

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“Depresión y abandono familiar del adulto mayor. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Primavera 2. Año 2021”**

**AUTOR:**

**Pacheco Mallea, Lilian Eufemia**

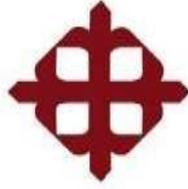
**Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**DIRECTOR:**

**Quimí López, Dennis Ignacio**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA

DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO

ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Lilian Eufemia Pacheco Mallea*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

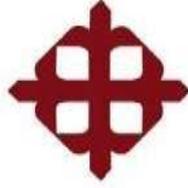
Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

\_\_\_\_\_  
Dr. Dennis Ignacio Quimí López

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

\_\_\_\_\_  
Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

Yo, Lilian Eufemia Pacheco Mallea DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Depresión y abandono familiar del adulto mayor. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Primavera 2. Año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

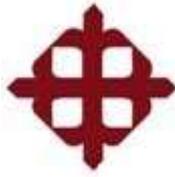
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 202

EL AUTOR:

---

Dra. Lilian Eufemia Pacheco Mallea



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL S  
ISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**AUTORIZACIÓN:**

Yo, Lilian Eufemia Pacheco Mallea

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: "Depresión y abandono familiar del adulto mayor. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Primavera 2. Año 2021", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

---

Dra. Lilian Eufemia Pacheco Mallea

# REPORTE DE URKUND

**Curiginal**

---

**Document Information**

Analyzed document	PACHECO MALLEA LILIAN.pdf (D627611608)
Submitted	2023-02-11T04:53:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	lilian.pacheco@ucu.ucsg.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	xavier.sandivar.ucsg@analysis.orkund.com 

---

**Sources included in the report**

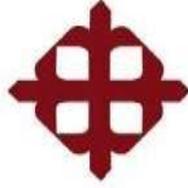
<b>Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / PRIETO CUESTA CLARA DENISSE</b>	
<b>28.01.2022.pdf</b>	
<b>SA</b>	Document PRIETO CUESTA CLARA DENISSE 28.01.2022.pdf (D126318635)  1 Submitted by: clara.prieto@ucu.ucsg.edu.ec Receiver: xavier.sandivar.ucsg@analysis.orkund.com
<b>W</b>	URL: <a href="https://repositorio.urh.edu.pe/bitstream/handle/URNH/2907/1/ESIS-ENFERMERIC3%8DA-2019-NL%3C3%91EZ%20MANRIQUE%20Y%20TORRES%20CASTILLO.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://repositorio.urh.edu.pe/bitstream/handle/URNH/2907/1/ESIS-ENFERMERIC3%8DA-2019-NL%3C3%91EZ%20MANRIQUE%20Y%20TORRES%20CASTILLO.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>  2 Fetched: 2021-01-11T02:10:48.5270000
<b>W</b>	URL: <a href="https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12856/7338/Factores_CalderonMaso_n_Diego.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12856/7338/Factores_CalderonMaso_n_Diego.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>  4 Fetched: 2022-01-19T02:45:12.9530000

## **Agradecimiento**

A Dios, quien está junto a mi apoyándome, con su amor y su bondad, ayudándome a mejorar como ser humano, fortaleciendo e iluminando mi mente cada día de mi vida. A mi familia a quienes amo y por ser mi apoyo para alcanzar mi especialidad como profesional. A mi maestro, tutores y amigas que han sido una pieza importante en mi desarrollo dentro de la institución.

## **Dedicatoria**

A Dios quien es mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor está conmigo, a mi familia por su apoyo constante e incondicional, amor y comprensión, haciendo que de esta manera pueda alcanzar este gran logro.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

---

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO  
DIRECTOR DEL POSGRADO

---

ARANDA CANOSA, SANNY  
COORDINADORA DOCENTE

---

BATISTA PEREDA, YUBEL  
OPONENTE



**ACTA DE CALIFICACIÓN**



**TEMA:** DEPRESIÓN Y ABANDONO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR. CONSULTORIOS DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD PRIMAVERA 2. AÑO 2021  
**POSGRADISTA:** LILIAN EUFEMIA, PACHECO MALLEA  
**FECHA:**

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVARVARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDACANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTAPEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: \_\_\_\_\_ Lo  
\_\_\_\_\_ certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

## INDICE GENERAL

### Contenido

Agradecimiento.....	VI
Dedicatoria .....	VII
ACTA DE CALIFICACIÓN.....	IX
INDICE GENERAL .....	X
INDICE DE TABLA.....	XII
INICE DE ANEXO .....	XIII
RESUMEN.....	XIV
ABSTRACT .....	XV
1. INTRODUCCIÓN .....	2
2. EL PROBLEMA.....	5
2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento .....	5
2.2 Formulación.....	6
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	6
3.1 General.....	6
3.2 Específicos .....	6
4.1 Marco conceptual.....	7
4.2 Antecedentes investigativos.....	22
5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	25
6. MÉTODOS .....	25
6.1 Nivel de la investigación.....	25
6.2 Tipo de investigación.....	25
6.3 Diseño de investigación.....	25
6.4 Justificación de la elección del método .....	25

6.5	Población de estudio.....	25
6.5.1	Criterios y procedimientos de los participantes del estudio oselección de la muestra. ....	26
6.5.2	Criterios de inclusión.....	26
6.5.3	Criterios de exclusión.....	26
6.6	Procedimiento de recolección de la información.....	26
	Técnicas de recolección de información.....	28
6.8	Técnicas de análisis estadístico .....	28
6.9	Variables .....	29
6.9.1	Operacionalización de variables .....	29
7	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	31
7	CONCLUSIONES .....	38
9	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	39
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
	ANEXOS.....	47

## INDICE DE TABLA

Tabla 1 Distribución según grupos etareo y sexo de adultos mayores. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.....	31
Tabla 2 Distribución de adultos mayores según nivel escolar y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.....	32
Tabla 3 Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.....	33
Tabla 4 Distribución de adultos mayores según etnia y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.....	33
Tabla 5 Distribución de adultos mayores según ocupación y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.....	34
Tabla 6 Distribución de adultos mayores según depresión y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.....	35
Tabla 7 Distribución de adultos mayores según la presencia de abandono familiar y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021. ....	35
Tabla 8 Distribución según el grado de abandono familiar y sexo en adultos mayores. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021. ....	36
Tabla 9 Distribución de adultos mayores según abandono familiar y depresión. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021. ....	37

## INICE DE ANEXO

ANEXOS 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	49
ANEXO 2: ENCUESTA .....	51

## RESUMEN

**Antecedentes:** la depresión es un trastorno donde los sentimientos de tristeza interfieren en la vida diaria, sumado al abandono que algunos mayores podrían presentar, afectarían el bienestar a nivel personal, familiar y social.

**Métodos:** la investigación es de tipo observacional, retrospectiva, y transversal incluyó 103 personas seleccionados por un muestreo no probabilístico con el objetivo de asociar la depresión y abandono en adultos mayores de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de salud Primavera dos en el 2021. Previa autorización del comité bioético de la Universidad católica de Santiago de Guayaquil y cumpliendo con los principios de Helsinki se realiza el estudio. Las variables utilizadas fueron edad, sexo, etnia, escolaridad, estado civil, ingreso económico, depresión, abandono, cumpliendo criterios de inclusión y exclusión, previo al consentimiento informado se realizó la encuesta, los resultados fueron ingresado en una matriz de Excel y el estadístico SPSS 20.0, se utilizó Chi cuadrado con un valor de P de 0.05, para los resultados se utilizó tablas y gráficos.

**Resultados:** en la investigación predominaron el sexo femenino, el grupo de 75 a 79, la escolaridad primaria terminada, etnia mestiza, unión libre, ama de casa, la depresión predominó leve y establecida 56,3 %, el grado de abandono predominó el grado medio de abandono 67%, la estadística demostró una relación muy significativa con un valor de p 0,000 entre depresión y abandono.

**Conclusiones:** en los consultorios de Medicina familiar y comunitaria los pacientes con abandono se encuentran con un grado de depresión.

**Palabras clave:** depresión, anciano, abandonado, familia

## ABSTRACT

**Background:** Depression is a disorder where feelings of sadness interfere in daily life, added to the abandonment that some older people may present, they would affect well-being at a personal, family and social level.

**Methods:** the research is observational, retrospective, and cross-sectional, it included 103 people selected by a non-probabilistic sampling with the objective of associating depression and abandonment in older adults in the Family and Community Medicine offices of the Primavera dos Health Center in the 2021. Prior authorization from the bioethical committee of the Catholic University of Santiago de Guayaquil and complying with the Helsinki principles, the study is carried out. The variables used were age, sex, ethnicity, education, marital status, income, depression, abandonment, fulfilling inclusion and exclusion criteria, prior to informed consent, the survey was carried out, the results were entered in an Excel matrix and the statistic SPSS 20.0, Chi square was used with a P value of 0.05, tables and graphs were used for the results.

**Results:** in the research, the female sex predominated, the group from 75 to 79, finished primary schooling, mixed ethnicity, free union, housewife, depression predominated mild and established 56.3%, the degree of abandonment predominated the degree average dropout 67%, the statistics showed a very significant relationship with a value of  $p < 0.000$  between depression and dropout.

**Conclusions:** in family and community medicine clinics, patients with abandonment found a degree of depression.

**Keywords:** depression, elderly, abandoned, family

## 1. INTRODUCCIÓN

La depresión aparece en el adulto mayor (AM), por una serie de factores que pueden controlarse y evitarse, proporcionando una atención oportuna e inmediata por la familia y también por el profesional de la salud. (1) En el Caribe y en América Latina esta afectada al 5% de la población adulta, pero 6 de cada 10 no están recibiendo tratamiento, y esto se evidencia cada vez más en el hecho de que las sociedades envejecidas, donde la soledad y la soledad continúan abrumándose, compiten cada vez más, olvidando las características sociales y emocionales de las personas. (2) Hay una variedad de factores psicosociales en la depresión de las personas mayores, a menudo combinados con factores de la vida familiar, como: trastornos en la falta de trabajo o en la jubilación y comunicación social que traslada a la desesperación continúa con una severa depresión (3).

En los AM la depresión es una perturbación común de tipo mental representado por desconsuelo, falta de placer o interés, culpa o baja autoestima, problemas para dormir o comer, fatiga y falta de concentración. Puede volverse la depresión crónica y obstaculizar el funcionamiento en el diario vivir. Realiza autoatentado contra su vida en cuando más grave es su forma. Si es leve, puede tratarse sin medicación, pero si es moderada o grave, puede requerir medicación y terapia ocupacional. (4)

La depresión es una enfermedad común pero grave. Todos sentimos tristeza de vez en cuando, pero la depresión es diferente de la tristeza general porque puede afectar la forma en que piensas, sientes y actúas y puede dificultar tu desempeño en el hogar y el trabajo. Los individuos pueden perder interés con depresión en diligencias que disfrutaron alguna vez. Algunas personas con depresión sienten que no valen nada y corren el riesgo de hacerse daño. (5)

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo todos los individuos no envejecen de la misma forma, las causas son relacionadas con los modos de vida, las oportunidades y privaciones, medio ambiente, exponerse a factores de riesgo, el riesgo de acceder a la educación en promoción de la salud, hábitos saludables cuyos efectos aparecen el momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad de la persona AM.(6), en esta fase existe

cambios como el conflicto para realizar diligencias del diario vivir, esto puede promover en la aparición de la conmovión de soledad y tristeza. (6)

Identificar las características de dependencia es importante para que puedan presentar la persona longeva. Éstas pueden ser debidas a su dificultad para realizar algo, puede estar asociada algún trastorno psíquico, a cambios en su estilo de vida, situaciones de pérdida, problemas de autoestima, sentimientos de culpabilidad y falta de motivación para realizar alguna actividad y alimentarse. Por otra parte, la desvalorización relacionada a vulnerabilidad a enfermedades, frustraciones, ansiedad, deficiencias son factores que se deben considerar en la depresión y bandono familiar en el anciano. (7).

La presencia de depresión y abandono en los AM es un motivo de gran importancia para realizar un diagnóstico oportuno y evitar llegar a la depresión grave ya que pueden provocar el suicidio del paciente. La presencia de estrés también se presenta con frecuencia en esta etapa, debido a que se relaciona directamente con la sobrevivencia en mediodo una dificultad y el anciano suele presentar una alta frecuencia de crisis normativas y para normativas. Es recomendable aconsejar un buen funcionamiento de la familia, este elemento es fundamental en la conservación de la salud o en la aparición de morbilidades entre las personas que lo conforman. Las familias negativas pueden incidir en la apatía, falta de atención o abandono de los adultos mayores (8).

La depresión en adultos mayores tiene alta incidencia con un impacto negativo muy extendido y afecto la calidad de vida, entre nuestras posibles causas: episodios depresivos previos, trastornos del sueño, duelo, discapacidad, en mujeres, enfermedad crónica y demencia. Los adultos mayores muestran sentimientos de depresión caracterizado por un bajo estado de ánimo, tristeza, ansiedad y trastornos físicos, y este trastorno da como resultado una alta tasa de recaídas y una alta tasa de muerte asociada con la depresión en otras edades. (9).

La mayoría de los AM tiene una buena salud mental, pero muchos corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo

de sustancias, Además de otras condiciones, como diabetes, pérdida de audición u osteoporosis. Teniendo a medida que mientras envejecemos, amplía la posibilidad de padecer otras patologías, y las causas del estrés para muchas personas mayores son que se ven privadas de la capacidad de vivir de forma independiente debido a la dificultad de movimiento, el dolor y la incomodidad. Enfermedad crónica, dolencia u otros problemas físicos o problemas mentales, por lo que necesitan la ayuda de otros. Los adultos mayores tienen más probabilidades de sufrir la muerte de seres queridos y el deterioro del nivel socioeconómico después de la jubilación o la discapacidad. Todos estos factores pueden provocar aislamiento, pérdida de control, angustia, desconsuelo y soledad, y afectando la salud mental y física. (10).

## **2. EL PROBLEMA**

### **2.1 *Identificación, Valoración y Planteamiento***

La edad de un AM es un proceso natural de todo ser humano y a pesar de los temores asociados a las debilidades y enfermedades que suelen presentarse como consecuencias, siendo una etapa dentro de la vida de todo ser humano desea llegar de la mayor manera posible. (10)

Las organizaciones internacionales se toman en serio las orientaciones sobre el envejecimiento de la OMS con normas y programas de "anti envejecimiento activo" para optimizar la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos AM. Parte de la ancianidad son los cambios fisiológicos lo que conlleva problemas vitales, reduciendo la independencia, la armonía, y presentando deterioro en la salud, disminuyendo así las capacidades físicas y mentales, ocasionando dificultades en sus actividades y en la economía. (11).

El grupo etario de los AM es el período que más controversia ha suscitado entre los estudiosos, especialmente en los últimos años, sobre todo por el tamaño que ha adquirido a nivel mundial., sino también por las implicaciones que este impone a los sistemas y servicios de cada nación, lo que las obliga a adoptar decisiones para planificar y redistribuir sus recursos, y así poder atender a este fenómeno poblacional (12).

Cuando los AM se encuentran en un estado de abandono, recurren a la soledad, lo que puede poner de relieve los problemas biológicos, emocionales y sociales que han enfrentado a lo largo de su vida, y pueden hacer que se alejen de ellos. Actualmente en nuestro país debido a muchos factores entre ellos la pobreza, el abandono familiar, las enfermedades ha sido el detonante de los diferentes cambios en el comportamiento de nuestros adultos mayores y como bien sabemos la depresión es un trastorno afectivo que se ve perfectamente reflejado en el comportamiento de dicho grupo etario. (13).

La satisfacción con el escenario económico, la importancia de la familia, la salud percibida y la cantidad percibida de recursos concernientes con la nutrición intervienen en el agrado con la eficacia de la vida en los adultos mayores. Las AM en áreas urbanas son más sensibles a las percepciones de enfermedad, mientras que en zonas

rurales se ven más afectados en su calidad de vida ante una situación económica desfavorable. (14).

Debido a una falta de una investigación en salud que relacione la depresión y el abandono familiar del AM en el Centro de Salud

Primavera 2 del cantón Durán, y que es un grupo poblacional que se encuentra cada vez más propenso a factores que favorezcan la aparición de depresión y abandono familiar, también de ser una población que va en ampliación. Ante esta problemática nos propusimos realizar una investigación sobre los diferentes factores que influyen a la presencia de depresión en los AM tomando como ejemplo a los longevos que asisten al área de Medicina familiar y Comunitaria del don los Posgradistas del centro de salud Primavera 2.

## **2. 2 Formulación**

¿Cuál es la relación que existe entre depresión y abandono familiar en el adulto mayor del consultorio del Centro de Salud Primavera 2 del año 2021 de los Posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria?

## **3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **3.1 General**

Asociar la depresión y el abandono familiar del adulto mayor de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de salud Primavera dos, en el Año 2021.

### **3.2 Específicos**

- Determinar según variable sociodemográfica a la población de adultos mayores.
- Identificar a adultos mayores con depresión los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria el centro de salud Primavera 2.
- Describir el abandono familiar en el adulto mayor.
- Establecer la asociación posible entre la abandono familiar y depresión en el adulto mayor.

### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **4.1 *Marco conceptual.***

El AM o la ancianidad es una etapa natural del ciclo de la vida, la mayoría de las personas desean ser parte del grupo de seres humanos que llegan a esta edad. Aunque el concepto de la palabra Anciano se puede dar de muchas formas diferentes, tal variación se puede definir que la razón de envejecer es un proceso que difiere de una persona a otra según el estilo de vida que lleve relacionado a salud, trato afectivo, abandono de su familia y economía, por lo que los países debe adoptar decisiones para planificar y redistribuir sus recursos, y así poder atender las necesidades de este grupo poblacional (15).

El envejecimiento en algunas ocasiones presenta múltiples necesidades, en las personas principalmente que viven solas, la enfermedad aparece como el evento más notable en esta etapa de la vida. Sin embargo, al preguntarles a los AM sobre lo que para ellos significa envejecer, dan versiones diferentes de acuerdo a cada escenario, para algunos es algo muy hermoso ya que cuentan con su familia, pueden relatar lo que han hecho a través de la vida, mientras que, para otros, pueden ser algo negativo, como los AM abandonados que suelen sentir tristeza. Hay que orientar al AM que la adultos se puede llevar mejor con un buen estilo de vida que no a sido realizado en sus años anteriores, para disminuir complicaciones en caso de que padezca alguna enfermedad que fue adquirido por un mal estilo de vida y en usuarios sanos evitar algún padecimiento (16).

El abandono de la persona AM se considera como negligencia o desprotección, la desprotección surge por no cumplir o por mal cumplimiento de las funciones propias del familiar o cuidador como presentar deterioro de la salud, desnutrición, apatía de las situaciones higiénicas del individuo y de la vivienda. El escenario del abandono alcanzar a volverse una problemática con la facultad del paciente por la emoción de afecto - dependencia emocional que tiene el AM con respecto al familiar que aparentemente la cuida, en algunas ocasiones por miedo a las represalias o por vergüenza (17).

El abandono podría llevar a algunos ancianos a estar en situaciones de calle, pidiendo

limosnas, ejerciendo de cualquier manera la mendicidad, buscando una forma para seguir manteniendo a su familia, con frecuencia son enviados por sus familiares para que consigan dinero y de esta forma no se conviertan en una carga para ellos y sostengan a los que en la familia se encuentran desempleados, o cuando cohabitan con familiares que se ve involucrado en el consumo de drogas psicotrópicas, obligándolo a buscar dinero para poder mantener su vicio, por lo que algunos ancianos en ocasiones no soportan la presión, el insulto, además abandonados por su núcleo familiar ya que por la misma situación y escogen fugarse y refugiarse en las calles. (18)

La humanidad no está preparada para la vejez, se olvidan o no quieren pensar en que van a llegar a ser ancianos, Y como este tiempo ha llegado a lo inesperado e inmediato, los AM que se encuentran en el contorno de su jornada profesional deben empezar a prepararse para la etapa del envejecimiento. Suele pasar que cuando llega este momento es cuando viene la depresión, muchos mueren al poco tiempo de jubilarse ya que piensan que ya no sirven, piensan que obstaculizan en la sociedad y en dentro de sus familias. (18).

La depresión que es un trastorno en los que los sentimientos de tristeza interfieren en la vida diaria y en el funcionamiento normal de las personas, es mucho más común en sujetos mayores de 65 años en su calidad de vida con un impacto negativo. Dentro de los factores de riesgo se destacan: Quebranto, alteración del sueño, incapacidad, episodios depresivos previos, en mujeres, alucinación y condiciones crónicas médicas. Los adultos mayores con depresión tienen un estado de ánimo, tristeza, ansiedad y quejas más bajas que los adultos más jóvenes con la misma enfermedad (19). El anuncio suele ser sombrío, ya que esta perturbación en la AM tiene una incidencia de recurrencia y una alta mortalidad general en comparación con sujetos de otros grupos atareos. La elección del fármaco requiere una cuidadosa consideración del comportamiento del paciente, la presentación de trastornos depresivos en adultos mayores de 65 años aumenta la mortalidad en este grupo de edad, con cuidadosa atención a los efectos secundarios y al perfil de efectos secundarios y efectos secundarios del fármaco. (20).

La representación de perturbaciones depresivas en adultos mayores de más de 65 años extiende la morbi-mortalidad a este grupo etario, con un impacto negativo en las características de vida convirtiéndose a nivel mundial en un problema de salud pública. Los adultos que sufren de depresión están igual o peor que los adultos que sufren de

condiciones como artritis, neumonía o diabetes. La depresión conduce a una mala conciencia sobre la salud y al acceso a los servicios de primeros auxilios en los ancianos. Los adultos deprimidos visitan a su médico dos o tres veces más que los adultos no deprimidos, lo que aumenta aún más los costos del tratamiento. A pesar de múltiples consultas, menos del 20% de los pacientes fueron diagnosticados y tratados, y los resultados de las intervenciones parecen ser insuficientes, incluso en pacientes que reciben tratamiento. (20)

La vejez debe ser un período de equilibrio, de quietud, de contentamiento con el pasado, con lo realizado y vivido; Es hora de establecerse. De hecho, cuando eres joven aprendes y cuando creces entiendes. Es un hecho de que el paso del tiempo te enseñe nuevas consideraciones en la vida. Pasamos mucho tiempo preparándonos para el futuro, lo que a veces nos impide disfrutar del presente. La vida es tan favorable como la quieras, hay que afrontar bien los cambios y no dejar que se vayan tan ciegamente como quieres, muchas veces pensando obstinadamente que tienes razón en lugar de ser feliz. A medida que envejecemos, la visión física disminuye, pero la visión mental se agudiza, lo que significa la capacidad de ver los significados más profundos de las cosas. Los mecanismos más difíciles dentro del gran arte de vivir y así considerada una obra maestra de sabiduría es considerada a la vejez. (21)

La comprensión y conocimiento de los clínicos y del personal médico sobre este trastorno y sus características es fundamental para su detección y tratamiento oportunos, Como resultado, se reduce el impacto negativo sobre los pacientes, las familias y la comunidad en su conjunto. Uno de los problemas de salud mental más comunes es la depresión clasificándose como la enfermedad internacional en la actualidad. En AM la depresión (denominada depresión geriátrica) es un serio problema serio estimándose que existe una proporción de AM de 60 años que coexisten en la comunidad con depresión siendo subjetivos síntomas. Sin embargo, su alto riesgo a menudo se pasa por alto y no se trata, ya que a menudo se presenta con síntomas diferentes en los adolescentes. (22).

La capacidad funcional de las personas mayores con cambios negativos será siempre ser un predecesor de sintomatología depresiva, se ha demostrado que los cambios negativos en los ancianos se corresponden con un aumento de los síntomas depresivos y, por el contrario, un cambio positivo en la capacidad funcional se asocia con una menor sintomatología depresiva. Las personas que nacen ansiosas porque

dependen de los cuidadores para hacer las compras tienden más a deprimirse. (22).

Los adultos mayores realizan aportes significativos a la colectividad de muchas maneras, ya esté en el seno familiar, en la sociedad local o en la colectividad en general, esos recursos sociales, humanos y las oportunidades que tienen a envejecer acatarán en gran medida de algo primordial que la salud. Si las personas mayores estuvieran sanas, habría poco límite a su capacidad para hacer lo que disfrutaban. Pero si los ancianos sufren deterioro físico y psíquico, las consecuencias serán negativas. Si queremos construir sociedades pacíficas, equitativas y seguras, el desarrollo debe tener en cuenta los cambios de población y el plan debe invertir en los ancianos para el desarrollo, dijo, al mismo tiempo, dijo, aún no está listo. (23)

Un trastorno emocional es la depresión, que establece un sentimiento de constante angustia y un quebranto en el interés en realizar diferentes actividades, entristece los sentimientos, los pensamientos y el resultado de los longevos, que puede originar una diversidad de conflictos emocionales y físicos, siendo posible que tenga conflictos para efectuar las diligencias cotidianas y vivir con desaliento, presentando alteraciones del sueño, cansancio, pérdida del apetito, problemas físicos, con frecuencia, en los adultos mayores no se reconoce ni recibe tratamiento lo que puede dejar de ser algo pasajero y hacer que el anciano empeore, por lo que es importante visitar al médico tan pronto sea posible. (24)

Nadie puede hacerse enteramente cargo por sí mismo de su propia vejez, por lo que cada AM espera el cuidado y consideración de su familia, sin embargo, jamás estará de más insistir que la etapa del envejecimiento no es una dificultad de un determinado grupo étnico, sino de todos. A través de las distintas versiones de los AM con respecto a sus inquietudes, se ven diferencias por niveles educativos: a menor educación aumenta su intranquilidad, siendo una preocupación el quedarse solo ya que no tienen ningún ingreso económico. Respectivamente a la salud mental observamos que, en casi 1/3 de los individuos sospechosos de tener síntomas depresivos, y en la ansiedad los indicadores de son elevados, asociados a sentimientos de soledad, y poco más de un tercio se sentían inadecuados, amigos y alrededor de una cuarta parte se sentían aislados o excluidos por otros. (25).

La vejez es el período en que las relaciones familiares y sociales son fundamentales para la calidad de vida. Esto corresponde en gran parte a que los octogenarios a

menudo consiguen tener malas amistades sociales, ya sea por la pérdida de un cónyuge, un amigo o un compañero de trabajo; también debido a estas limitaciones, existe un importante mecanismo informal para su inclusión en la sociedad. Las relaciones sociales y familiares son saludables y representan no solo apoyo, sino también seguridad afectiva, social y afectiva, contribuyendo al aumento de la autoestima. (25)

Hay muchos factores familiares y psicosociales que contribuyen a la depresión en los adultos mayores, y se combinan factores psicosociales presentes en la vida familiar, como la incapacidad para jubilarse y socializar. El contacto social, generalmente con retorno de la desesperanza en los adultos mayores deprimidos, provoca síntomas de disfunción, como la depresión, como uno de los procesos emocionales que se ve comprometido con la edad. (26)

La depresión ha estado presente con frecuencia a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, ha experimentado un incremento significativo en las últimas décadas. El impacto de esta patología en la sociedad actual se demuestra en la epidemiología de la depresión a nivel mundial. Es un trastorno narcisista caracterizado por síntomas como tristeza, insatisfacción y falta de interés, que en los pacientes suelen ser crónicos y desembocar en depresión. La depresión se clasifica según el número y la gravedad de los síntomas, como leve, moderada o grave. Es un error pensar que esto es natural para los adultos deprimidos. (27)

La depresión en los AM, si no se diagnostica y asisten medicamente, les causará un desconsuelo innecesario a ellos y a las familias, sino con el apropiado tratamiento, gozarán de una buena vida. La depresión en los ancianos es cada vez más reconocida y tratada por profesionales de la salud mental, más conocida como la dimensión emocional del trastorno depresivo. La depresión puede ser una respuesta al estrés causado por una enfermedad, la pérdida de cosas o el debilitamiento de las conexiones emocionales debido a una enfermedad. Es claro que la depresión no solo reconoce a enfermedades orgánicas, sino que antecede a cualquier entorno posible en proporción con ella. (27)

A menudo, las personas no se dan cuenta de que la depresión les afecta, porque se desarrolla gradualmente. Puede tratar de seguir luchando y lidiar con los sentimientos de depresión manteniéndose ocupado, pero esto puede generar más estrés y fatiga.

Entonces comienzan los ataques físicos, como un dolor de cabeza constante o insomnio. Estos son a veces los primeros signos de depresión. Es más fácil aprender a detectar las señales de advertencia de un episodio depresivo y es importante consultar a un médico lo antes posible., para que pueda evitar contraer enfermedades graves. Estos signos varían de persona a persona, pero a menudo son los mismos en el caso de episodios depresivos recurrentes. (28)

Los signos más comunes de depresión son: cambios de humor (a menudo tristeza y llanto inexplicable); deterioro de interés en diligencias que periódicamente eran placenteras; dormir mal (despertarse temprano y no dormir lo suficiente); ansiedad persistente con instantes en los que se exagera, incluido en situaciones que hasta ahora se consideraban frecuentes y sin riesgos (realizar mandados); Irritación inusual que requiere mucha energía para controlar; cansancio excesivo o enlentecimiento de los movimientos; incapacidad para el trabajo, incapacidad para trabajar diariamente; mayor sensibilidad al ruido; cambios anormales (aumento o disminución) en el apetito. La depresión suele durar menos de 6 meses. Es posible un tratamiento y cura completa (desaparición de los síntomas), pero la alarma de recurrencia de la patología después la recuperación es total y con prevalencia alta. (28)

La insuficiencia de intervenciones renovadoras nace del empeoramiento que este trastorno sigue generando en quienes lo padecen, con importantes costes a nivel social, laboral, familiar y social. Económicamente, mientras la depresión sigue aumentando en intensidad y estabilidad en sus episodios, el individuo o afectado afronta mayor dolor y problemas funcionales en diversas áreas de la vida, lo que conlleva secuelas económicas, sociales y de salud, además del riesgo de suicidio, no todos los involucrados tienen acceso al tratamiento y si lo tienen, es no exhaustivo monitoreo de seguridad suficiente o inexistente(29).

Este trastorno mental se caracteriza principalmente por una profunda tristeza, disminución del interés o la capacidad de ser feliz, disminución o fatiga de energía seguida de sentimientos de sometimiento, culpa y autocrítica. La depresión también puede estar asociada con la aparición de síntomas somáticos, como problemas con el sueño y el apetito; afectando así el ejercicio de un individuo en su diario vivir, a nivel profesional, social o interpersonal. Numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales provienen de la etiología. También existe otra forma del trastorno llamado arritmia, que se considera un estado prolongado de tristeza, con episodios más leves,

pero más prolongados, como una leve depresión que se vuelve crónica. (29).

El envejecimiento es un proceso lento, en el que transcurre ya más de un tercio de nuestra vida y durante el que se deberá garantizar a los individuos mayores el derecho a recrearse de ocasiones de empleo y formación, participación activa en la vida familiar y social a través del voluntariado, el aprendizaje continuo, la expresión cultural y el pasatiempo, la Comisión Europea destaca la importancia del envejecimiento activo como factor clave para el crecimiento. Así, respalda la idea de garantizar el acceso a todo tipo de actividades y la igualdad de oportunidades para toda la ciudadanía, independientemente de su edad. (30)

Cualquier persona AM puede vivir de forma activa su propio envejecimiento en la medida de sus posibilidades principalmente cuando tiene un buen ámbito familiar. Proyectos relacionados en asuntos laborales, las pensiones de la jubilación, suelen ser una de las principales preocupaciones, se puede construir una sociedad capaz de afrontar el envejecimiento de la población como un reto, los individuos envejecen cada año que sobreviven; añaden un dígito a su edad cronológica. Refiere la OMS como *“el proceso de optimización de etapas de la salud, seguridad y participación con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que envejecen los sujetos”*. (30)

Los AM experimentan cambios importantes en su vida o desafíos que los lleven a la depresión. Cosas como perder a un esposo, existir con una condición de salud crónica o dejar el hogar en los individuos que viven muchos años son más frecuentes en octogenarios que en otros. Algunas personas creen que tener depresión es normal con la edad. Sin embargo, al igual que otras personas que atraviesan cambios en la vida, las personas mayores pueden sentirse tristes y deprimidas, y luego recuperarse o deprimirse. La depresión no tratada puede durar muchos años. Puede causar o exacerbar otros problemas de salud mental y física, y lo mismo puede ocurrir con las relaciones propias. (31).

La depresión es un trastorno emocional más común en personas mayores de 60 años, y se manifiesta principalmente por tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, dificultad para dormir, inestabilidad emocional, ansiedad y peligrosidad, especialmente pensamientos suicidas. La depresión es un problema de salud pública, con un grave impacto en la discapacidad, enfermedad, mortalidad y calidad de vida de

los adultos mayores, requiriendo el diagnóstico por parte del médico de familia Diagnóstico y tratamiento, especialmente la prevención de la depresión. Para nosotros, la depresión es fundamental. En investigaciones realizadas se presentan los fundamentos del manejo de esta enfermedad a través de revisiones bibliográficas de las necesidades que se presentan en el primer nivel de atención. (32).

El síndrome depresivo es un trastorno del afecto, el cual puede presentarse como parte de diferentes entidades clínicas específicas con episodio depresivo mayor, trastorno bipolar, distimia, ciclotimia, reacción de ajuste con ánimo depresivo o a manera de un trastorno orgánico depresivo (depresión secundaria). Las causas de riesgo psicológico resultan similares en todos los grupos etarios y rodean la culpa y el pensamiento negativo. Las posibilidades de adaptarse a las situaciones, sobre todo si son nuevas, están determinadas en los ancianos por: su pasado, su salud, sus capacidades de comunicación y sus respuestas. (32).

La depresión es un trastorno geriátrico que, junto con otras afecciones médicas como la depresión, se ve exacerbada por el estrés externo o la sobreexposición, lo que provoca la pérdida de motivación para la vida diaria y el estilo de vida. Como sedimento o por estos y muchos otros. Compromiso con otros síntomas como depresión, pérdida auditiva, pérdida auditiva y visual en el adulto mayor y demencia. En Ecuador, la depresión entre los adultos mayores es del 39%, y la depresión tiene muchos efectos secundarios y también afecta a los adultos mayores. Acrecienta el conflicto del discapacitado lo que dificultara el tratamiento de sus comorbilidades. (33)

Los trastornos mentales y/o psiquiátricos en las personas mayores son ahora una gran preocupación debido a su escala y alcance, lo que sitúa a las personas mayores como uno de los grupos de edad más vulnerables a las enfermedades mentales. Problema. Especialmente las mujeres. La depresión es hoy uno de los síndromes más importantes del envejecimiento en el anciano, y debido a su creciente severidad y frecuencia, la depresión en el anciano ha sido reconocida como una enfermedad de alta prevalencia y ha sido contemplada complicación dentro de la salud pública. (34)

Hay una subestimación que tiende a justificarse por el diagnóstico de esta posición, la conclusión de que el envejecimiento es estándar y, además, no se exceptúa que la depresión esté estrecha la relación con la salud de los longevos, investigadores del

tema, especifican que en la vejez la depresión es una patología que seguramente sea la causa principal en el AM de sufrimiento y con la que se corresponde de modo directo a la disminución de su calidad de vida. Siendo frecuente la representación de padecimientos varios los mismos que incrementan un deterioro en la salud, convirtiendo al envejecimiento óptimo en un envejecimiento patológico; caracterizándose por la pérdida de la dependencia, la funcionalidad, la discapacidad, deterioro cognitivo, pérdida de alguna extremidad, debilidad, presencia de periodos mayores de tiempo con síntomas, intensificación el uso de fármacos para el dolor crónico. (34)

La capacidad funcional disminuida se confronta de manera más positiva cuando el AM cuenta con un ambiente seguro, lazos familiares, un estable ingreso económico y acceso en la atención en salud. Otro aspecto esencial, muy relacionado con él, es el grado de socialización que tienen las personas mayores. La interferencia con los sistemas sociales tiende a disminuir a esta edad, lo que conduce al aislamiento social y la pérdida de bienestar. Así, la socialización en esta etapa se ve afectada por la reducción del contacto inicial con familiares y amigos, lo que corresponde a limitaciones de salud emergentes y posiblemente reducción del contacto con los demás. (35)

La importancia de los grupos de apoyo a las personas mayores, así como todos los programas lúdicos y de salud que se ofrecen a este grupo de población, ya que establecen un medio preventivo y una contribución al progreso de los individuos mayores. Mejorar las áreas de amor, salud, familia y sociedad. Esto permite que los adultos mayores vivan sus últimos años con mayor satisfacción, rompe el estigma de la dependencia relacionada con la edad e interactúa con otros necesarios para interferir en las circunstancias de las personas. Se convierte en las etapas de la edad en un elemento protector frente a la presencia de enfermedades. Desde la patología, el beneficio es que una persona aumenta su capacidad cognitiva, su capacidad para adaptarse mejor, regula sus emociones, extiende la calidad de vida y como resultado, el autocontrol; los hallazgos anteriores llevaron a una mayor movilidad e independencia y una mejor imagen de sí mismos de los ancianos. (35)

El envejecimiento es un proceso normal en la vida del ser humano y consta de diferentes etapas por las que transita el individuo a lo largo de su vida. El

envejecimiento no ocurre de la misma manera para todos, ya que los estudios realizados indican que la calidad de vida y el funcionamiento de un individuo durante las etapas del envejecimiento están directamente relacionados con las oportunidades y limitaciones encontradas durante la infancia, la adolescencia y la adultez temprana; de ahí la importancia de tener estilos de vida saludables, no estar expuestos a factores de riesgo, tener conocimiento sobre estos temas y participar en las promociones de salud. (36).

Las familias son consideradas el grupo social más significativo para el sujeto, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, protección y afecto para el sustento de la salud y la prevención atención, de igual manera las experiencias emocionales con los alimentos y la exposición a la educación nutricional contribuyen a formarsus hábitos dietéticos, siendo, en alguna medida un producto de su cultura y de su grupo social (36).

Las familias son un natural elemento y fundamental en la humanidad, la cual es resguardada por el estado y la sociedad; las familias son grupos sociales básicos constituidos para integrar necesidades, y la familia es la fuente de las relaciones más duraderas y la primera existencia social de un individuo con relaciones que se mantienen a lo largo de la vida, lo que la convierte en una instancia con mayores recursos para producir cambios, contexto natural para crecer y recibir auxilio, la familia con una buena relación entre ellos, los cuidados que brindan al anciano son un pilar fundamental para el tipo de vida que puede llevar el adulto mayor (37).

La depresión en los ancianos a menudo pasa desapercibida y la mayoría de los tratamientos para la depresión se realizan en poblaciones más jóvenes; Sin embargo, vivir muchos años significa envejecer, lo que a su vez aumenta la dependencia, produce enfermedades, crea inestabilidad emocional y mental, y conduce a enfermedades como la depresión en la vejez. Se ha observado que la pérdida de la pareja es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de depresión en esta etapa de la vida. Una gran proporción de la población del estudio consideró que su nivel socioeconómico bajo era un factor de riesgo potencial para la depresión(38).

La depresión es uno de los principales síndromes del envejecimiento, que es una enfermedad crónica o recurrente con graves consecuencias para las personas

mayores. La prevalencia varía según la metodología, y los adultos mayores deprimidos parecen tener más probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas y deterioro funcional. Las manifestaciones de la depresión en los AM son volátiles y los síntomas de letargo como debilidad, insomnio y inapetencia son habituales, pero son menos específicos porque muchos adultos mayores no deprimidos aún pueden estar presentes. La detección temprana es deseable siempre que las herramientas utilizadas sean válidas y confiables. Un juicio mejor de este inconveniente reconocerá un análisis temprano y un rápido tratamiento. (39).

La depresión es una de las condiciones incapacitantes más comunes y se asocia con una mayor tasa de mortalidad, y con la edad tiende a volverse intratable e incluso se manifiesta frecuentemente con síntomas psicóticos y tiene un efecto negativo en la cognición. Los síntomas principales de la depresión en el AM afectan a los aspectos siguientes: La dimensión emocional: lamentos, desconsuelo, abandono, etc. La dimensión cognitiva: desesperación, abandono, pensamientos suicidas y culpa. Tamaño físico: cambios en la energía, el sueño, el apetito, las deposiciones y la libido (39).

Los componentes familiares implican en la sociedad, vulneran los derechos de las personas mayores, les hacen sentir que son una carga para la familia o la sociedad, etc. Los proyectos presentan como objetivo: determinar los factores del abandono familiar del adulto mayor en la sociedad, el abandono de los ancianos es un contexto cotidiano y es significativo abordar esta complicación ya que todos llegaremos ese periodo de la vida. Los familiares que han alcanzado la mayoría de edad, en la mayoría de los casos, son excluidos o desplazados por el resto de la familia o la mayoría de ellos. Hay una perturbación en la interacción emocional, la comunicación, como entidad social en un grupo familiar. (40)

Cuando una persona mayor ha completado una vida activa y no es económicamente productiva para la familia, se convierten en una carga potencial de costos para la familia a la que corresponde. Situación que puede causar la ruptura de interacción humana, relaciones, comunicación e incluso afectividad, siendo estas causas de abandono. Los longevos en muchos casos son sometidos a malos tratos físicos y psicológicos que provocan daños psicológicos y físicos, ya que el envejecimiento provoca daños irreparables. Los familiares a menudo hacen que las personas mayores

se sientan como una carga, una circunstancia que conduce a estados de depresión, inestabilidad emocional, un estado de desintegración y rechazo que conlleva a síntomas depresivos. Las situaciones de abandono de personas mayores ocurren diariamente y tienen un impacto negativo en la sociedad. Es esencial aceptar que todas las personas lleguen a la vejez algún día, debemos aprender a vivir con eso y con las personas que ya son mayores, el abandono no es una solución. (40)

El abandono familiar en las personas mayores es un viejo problema fundamental en nuestra sociedad por el desconocimiento de los derechos que tienen. La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra, caracterizado por progresivo declin e en las funciones orgánicas y psicológicas, como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Siendo estas diferentes para cada individuo además de ser más vulnerables a enfermedades, las personas mayores y la responsabilidad compartida que debe asumir la familia. Una de las principales razones del abandono de los adultos es que los adultos mayores ya no tienen una carrera útil y pasan a asumir costos en la familia; Situaciones que generan estrés y modifican el trato que reciben las niñas y los niños y sus amigos y seres queridos. (41)

Desde el año 2000, se ha llevado a cabo una revisión de diarios para dar una idea de la prevalencia del estrés geriátrico. Las tasas detectadas varían según la región y el país, así como según el instrumento utilizado para realizar el diagnóstico. Dependiendo de la exposición a los factores de riesgo, las familias, las comunidades y el estado deben tomar acciones específicas para reducir factores modificables específicos, como el apoyo social, y para mejorar la calidad de vida y la calidad de vida. Un aumento en la esperanza de vida a nivel mundial correspondería ir de la mano a una mejor calidad de vida durante años venideros. La real prevalencia sobre la esperanza de vida es de 72,7 años en los hombres y de 78,1 años para las féminas. En Ecuador, se estima que el 7% de la población tiene más de 65 años, y estos números son estables con las estadísticas a nivel mundial. (42)

En América Latina, las estadísticas de prevalencia entre los AM también difieren significativamente, en México fluctúa entre 26,0% y 66,0%. Un estudio de individuos segregados encontró que el 60,0% tenía depresión. En Perú, el 15,9% de los casos de depresión se obtuvieron en pacientes hospitalizados y el 9,8% en la comunidad. En

Colombia, un estudio ambulatorio encontró que el 11,5% de las mujeres y el 4% de los hombres tenían depresión. La Encuesta Nacional de Salud informa que el 49-60% de los casos de depresión ocurren en adultos mayores. Chile reporta las tasas de depresión oscilan entre 7,6% y 16,3%. En Ecuador, según las previsiones del Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censo (INEC), hay 1'229.089 adultos mayores. (42)

Se entiende por debilidad en el anciano la pérdida de masa, fuerza y tonomuscular, disminución de las reservas fisiológicas e intolerancia al ejercicio; la discapacidad física se proporciona en función de la aprobación final de varias organizaciones de educación antienviejecimiento; como “un síndrome médico cuyos principios y factores favorecen al perfeccionamiento de características, y se especializa por una disminución de la impulso, la resistencia y la función fisiológica , lo que extiende la vulnerabilidad al sujeto hacia el progreso de dependencia funcional y del fallecimiento. La prevalencia y/o gravedad de la mala salud tendría enormes beneficios para los ancianos, sus familias y la sociedad. Los pacientes que se han sometido a una evaluación integral de ancianos y cuidados intensivos tienen más probabilidades de regresar a casa con deterioro cognitivo y funcional. (43)

Se encuentran en la literatura científica cuantiosos estudios que afirman la hipótesis de que la depresión en la vejez es un componente de riesgo para desarrollar de demencia. Y no obstante es bien conocido la variedad de diagnósticos de trastorno afectivo y la heterogeneidad en su manifestación clínica, la demencia es la tercera causa principal de muerte en la industria después de las enfermedades cardíacas y el cáncer, que es una gran preocupación humana y de salud. Aunque se reconoce la importancia de este trastorno, su rápido inicio complica su diagnóstico (44).

Una precisa detección y a la vez temprana del padecimiento es necesario por muchas razones, para descubrir causas reversibles o tratables, para el uso completo y temprano de medicamentos que puedan retrasar su proceso, para poder suministrar información sobre la patología a los seres queridos y remitirlos a programas de terapia individual o grupal para sobrellevar mejor la enfermedad de su ser querido y obtener un mejor tratamiento. Tradicionalmente, este subtipo de depresión se ha denominado depresión o melancolía invisible y se considera una entidad neurológica distinta. (44)

Es alta la morbilidad del adulto mayor, cuya demanda de servicios de salud acusa un

alza de forma consecuente. Conjuntamente, estimulan un aumento progresivo de la dependencia por parte de las patologías crónicas. La depresión es uno de los trastornos neuro-psiquiátricos más frecuentes en personas mayores de 65 años de edad, en el Episodio Depresivo (ED) el paciente sufre: descenso de la energía, decaimiento del esfuerzo y disminución de la agilidad. De acuerdo con la intensidad de los síntomas del episodio depresivo, puede ser leve, moderado o severo e incluye episodios únicos de: depresión psicógena, depresión reactiva y reacción depresiva. (45)

El sueño es importante en la función biológica de la mayoría de las enfermedades, y la investigación sobre el sueño ha demostrado que muchos procesos afectan los patrones de sueño, como la conservación de energía, la regulación del metabolismo, la memoria y la recuperación de datos según grupo en este sentido. Una revisión, es uno de los motivos más habituales de consulta es el insomnio a menudo no se reconoce o no se trata, lo que favorece el deterioro de las condiciones psicológicas y médicas de quienes lo sobrellevan. (46).

Es importante tener en cuenta el insomnio de varios años y combinar las razones en diferentes áreas, como la limpieza y el envejecimiento, la jubilación, las cuestiones de la fuerza de salud y el último hospital, el fallecimiento de la pareja o de alguien de los miembros de la familia, y el cambio de biológico. Ritmo, y consumo incompleto de hipnosis y materiales, como los cigarrillos de café o el alcohol. Los cambios de sueño ocurren consecuencias importantes para las personas mayores porque pueden activar el alivio del dolor y aumentar la frecuencia de caídas, las actividades cognitivas pesa mucho más (especialmente la memoria y la atención), la lucha contra el bajo autoestima y disminuir la calidad de la vida. (46)

En América Latina, el proceso de población obvio requiere que las obligaciones específicas de la política de salud de este grupo de edad, los programas de servicios sociales y médicos que sirven las condiciones crónicas que vienen con la longevidad, entre otras cosas. El proceso de envejecimiento se ve afectado por la población, no solo mayor, sino también a toda su familia, las personas mayores tienen un mayor y particular sufrimiento de enfermedades físicas y espíritu crónicas, y gradualmente aumentó. (47).

Las depresiones conjuntamente con la demencia son más prevalentes entre los

longevos, y la tasa en Ecuador fue del 39% según (SABE) la Encuesta Nacional de Bienestar, Salud y Envejecimiento 2009. La depresión tiene características especiales porque los sujetos mayores de 65 años tienen componentes únicos como las patologías que padecen, el ambiente en el que viven, los factores demográficos incluso el origen social, como el estado cívico, el trabajo y ciertos factores. (47).

La enfermedad mental es un trastorno en el que la depresión, la pérdida, la ira o el estrés interfieren con las actividades diarias durante más de unas pocas semanas. Este es un problema común en los adultos mayores, ya que los cambios en su vida pueden aumentar el riesgo de complicaciones o provocar una depresión más grave, que no es una parte normal de un proceso de envejecimiento y, que a menudo, no se trata ni se reconoce. (48).

La depresión se entiende como un estado de tristeza constante, independientemente de una causa externa distractora o de su apariencia desproporcionada. Incluso la depresión severa no tiene una causa externa. Las personas con depresión pierden interés incluso en las actividades y se sienten incapaces de realizar actividades anteriores. La depresión se acompaña de una variedad de síntomas que afectan la calidad de vida, incluidos cambios en el sueño, el apetito, síntomas físicos y cambios de humor. La depresión en todas sus formas y variaciones es considerada por la Organización Mundial de la Salud OMS como una de las enfermedades más graves que afectan a la humanidad en los últimos tiempos, y esta epidemia tiende a ser invisible. (49).

En Europa y EEUU, las tasas de depresión oscilan entre el 6 % y el 20 %, aunque el 40 % es la tasa que le pertenece a Italia. En el caso de México, por ejemplo, la prevalencia es de 5.8% entre féminas y 2.5% entre varones, y aumenta con la edad. Sin embargo, otros estudios muestran que es el trastorno narcisista más frecuente en personas mayores de 60 años, representando un 15-20%, en el grupo ambulatorio, y se ha elevado hasta un 25-40% en usuarios hospitalizados. La tasa de incidencia anual es del 15%. La pérdida de la memoria, el discernimiento, la personalidad, la comprensión y de modo diferente el comportamiento es parte del envejecimiento. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental difícilmente pueden atribuirse únicamente al envejecimiento y, a menudo, son consecuencia de una patología. (49).

La Organización Mundial de la Salud reporta, en relación a la salud mental del envejecimiento, que el 25% de los adultos mayores padecen algún tipo de trastorno mental. La depresión es más común a los 75 años y varía mucho según la situación en la que se ven las personas mayores, el 10,0 % de los individuos mayores viven en la sociedad, el 15-35 % de los individuos conviven en viviendas, el 10-20 % de los sujetos mayores viven en ingresos en el Hospital, el 40% de los ancianos son tratados de la ciática, y el 50,0% de los longevos están hospitalizados por salud de tipo mental. La depresión es la enfermedad mental de los adultos mayores con mejor pronóstico y puede revertirse con el tratamiento adecuado. Según la (OMS) la longevidad es una época de la vida en el que el deterioro de las funciones físicas y mentales es más pronunciado que en etapas anteriores. (50).

#### **4.2 Antecedentes investigativos.**

La depresión afecta al 5,7% de los adultos de más de 60 años, a escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión, en el Ecuador el 39% de los adultos mayores de 75 años tienen depresión leve y moderada. (23)

La Organización Mundial de la Salud refiere que aproximadamente 37 millones a nivel mundial de adultos mayores refieren el abandono por parte de los familiares y además el incremento a nivel mundial de la esperanza de vida es de 72,7 años en varones y 78,1 años en población femenina. (23)

Tailandia notifica que solo el 38,0% de las personas adultas mayores de 80 años con depresión tienen relaciones sociales buenas. En Beijing, se encontró una incidencia acumulada de 4 años del 10,58 por ciento en una muestra de 2.506 personas mayores en áreas urbanas y rurales. Suecia reporta una incidencia del 16,4 % a los 5 años en un conjunto de

70 años; en particular, la prevalencia de depresión mayor aumentó significativamente en aquellos con antecedentes de algún grado de depresión en su vida en comparación con aquellos sin antecedentes (10,3 % frente a 1,8 %). (10)

En México, varía entre 26% y 66%; un estudio de personas marginadas informó una depresión del 60%. (42). En América Latina, los datos de prevalencia en longevos también difieren significativamente así en Colombia, un estudio ambulatorio encontró que el 11,5% en las mujeres y el 4% de varones sufrían depresión. Otro estudio multicéntrico encontró que el 47% de los pacientes hospitalizados sufrían de

depresión, y la Encuesta Nacional de Salud reportó que del 49 al 60,0% de los adultos mayores tenían depresión. En Chile se obtuvieron tasas de depresión de 7,6% a 16,3%. En Perú, un análisis encontró un vínculo entre la depresión y los problemas físicos y la discapacidad. En Ecuador, se estima que el 7,0% de la localidad tiene más de 65 años, y son cifras que están en línea con las estadísticas a nivel mundial. Las personas mayores padecen una mayor prevalencia de enfermedades y, sobre todo, de enfermedades físicas y mentales crónicas, que aumentan progresivamente la dependencia. La depresión y la demencia tienen una prevalencia alta entre los adultos mayores, y la tasa en Ecuador es del 39% como refiere la Encuesta Nacional de Envejecimiento, Bienestar, Salud y SABE-2009. (42).

Ecuador, refiere según la Encuesta de Envejecimiento, Salud y Atención (SABE, 2009-2010), el 39% de longevos son de 75 años sufre depresión moderada o depresión leve. En 90 partícipes, la edad media fue de 0.17, el 82 por ciento en féminas y 18 por ciento de varones con una desviación estándar de 4,5; y el 4,0% del total de la muestra son viudas, el 30% casadas, el 17% solteras, el 3% ordinarias, el 2% divorciadas. Entre los padres que vivían con los participantes del estudio, el 3% vive solo con sus hijos, el 19% vive solo, el 15% vive con su cónyuge, el 10% vive con una familia y el 9% vive con una familia extendida (sobrinos, nietos) 3 % con hermanos y 3% con cuidadores. En cuanto al estatus social y familiar, el 84% mostró buen ajuste, mientras que el 16% mostró riesgo social. (42).

A nivel mundial la prevalencia del trastorno depresivo mayor entre los ancianos oscila entre el 1,2 y el 9,4 %, incluidas las personas con síntomas depresivos que no cumplen los criterios de depresión mayor, la prevalencia aumentaba al 49% (10,11). Las estadísticas sobre la depresión en los longevos modificarán según el ambiente en el que se experimente. La proporción de adultos mayores que están organizados es de 42%, que es superior a esta proporción entre los adultos mayores que viven en la comunidad (10, 12). La tasa de depresión también fue muy alta en pacientes que fueron hospitalizados por condiciones médicas, oscilando entre 5,9 y 44,5%, como los criterios de diagnóstico estipulados (13, 14). La Universidad del Valle realiza un estudio por en el año 2.000 demostró que uno de los motivos más comunes de consulta es la depresión mayor en los pacientes de avanzada edad (49).

Por otro lado, un estudio transversal de 2004 encontró que el grupo de edad con las tasas más altas de depresión el año anterior a la investigación fueron los de 46 a 60 años y los de 61 años en adelante. Se estima que para el año 2020 Cuba se convertirá en el país más envejecido de América Latina con el 23,4% de la población anciana y por primera vez habrá más ancianos que niños, esto pronostica que, por cada 4 cubanos, 1 persona tendrá 60 años o más, seguido de Uruguay con 18,4% y Argentina con 16,9%, lo que puede considerarse un logro social extraordinario y un gran desafío.

## **5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

El abandono familiar aumenta la depresión del adulto mayor en los Consultorios de medicina familiar y comunitaria del Centro de salud Primavera 2, año 2021.

## **6. MÉTODOS**

### **6.1 Nivel de la investigación.**

El nivel de investigación es relacional, se caracteriza por la asociación entre la depresión y el abandono familiar del adulto mayor y otros factores como baja escolaridad en personas de bajo recurso de la población de estudio.

### **6.2 Tipo de investigación.**

Es un estudio observacional ya que el investigador no interviene, es noexperimental, es retrospectivo y de corte transversal.

### **6.3 Diseño de investigación.**

El diseño de investigación se ajusta a un estudio transversal, dentro de la cual, se realizan las consideraciones para esta investigación.

### **6.4 Justificación de la elección del método**

Se justificó el estudio del nivel de asociación entre la depresión en adultos mayores y el abandono; sobre todo cuando están en sus hogares en abandono, para desarrollar acciones de prevención en este grupo vulnerable, en la población que atienden los profesionales posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud Primavera 2 del cantón Durán en el año 2021, según el nivel investigativo relacional, debido a que se relacionan dos variables de estudio, por lo que el método elegido manifiesta a la pregunta de investigación y conduce a los objetivos planeados.

### **6.5 Población de estudio.**

La población estudiada corresponde a 103 adultos mayores de 65 años y más de los consultorios de posgrado del Centro Médico de Medicina Familiar y Comunitaria Primavera II en el año 2021.

### **6.5.1 Criterios y procedimientos de los participantes del estudio o selección de la muestra.**

Entre de los criterios de selección de la muestra, se supone que todos los adultos mayores de la población proporcionada serán considerados participantes del estudio porque este es un tema importante para la comunidad de estimación.

### **6.5.2 Criterios de inclusión.**

1. Personas que residan de manera permanente en el sector correspondiente consultorios de medicina familiar y comunitaria del Centro de salud Primavera 2 del cantón Durán.
2. Todos los adultos mayores participen en la investigación que acepten y que suscriban el consentimiento informado.

### **6.5.3 Criterios de exclusión**

Adultos mayores que después de dos citas al centro de salud y dos visitas al domicilio no se pueden contactar.

## **6.6 Procedimiento de recolección de la información**

Para la recolección de la información la autora de la investigación solicitó la autorización del protocolo de investigación a la Directora del Distrital de Salud 09D24 Durán Salud (Anexo 1), posteriormente solicitó el consentimiento informado a los adultos mayores pertenecientes a los consultorios del posgrado de medicina familiar y comunitaria.

El procedimiento para la recopilación de la información necesaria para dar salida al primer objetivo fue la aplicación de una encuesta referentes a las características sociodemográfica, se incluyó preguntas personales como: edad, sexo, escolaridad, estado civil, etnia, ocupación (Anexo 3). El segundo objetivo se cumplió con la aplicación de la escala de depresión de Yesavage (Anexo 4), para dar salida al tercer objetivo con respecto al abandono se elaboró una encuesta la cual fue validada por expertos según criterios de Moriyama con 80% de calificación (Anexo 5).

La aplicación de la herramienta se realiza en la vivienda de cada paciente, se certificó de contar con un buen ambiente. Al inicio de la encuesta se aplicaron criterios de

inclusión y exclusión, que finalmente determinaron el total de adultos mayores en consultorios de medicina familiar y 103 adultos mayores.

Se solicitó a cada paciente en el inicio de la encuesta, su consentimiento explícito y se les aseguró la seguridad de cada uno de sus datos personales y también se les informó que sus resultados podrían ser publicados en el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki en relación a la investigación con humanos.

En relación al instrumento para la recolección de los datos, a se les aplicó previo consentimiento informado una encuesta a los adultos mayores, esta se realizó entregando al paciente para que se llene, para obtener la información sobre las variables sociodemográficas como depresión y abandono familiar. Esta encuesta fue elaborada por el investigador, la misma que se explicó a la población, se realizó durante las consultas o visitas domiciliarias, respetando los criterios éticos.

Para determinar la depresión se aplicó la escala de Yesavage que consta de 15 ítems y su interpretación está considerada en la siguiente manera: 0 a 5: normal, 6 a 9: depresión leve y de 10 o mas depresión establecida. Esta escala esta establecidas por preguntas como: si está satisfecho con su vida, si abandona o reduce muchos de sus pasatiempos o actividades pasadas, si siente que su vida está vacía, si está constantemente fastidioso, si siempre ha estado de buen humor o si estás preocupado o temeroso de que te pase algo malo, si te sientes feliz la mayor parte del tiempo, si a menudo te aprecias impotente, preferirías quedarte en el hogar que salir y hacer planes nuevos, si sientes que tienes más memoria. Si crees que es genial estar vivo Si te sientes inútil o inútil en este momento Si te sientes vivo o no Si te sientes bien Si crees que otras personas son generalmente mejores que tú en tu situación actual, debes responder sí o no.

Para determinar el abandono familiar se valoró por una encuesta con los siguientes criterios. Alto grado de abandono: 15 a 20 puntos, Medio grado de abandono 14 a 10 puntos, bajo grado de abandono: 9 a 6 puntos, sin abandono: 0 a 5 puntos, y su valoración está interpretada de esta manera: me siento solo cuando estoy con mi familia, mi familia se preocupa por mi familia me presta apoyo, siento que pertenezco

a mi familia, me siento cercano a mi familia, me siento aislado sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas, mi comida la ingiero fría, mi familia me acompaña en mi atención médica, mi familia está predispuesto ayudarme en mis necesidades.

### **Técnicas de recolección de información**

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

<b>Variable</b>	<b>Tipo de técnica</b>
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Etnia	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Depresión	Encuesta
Grado de abandono	Encuesta
Presencia de abandono	Encuesta

### **6.8 Técnicas de análisis estadístico**

Los resultados se consiguieron con la aplicación del instrumento se introdujeron en una hoja de Microsoft Excel 2.015, utilizando las columnas para las variables y las filas para las unidades de estudio, se procesó en el programa Estadístico SPSS Statistics 26.0 IBM (2019). Se consideró números absolutos y porcentajes para simplificar las variables tanto cualitativas como cuantitativas. Se mostró la información en forma de tablas estadísticas para su entendimiento. Para identificar la posible relación entre las variables se utiliza la herramienta estadística Chi cuadrado con un valor de significancia del alfa de 0.05.

## 6.9 Variables

### 6.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, Categorías o Valor Final	Tipo/Escala
Edad	Edad (años cumplidos según grupos quinquenales)	65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85 y más	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo (según caracteres sexuales externos)	Femenino Masculino	Cualitativa Nominal
Escolaridad	Escolaridad (Según niveles terminados)	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria terminada Secundaria terminada Universitaria terminada Postgrado terminado (Especialidad, maestría, doctorado)	Cualitativa ordinal
Estado civil	Estado civil (situación actual relacionada con la pareja)	Unión libre, Casado(a) Viudo(a) Separado (a) Divorciado (a)	Cualitativa nominal
Etnia	Etnia (Según autoidentificación étnica)	Indígena Afroecuatoriano (a) Negro (a) Mulato (a) Montubio (a) Mestizo (a) Blanco (a) Otra	Cualitativa nominal
Ocupación	Ocupación (Según actividad laboral que desempeña)	Empleado público (a), empleado privado, cuenta propia, ama de casa, trabajador (a) no remunerada, estudiante jubilado(a), Desempleado (a).	Cualitativa nominal
Escala de depresión	El puntaje se clasifica por nivel de depresión de Yesavage	Normal: 0-5 Depresión leve: 6-9 Depresión establecida: >10	Cualitativa nominal

Presencia de depresión	Según el resultado de la puntuación de Yesavage	Con depresión: Depresión leve y establecida. Sin depresión: Normal	Cualitativa nominal
Grado de abandono familiar	Clasifica el grado de abandono	Alto grado de abandono: 14-20 Medio grado de abandono: 1-13 Bajo grado de abandono: 0-6	Cualitativa ordinal
Presencia de abandono	resultado según la encuesta de abandono familiar	Con abandono: grados altos y medios. Sin abandono: Bajo grado.	Cualitativa ordinal

## 7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1**

**Distribución según grupos etareo y sexo de adultos mayores. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.**

Sexo	n	%
femenino	55	56,55
masculino	48	49,44
Total	103	100%

Edad Sexo tabulación cruzada	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
65-69	10	20,8 %	15	27.3 %	25	24.3 %
70-74	17	35.4 %	9	16.4 %	26	25.2 %
75-79	15	31.3 %	15	27.3 %	30	29.1 %
80-84	6	12.5 %	10	18.2 %	16	15.5 %
85 y más	0	0.0 %	6	10.9 %	6	5.8 %
Total	48	100 %	55	100 %	103	100 %

En la **tabla 1** se observó que predominó el sexo femenino y en cuanto a las edades el grupo de 75 – 79 años predominó con el 29%, con el 25,2

% el grupo de 70 a 74 años, coincidiendo este resultado con el estudio de Cardonan y Segura donde el más numeroso fue el grupo de 65 a los 80 años. (31)

Con respecto al género, el femenino fue el más frecuente con el 53,3%, concuerda con la investigación sobre depresión realizada por Alonso en el 2012 (32).

En cuanto a las edades también coincide con el estudio De los Santos y Carmona que la edad que predomina es la mayor a 74 años (34).

**Tabla 2**

**Distribución de adultos mayores según nivel escolar y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.**

Escolaridad Sexo tabulación cruzada	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Ninguna (analfabetismo)	9	18.8 %	9	16.4%	18	17.5%
Primaria sin terminar	11	22.9 %	12	21.8%	23	22.3%
Primaria terminada	21	43.8 %	29	52.7 %	50	48.5%
Secundaria terminada	4	8.3 %	3	5.5 %	7	6.8%
universidad terminada	3	6.3 %	2	3.6 %	5	4.9%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100 %</b>	<b>55</b>	<b>100 %</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

En la **tabla 2** se observó que la depresión en cuanto a la escolaridad queprepondero fue primaria terminada con el 48,5%, seguida de la primariasin terminar con el 21,4 %, estos niveles de educación en los adultos mayores son similares a las publicaciones de Llugisupa en el 2020 en la ciudad de Azogues con el 37,8% con instrucción primaria completa

(33) y Cardona en el 2012 en Antoquia Colombia con el 61,8% en donderealizaron estudio de primaria o menos. (31), Montiel en el 2015 México, predomina la primaria en los adultos mayores con el 70,94%, los cuales coinciden con nuestro estudio (29).

**Tabla 3**  
**Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.**

Estado civil Sexo tabulación cruzada	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Union libre	16	33.3%	13	23.6%	28	28.2 %
separado (a)	11	22.9%	13	23.6 %	24	23.3 %
viudo (a)	7	14.6 %	16	29.1 %	23	22.3 %
casado (a)	11	22.9%	11	20.0 %	22	21.4 %
soltero (a)	3	6.3%	2	3.6%	5	4.9%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100 %</b>	<b>55</b>	<b>100 %</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

En la **tabla 3** el 28,2% de los adultos mayores se encontraban en estado civil unión libre, seguido de separados con un 23,3%, este resultado es similar a la investigación realizada por De los Santos en México en el año 2018, en el cual el estado civil preponderante fue casado o unido con el 61, 5%, (34) difiere del artículo realizado por Durán en Bogotá en el año 2008, donde habilidades funcionales e integración social en adultos mayores donde el estado civil predominante fue casado con un 52,3%. (35), INEC. Quito 2015 en la cual el estado civil más preponderante en adultos mayores es unión libre con 55,2% el cual es similar con nuestro estudio (35)

**Tabla 4**  
**Distribución de adultos mayores según etnia y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.**

Etnia Sexo tabulación cruzada	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Mestizo	46	95.8%	51	92.7%	97	94.2%
indígena	1	2.1 %	2	3.6 %	3	2.9%
Afroecuatoriano	1	2.1 %	1	1.8 %	2	1.9de %
Otros	0	0.0%	1	1.8%	1	1.0%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100 %</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

En la **tabla 4** se auto identificaron como mestizos el 97,1% concuerda con Murillo en

su investigación realizada en el 2018 sobre evaluación geriátrica y funcionamiento familiar en hogares de adultos mayores en donde tuvo la misma étnica tenía un porcentaje de 96,7% (36) y con Guaya en el 2016 en el estudio de funcionabilidad familiar factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador en Loja, donde la etnia mestiza predominó con el 32%. (37), INEC. Población adulta mayor. Quito 2015 Dentro de la población de los adultos mayores, se tiene el mayor porcentaje en el grupo étnico mestizos (75,6%), lo cual está en correspondencia con los resultados encontrados en el estudio (35).

**Tabla 5**  
**Distribución de adultos mayores según ocupación y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.**

Ocupación Sexo tabulación cruzada	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Ama de casa	0	0.0%	42	76.4%	42	40.8%
ninguno	19	39.6%	9	16.4%	28	27.2%
jubilado (a)	14	29.2 %	3	5.5 %	17	16.5 %
cuenta propia	13	27.1%	1	1.8 %	14	13.6 %
Desempleado (a)	2	4.2 %	0	0.0 %	2	1.9 %
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100 %</b>	<b>55</b>	<b>100 %</b>	<b>103</b>	<b>100 %</b>

En la **tabla 5** la ocupación ama de casa fue la más frecuente con un 40,8%, seguido de ocupación ninguna con 27,2%, y jubilado con 16,5%, tiene concordancia con Miranda quien realizó una publicación sobre adultos mayores en la México en donde el 35,0% describieron tener como actual ocupación las actividades hogareñas o sin ninguna actividad 34,0%. (38), CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) Inserción laboral de las personas mayores en América Latina y Caribe, 2018 la ocupación que más predominó es por cuenta propia con 45.9% la cual difiere de nuestro estudio (2).

**Tabla 6**  
**Distribución de adultos mayores según depresión y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.**

Depresión Sexo tabulación cruzada	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
Con depresión leve y establecida	27	56.3 %	31	56.4%	58	56.3%
Sin depresión: normal	21	43.8%	24	43.6%	45	43.7%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

En la **tabla 6** se evidencio que la depresión estuvo presente en los adultos mayores con el 56,3 %, Aguilar publica en el año 2.006 la investigación denominada “*la depresión particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor (AM)*” en México refiere que al menos el 10% de los adultos mayores son prescritos con depresión en la primera cita médica. (39), este resultado no concuerda con nuestra investigación, al contrario de Lluguisupa en el 2020 encontró que el 46.3% de los adultos mayores presentaron depresión y (33). Borda en el 2012, en su investigación realizada sobre adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia) quien encontró una prevalencia de depresión de 36,4 %, estos datos son similares a nuestra investigación (2).

**Tabla 7**  
**Distribución de adultos mayores según la presencia de abandono familiar y sexo. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.**

Presencia de abandono Sexo tabulación cruzada	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
Con abandono	17	35.4 %	25	45.5%	42	40.8%

Sin abandono	31	64.6 %	30	54.5%	61	59.2%
Total	48	100%	55	100%	103	100%

En la **tabla 7** Refiere que el 40,8% de la población encuestada exteriorizaron abandono de su familia, Zamora M. "Abandono y depresión en los adultos mayores del centro Gerontológico caiam Patate "Ambato 2021 se evidencio que predomina el abandono familiar con el 83,3 % lo cual difiere de nuestro estudio (32)

Núñez V. en Ambato en el año 2014 observó que el 47% de los adultos mayores del centro de salud Juan Benigno Vela se encontraba en abandono el cual es similar al de nuestro estudio (41).

**Tabla 8**  
**Distribución según el grado de abandono familiar y sexo en adultos mayores. Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II. Año 2021.**

Grado de abandono  Sexo  tabulación cruzada	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Medio grado de abandono	17	35.4%	25	45.5%	42	40.8%
Sin abandono	31	64.6 %	30	54.5%	61	59.2%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>103</b>	<b>100%</b>

En la **tabla 8** se observó según las encuestas para determinar el grado de abandono del adulto mayor, que el 40.8% de los pacientes, contaban grado medio de abandono. En el estudio de Núñez Magali en Perú en el año 2019 indica que el del total de adultos mayores de la Sociedad Beneficencia Huancavelica, encuestados sobre factores de abandono familiar predominó el grado regular (medio) de abandono con el 71%. (40) Crisoles C. Perú 2018 en el Abandono familiar que influye en la salud mental de los adultos mayores, predomina el nivel regular (medio) de abandono con el 48,3 el cual es similar a nuestro estudio (43).

**Tabla 9**  
**Distribución de adultos mayores según abandono familiar y depresión.**  
**Consultorio de medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Primavera II.**  
**Año 2021.**

ABANDONO FAMILIAR	Depresión del adulto mayor					
	Sin depresión		Con depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Con abandono</b>	0	0	42	72.4	42	40.8
<b>Sin abandono</b>	45	100	16	27.6	61	59.2
<b>Total</b>	45	100	58	100	103	100

p: 0,000

En la tabla 8 se observa la posible relación entre depresión y abandono. El 72,4% (n=42) de los que presentan depresión se encuentran en abandono y corresponde al 40.8% de los encuestados. La Estadística demostró una relación muy significativa con un valor de p 0,000.

Sánchez y Colbs en el 2019 realiza un trabajo de investigación titulado “*abandono familiar y su relación con el nivel de depresión en la comunidad longeva en los centros de atención de adultos mayores en Loja, periodo 2019*” encontró un valor p de 0,40 que indica una relación significativa entre ambas variables, este resultado tiene similitud con nuestra investigación. (42). de la misma manera Crisoles C. encontró que el abandono familiar influye de manera significativa en la salud mental de los adultos mayores en el Puesto de Salud Choccepuquio –Apurímacen el año 2018 con un valor de p es menor a 0.01 (41). Zamora M. “Abandono y depresión en los adultos mayores del centro Gerontológico caiam Patate "Ambato 2021 concluye que los adultos mayores se encuentran en estado de depresión obteniendo 82,33% siendo la causa principal el abandono el cual evidencia 83,33%, se logra determinar que si existe una correlación entre el comportamiento que mantienen los adultos mayores del gerontológico después del abandono con la depresión de los mismos (29).

## **7 CONCLUSIONES**

- La población adulta mayor con depresión y abandono familiar que predomina es entre 75 y 79 años de edad, sexo femenino, con el nivel de educación primaria, mantienen una relación de unión libre, se identifican como mestizos y con ocupación de ama de casa.
- Los pacientes adultos mayores deprimidos, según las encuestas realizadas, presentaron depresión leve y establecida por algún tipo de abandono familiar.
- Según la autopercepción del adulto mayor se observa abandono familiar en grado medio en mayor frecuencia.
- En el estudio se visualizó asociación entre depresión y el abandono familiar, en los adultos mayores encuestados.

## 9 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación estudio la relación entre depresión y abandono familiar en los consultorios de los posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Primavera 2, donde se identificó una relación muy significativa entre la depresión y el abandono familiar, por lo que es necesario reforzar conocimientos a las familias acerca de las causas de abandono para prevenir futuros casos con esta problemática. La familia es una organización humana natural, un ser único y distinto, reúne prácticamente a la gran mayoría de los miembros de la sociedad, en la cual se realizan las principales funciones de socialización, el sujeto es su identidad e identidad. Publicación personal.

Durante la encuesta los adultos mayores tuvieron buena predisposición para realizarla. La depresión en la población anciana por abandono familiar, afecta la salud de la colectividad adulta mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores Fernández, A. G. (2020). Recuperado el 10 de enero de 2021, de Funcionalidad familiar y su relación con el síndrome del cuidador cansado en familias con miembros discapacitados de la parroquia Checa del Distrito Metropolitano de Quito:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20895/1/T-UCE-0006-CME-170-P.pdf>
2. Lalón Yanza, V. M., & Urbano Barragán, M. K. (2017). Recuperado el 20 de agosto de 2021, de Síndrome del cuidador en la calidad de vida de los cuidadores primarios de niños con discapacidad:  
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4407/1/UNACH-EC-FCS-PSC-CLIN-2017-0045.pdf>
3. Ramírez Calixto, C. Y. (02 de junio de 2018). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de La cuidadora de personas discapacitadas en Ecuador. El caso de las beneficiarias del Bono Joaquín Gallegos Lara:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202018000300098](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202018000300098)
4. (OMS), O. M. (marzo de 2017). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de La salud en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS):  
<https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms>
5. Anrrango Salazar, M. D. (2017). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Síndrome de sobrecarga de los cuidadores de personas con discapacidad y su relación con la funcionalidad familiar, Parroquia Caranqui:  
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8502/1/PG%20687%20TESIS.pdf>
6. Araque Barboza, F., Beltran de la Rosa, E., & Pedroza Pedroza, A. (2019). Recuperado el 15 de agosto de 2021, de Discapacidad, Familia y derechos humanos:  
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/279/27961483013/27961483013.pdf>
7. Barreto Celorio, T. E. (octubre de 2015). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Prevalencia del Síndrome de Cuidador Cansado:

- <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5836/1/122634.pdf>
8. Beltrán Carreño, J. P. (2016). Recuperado el 23 de agosto de 2021, de Síndrome de sobrecarga del cuidador del adulto mayor y su relación con los factores asociados. Gualaceo:  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26834/1/Tesis.pdf>
  9. Cañizares Coto, V. (09 de enero de 2017). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador de personas con:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10447/1/T-UCE-0006-014.pdf>
  10. Caraguay Chamba, B. (noviembre de 2017). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Síndrome Burnout en las personas cuidadoras y su influencia en la calidad de vida del usuario discapacitado:  
<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7961/1/TUAEXCOMMSP005-2018.pdf>
  11. Collazos Vidales, D. L. (2019). Recuperado el 22 de marzo de 2021, de Nivel de sobrecarga y funcionamiento familiar de cuidadores de niños con síndrome de Down, que asisten al centro de especialidades en salud integral renacer de la ciudad de Popayan: <http://univida.fup.edu.co/repositorio/files/original/53c052dcc4d6302eb7de43e5edd20cea.pdf>
  12. Jadàn Maita, W. F. (2021). Recuperado el 01 de agosto de 2021, de El Síndrome del cuidador de persona dependientes y las estrategias generales de afrontamiento: un estudio con población del cantón Santa Isabel - Ecuador: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/20251/4/UPS-CT009121.pdf>
  13. Louro, B. F. (2014). En: Síntesis. En A., & ECIMED (Ed.), Medicina General Integral (págs. 549 -550). Habana: ECIMED.
  14. Martín Zurro, A., Cano Pérez, J., & Genè Badia, J. (2014). Recuperado el 25 de febrero de 2021, de Principios, organización y métodos en medicina familiar: séptima edición
  15. Medina Suárez, N. G. (2021). Recuperado el 15 de agosto de 2021, de Nivel de

- carga del cuidador principal de personas con discapacidad atendidos en el Centro de salud Atuntaqui, 2021: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/11392/2/06%20ENF%201191%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>
16. Menéndez Tuàrez, G. L., & Caicedo Guale, L. C. (enero de 2019). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de El estrés como factor principal del síndrome del cuidador en los representantes de las personas con discapacidad de la fundación FADINNAF : <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/01/estres-sindrome- cuidador.html>
  17. Ministerio de Salud Pública. (2018). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Manual de calificación de la discapacidad: [file:///C:/Users/guananga/Downloads/Manual\\_Calificaci%C3%B3n-de\\_Discapacidad\\_2018.pdf](file:///C:/Users/guananga/Downloads/Manual_Calificaci%C3%B3n-de_Discapacidad_2018.pdf)
  18. Navarrete Llamuca, A. L., & Taipe Berroz, A. A. (2019). Recuperado el 20 de agosto de 2021, de Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con discapacidad física. Penipe 2019: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6107/1/Tesis%20Sobrecarga%20del%20Cuidador%20Primario%20de%20Pacientes%20con%20Discapacidad%20F%C3%ADsica.pdf>
  19. OMS, O. m. (s.f.). Obtenido de Disponible en: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf?ua=1](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1)
  20. Quinche Suquilanda, A. M. (01 de febrero de 2017). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Síndrome del Cuidador y Funcionalidad Familiar: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18253/1/TESIS%20FINAL%20ALVARO%2031-01-17%20-%20copia.pdf>
  21. Rivadeneira Pérez, K. L. (julio de 2018). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de La sobrecarga en cuidadores de pacientes con discapacidades, que acuden en el centro de salud Tulcan sur 2018.: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9343/2/06%20ENF%201043%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
  22. Ruiz Ríos, A. E., & Nava Galán, M. G. (2016). Recuperado el 22 de febrero de 2020,

- de Cuidadores: responsabilidades-obligaciones:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
23. Urbina Camacho, M. d., & Zapata Freire, G. (2017). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Síndrome de sobrecarga del cuidador y su relación con el cuidado de personas con discapacidad grave y muy grave registrados en el centro de salud 2:  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12982/TESIS%20DRAS.%20ZAPATA%20Y%20URBINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  24. Urbina Camacho, M. D., & Zapata Freire, G. A. (2017). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Síndrome de sobrecarga del cuidador y su relación con el cuidado de las personas con discapacidad grave y muy grave registrados en centro de salud 2:  
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12982/TESIS%20DRAS.%20ZAPATA%20Y%20URBINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  25. Vargas, D., & Morales, J. (2019). Recuperado el 20 de septiembre de 2021, de Nivel de carga de trabajo en cuidadores del adulto mayor residentes en albergues de Lima Norte: <https://www.redalyc.org/journal/6357/635767695005/movil/>
  26. Vega Barberán, F. L. (2020). Recuperado el 1 de agosto de 2021, de Síndrome del cuidador en el espectro autista:  
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7969/1/8.%20Tesis%20Vega%20Barber%c3%a1n%20F%c3%a1tima%20Lourdes- PSC.pdf>
  27. Veletanga, J., Quinche, A., & Ríos, A. (11 de enero de 2017). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Síndrome del Cuidador Ediconmedica.:  
<https://www.ela.org.mx/2017/01/el-sindrome-del-cuidador-es-una-patologia-poco-conocida/>
  28. Vintimilla González, M. J. (2017). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Sobrecarga del cuidador de las personas con discapacidad y su relación con la funcionalidad familiar, Sinincay:  
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27161/1/Tesis.pdf>
  29. Viviana, C. C. (2016). Recuperado el 22 de febrero de 2020, de Funcionalidad familiar y sobrecarga del cuidador de personas con:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10447/1/T-UCE-0006-014.pdf>

30. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2016 [Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>].
31. Dinero.com. Más de 400 ancianos son abandonados cada año en Colombia [Internet]. Colombia: Dinero.com; 2017 [Disponible en: <https://www.dinero.com/pais/articulo/abandono-y-depresion-de-los-adultosmayores-en-colombia-2017/246080>].
32. noticias.canalrcn. Abandono y depresión son las principales causas de suicidio en adultos mayores [Internet]. Colombia: noticias.canalrcn.com; 2016 [Disponible en: <https://noticias.canalrcn.com/nacional-bogota/abandono-y-depresion-son-lasprincipales-causas-suicidio-adultos-mayores>].
33. Expansion.mx. Los adultos mayores ganan terreno en la población: Inegi [Internet]. México: Expansion.mx; 2015 [Disponible en: <http://expansion.mx/economia/2015/12/08/los-adultos-mayores-ganan-terreno-en-la-poblacion-inegi>].
34. Maguey P. El abandono de personas ancianas es una violencia [Internet]. México: Salud180.com; 2016 [Disponible en: <http://www.salud180.com/adultosmayores/el-abandono-de-personas-ancianas-es-una-violencia>].
35. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores [Internet]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015 [Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-vivenmas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/#>].
36. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016.
37. Moreta OA, Robalino NJ. Factores asociados al abandono del adulto mayor en diferentes Etnias de la parroquia San Roque, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. Septiembre a Diciembre del 2016. [Tesis de especialidad]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.

38. Muñoz R. El abandono al adulto mayor y sus implicaciones jurídica y social en la Parroquia de Tumbaco en el periodo de enero-diciembre 2014 [Tesis de graduación]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2014.
39. Delgado JJ. Abandono familiar y conductas sociales en adultos mayores; centro del Buen Vivir Mies Fedhu-2012 [Tesis de graduación]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2012.
40. Tinoco GE. Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema dif Hidalgo [Tesis de titulación]. México: Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo; 2007.
41. Cáceres MLM, Salas VM. Abandono del adulto mayor centro de atención primaria III Meliton Salas Tejada EsSalud [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín; 2017.
42. Delao DE, Rosales KN. Abandono familiar en los adultos mayores integrantes del programa pensión 65 del distrito de San Agustín de Cajas- Huancayo- 2015 [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2015.
43. Rodríguez LC, Torres JM. El abandono del adulto mayor en la ciudad de Huancayo: Caso comedores populares 2015 [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2015.
44. Condori S. Factores asociados a los niveles de abandono familiar en el adulto mayor de 60 a 80 años atendidos en el puesto de salud Chijchipani Azángaro enero a junio 2013 [Tesis de maestría]. Perú: Universidad Andina Nestor Cáceres Velásquez; 2013.
45. Roldán AV. Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007 [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.
46. Fundación Eroski. Teorías del envejecimiento [Internet]. Mayores.consumer.es; 2016 [cited 2016 14 de noviembre]. Disponible en: <http://mayores.consumer.es/documentos/porque/intro.php>.
47. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería España: Elsevier España,

S.L. ; 2011. 809 p.

48. Farlex I. Factor [Internet]. Farlex, Inc; 2016 [Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/factor>].
49. Argandoña LC, Aroco MM. Factores sociales que influyen en el abandono del adulto mayor por los hijos en la comunidad de rancho Pucachupa de la red de salud San Román - 2015 [Tesis de titulación]. Perú: Universidad Nacional de "San Agustín"; 2015.
50. Medina JR. El abandono del adulto mayor y su incidencia a la mendicidad en la ciudad de Quito en el año 2014, frente a la obligación del estado a brindar protección [Tesis de titulación]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2014

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por Med. Lilian Pacheco Mallea, que al momento me encuentro laborando en el consultorio médico No 2. Centro de salud Primavera II, del cantón Durán, estoy desarrollando un proyecto de investigación sobre La depresión y su relación con el abandono familiar en el adulto mayor. Periodo 2020 -2021.

Por tal motivo le informo e invito a usted, a formar parte de dicha investigación.

El objetivo de esta investigación es encuestar a los adultos mayores y aplicar diferentes técnicas en las que solamente deben responder preguntas, cuyas respuestas se mantendrán en total confidencialidad, por lo que, al formar parte de este estudio Ud. no se expondrá a ningún riesgo.

Las respuestas sólo serán utilizadas para este trabajo, y los resultados de la investigación le serán oportunamente comunicados.

De aceptar participar en la encuesta lo hará de forma voluntaria, el documento entregado, contendrá un cuestionario que será contestado también voluntariamente y aplicado únicamente por mi persona. Caso contrario si Ud. desea retirarse antes, mediante o después del estudio podrá hacerlo sin ningún compromiso y seguirá siendo atendido en este Centro de Salud con calidad y calidez con todos los servicios integrales que recibía.

Señale con una **X** si se encuentra conforme con lo citado:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He realizado las preguntas que consideraba necesarias y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Deseo voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento, sin que me afecte en

ninguna manera mi cuidado médico.

Sírvase a continuación, anotar nombre, (s) apellido, (s) número de cédula de identidad, firma y fecha en que se le realizó la entrevista:

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA



4. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?	
• Ninguna	
• Primaria	
• Secundaria	
• Bachiller	
• Superior	
5. ¿Cuál es el estado civil que tiene actualmente?	
• Soltero	
• Casado	
• Divorciado	
• Viudo	
• Union libre	
6. ¿Qué actividad u ocupación realiza actualmente?	
• Agricultor/a	
• Comerciante	
• Ama de casa	
• Empleado publico Jubilado	
• Otros	
• Ninguno	
<b>Segundo parte: Valoración de la depresión Test de Yesevage)</b>	
Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido	
Ud. durante la ULTIMA SEMANA	
1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	
• si	
• <b>NO</b>	
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	
• <b>SI</b>	
• no	
3. ¿Siente que su vida está vacía?	
• <b>SI</b>	
• no	
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	
• <b>SI</b>	
• no	
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	
• si	
• <b>NO</b>	
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	
• <b>SI</b>	
• no	
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	
• si	
• <b>NO</b>	
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	

• <b>SI</b>	
• no	
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	
• <b>SI</b>	
• no	
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	
• <b>SI</b>	
• no	
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	
• si	
• <b>NO</b>	
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	
• <b>SI</b>	
• no	
13. ¿Se siente lleno de energía?	
• si	
• <b>NO</b>	
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	
• <b>SI</b>	
• NO	
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	
• <b>SI</b>	
• NO	
<b>Total</b>	
<b>Las respuestas que pueden indicar depresión estan en negrita y mayúsculas. Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO.</b>	

<b>TERCERA PARTE:</b> Cuestionario para Identificación De Situaciones De Abandono Familiar. Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA	
<b>1.- me siento solo cuando estoy con mi familia</b>	
• nunca	
• <b>aveces</b>	
• siempre	
<b>2.- mi familia se preocupa por mi</b>	
• nunca	
• <b>aveces</b>	
• siempre	
<b>3.- mi familia me presta apoyo</b>	
• nunca	
• <b>aveces</b>	
• siempre	
<b>4.- siento que pertenezco a mi familia</b>	
• nunca	
• <b>aveces</b>	

• siempre	
<b>5.- me siento cercano a mi familia</b>	
• nunca	
• aveces	
• siempre	
<b>6.- me siento aislado sin apoyo o comprension cuando cuento mis problemas</b>	
• nunca	
• aveces	
• siempre	
<b>7.- mi comida la ingiero fria</b>	
• nunca	
• aveces	
• siempre	
<b>8.- mi familia me acompaña en mi atencion medica</b>	
• nunca	
• aveces	
• siempre	
<b>9.- mi familia esta predispuesto ayudarme en mis necesidades</b>	
• nunca	
• aveces	
• siempre	
Alto grado de abandono: 15 a 20 puntos Medio grado de abandono 14 a 10 puntosBajo grado de abandono: 9 a 6 puntos, Sin abandono: 0 a 5 puntos	



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Pacheco Mallea Lilian Eufemia**, con C.C: # 0918544529 autor/a del trabajo de titulación: **Depresión y abandono familiar del adulto mayor. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Primavera 2. Año 2021**, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre del 2021.

f. -----

Pacheco Mallea Lilian Eufemia

C.C: 0918544529

<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
TEMA Y SUBTEMA:	Depresión y abandono familiar del adulto mayor. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Primavera 2. Año 2021		
AUTOR(ES)	Lilian Eufemia Pacheco Mallea		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dennis Ignacio Quimí López		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina familiar y Comunitaria		
TITULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre del 2021	No. DE PÁGINAS:	62
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ciencias de la salud, Medicina, Medicina Familiar y Comunitaria.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Depresión, anciano, abandonado, familia.		
<p><b>RESUMEN/ABSTRACT:</b> <b>Antecedentes:</b> la depresión es un trastorno donde los sentimientos de tristeza interfieren en la vida diaria, sumado al abandono que algunos mayores podrían presentar, afectarían el bienestar a nivel personal, familiar y social. <b>Métodos:</b> la investigación es de tipo observacional, retrospectiva, y transversal incluyó 103 personas seleccionados por un muestreo no probabilístico con el objetivo de asociar la depresión y abandono en adultos mayores de los consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de salud Primavera dos en el 2021. Previa autorización del comité bioético de la Universidad católica de Santiago de Guayaquil y cumpliendo con los principios de Helsinki se realiza el estudio. Las variables utilizadas fueron edad, sexo, etnia, escolaridad, estado civil, ingreso económico, depresión, abandono, cumpliendo criterios de inclusión y exclusión, previo al consentimiento informado se realizó la encuesta, los resultados fueron ingresado en una matriz de Excel y el estadístico SPSS 20.0, se utilizó Chi cuadrado con un valor de P de 0.05, para los resultados se utilizó tablas y gráficos. <b>Resultados:</b> en la investigación predominaron el sexo femenino, el grupo de 75 a 79, la escolaridad primaria terminad, etnia mestiza, unión libre, ama de casa, la depresión predomino leve y establecida 56,3%, el grado de abandono predomino el grado medio de abandono 67%, la estadística demostró una relación muy significativa con un valor de p 0,000 entre depresión y abandono. <b>Conclusiones:</b> en los consultorios de Medicina familiar y comunitaria los pacientes con abandono se encuentran con un grado de depresión.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593993848570		E-mail: lilimallea232@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: 042206953-2-1-0 ext: 1830		
	E-mail: xavierlandivar@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCION PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			