a la habilidad que tiene el adulto mayor para relacionarse y adaptarse a los elementos y actividades de su vida diaria, siendo este un indicador de la salud del anciano, según lo plantea la OMS. Este concepto está englobado en la calidad de vida de estos individuos, ya que capacidad funcional se relaciona con la salud. Por otro lado, según esta misma organización, la discapacidad se define como “cualquier impedimento que tenga un individuo debido a deficiencias, las cuales son alteraciones ya sean anatómicas o funcionales, que no permiten una relación adecuada con el ambiente”. Múltiples factores pueden contribuir con la dependencia funcional del adulto mayor, en diferentes áreas de la vida como física, mental y social, siendo las más comunes (Álvarez et al., 2004):

- Fragilidad y alteraciones anatómicas o funcionales que impidan la movilidad.
- Enfermedades crónico-degenerativas.
- Pérdida de la audición o visión.
- Consumo de medicamentos potencialmente tóxicos o con efectos adversos.
- Deterioro cognitivo.
- Disfunción familiar.

Las comorbilidades como patologías pulmonares, diabetes mellitus, enfermedades neurológicas, demencia, trastornos afectivos y fracturas pueden ser causa importante de discapacidad funcional. La enfermedad cerebrovascular no es tan frecuente, pero ocasiona importante discapacidad, mientras que patologías crónicas como la artritis son menos incapacitantes, pero más comunes. La causa de la discapacidad es importante ya que determina que actividades no puede realizar el individuo, por ejemplo a un paciente con parálisis de miembros superiores por un evento cerebrovascular agudo, se le imposibilita realizar actividades básicas, mientras que un paciente con enfermedad cardíaca disminuye su capacidad para realizar actividades aeróbicas (Álvarez et al., 2004).

Todos estos factores contribuyen a la dependencia funcional, requiriendo mayor cuidado por parte de otras personas para cubrir necesidades básicas para desenvolverse en la sociedad, lo que genera un costo familiar (Álvarez et al., 2004). En ese sentido, la depresión es un importante factor de riesgo para la dependencia funcional, ya que posee un componente cognitivo, un componente afectivo y un componente psicomotriz, que disminuye la capacidad de los adultos mayores para desempeñarse en las actividades diarias, mientras que la discapacidad por cualquier otra causa y el surgimiento de la dependencia funcional puede conllevar a depresión por las mismas razones.

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

Por todas las consecuencias que acarrea la depresión en el adulto mayor, es importante que, en la atención primaria de la salud, se incluya una evaluación sistemática para su diagnóstico y tratamiento. Una estrategia que se debe seguir al valorar a todo paciente anciano, es la realización de la valoración geriátrica integral según los lineamientos establecidos por las “guías clínicas geronto-geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor” del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, el cual es realizado por un equipo multidisciplinario que incluye evaluación clínica, de laboratorio, nutricional, funcional de rehabilitación, psiquiátrica y social (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

El proceso para llevar a cabo esta valoración geriátrica-integral inicia con la realización de la historia clínica y examen físico completo, teniendo en cuenta los potenciales obstáculos durante el mismo como: comunicación inadecuada o descripción incompleta de las manifestaciones clínicas o la presencia de múltiples síntomas inespecíficos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

Los síntomas depresivos en el adulto mayor pueden estar presentes y ser clínicamente significativos sin necesariamente diagnosticarse un episodio depresivo mayor. La presentación clínica en los adultos mayores se da generalmente sin la presencia de síntomas afectivos (ánimo deprimido o anhedonia), presentando mayormente fatiga, sentimiento de culpa, falta de motivación, ansiedad, ideas suicidas, irritabilidad. Por otro lado, puede presentarse deterioro cognitivo relacionado a la depresión, retardo psicomotor y alteración en las funciones ejecutivas. La somatización puede surgir también en este aspecto, relacionándose todo esto con daño orgánico (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

Debe solicitarse un conjunto de exámenes de laboratorio que incluyan biometría hemática, glucemia, función renal, electrolitos, proteínas y examen de orina, siempre con el objetivo de descartar una patología orgánica de base. Luego debe iniciarse una valoración nutricional determinando si hay presencia de obesidad por medio de la antropometría (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008). Posteriormente debe cualificar al paciente en el ámbito funcional con el objetivo de estimar el grado de deterioro y plantear estrategias de rehabilitación si presenta algún tipo de dependencia, esto a través de 3 indicadores: las ABVD, las AIVD y la marcha o equilibrio. Para esto se recomienda la aplicación del índice de Katz y el índice de Barthel (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

La valoración psíquica o psiquiátrica es importante debido a los factores predisponentes a esta patología que presentan los pacientes en este ciclo vital, como, enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, soledad, bajos recursos económicos, fallecimiento de familiares, falta de apoyo, entre otros. Es necesario evaluar el estado cognitivo y afectivo donde se incluye el cribado para la depresión. El método recomendado es la realización de un examen mental no estructurado, que evalúe todas las esferas mentales del adulto mayor (apariencia, ánimo, pensamiento, orientación, comportamiento, percepción, memoria, juicio). También pueden utilizarse escalas como el "Mini examen del estado mental modificado", la escala de Pfeiffer y la escala de depresión de Yesavage (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

Alguno de los factores predisponentes para depresión en el adulto mayor son (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008):

- Violencia física o psicológica.
- Desprotección social o económica.
- Discapacidades relacionadas a la edad o déficit cognitivo.
- Enfermedades como: ictus, diabetes, cardiopatía isquémica, demencia.
- Ausencia de oportunidades laborales y recreativas.
- Bajo nivel educativo.
- Dependencia funcional.
- Antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas.

La valoración socio-familiar es el último componente incluido en este procedimiento de estudio de los pacientes geriátricos, que tiene como objetivo identificar la relación del paciente con su entorno social, la función familiar y la situación económica. Se debe determinar la historia social del paciente que incluye las relaciones sociales, los recursos financieros, el estado de la vivienda y otros aspectos subjetivos como el afecto familiar, el sentimiento de soledad, la satisfacción familiar o el apoyo emocional. No hay un instrumento específico para valorar estos aspectos, pero se recomienda utilizar una entrevista estructurada adaptada al país. De esta manera, se pueden planear actividades de intervención a cargo de los trabajadores sociales que mejoren esta área de la calidad de vida de los pacientes ancianos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008).

Escala de depresión geriátrica

El diagnóstico de la depresión se realiza siguiendo los criterios planteados por el CIE-10, no obstante, la aplicación de estos criterios en la atención médica primaria es difícil, por lo que se ha planteado una escala de depresión geriátrica la cual permite el cribado de pacientes con probable depresión o depresión establecida, con preguntas dirigidas hacia situaciones específicas del adulto mayor. Este instrumento es la escala de Yesavage, descrita en el año 1983, la cual se enfoca en los síntomas psiquiátricos sin tomar en cuenta síntomas somáticos como la pérdida de peso, los trastornos del sueño y el pesimismo hacia el futuro, que pueden relacionarse al proceso de envejecimiento. La versión reducida de 15 ítems modificada por Sheikh en 1986, ha demostrado las mismas propiedades psicométricas que su versión original y es la más utilizada en la actualidad, en adultos con o sin deterioro cognitivo (Conradsson et al., 2013).

Pronóstico de la depresión en el adulto mayor

La depresión constituye un reto diagnóstico a los médicos de atención primaria, siendo necesaria una intervención temprana ya que conlleva a un mayor riesgo de suicidio y mortalidad, especialmente en los adultos mayores que posee mayor probabilidad de cometer el acto al compararse con grupos más jóvenes. La depresión en esta etapa del ciclo vital responde adecuadamente al tratamiento, pero se relaciona a un proceso de recuperación más lento y se asocia a mayores episodios de recurrencia. Los principales factores de mal pronóstico en los adultos mayores son: la edad avanzada, las comorbilidades médicas y la dependencia funcional (Pocklington, 2017)

Tratamiento de la depresión en el adulto mayor

El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno es el objetivo de todo paciente con depresión debido a la multitud de complicaciones a la salud y a la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, esto es complicado y generalmente es sub-diagnosticada, ocasionando un tratamiento tardío e inadecuado del cuadro clínico. En los adultos mayores, el uso de antidepresivos se ha estudiado como la mejor opción que permite la remisión del cuadro clínico, pero también se ha evaluado la efectividad de otros tratamientos no farmacológicos como la psicoterapia, la terapia electro-convulsiva y el ejercicio. En pacientes ancianos, los fármacos antidepresivos pueden ocasionar un mayor número de efectos adversos porque generalmente son pacientes polimedicados, aumentando la probabilidad de interacciones farmacológicas, por lo que previo a iniciar cualquier terapia debe evaluarse el perfil de seguridad en estos pacientes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017).

En Ecuador, se cuenta con una guía práctica de diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo, brindando un protocolo basado en evidencia que permite obtener mejores resultados en los pacientes que inician el tratamiento de la depresión. El primer paso que destaca esta guía es clasificar la depresión en leve, moderada o grave, según los criterios de gravedad de la CIE-10:

- Episodio depresivo leve: los criterios generales se cumplen en todos los episodios, teniendo el episodio leve dos síntomas B y uno o más del C para un total de al menos 4 síntomas. Estos pacientes tienen la particularidad que pueden continuar realizando la mayoría de las actividades diarias.

- Episodio moderado: al igual que el episodio leve, están presentes los criterios generales, con dos síntomas B y con por lo menos 4 síntomas C que dan un total de 7 manifestaciones pesquisadas. Ya en este estadio, los pacientes empiezan a presentar dificultades en su desempeño diario.
- Episodio Grave: están presentes los criterios generales, así como los 3 síntomas del criterio B y síntomas C hasta presentar un mínimo de 8 síntomas. Es común las ideas suicidas, presentan síntomas psicomotores importantes y debe excluirse síntomas psicóticos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, p. 21).

En la guía propuesta por el Ministerio de Salud Pública se recomienda que los pacientes con depresión leve inicien:

Intervención grupal psicológica, apoyo individual y familiar, seguimiento de las comorbilidades y de la evolución mental y física...; no deben usarse fármacos antidepresivos de rutina...; debe iniciarse psicoterapia de menor intensidad (psico-educación) como primera opción (Recomendación fuerte a favor). Se puede considerar el inicio de terapia cognitivo-conductual por 10 a 12 semanas (6 a 8 sesiones) (Evidencia B) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, pp. 25-30).

En los pacientes con depresión moderada a grave se recomienda:

Iniciar una combinación de fármacos antidepresivos y psicoterapia (Recomendación fuerte a favor); la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal son la elección primaria con hasta 20 sesiones en 5 meses (Evidencia B). Con respecto a la terapia farmacológica, la elección del medicamento debe basarse en el perfil de seguridad, tolerabilidad, costo, eficacia y preferencia de los pacientes...; se recomienda iniciar en adultos mayores con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como fluoxetina o sertralina, así como mirtazapina (Recomendación fuerte a favor). Debe ajustarse la dosis o cambiar el tratamiento a la tercera semana si no se evidencia mejoría del cuadro clínico. Se recomienda que el tratamiento dure por lo menos 6 meses tras la remisión de la sintomatología (Evidencia D) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2017, pp. 25-30)

4. Hipótesis

De esta manera, se ha discutido la importancia del diagnóstico de depresión en los adultos mayores y los factores de riesgo asociados a esta enfermedad. Estas bases teóricas fueron planteadas con la finalidad de sustentar la siguiente hipótesis:

- La depresión en el adulto mayor se incrementa a mayor dependencia funcional y según la etapa del ciclo vital individual que atraviesan las familias del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay.

5. Metodología

5.1. Metodología

Esta investigación se diseñó para comprobar la hipótesis de que en los adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay, la depresión se relaciona con la dependencia funcional y el ciclo vital individual.

5.1.1. Descripción del objeto o sitio de estudio

El estudio se realizó en el sector Parque Iberia de la Parroquia urbana de Yanuncay de la ciudad de Cuenca.

5.1.2. Diseño y tipo de la investigación

Estudio de enfoque cuantitativo de campo, no experimental, analítico y transversal. Los datos fueron recolectados en un sólo momento, en un tiempo único, cuyo propósito fue describir variables y analizar su influencia e interrelación en un momento y lugar específico.

5.1.3. Unidad de análisis

Adultos mayores del sector Parque Iberia, parroquia Yanuncay de la ciudad de Cuenca.

5.1.4. Universo de estudio

Según el reporte del distrito 01D02, la parroquia Yanuncay cuenta con un total de 9288 adultos mayores de 65 años de edad. El universo de estudio estuvo constituido por los adultos mayores de 65 años de edad residenciados en el sector Parque Iberia proyectados para el año 2018, siendo un total de 4010 individuos de ambos sexos.

Previo a la realización de esta investigación, se llevó a cabo la prueba piloto en 20 adultos mayores del sector Parque Iberia.

5.1.5. Muestra

Posteriormente, se realizó el cálculo muestral usando la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot pq}$$

Esta fórmula se utiliza para determinar una proporción en una población donde se conoce el tamaño total de los individuos, la cual se seleccionó al ser un objetivo el determinar la frecuencia de depresión. Para una población de 4010 adultos mayores de 65 años (N), seleccionándose un intervalo de confianza del 95% (z=1,96), un margen de error del 8% (d=0,08) y un porcentaje esperado de ocurrencia del 70% (p) según lo obtenido en el muestreo piloto, con un total de 122 individuos.

El sector Parque Iberia se dividió en manzanas donde se aplicó la encuesta casa por casa de forma aleatoria, si en la casa seleccionada se encontraba un paciente con los criterios de inclusión, se le invitaba a participar en el estudio. Si el paciente se negaba a participar o no cumplía los criterios de inclusión, se continuaba con la casa ubicada a la derecha. Si en esta, tampoco se incluía un paciente al estudio, se continuaba con la casa ubicada a la izquierda de la primera. Este procedimiento se repitió hasta obtener un total de 137 individuos de ambos sexos residentes de la localidad, debido a un sobremuestreo realizado para asegurar la potencia estadística del estudio. Cabe destacar que este muestreo no es representativo para toda la parroquia, sino para los adultos mayores del sector Parque Iberia.

5.1.6. Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 65 años de ambos sexos, que viven en el sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay.

5.1.7. Criterios de exclusión

- Adultos mayores con deterioro cognitivo importante, otras enfermedades psiquiátricas o de los órganos de los sentidos que impidan contestar adecuadamente el cuestionario.

5.1.8. Variables del estudio

Las variables de este estudio se clasifican en dependiente, la cual es el evento o fenómeno a estudiar y cuyo valor puede ser modificado por el comportamiento de las variables independientes, las cuales describen características de los pacientes y no dependen de otras variables. En este sentido, las variables investigadas en este trabajo fueron:

Variable dependiente:

- Depresión

Variable independiente

- Dependencia funcional
- Sexo
- Instrucción
- Ocupación
- Edad
- Estado civil
- Situación familiar
- Apoyo social
- Ciclo vital

5.1.9. Métodos de recolección de datos e instrumentos de investigación

Luego de obtener la autorización de las autoridades pertinentes, la recolección de datos se realizó en el mes de marzo del 2018 con participación directa de la autora. Las encuestas fueron aplicadas en

cada sector en un muestreo casa por casa seleccionadas de forma aleatoria lo que disminuye la probabilidad de sesgos, donde se les explicó al individuo y su familia el objetivo del estudio y se le invitó a participar en el mismo. La técnica de recolección de datos utilizado fue mediante la entrevista directa con el sujeto, a través de un formulario elaborado que incluyó los datos de identificación del caso, las características sociodemográficas y los instrumentos para evaluar depresión en el adulto mayor y dependencia funcional (Anexo 1).

Antes de evaluar a los individuos y aplicar el formulario, se informó a la población en estudio los riesgos y beneficios relacionados a la investigación y se incluyeron a los adultos mayores que aceptaron mediante consentimiento informado (Anexo 5). Durante el procedimiento no se presentó ningún inconveniente con los adultos mayores incluidos y sus familiares, desarrollándose con normalidad hasta obtener un total de 137 individuos por sobre-muestreo para asegurar la potencia estadística del análisis. Los instrumentos de investigación que se utilizaron fueron:

5.1.10. Escala de depresión geriátrica de Yesavage reducida (GDS-15)

Es un instrumento utilizado para realizar pesquisa respecto a la depresión en adultos mayores a los 65 años de edad, se centra en aspectos cognitivos-conductuales relacionadas con esta patología en el adulto mayor. En su versión reducida consta de 15 preguntas (Anexo 2), que se responden de manera afirmativa o negativa (dicotómica) auto aplicable y se puede realizar en un período de 5 minutos, para evitar la fatiga y pérdida de atención que presenta las personas en este grupo de edad. Para la totalización del puntaje, las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, mientras que los ítems 1, 5, 7, 11 y 14 son negativos. La confiabilidad de esta escala varía de acuerdo a la presencia de deterioro cognitivo, con coeficientes alfa de Cronbach entre 0,636 a 0,821 (Conradsson et al., 2013). Los resultados se clasificaron en:

- 0-5 puntos: Normal
- 6- 9 puntos: Probable depresión
- 10 o más: Depresión establecida

5.1.11. Escala de Lawton y Brody para actividades instrumentales de la vida diaria

La escala de Lawton y Brody (Anexo 3) fue propuesta en el año 1969 como un cuestionario que se aplica al adulto mayor para medir la capacidad de desarrollar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Esta escala puede ser contestada por el mismo individuo o un familiar o cuidador que conozca la situación del adulto mayor. Las AIVD son el tipo de actividades que son necesarias para una adecuada interacción con la comunidad, constando de 8 ítems (capacidad para hacer uso del teléfono, cocinar, cuidar la casa, realizar las compras, lavar la ropa, hacer uso de los medios de transporte, capacidad de administrar su economía y ser responsable con la toma de sus medicamentos) los cuales pueden ser respondidos en un período de 10-15 minutos. El coeficiente alfa de Cronbach de este cuestionario en adultos mayores fue igual a 0,94 lo que demuestra la fiabilidad del instrumento (Vergara et al., 2012).

La escala puede puntuarse de dos maneras: 1) dicotómica: cada pregunta puede puntuarse entre 0 (dependiente) a 1 (independiente), donde una puntuación global de 8 describe una independencia total. 2) Lineal: De acuerdo a las actividades, cada ítem se le asigna un valor numérico 1 a 5, ajustando la puntuación a la realidad del sujeto, donde a mayor puntuación más independiente es el adulto mayor. En este estudio se realizará la clasificación según este último método, dividiéndose en 3 categorías:

- Independiente: <8 puntos
- Necesita poca ayuda: 9 a 20 puntos
- Necesita mucha ayuda: >20 puntos

5.1.12. Test de Barthel para actividades básicas de la vida diaria

El índice de Barthel (Anexo 4) cuantifica el grado de dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las cuales se refieren a las actividades que hacen al adulto mayor independiente personalmente, según el tiempo y necesidad de ayuda para realizarla. La escala de Barthel fue publicada en el año 1965 y desde ahí su uso se ha extendido a nivel mundial, siendo una de las escalas más importantes para la evaluación de la dependencia funcional en el adulto mayor.

La escala incluye 10 actividades que son puntuadas del 0-5, 0-10 o 0-15 dependiendo de la actividad: arreglarse, deambular, subir y bajar escalones, lavarse, hacer uso del retrete, transportarse. La confiabilidad medida por medio del coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,90 en adultos mayores atendidos en Brasil (Minosso, Amendola, Alvarenga, & Oliveira, 2010). Las puntuaciones fueron totalizadas y divididas en 5 categorías (Gupta, Yadav, & Malhotra, 2016):

- Independencia total: 100 puntos.
- Dependencia leve: 91- 99 puntos.
- Dependencia moderada: 61-90 puntos.
- Dependencia grave: 21-60 puntos.
- Dependencia total: 20 puntos o menos

5.1.13. Plan de análisis estadístico de datos

Se realizó un estudio descriptivo de las variables; las variables cualitativas se analizaron y presentaron mediante porcentajes y frecuencias absolutas, mientras que las cuantitativas se presentaron como media y desviación estándar. Para analizar la relación entre las variables se utilizó la prueba Chi cuadrado, mientras que para establecer la magnitud de la relación entre la depresión y la dependencia funcional, se construyeron tablas cruzadas y se calcularon Razones de prevalencia (RP) con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%), considerándose estadísticamente significativo cuando $p < 0,05$. Con la información recolectada se elaboró una base de datos de apoyo mediante el programa SPSS versión 20.0 y Microsoft Excel.

5.1.14. Consideraciones éticas

Este estudio seguirá los lineamientos de los estudios clínicos realizados en humanos según la declaración de Helsinki. Se informó del proyecto de investigación a los adultos mayores sobre el tiempo que se va a invertir para responder el cuestionario, la confidencialidad y anonimato de sus datos, los beneficios y riesgos, así como la utilidad de los resultados para beneficiar a la comunidad. Se les garantizó la confidencialidad de la información de aquellos que aportaron y la opción de retirarse del estudio si eso desease sin que hubiese ningún tipo de consecuencia en lo referente a posteriores

necesidades de atención por parte del personal de salud. Se utilizó el consentimiento informado para formar parte de la investigación (Anexo 5).

6. Resultados

6.1. Resultados de la investigación descriptivos e inferenciales

En este estudio se evaluaron un total de 137 adultos mayores de ambos sexos del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay. La distribución de esta muestra según el sexo, evidenció que el 57,7% (n=79) fueron hombres, mientras que el 42,3% (n=58), fueron mujeres, de igual manera el 49,6% estaba casado, 30,7% era viudo, 10,2% era divorciado, 5,1% era soltero y 4,4% estaba en unión libre. Al estratificar según el sexo, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($\chi^2= 22,451$; $p<0,001$), donde los hombres tenían una mayor frecuencia de casados (64,6% vs 29,3%) que las mujeres, por el contrario, estas últimas presentaron una mayor frecuencia de viudez (46,6% vs 19,0%) y soltería (10,3% vs 1,3%) en comparación a los hombres.

Por otro lado, en relación a la capacidad de leer y escribir en los adultos mayores, donde se observó que el 78,1% de los encuestados refirió saber leer y escribir, mientras que el 21,9% no supo realizar estas actividades. Al evaluar según el sexo, no se encontró una asociación significativa entre estas variables ($\chi^2= 3,231$; $p<0,072$), donde el 83,5% de los hombres y 70,7% de las mujeres, sabían leer y escribir. A su vez, con respecto a la condición familiar en los adultos mayores evaluados en este estudio, el 83,9% vivía con algún familiar y el 16,1% vivía solo. Al estratificar según el sexo, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2= 4,871$; $p<0,027$), donde los hombres presentaron una mayor frecuencia de convivencia con algún familiar (89,9% vs 75,9%) y las mujeres presentaron una mayor frecuencia de convivencia sola en su hogar (24,1% vs 10,1%).

En cuanto a la ocupación de los adultos mayores incluidos en el estudio, se observó que en la muestra total, el 29,9% era jubilado, el 27,8% realizaba actividades domésticas, el 27% refirió no tener ocupación, 8,8% se dedicaba al comercio, 5,8% era agricultor y 0,7% albañil. Al evaluar según el sexo, se encontró que estas variables estaban estadísticamente asociadas ($\chi^2=20,101$; $p<0,001$), con una mayor frecuencia de mujeres que realizaban actividades domésticas al compararse con los hombres (44,9% vs 15,2%).

La distribución de la muestra según el apoyo social que tienen los adultos mayores, mostró que el 37,2% de los individuos incluidos en el estudio tenía este apoyo social, por otro lado, el 62,8% no tenía grupo de apoyo. Al clasificar esta variable según el sexo, se encontró que no estaban asociadas ($\chi^2=0,859$; $p=0,354$), con 40,5% de los hombres y 32,8% de las mujeres asistiendo a grupos de apoyo al adulto mayor.

Según la distribución de las comorbilidades en los individuos incluidos en el estudio, se evidenció que de la muestra total, la prevalencia fue: 35% diabéticos, 48,2% tenían la presión arterial elevada, 17,5% tenía artrosis, 3,6% padecía de artritis, 2,9% padecía de hipotiroidismo y 24,1% tenía otras comorbilidades. Al evaluar según el sexo, no hubo asociación estadísticamente significativa con ninguna de estas comorbilidades.

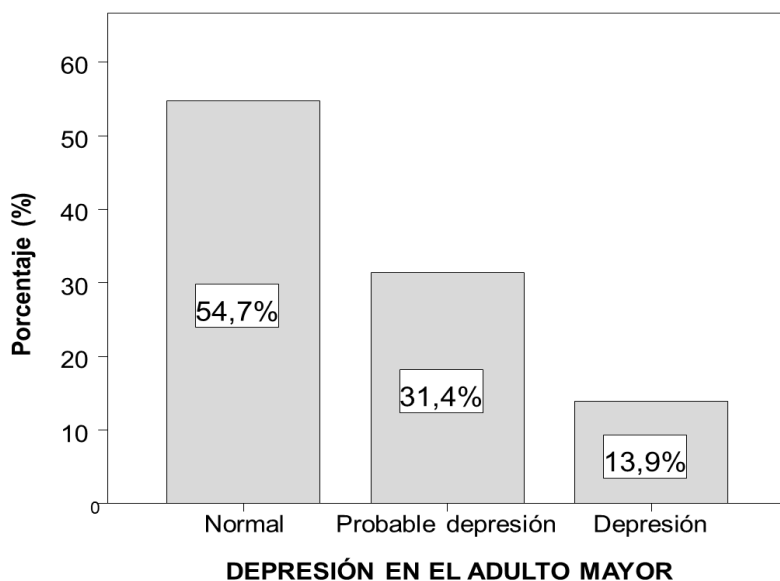
La actividad física realizada por los adultos mayores estudiados, se observó que del total, el 52,6% refirió realizar alguna actividad física como caminar, correr, bailar, entre otro, por 30 minutos seguidos mínimo 3 veces a la semana, mientras que el 47,4% no realizó estas actividades. Al clasificar según el sexo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($\chi^2=0,032$; $p=0,858$), donde el 51,9% de los hombres y 53,4% de las mujeres realizaron actividad física según estos criterios.

En la figura 1 se muestra la prevalencia de depresión encontrada en el estudio, donde del total de adultos mayores evaluados, el 13,9% presentó depresión, mientras que el 31,4% tenía probablemente depresión y el 54,7% no presentaba esta patología.

Analizando la prevalencia de depresión en los adultos mayores incluidos en la investigación según el sexo, no se observó una asociación estadísticamente significativa entre tener depresión y ser hombre o mujer ($\chi^2=2,670$; $p=0,263$). La prevalencia de esta patología fue de 13,9% en los individuos del sexo masculino y 13,8% en el sexo femenino. Por otro lado, hubo una frecuencia mayor de probable depresión en los hombres (36,7% vs 24,1%, respectivamente), mientras que en las mujeres hubo una mayor frecuencia de adultos mayores sin depresión (62,1% vs 49,4%, respectivamente).

Figura 1.

Prevalencia de depresión en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay. 2018.



Fuente: Formulario de recolección de datos. *Elaborado por:* La autora.

En la tabla 1, se muestra la prevalencia de dependencia funcional según el cuestionario de Lawton y Brody modificado, donde se evidencia que en el total de la muestra el 48,9% de los adultos mayores era independiente, 39,4% requería poca ayuda para realizar sus actividades instrumentales diarias y 11,7% necesitaba mucha ayuda en este ámbito de su vida. La prevalencia general de dependencia funcional en las AIVD fue de 51,1%. Al clasificar la muestra según el sexo, no se evidenció asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=2,563$; $p=0,278$), aunque el 8,9% de los hombres necesitaba mucha ayuda en esta esfera de la vida, mientras que las mujeres lo requerían en un 15,5%.

Tabla 1.

Prevalencia de dependencia funcional según Lawton y Brody en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay en la muestra total y según el sexo. 2018

| | Hombre | | Mujeres | | Total | | χ^2 (p) |
|------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|---------------|----------------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Dependencia funcional | | | | | | | 2,563 (0,278) |
| Independiente | 37 | 46,8 | 30 | 51,7 | 67 | 48,9 | |
| Poca Ayuda | 35 | 44,3 | 19 | 32,8 | 54 | 39,4 | |
| Necesita mucha ayuda | 7 | 8,9 | 9 | 15,5 | 16 | 11,7 | |
| Total | 79 | 100,0 | 58 | 100,0 | 137 | 100,00 | |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

En la tabla 2, se presenta la prevalencia de independencia funcional según el índice de Barthel en los adultos mayores incluidos en la investigación, encontrándose que en la muestra total el 73,7% tenía independencia funcional, seguido en orden descendiente el 10,2% con dependencia total, 6,6% con dependencia leve, 5,1% con dependencia grave y el 4,4% con dependencia moderada. La prevalencia general de dependencia funcional de las ABVD fue de 26,3%.

Al clasificar según sexo, no se encontró asociación estadísticamente significativa ($\chi^2= 1,064$; $p=0,900$) con una distribución similar en el grado de independencia funcional entre hombres y mujeres, predominando la independencia total (74,6% y 72,4%, respectivamente).

Tabla 2.

Prevalencia de independencia funcional según el índice de Barthel en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay según el sexo. 2018

| | Hombre | | Mujeres | | Total | | $\chi^2 (p)$ |
|--------------------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|----------------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Independencia funcional | | | | | | | 1,064 (0,900) |
| Dependencia total | 9 | 11,4 | 5 | 8,6 | 14 | 10,2 | |
| Dependencia grave | 4 | 5,1 | 3 | 5,2 | 7 | 5,1 | |
| Dependencia moderada | 3 | 3,8 | 3 | 5,2 | 6 | 4,4 | |
| Dependencia leve | 4 | 5,1 | 5 | 8,6 | 9 | 6,6 | |
| Independencia total | 59 | 74,6 | 42 | 72,4 | 101 | 73,7 | |
| Total | 79 | 100,0 | 58 | 100,0 | 137 | 100,0 | |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

En la tabla 3, se presenta la distribución del ciclo de vida de los adultos mayores estudiados, donde en el total de la muestra, se observó que el 70,1% eran ancianos jóvenes (65-74 años de edad), 24,8% eran ancianos mayores (75-85 años de edad) y 5,1% eran ancianos avanzados (>85 años de edad). Al clasificar según el sexo, no se observó asociación estadísticamente significativa entre el ciclo de vida y el ser hombre o mujer ($\chi^2=4,990$; $p=0,082$), con la mayor frecuencia de individuos en los ancianos jóvenes tanto para los hombres (67,1%) como para las mujeres (74,2%).

Tabla 3.

Distribución por ciclo de vida del adulto mayor según el sexo en individuos del sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay. 2018

| | Hombre | | Mujeres | | Total | | χ^2 (p) |
|--------------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|----------------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Ciclo Vital | | | | | | | 4,990 (0,082) |
| Ancianos jóvenes | 53 | 67,1 | 43 | 74,2 | 96 | 70,1 | |
| Ancianos mayores | 24 | 30,4 | 10 | 17,2 | 34 | 24,8 | |
| Ancianos avanzados | 2 | 2,5 | 5 | 8,6 | 7 | 5,1 | |
| Total | 79 | 100 | 58 | 100 | 137 | 100 | |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

En la tabla 4, se exhibe la relación entre la dependencia funcional según la escala de Lawton y Brody y la presencia de depresión en adultos mayores, donde se evidenció una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=19,375$; $p=0,001$), incrementando la depresión desde el 9% en los independientes, al 11,1% en los dependientes con poca ayuda y al 43,8% de depresión en los adultos mayores que necesitan de mucha ayuda. Esta misma tendencia se observó en los adultos con probable depresión con 23,8% de los independientes, 40,8% de los dependientes con poca ayuda y 31,2% de los dependientes con mucha ayuda. Por el contrario, hubo una tendencia de disminución de los pacientes sin esta patología desde los independientes (67,2%) hasta los dependientes con mucha ayuda (25%).

Tabla 4.

Prevalencia de depresión distribuida por dependencia funcional en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay. 2018

| | Normal | | Probable depresión | | Depresión | | χ^2 (p) |
|------------------------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|---------------------------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Dependencia funcional | | | | | | | 19,375 (0,001) |
| Independiente | 45 | 67,1 | 16 | 23,8 | 6 | 9,0 | |
| Poca Ayuda | 26 | 48,1 | 22 | 40,8 | 6 | 11,1 | |
| Necesita mucha ayuda | 4 | 25,0 | 5 | 31,2 | 7 | 43,8 | |
| Total | 75 | 54,7 | 43 | 31,4 | 19 | 13,9 | |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

En la tabla 5, se muestra la relación entre la independencia funcional cuantificada por el índice de Barthel y la presencia de depresión, evidenciando una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($\chi^2=11,300$; $p=0,023$), encontrándose la menor prevalencia de depresión en los adultos independientes totales (8,9%), mientras que la mayor prevalencia de esta patología se encontró en los dependientes graves (71,4%).

Tabla 5.

Distribución por independencia funcional según la clasificación de depresión en los adultos mayores del sector Parque Iberia, Yanuncay.2018

| | Normal | | Probable depresión | | Depresión | | $\chi^2 (p)$ |
|----------------------|--------------------------------|-------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| | Independencia funcional | | | | | | |
| Dependencia total | 5 | 35,7 | 6 | 42,9 | 3 | 21,4 | |
| Dependencia grave | 1 | 14,3 | 1 | 14,3 | 5 | 71,4 | |
| Dependencia moderada | 3 | 50,0 | 2 | 33,3 | 1 | 16,7 | |
| Dependencia leve | 4 | 44,4 | 4 | 44,4 | 1 | 11,2 | |
| Independencia total | 62 | 61,4 | 30 | 29,7 | 9 | 8,9 | |
| Total | 75 | 54,7 | 43 | 31,4 | 19 | 13,9 | |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

En la tabla 6, se presenta la distribución por ciclo de vida según el diagnóstico de depresión, donde se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ($\chi^2=11,300$; $p=0,023$), con una prevalencia de depresión en los ancianos jóvenes del 16,7%, de 8,8% en los ancianos mayores y no se observó depresión en los ancianos avanzados. La prevalencia de probable depresión fue mayor en los ancianos mayores con el 52,9%.

Tabla 6.

Distribución por ciclo de vida según la presencia de depresión en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay. 2018

| | Normal | | Probable depresión | | Depresión | | $\chi^2 (p)$ |
|--------------------|--------------------|-------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| | Ciclo vital | | | | | | |
| Ancianos jóvenes | 57 | 59,3 | 23 | 24,0 | 16 | 16,7 | |
| Ancianos mayores | 13 | 38,3 | 18 | 52,9 | 3 | 8,8 | |
| Ancianos avanzados | 5 | 71,4 | 2 | 28,6 | 0 | 0 | |
| Total | 75 | 54,7 | 43 | 31,4 | 19 | 13,9 | |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

En la tabla 7 se presenta la influencia del ciclo de vida sobre la dependencia funcional medida a través del cuestionario de Lawton y Brody, relacionada a la depresión, evidenciándose una asociación estadísticamente significativa en los ancianos jóvenes ($\chi^2=19,009$; $p=0,001$), donde los adultos mayores que requerían mucha ayuda se incrementaron de 3,5% en aquellos que no tenían depresión, a 31,3% en los que tenían depresión. Por otro lado, los adultos mayores independientes disminuyeron de 66,7% en aquellos sin depresión a 37,4% en los que tenían depresión. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las etapas de la depresión en los ancianos mayores ($\chi^2=6,033$; $p=0,197$) y los ancianos avanzados ($\chi^2=11,283$; $p=0,526$).

Tabla 7.

Influencia del ciclo de vida del adulto mayor en la dependencia funcional según el cuestionario de Lawton y Brody relacionada a la depresión. 2018

| | Probable | | | | | | χ^2 (p) |
|---------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------------------|
| | Normal | | depresión | | Depresión | | |
| | N | % | N | % | N | % | |
| Ancianos jóvenes | | | | | | | 19,009 (0,001) |
| Independiente | 38 | 66,7 | 12 | 52,2 | 6 | 37,4 | |
| Poca Ayuda | 17 | 29,8 | 11 | 47,8 | 5 | 31,3 | |
| Necesita mucha ayuda | 2 | 3,5 | 0 | 0 | 5 | 31,3 | |
| Ancianos Mayores | | | | | | | 6,033 (0,197) |
| Independiente | 5 | 38,5 | 4 | 22,2 | 0 | 0 | |
| Poca Ayuda | 7 | 53,8 | 10 | 55,6 | 1 | 33,3 | |
| Necesita mucha ayuda | 1 | 7,7 | 4 | 22,2 | 2 | 66,7 | |
| Ancianos avanzados | | | | | | | 1,283 (0,526) |
| Independiente | 2 | 40,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Poca Ayuda | 2 | 40,0 | 1 | 50,0 | 0 | 0 | |
| Necesita mucha ayuda | 1 | 20,0 | 1 | 50,0 | 0 | 0 | |
| Total | 75 | 54,7 | 43 | 31,4 | 19 | 13,9 | |

Fuente: Formulario de recolección de Datos.

Elaborado por: La autora.

En la tabla 8, se observó una asociación estadísticamente significativa solo en los ancianos jóvenes ($\chi^2=21,530$; $p=0,006$), en la cual la independencia total disminuyó del 82,5% en los adultos mayores sin depresión a 56,3% en aquellos que presentaron depresión. La mayor prevalencia de dependencia grave se encontró en los pacientes con depresión (25%). En los ancianos mayores ($\chi^2=10,998$; $p=0,202$) y los ancianos avanzados ($\chi^2=3,080$; $p=0,214$) no se encontró asociación estadísticamente significativa.

Tabla 8.

Influencia de la distribución por ciclo de vida sobre la dependencia funcional medida a través del índice de Barthel según el diagnóstico de depresión. 2018

| | Normal | | Probable depresión | | Depresión | | χ^2 (p) |
|---------------------------|-----------|-------------|--------------------|-------------|-----------|-------------|-----------------------|
| | N | % | N | % | N | % | |
| Ancianos jóvenes | | | | | | | 21,530 (0,006) |
| Dependencia total | 4 | 7,0 | 2 | 8,7 | 1 | 6,3 | |
| Dependencia grave | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 25,0 | |
| Dependencia moderada | 2 | 3,5 | 1 | 4,3 | 1 | 6,3 | |
| Dependencia leve | 4 | 7,0 | 2 | 8,7 | 1 | 6,3 | |
| Independencia total | 47 | 82,5 | 18 | 78,3 | 9 | 56,3 | |
| Ancianos Mayores | | | | | | | 10,998 (0,202) |
| Dependencia total | 1 | 7,7 | 4 | 22,2 | 2 | 66,7 | |
| Dependencia grave | 1 | 7,7 | 1 | 5,6 | 1 | 33,3 | |
| Dependencia moderada | 0 | 0 | 1 | 5,6 | 0 | 0 | |
| Dependencia leve | 0 | 0 | 1 | 5,6 | 0 | 0 | |
| Independencia total | 11 | 84,6 | 11 | 61,1 | 0 | 0 | |
| Ancianos avanzados | | | | | | | 3,080 (0,214) |
| Dependencia total | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Dependencia grave | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Dependencia moderada | 1 | 20,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Dependencia leve | 0 | 0 | 1 | 50,0 | 0 | 0 | |
| Independencia total | 4 | 80,0 | 1 | 50,0 | 0 | 0 | |
| Total | 75 | 54,7 | 43 | 31,4 | 19 | 13,9 | |

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: La autora.

De igual manera se presenta la distribución por características sociodemográficas según el diagnóstico de depresión. Con respecto a saber leer y escribir, se evidenció una asociación estadísticamente significativa con la depresión ($\chi^2=9,119$; $p=0,010$), donde hubo una mayor frecuencia de adultos mayores sin depresión en aquellos que cumplían esta instrucción académica comparado a los que no (60,7% vs 33,3%, respectivamente), mientras que hubo una mayor prevalencia de probable depresión en aquellos adultos mayores que no sabían leer y escribir (53,3% vs 25,2%, respectivamente).

En relación al apoyo social, se evidenció una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=10,601$; $p=0,005$), donde hubo una mayor prevalencia de depresión en aquellos que tenían un grupo de apoyo al adulto mayor en comparación a los que no poseían este apoyo social (23,5% vs 8,1%).

Con respecto a la ocupación y la presencia de depresión, no se observó asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=16,752$; $p=0,080$), con la mayor prevalencia de depresión en los jubilados (22%). Asimismo, se presenta la distribución de los adultos por características sociodemográficas según el grado de dependencia funcional medida a través del cuestionario de Lawton y Brody.

En cuanto a la instrucción académica, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre saber leer y escribir con la dependencia funcional ($\chi^2=13,616$; $p=0,001$), con mayor necesidad de mucha ayuda en aquellos adultos mayores que no sabían leer ni escribir (26,7%), mientras que la mayor independencia se observó en los que sí tenían estos conocimientos (56,1%).

En cuanto a la ocupación, se encontró una asociación estadísticamente significativa con la dependencia funcional ($\chi^2=22,093$; $p=0,015$) encontrándose una mayor necesidad de mucha ayuda en los adultos mayores que no refirieron ocupación (27%). La distribución por características sociodemográficas de los adultos mayores según la independencia funcional medida por la escala de Barthel, evidenció que el estado civil, el grado de instrucción académica, la condición familiar y el apoyo social no se relacionaron con la dependencia de las actividades básicas de la vida diaria.

Al evaluar la asociación entre la dependencia funcional según la escala de Lawton y Brody (Tabla 9), se encontró que ser dependiente en las actividades instrumentales de la vida diaria se relacionó con 1,74 más prevalencia de depresión que los autónomos (RP= 1,74; IC 95%= 1,16-2,59; $p=0,005$), al calcular los RP con sus intervalos de confianza, se evidenció que los pacientes con algún grado de dependencia en las actividades básicas diarias según el índice de Barthel, se relacionaron con 1,65 veces más prevalencia de depresión que los adultos mayores independientes (RP= 1,65; IC 95%= 1,16-2,34; $p=0,01$).

Tabla 9.

Tabla cruzada entre depresión y dependencia funcional en las actividades instrumentales y básicas diarias en adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia Yanuncay. 2018

| | Depresión | | Normal | | RP (IC 95%) | p |
|--------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------------|-------|
| | N | % | N | % | | |
| Lawton y Brody | | | | | 1,74 (1,16-2,59) | 0,005 |
| Dependencia | 40 | 57,1 | 30 | 42,9 | | |
| Autónomos | 22 | 32,8 | 45 | 62,7 | | |
| Índice de Barthel | | | | | 1,65 (1,16-2,34) | 0,01 |
| Dependencia | 23 | 63,9 | 13 | 36,1 | | |
| Independencia | 39 | 38,6 | 62 | 61,4 | | |
| Total | 62 | 45,3 | 75 | 54,7 | | |

Fuente: Formulario de recolección de Datos.

Elaborado por: La autora.

7. Discusión

7.1. Discusión de los resultados

Los adultos mayores experimentan el proceso del envejecimiento, que se caracteriza por cambios biológicos, sociales, culturales, económicos y psicológicos que enfrentan al adulto mayor ante nuevas situaciones que lo predisponen a padecer patologías como la depresión, una de estas situaciones es la dependencia funcional de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que ocasiona que estos pacientes no sean autónomos y dependan de otras personas, disminuyendo la calidad de vida. Por esta razón, este estudio evaluó la relación entre depresión del adulto mayor, la dependencia funcional y el ciclo vital en el sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay, Cuenca, Ecuador.

En primera instancia, evaluando las características sociodemográficas de la muestra estudiada, se observó un mayor porcentaje de hombres con el 57,7% en comparación al 42,3% de las mujeres, comportamiento que es diferente a otros reportes en Latinoamérica, donde las mujeres constituyen el sexo más frecuente incluso en los adultos mayores. Runzer-Colmenares (Runzer-Colmenares et al., 2017), evidenció en 574 adultos mayores en el centro médico Naval de Perú, que el 58,01% eran hombres, lo que concuerda con estos resultados, aunque al ser de procedencia militar se espera una mayor frecuencia de hombres.

A su vez, en los adultos mayores estudiados en el sector Parque Iberia, hay una mayor frecuencia de casados (49,6%), de individuos que saben leer y escribir (78,1%), que viven acompañados con un familiar (83,9%), mujeres con ocupaciones domésticas (44,9%) y hombres jubilados (34,2%). En una muestra de adultos mayores de la comunidad de España (Díaz et al., 2014), se observó que al contrario de este estudio, la mayoría de los adultos mayores fueron viudos (61,2%) y solo el 3,8% fue analfabeta, mientras que en Cuenca, Ecuador, en 300 adultos mayores de la parroquia Cañaribamba (Palomeque-Flores & Peralta-Miranda, 2014), el 40% estaba casado, el 37,2% era jubilado y el 80,3% vivía acompañado, lo que refleja que estas podrían ser características sociales en Ecuador.

En relación a la primera pregunta planteada en esta investigación, la frecuencia de depresión en los adultos mayores del sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay fue de 13,9%, mientras que

la prevalencia de probable depresión fue de 31,4%, lo que es similar a la prevalencia reportada en Cuenca en la parroquia de Cañaribamba con un 14,7%, utilizando la misma herramienta que en este estudio (Palomeque-Flores & Peralta-Miranda, 2014).

La depresión probable en este estudio fue del 31,4%, lo que pone a un importante porcentaje de adultos mayores de la comunidad en riesgo de padecer depresión, al comparar con otras localidades. En Colombia, donde Arango y cols, reportaron en una muestra representativa de Antioquía de más de 4 mil personas, que el 16,2% tenía depresión probable y 10,1% depresión establecida (Arango et al., 2016).

La prevalencia de esta patología en los adultos mayores puede depender también de las condiciones en donde viven, donde se observó en un estudio realizado por Padayachey y cols, en un centro de atención primaria en Sur-África (Padayachey et al., 2017) que la depresión fue del 8,6% y de depresión probable fue del 31%, cifras muy similares en este estudio, donde se seleccionaron adultos mayores de la parroquia Yanuncay.

La prevalencia de este trastorno afectivo en Yanuncay fue similar en hombres y mujeres, con un 8% y 11%, respectivamente, lo que difiere a lo reportado en Antioquía, Colombia, donde del total de individuos en riesgo de depresión, el 64,2% fueron mujeres y el 35,8% fueron hombres con un $PR=0,9$, aunque no fue estadísticamente significativo ($p=0,58$) (Arango et al., 2016). Se ha reportado que las mujeres son más vulnerables a sufrir depresión, no por factores biológicos, sino por factores socioeconómicos, como bajo nivel educativo e ingresos mensuales o dependencia económica con el hombre, mayor riesgo de ser viudas o mayor aislamiento social, que son factores más determinantes en ambos sexos (Javed, 2014; Padayachey et al., 2017).

Los factores asociados significativamente a la depresión en este estudio fueron el grado de instrucción académico, el apoyo social (asistir a un grupo de ayuda al adulto mayor) y el ciclo vital. En Antioquía, Colombia, Segura-Cardona en un estudio realizado en adultos mayores de 37 municipios de la región, se observó una asociación entre el estatus educativo y el riesgo de depresión ($\chi^2=103,2$; $p<0,001$) (Segura-Cardona et al., 2014), mientras que en los adultos mayores de Cañaribamba, la

depresión fue mayor en las personas sin pareja, sin trabajo y que vivían solas (Palomeque-Flores & Peralta-Miranda, 2014). Las inequidades sociales y económicas son un indicador importante en la depresión del adulto mayor, constituyendo eventos estresantes tanto en hombres y mujeres, lo que explica la asociación entre estas variables (Domènech-Abella et al., 2018).

La segunda pregunta específica que se planteó en este estudio, fue la frecuencia de dependencia funcional en la comunidad, donde se encontró que la independencia funcional en las actividades básicas en la vida diaria fue del 73,7%, y solo el 10,2% era dependiente total de un cuidador o familiar para realizar estas actividades. Por otro lado, la independencia en las actividades instrumentales en la vida diaria fue de 48,9%, donde el 39,4% de los adultos mayores estudiados necesitaron poca ayuda y 11,7% necesitaron mucha ayuda, concordando aproximadamente con el 10,2% dependiente en las actividades básicas. Estos resultados son similares a los planteados por Runzer-Colmenares, en Perú, utilizando el índice de Barthel para las ABVD donde el 62,43% fue independiente para estas actividades, y por el contrario solo 20,99% fue independiente para la realización de las AIVD según la escala de Lawton, mientras que 49,5% era dependiente funcional moderado y 29,5% se encontraba en dependencia total o severa (Runzer-Colmenares et al., 2017)

La tercera pregunta específica incita a comprender la relación de la depresión y dependencia de acuerdo al ciclo vital del adulto mayor, donde en el sector Parque Iberia, el 70,1% se ubicaba entre 65-74 años de edad (ancianos jóvenes), el 24,8% era anciano mayor y 5,1% anciano avanzado. En los ancianos jóvenes se presentó la mayor prevalencia de depresión (16%), lo que es similar a lo evidenciado en Colombia, en 4284 adultos mayores de 60 años, donde el 69% era adulto mayor joven, 28,9% adulto mayor viejo, 1,7% adulto mayor longevo y 0,2% eran centenarios. A su vez, la prevalencia de depresión fue mayor en los adultos mayores jóvenes con 59,5% ($p < 0,001$), lo que puede ser causado por la disminución progresiva del interés de enfermedades psiquiátricas a medida que aumenta la edad y el envejecimiento, haciendo énfasis en patologías médicas, lo que genera un importante subdiagnóstico a este nivel (Segura-Cardona et al., 2014).

De hecho, la relación entre dependencia funcional y depresión se encontró solo en estos individuos, lo que puede ser causado por la baja cantidad de personas que pertenecían a las últimas etapas del

ciclo vital o porque la prevalencia de depresión fue significativa solo en los adultos mayores entre 65-74 años, por lo que en futuros estudios debe indagarse más en los determinantes de depresión y dependencia funcional de los adultos mayores a 75 años.

Por último, la relación entre la depresión y la dependencia funcional fue significativa en este estudio para las ABVD y las AIVD, donde se evidenció una mayor prevalencia de depresión en los adultos mayores dependientes totales o graves, mientras que esta patología fue menos frecuente en los independientes totales, resultados similares a los reportados en adultos mayores de Colombia y España, donde las puntuaciones de dependencia funcional se correlacionaron de forma negativa con la depresión, es decir a mayor independencia menor puntuación en el cuestionario de Yesavage (Díaz et al., 2014; Runzer-Colmenares et al., 2017). Esto indica una relación entre la depresión y la dependencia funcional en adultos mayores, que permite tomar medidas preventivas al momento de consultar pacientes con discapacidades físicas, haciendo hincapié en la evaluación geriátrica integral.

De esta manera la investigación contribuye con el conocimiento teórico de la depresión y dependencia funcional en Ecuador, reportando la prevalencia de depresión en una muestra representativa de adultos mayores del sector Parque Iberia, así como la valoración de la capacidad funcional y su influencia según el ciclo vital individual. Estos aseguran la importancia de la atención integral al adulto mayor en el marco de la medicina familiar y la atención primaria, por lo que debe iniciarse su implementación según los lineamientos otorgados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Hay que tener en cuenta las limitaciones del estudio al momento de poder realizar recomendaciones, en primera instancia, el diseño del estudio siendo transversal no permite establecer causalidad entre la depresión y la dependencia funcional en los adultos mayores, solo permite determinar que hay una asociación entre estas variables, sin tener en cuenta la temporalidad en la que aparecieron. En segundo lugar, se cuenta con un tamaño muestral representativo solo para el sector Parque Iberia de la parroquia de Yanuncay, por lo que estos resultados son aplicables solo en esta región. Por último, hay que considerar posibles variables confusoras que no hayan sido tomadas en

cuenta en el estudio, o que sean desconocidas como variables intervinientes o moderadoras entre la dependencia funcional, la depresión y el ciclo vital.

Con este capítulo se puede concluir que, si bien el envejecimiento de la población ha traído consigo beneficios en el área socioeconómica, también ha conllevado a una mayor incidencia de enfermedades crónico-degenerativas. En Ecuador, al igual que muchos otros países de Latinoamérica y el mundo, está aumentando la población de adultos mayores, por esta importante razón se realizó este estudio, con el objetivo de analizar una de las relaciones más estudiadas en el adulto mayor como lo es la dependencia funcional de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y la depresión.

Incluyendo a 137 individuos mayores de 65 años, se pudo evidenciar una prevalencia de depresión del 13,9%, de independencia funcional en las actividades diarias del 73,7% y de las actividades instrumentales del 48,9%. La asociación existente entre estas variables, se ve influenciada por el ciclo vital del adulto mayor, siendo significativo solamente en los ancianos jóvenes (65-74 años de edad). Es necesario realizar futuros estudios en nuestra población enfocados en los pacientes mayores a 75 años de edad, donde no se encontró relación entre la depresión y la dependencia funcional, para conocer si hay otras variables que influyen en la salud mental y en la capacidad funcional de los pacientes que están experimentando las últimas etapas del ciclo vital y de esta manera buscar estrategias para mejorar su calidad de vida.

Estos resultados demuestran la relación entre dependencia funcional y depresión lo que hace necesario la promoción de la atención holística al adulto mayor desde el punto de vista biológico, mental social, familiar y funcional. Es necesario que los médicos de familia incluyan en su práctica clínica diaria el cribado de depresión y dependencia funcional con el uso de estos cuestionarios, de forma rápida y sencilla.

8. Conclusiones

1. La depresión es una de las patologías más frecuentes en el adulto mayor, afectando de forma importante su calidad de vida y conllevando a un peor pronóstico de cualquier patología que coexista con ella. Una de las relaciones más importantes estudiadas en los adultos mayores es la depresión con la dependencia funcional, ya que en esta etapa de la vida co-existen muchas patologías médicas que ocasionan discapacidades de grado variable, lo que requiere que el adulto mayor sea atendido por una persona cercana o cuidador. Por el contrario, en la depresión funcional, se afecta la esfera afectiva, cognitiva y psicomotora, por lo que el adulto mayor puede presentar dependencia funcional al estar incapacitado para realizar actividades de la vida diaria. Todo esto es modificado por la condición social, económica, laboral y cultural del individuo, por lo que la comprensión de esta relación permitiría tomar medidas para disminuir el impacto negativo de la depresión.

2. En Ecuador, se está promocionando de forma importante el bienestar del adulto mayor, teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento progresivo que está ocurriendo en el país.

3. En el sector Parque Iberia, se evidenció una prevalencia de depresión establecida (13,9%) en los adultos mayores similar a las publicadas en otra parroquia de Cuenca (14,6%), aunque esto fue relativo, encontrando en otros países prevalencias muy bajas (1,9% en México), mientras que en otros se reportaron por encima del 50% (Cañar, Ecuador). La diferencia en estos porcentajes se puede deber principalmente a los factores sociales, económicos y familiares de cada población siendo importantes en esta etapa de la vida.

4. En este estudio se evidenció a su vez, un porcentaje elevado de dependencia funcional en las AIVD (51,1%), mientras que la dependencia funcional en las ABVD fue del 26,3%. Ambas esferas funcionales se relacionaron significativamente con mayor prevalencia de depresión, lo que permite al médico de atención primaria como el médico familiar que labora en este sector, actuar ante cualquiera de ambas situaciones para disminuir la morbilidad y mortalidad de los adultos mayores.

5. Metodológicamente, se puede destacar el uso de escalas validadas a nivel mundial en esta investigación, como lo son la escala de depresión geriátrica Yesavage, la escala de Lawton y Brody y

el índice de Barthel. La primera escala nos permite prevenir el desarrollo de la depresión establecida en el ámbito geriátrico cuando se utiliza de manera regular en la práctica clínica del médico de familia. Por otro lado, la escala de Lawton y Brody y el índice de Barthel, permiten de una manera rápida identificar el grado de dependencia funcional de un adulto mayor en relación a sus actividades personales y de relación con la comunidad, permitiendo implementar a tiempo terapias de rehabilitación en el adulto mayor, como también permite realizar una evaluación pronóstica y así mejorar la calidad de vida del paciente.

6. La cifra de depresión en el sector Parque Iberia permite un marco de actuación en la región, para promover medidas de prevención, especialmente la atención geriátrica integral que incluya un énfasis en la salud mental, las condiciones sociales y económicas del individuo y su relación familiar. De esta manera conocer la relación entre depresión y dependencia funcional según el ciclo vital individual del adulto mayor, nos orientará a un abordaje integral de la familia para prevenir la pérdida de autonomía y discapacidad para mantener una vejez saludable, evitando la inequidad, abandono, sobrecarga del cuidador.

9. Recomendaciones

1. Debe realizarse una valoración geriátrica integral de acuerdo a las necesidades que atraviesa el adulto mayor según su ciclo vital individual, incluyendo una evaluación mental, familiar, social y funcional, de igual manera se deben introducir dentro de la atención las terapias ocupacionales adecuadas.

2. En todo paciente que consulte en atención primaria con una enfermedad médica que ocasione dependencia funcional por algún tipo de limitación física o mental, es necesario realizar el cribado para depresión, ya que, si está presente, un adecuado tratamiento permitirá obtener mejores resultados en la atención de la salud.

3. Otra estrategia que debe promoverse a nivel legislativo, es la inclusión de la valoración e intervención del estado funcional del paciente al programa de atención integral al adulto mayor, que potenciará los resultados del Plan Nacional del Buen Vivir en Ecuador, brindando atención multidisciplinaria (médicos, enfermeros, fisioterapeutas, cuidadores) en el domicilio de los pacientes.

4. Promover la creación de un grupo de apoyo para el adulto mayor, lo que permitirá su integración con un círculo social que comparte la misma etapa del ciclo vital y las crisis normativas o no normativas que conlleva. Estas reuniones pueden realizarse de manera semanal, integrando temas de promoción a la salud y actividades recreativas, lo que generará la creación de una red de apoyo social que es considerada un factor protector para enfermedades psiquiátricas en el adulto mayor.

5. Preparar a los adultos para la jubilación por medio de campañas de educación, grupos de apoyo y consultas psicológicas, que permitan que el adulto mayor entre a esta etapa del ciclo vital con resiliencia psicológica para afrontar todos los nuevos retos.

6. Fomentar la educación universitaria como una herramienta para adquirir capacidades y experiencias para encarar las crisis de las etapas del ciclo vital, además de que la instrucción académica ofrece un medio de sustento económico.

7. Promover la realización de estudios en el ámbito de la salud del adulto mayor, en este caso, en pacientes mayores a 75 años donde no se demostró relación con la dependencia funcional y se obtuvo una muestra baja de individuos.

8. Se debe iniciar el estudio de otros factores relacionados a la depresión en este ciclo vital como lo es la estructura y dinámica familiar.

9. Por último, se debe promover investigaciones como estas en otras parroquias del país, para conocer si la realidad epidemiológica de la depresión y dependencia funcional es similar o está influenciada por otros factores propios de las poblaciones, lo que conllevaría a la necesidad de otras medidas de prevención y promoción de la salud mental.

10. Referencias bibliográficas

- Allan, C. E., Valkanova, V., & Ebmeier, K. P. (2014). Depression in older people is underdiagnosed. *The Practitioner*, 258, 19-22.
- Álvarez, M., Asensio, A., Baena, J. M., Benítez del Rosario, M. Á., Burdoy, E., de Alba, C., & de Hoyos, M. del C. (2004). *ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES desde la Atención Primaria*. Barcelona, España: Semfyc ediciones.
- Arango, D. C., Cardona, A. S., Duque, M. G., Cardona, A. S., Sierra, S. M. C., Arango, D. C., ... Sierra, S. M. C. (2016). Health status of elderly persons of Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19, 71-86.
- Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What Are the Causes of Late-Life Depression? *The Psychiatric clinics of North America*, 36, 497-516.
- Brody, D., Pratt, L., & Hughes, J. (2018). Prevalence of Depression Among Adults Aged 20 and Over: United States, 2013–2016. *NCHS Data Brief*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db303.htm>
- Conradsson, M., Rosendahl, E., Littbrand, H., Gustafson, Y., Olofsson, B., & Lövhelm, H. (2013). Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 17, 638-645.
- Delgado-Losada, M. (2015). Psicología del desarrollo. En *Fundamentos de Psicología* (1a ed., p. 550). Editorial Médica Panamericana.
- Díaz, R., Teresa, M., Cruz-Quintana, F., & Pérez-Marfil, M. N. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*, 23, 36-40.
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Leonardi, M., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., ... Haro, J. M. (2018). The association between socioeconomic status and depression among older adults in Finland, Poland and Spain: A comparative cross-sectional study of distinct measures and pathways. *Journal of Affective Disorders*, 241, 311-318.
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 21, 835-838.
- García-Hernández, L. C. (2015). *Evaluación geriátrica integral del adulto mayor hospitalizado, en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, agosto 2014* (Tesis de pregrado). Pontificia

- Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de:
<http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/7712>
- Gupta, S., Yadav, R., & Malhotra, A. K. (2016). Assessment of physical disability using Barthel index among elderly of rural areas of district Jhansi (U.P), India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5, 853-857.
- Javed, S. (2014). Role of Sociocultural Factors in Depression among Elderly of Twin Cities (Rawalpindi and Islamabad) of Pakistan. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2014, 230737.
- Leyhe, T., Reynolds, C. F., Melcher, T., Linnemann, C., Klöppel, S., Blennow, K., ... Hampel, H. (2017). A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, 13, 59-71.
- Londoño-Pérez, C., & González-Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19, 330-344.
- Lopez, B. I. Z., Villamizar, N. L. D., & Arango, D. C. (2015). Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17, 848-860.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008, Quito). Guías clínicas geronto-geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. Recuperado de:
<https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica*. Ministerio de Salud Pública: Dirección Nacional de Normatización-MSP.
- Minosso, J. S. M., Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. de C. (2010). Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 218-223.
- Padayachey, U., Ramlall, S., & Chipps, J. (2017). Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice*, 59, 61-66.
- Palomeque Flores, P., & Peralta Miranda, P. (2014). *Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, Cuenca 2013* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20219>
- Pocklington, C. (2017). Depression in older adults. *BJMP*, 10, a1007.

- Reyes, M., Donoso, D. L. C., & Alvarado, G. (2017). Valoración integral de adultos mayores en centros gerontológicos de Guayaquil. *Ciencia Unemi*, 10, 116-123.
- Runzer-Colmenares, F. M., Castro, G., Merino, A., Torres-Mallma, C., Diaz, G., Perez, C., & Parodi, J. F. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico*, 17, 50-57.
- Sander, M., Oxlund, B., Jespersen, A., Krasnik, A., Mortensen, E. L., Westendorp, R. G. J., & Rasmussen, L. J. (2015). The challenges of human population ageing. *Age and Ageing*, 44, 185-187.
- Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., & Garzón-Duque, M. (2014). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública*, 17, 184-194.
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity. *Journal of clinical psychology*, 70, 209-223.
- Silva, C. A. M., Orellana, P. A. R., & Nassr, G. N. M. (2015). Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioterapia e Pesquisa*, 22, 76-83.
- Singh, S., & Bajorek., B. (2014). Defining 'elderly' in clinical practice guidelines for pharmacotherapy. *Pharmacy Practice*, 12, 489.
- Sjöberg, L., Karlsson, B., Atti, A.-R., Skoog, I., Fratiglioni, L., & Wang, H.-X. (2017). Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders*, 221, 123-131.
- Trautmann, S., & Beesdo-Baum, K. (2017). The Treatment of Depression in Primary Care. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114, 721-728.
- Vargas, J. F. V., Naranjo, V. H. C., & Vázquez, J. M. M. (2017). Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2, 14-17.
- Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., Garcia-Gutierrez, S., Navarro, G., & Quintana, J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 130.

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=6B52B05EFF4C8B2A72E9E2DB12095AB6?sequence=1>

11. Bibliografía general

- Avasthi, A., & Grover, S. (2018). Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. *Indian journal of psychiatry*, 60, S341-S362.
- Betts-Adams, K. (2015) Depressed Older Adults: Education and Screening, *Journal of Gerontological Social Work*, 58:1, 104-106
- Blazer, D.G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary, *The Journals of Gerontology: Series A*, 58, Issue 3, M249–M265.
- Devi, J. (2018). The scales of functional assessment of Activities of Daily Living in geriatrics. *Age and Ageing*, 47, 500–502.
- Edelstein, B.A, Drozdick L.W., Ciliberti C.M. (2010). Chapter 1 - Assessment of Depression and Bereavement in Older Adults. Editor(s): Peter A. Lichtenberg. *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology (Second Edition)*. Academic Press. Pages 3-43.
- Elsawy, B., Higgins, KE. (2011). The geriatric assessment. *Am Fam Physician*, 1, 48-56.
- Fiske, A., Kasl-Godley, J. E., & Gatz, M. (1998). Mood Disorders in Late Life. *Comprehensive Clinical Psychology*, 193–229.
- Newell, K.M., Vaillancourt, D.E., Sosnoff, J.J. (2006). Eight - Aging, Complexity, and Motor Performance, Editor(s): James E. Birren, K. Warner Schaie, Ronald P. Abeles, Margaret Gatz, Timothy A. Salthouse. In: *Handbook of the Psychology of Aging (Sixth Edition)*, Academic Press, Pages 163-182.
- Quinn, T.J., McArthur, K., Ellis, G., Stott, D.J. (2011). Functional assessment in older people. *BMJ*, 343, d4681.

12. Anexos

Anexo 1. Formulario de recolección de datos



**Relación entre Depresión y dependencia funcional en adultos mayores, Sector Parque Iberia
de la Parroquia Yanuncay 2018**

EDAD: **CI:**.....

1. Marque con una X su sexo

| | | |
|----------|---------|--|
| 1 Hombre | 2 Mujer | |
|----------|---------|--|

2. Marque con una X su estado civil

| | |
|---------------|--|
| 1 soltero | |
| 2 casado | |
| 3 unión libre | |
| 4 viudo | |
| 5 divorciado | |

3. Marque con una X

| | | |
|------------------------|----------------------------|--|
| 1 sabe leer y escribir | 2 no sabe leer ni escribir | |
|------------------------|----------------------------|--|

4. Marque con una X con quien vive usted

| | | |
|-------------|--------------------|--|
| 1 vive solo | 2 vive con alguien | |
|-------------|--------------------|--|

5. Marque con una X su ocupación actual

| | |
|-------------------------|--|
| 1 quehaceres domésticos | |
| 2 albañil | |
| 3 comerciante | |

| | |
|----------------------|--|
| 4 jubilado | |
| 5 agricultor | |
| 6 no tiene ocupación | |

6. Marque con una X si tiene alguna enfermedad

| | |
|----------------|--|
| Diabetes | |
| Presión alta | |
| Artrosis | |
| Artritis | |
| Hipotiroidismo | |
| Otros | |

7. Usted realiza alguna actividad física, camina, corre, baila por 30 minutos seguidos mínimo 3 veces a la semana

| | | | |
|------|--|------|--|
| 1 No | | 2 Si | |
|------|--|------|--|

8. Usted asiste a algún grupo de adultos mayores

| | | | |
|------|--|------|--|
| 1 No | | 2 Si | |
|------|--|------|--|

Anexo 2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

| | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. ¿Está satisfecho con su vida? | 0 | 1 |
| 2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses? | 1 | 0 |
| 3. ¿Cree que su vida está vacía? | 1 | 0 |
| 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido? | 1 | 0 |
| 5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor? | 0 | 1 |
| 6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo? | 1 | 0 |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | 0 | 1 |
| 8. ¿A menudo se siente abandonado/a? | 1 | 0 |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas? | 1 | 0 |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | 1 | 0 |
| 11. ¿Cree que vivir es maravilloso? | 0 | 1 |
| 12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos? | 1 | 0 |
| 13. ¿Se encuentra lleno de energía? | 0 | 1 |
| 14. ¿Cree que su situación es desesperada? | 1 | 0 |
| 15. ¿Cree que los otros están mejor que usted? | 1 | 0 |

Puntuación total _____

Interpretación:

0-5 puntos: Normal

6- 9 puntos: Probable depresión

10 o más: Depresión establecida

Anexo 3. Escala de Lawton y Brody modificada

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)3 CUADRO. ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADA

| | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|
| Cuidar la casa | | Uso del teléfono | |
| Cuida la casa sin ayuda | 1 | Capaz de utilizarlo sin problemas | 1 |
| Hace todo, menos el trabajo pesado | 2 | Sólo para lugares muy familiares | 2 |
| Tareas ligeras únicamente | 3 | Puede contestar pero no llamar | 3 |
| Necesita ayuda para todas las tareas | 4 | Incapaz de utilizarlo | 4 |
| Incapaz de hacer nada | 5 | | |
| Lavado de ropa | | Uso del transporte | |
| Lo realiza personalmente | 1 | Viaja en trans.; público o conduce | 1 |
| Solo lava pequeñas prendas | 2 | Sólo en taxi, no en autobus | 2 |
| Es incapaz de lavar | 3 | Necesita acompañamiento | 3 |
| | | Es incapaz de usarlo | 4 |
| Preparación de la comida | | Manejo del dinero | |
| Planea, prepara y sirve sin ayuda | 1 | Lleva cuentas, va a bancos, etc. | 1 |
| Prepara si le dan los ingredientes | 2 | Sólo maneja cuentas sencillas | 2 |
| Prepara platos precocinados | 3 | Incapaz de utilizar dinero | 3 |
| Tienen que darle la comida hecha | 4 | | |
| Ir de compras | | Responsable de los Medicamentos | |
| Lo hace sin ninguna ayuda | 1 | Responsable de su medicación | 1 |
| Sólo hace pequeñas compras | 2 | Hay que preparárselos | 2 |
| Tienen que acompañarle | 3 | Incapaz de hacerlo por sí mismo | 3 |
| Es incapaz de ir de compras | 4 | | |

Puntuación total _____

Clasificación

Independiente hasta: 8 puntos

Necesita poca ayuda: de 9 a 20 puntos

Necesita mucha ayuda: más de 20 puntos

Anexo 4. Índice de Barthel

| | ÍNDICE DE BARTHEL | |
|-----------------|---|----|
| Comer | Totalmente independiente | 10 |
| | Necesita ayuda para cortar la carne el pan o extender la mantequilla | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Lavarse | Independiente: entra y sale del baño | 10 |
| | Necesita ayuda | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Vestirse | Independiente | 10 |
| | Necesita ayuda | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Arreglarse | Independiente: lavarse cara, cepillarse dientes, peinarse, afeitarse, etc. | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Deposiciones | Continente | 10 |
| | Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas | 5 |
| | Incontinente | 0 |
| Micción | Continente: Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo | 10 |
| | Incontinente ocasional: menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios | 5 |
| | Incontinente: Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse | 0 |
| Usar el retrete | Independiente: Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar | 10 |
| | Necesita ayuda: Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete. | 5 |
| | Dependiente | 0 |
| Trasladarse | Independiente para ir del sillón a la cama. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente | 15 |
| | Mínima ayuda física o supervisión | 10 |

| | | |
|-----------|---|--------------------|
| | Cierta ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda Dependiente | 5 0 |
| Deambular | Independiente: camina sin ayuda al menos 50 metros, aunque se ayuda de bastón o muletas, prótesis o andador sin ruedas Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros. Independiente en sillas de ruedas sin ayuda Dependiente | 15 10 5 0 |
| Escalones | Independiente para subir y bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque se ayuda con muletas, prótesis o andador sin ruedas Necesita ayuda física o supervisión Dependiente | 10 5 0 |
| | Total | |

Puntuación total _____

Grado de dependencia:

100: Independencia total

91- 99: Leve

90 -61: Moderada

21- 60: Grave

Menor a 20: Dependencia total

Anexo 5. Consentimiento informado



POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Relación entre depresión, dependencia funcional y ciclo vital en adultos mayores, Sector Parque Iberia Parroquia Yanuncay 2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento doy mi consentimiento para participar de manera libre y voluntaria en la investigación: Relación entre Depresión, dependencia funcional y ciclo vital en adultos mayores, Sector Parque Iberia de la Parroquia Yanuncay 2018, que tiene como propósito determinar factores relacionados con depresión y la funcionalidad del adulto mayor de acuerdo al ciclo vital.

La investigadora me ha informado que este estudio es confidencial y no puede causarme ningún daño, que los resultados de la investigación serán de beneficio a toda la población.

Mi participación consiste en responder los test y cuestionarios. Se me ha indicado que puedo dejar de participar en la investigación, sin ninguna sanción ni riesgo.

La investigadora Flor Dávila me ha indicado que es la responsable de este estudio, y que lo está realizando como medio para obtener el título de especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

Firma o huella del participante

Anexo 6. Operacionalización de variables

| Variable | Definición Conceptual | Dimensión | Indicadores | Escalas |
|--------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|--|
| EDAD | Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento | Características socio-demográficas | Años cumplidos | Cualitativa Ordinal 1. 65-74 2. 75-84 3. 85 años y más |
| SEXO | Condición biológica que distingue a los machos de las hembras | Características socio-demográficas | Frecuencia absoluta Porcentaje | Cualitativa Nominal 1. Masculino 2. Femenino |
| ESTADO CIVIL | Condición de una persona según el registro civil actual de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto | Características socio-demográficas | Frecuencia absoluta Porcentaje | Cualitativa Nominal 1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Viudo 5. Divorciado |
| OCUPACIÓN | Acción o actividad que realiza como medio de subsistencia o desarrollo | Características socio-demográficas | Frecuencia absoluta Porcentaje | Cualitativa Nominal 1. Doméstico 2. Albañil 3. Comerciante |

| | | | | |
|--------------------------|--|-----------------------|--|--|
| | | | | 4. Jubilado 5. Agricultor 6. No tiene |
| DEPENDENCIA FUNCIONAL | Grado de capacidad física de una persona adulta mayor para llevar a cabo las actividades de la vida diaria | Factores biológicos | Actividades Instrumentales de la vida diaria (Escala de Lawton y Brody modificado) | Cualitativa Ordinal 1. Independiente. 2. Poca ayuda 3. Necesita mucha ayuda |
| | | | Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) | Cualitativa Ordinal 1. Independiente 2. Dependiente leve 3. Dependiente moderado 4. Dependiente grave 5. Dependiente total |
| DEPRESIÓN | Trastorno caracterizado por la afectación de la esfera afectiva, | Factores psicológicos | Grado de depresión (Test de Yesavage) | Cualitativa Ordinal 1. Normal |

| | | | | |
|----------------------|---|---------------------|-----------------------------------|---|
| | cognitiva y psicomotora que conlleva a la alteración de la funcionalidad normal de la persona | | | 2. Probable depresión 3. Depresión |
| SITUACIÓN FAMILIAR | Es la presencia de familiares o no que viven con el adulto mayor | Factores sociales | Frecuencia absoluta Porcentaje | Cualitativa Nominal 1. Vive solo 2. Vive con más personas |
| GRUPO DE AYUDA MUTUA | Grupo de personas que se asocian por una condición similar (adultos mayores) | Factores sociales | Frecuencia absoluta Porcentaje | Cualitativa Nominal 1. Sí 2. No |
| MORBILIDAD CRÓNICA | Enfermedades de larga duración y evolución lenta que están presentes en el adulto mayor | Factores biológicos | Frecuencia absoluta Porcentaje | Cualitativa nominal 1. HTA 2. DM2 3. Hipotiroidismo 4. Artrosis 5. Artritis 6. Otros |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|---|--|
| <p>ACTIVIDAD FÍSICA</p> | <p>Conjunto de movimientos del cuerpo, obteniendo como resultado un gasto de energía mayor al metabolismo basal</p> | <p>Estilo de vida</p> | <p>Frecuencia absoluta Porcentaje</p> | <p>Cualitativa nominal 1. Sí 2. No</p> |
| <p>CICLO VITAL INDIVIDUAL</p> | <p>Logros que según su edad cronológica debe alcanzar cada persona, en el marco de la salud integral de sí misma y de su familia.</p> | <p>Factores sociales</p> | <p>Años cumplidos</p> | <p>Cualitativa ordinal 1. Ancianos Jóvenes: 65 a 75 años 2. Ancianos mayores: 76 a 85 años 3. Ancianos avanzados: más de 85 años</p> |