



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE CUENCA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE CUENCA

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Licenciada en Psicología

AUTORA: NEREIDA ARACELY PACHAR CHASI

TUTOR: DR. ANDRÉS ALEXIS RAMÍREZ CORONEL

Cuenca - Ecuador

2024

**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN**

Yo, Nereida Aracely Pachar Chasi con documento de identificación N° 0106486566, manifiesto que:

Soy la autora y responsable del presente trabajo; y, autorizo a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Cuenca, 08 de julio del 2024

Atentamente,



Nereida Aracely Pachar Chasi

0106486566

**CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

Yo, Nereida Aracely Pachar Chasi con documento de identificación N° 0106486566, expreso mi voluntad y por medio del presente documento cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que soy autora de la Sistematización de experiencias prácticas de investigación: “Prevalencia y factores asociados ala depresión, funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de Cuenca”, la cual ha sido desarrollada para optar por el título de: Licenciada en Psicología, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribo este documento en el momento que hago la entrega del trabajo final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 08 de julio del 2024

Atentamente,



Nereida Aracely Pachar Chasi

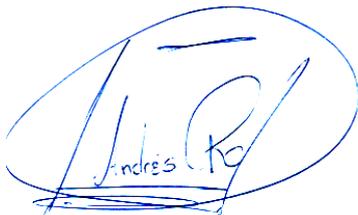
0106486566

CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Andrés Alexis Ramírez Coronel con documento de identificación N° 0302185053, docente de la Universidad Politécnica Salesiana, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE CUENCA, realizado por Nereida Aracely Pachar Chasi con documento de identificación N° 0106486566, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Sistematización de experiencias prácticas de investigación que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 08 de julio del 2024.

Atentamente,



Dr. Andrés Alexis Ramírez Coronel

0302185053

Dedicatoria

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mis abuelitos, quienes, desde mi infancia hasta el presente, han sido los pilares de mi formación. Con su ejemplo, han inculcado en mí buenos hábitos y valores que han sido fundamentales para enfrentar los desafíos de la vida.

A mi amada hija Kenia, le dedico un agradecimiento especial. Ella ha sido mi mayor motivación para nunca renunciar a mis estudios. Su presencia en mi vida me ha inspirado a esforzarme al máximo y a convertirme en un ejemplo digno de seguir. Cada logro alcanzado tiene como fundamento el deseo de brindarle un futuro lleno de oportunidades y enseñanzas valiosas.

Finalmente, quiero dedicar a mis padres, quienes han sido mi inspiración y mi razón de ser. Su apoyo incondicional en mi educación y en cada paso de mi crecimiento profesional ha sido invaluable. Muchos de mis logros se deben a su dedicación y sacrificio. Su amor y aliento constante me han impulsado a superarme día a día, convirtiéndolos en los verdaderos arquitectos de mi éxito.

Aracely Pachar

Agradecimiento

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios, quien ha sido mi guía constante y me ha brindado la fortaleza necesaria para seguir adelante. Gracias a su amor y dirección, he logrado alcanzar mis metas.

También quiero dedicar palabras de gratitud a mi familia, quienes han sido mi fuerza durante todo mi proceso de estudios. Su comprensión y apoyo incondicional han sido fundamentales para mi éxito. Siempre me han recordado que puedo lograrlo y que no debo rendirme ante los desafíos.

No puedo olvidar mencionar a mi hija, quien con su sonrisa ha iluminado mis días y ha sido mi mayor inspiración. Saber que tengo a una pequeña versión de mí misma a quien debo mostrar el camino me impulsa a esforzarme cada día para ser mejor. Mi mayor deseo es que ella pueda superarme en el futuro y alcanzar sus sueños con aún más grandeza.

Aracely Pachar

Resumen

El envejecimiento poblacional global presenta retos significativos en la salud, como depresión, deterioro cognitivo y disfuncionalidad familiar, afectando la calidad de vida y la sostenibilidad de los sistemas de atención. Este estudio en Cuenca evaluó a 311 adultos mayores utilizando el Mini Mental State Examination (MMSE), la escala APGAR familiar y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES). Los resultados mostraron un alto rendimiento en orientación (97%) y atención (94%), con menor desempeño en cálculo (más del 50%) y recuerdo diferido (63%) por lo que se concluye que es esencial desarrollar políticas y programas para la identificación precoz de problemas de salud mental, apoyar a las familias y garantizar el acceso equitativo a servicios, mejorando así la calidad de vida de los adultos mayores en Cuenca.

Palabras Clave: Deterioro cognitivo, depresión, funcionalidad familiar, adulto mayor.

Abstract

Global population aging presents significant health challenges, such as depression, cognitive decline, and family dysfunction, affecting quality of life and the sustainability of care systems. This study in Cuenca evaluated 311 older adults using the Mini Mental State Examination (MMSE), the family APGAR scale, and the Center for Epidemiological Studies (CES) Depression Scale. The results showed high performance in orientation (97%) and attention (94%), with lower performance in calculation (more than 50%) and delayed recall (63%), so it is concluded that it is essential to develop policies and programs for the early identification of mental health problems, support families, and guarantee equitable access to services, thus improving the quality of life of older adults in Cuenca.

Keywords: Cognitive impairment, depression, family functionality, older adult.

ÍNDICE

Resumen.....	7
Abstract.....	8
2. Justificación y relevancia.....	12
3. Objetivos	14
3.1 Objetivo General.....	14
3.2. Objetivo Específicos.....	14
4. Marco Teórico Conceptual.....	15
4.1 Adultos mayores.....	15
4.2 Etapa del proceso vital humano relacionado con el envejecimiento	16
4.3 Consecuencias del concepto de envejecimiento	17
4.4 Deterioro cognitivo.....	18
4.5 Demencia.....	19
4.6 Factores de riesgo para demencia y deterioro cognitivo	20
4.7 Síndromes geriátricos y su asociación a deterioro cognoscitivo.....	20
4.7.1 Síndrome de caídas	20
4.7.2 Síndrome de fragilidad	21
4.7.3 Síndrome de abatimiento no funcional	21
4.8 Funcionalidad familiar	22
4.9 Familia	23
4.9.1 Funcionalidad Familiar	24
4.9.2 Ciclo Vital Familiar	24
4.9.3 Tipos de Familia.....	24
4.10 Clasificación Familiar.....	25

4.10.1 Familia Funcional	25
4.10.2 Familia Disfuncional.....	26
4.11 Dimensiones de la Funcionalidad Familiar.....	26
4.12 Depresión	27
5. Tipos de depresión	29
Tabla 1.	30
4.1 Estado del arte de la depresión en adulto mayor	31
4.2 Trastorno depresivo persistente	31
4.3 Relación entre depresión y familia	32
5. Antecedentes Nacionales e internacionales.....	32
5.1 Antecedentes Internacionales.....	32
5.2 Antecedentes Nacionales	33
6. Variables y dimensiones	34
6.1 Variable dependiente	34
6.2 Variables independientes.....	34
7. Hipótesis general	34
7.1 Marco metodológico.....	34
7.1.2 Enfoque de Investigación	34
8. Población y Muestra	37
8.1 Población.....	37
8.2 Muestra	37
9. Criterios de inclusión y exclusión	38
Tabla 2.	39
9.1 Criterios de inclusión.....	39

9.2 Criterios de exclusión	40
10. Instrumentos	40
11. Procedimiento	42
12. Consideraciones éticas	42
13. Análisis estadístico	43
14. Resultados	44
Tabla 3.	45
Figura 1	46
Figura 2	47
Tabla 4.	49
Tabla 5.	52
Tabla 5.	53
Tabla 6.	55
Figura 3	55
15. Discusión	56
17. Limitaciones	66
18. Futuras investigaciones	66
17. Cronograma de actividades	67
18.Presupuesto	68
19. Referencias	68
Anexo 1.Consentimiento informado.	73
Anexo 2. Mini Mental State Examination (MMSE) Modificado	75
Anexo 3. Escala de Funcionalidad Familiar Percibida – APGAR	75
Anexo 4. Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D)	76
Anexo 5: Informe Anti plagio	77

1. Planteamiento del problema

En relación con la problemática expuesta los cambios demográficos a nivel mundial están dando lugar a un aumento significativo de la población mayor de 60 años, generando una serie de desafíos, especialmente en lo que respecta a la salud mental. Además, el proceso de envejecimiento conlleva cambios físicos, metabólicos, bioquímicos y circulatorios a nivel cerebral, los cuales tienen implicaciones en la función cognitiva y pueden desencadenar síndromes geriátricos, como el deterioro cognitivo, caracterizado por dificultades en la memoria que limitan las actividades diarias de los adultos mayores es importante destacar que el deterioro cognitivo es un precursor clave de enfermedades neurodegenerativas, como la demencia y el Alzheimer (Montalvo et al.2017).

Además, la familia, como una estructura organizada que opera como un sistema, desempeña un papel crucial en el bienestar de los adultos mayores sin embargo, cuando surgen dificultades, estas pueden desencadenar crisis dentro del sistema familiar, y la manera en que la familia enfrenta la situación puede influir en la calidad de vida del adulto mayor que experimenta el deterioro cognitivo según (Montalvo et al.2017) además la presencia de un adulto mayor con deterioro cognitivo puede generar estrés intrafamiliar, y cómo la familia maneje esta situación puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente.

Por lo tanto, para Albanese et al. (2017) indican que un diagnóstico oportuno y preciso del deterioro cognitivo en los adultos mayores es fundamental, ya que proporciona información crucial para el desarrollo de intervenciones destinadas a preservar la independencia funcional del individuo y mitigar el impacto en la familia y el sistema de salud.

2. Justificación y relevancia

En lo que respecta a la importancia de la investigación, el envejecimiento se considera un fenómeno natural que requiere garantizar la seguridad, la dignidad y la continuidad del disfrute de la vida, la salud, la integridad y la participación social sin embargo la investigación

destinada a profundizar la comprensión de las autoridades médicas sobre la importancia de identificar los diferentes tipos de deterioro cognitivo en adultos mayores es fundamental, cabe destacar este enfoque investigativo busca proporcionar información crucial que pueda guiar estrategias de diagnóstico y tratamiento más efectivas al comprender mejor los distintos patrones y niveles de deterioro cognitivo, de esta manera los profesionales médicos estarán mejor equipados para intervenir de manera temprana y personalizada, lo que puede mejorar significativamente la calidad de vida de los adultos mayores afectados. Además, se considerarán aspectos como la edad, el nivel educativo y el género, para diseñar estrategias terapéuticas más precisas. De tal forma la investigación también pretende mejorar las estrategias del personal autorizado, psiquiátrico y psicológico. Así mismo se espera que el estudio sea útil y contribuya significativamente a la salud pública y privada, proporcionando los recursos necesarios para asegurar un abordaje y tratamiento efectivo del tema abordado. De tal forma nuestra aspiración es que este estudio sirva como punto de partida para futuras investigaciones científicas sobre enfermedades neurodegenerativas. También se ha notado que hay una carencia de conocimiento en la sociedad sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores por lo que el trabajo contribuirá a difundir información relevante, promoviendo la conciencia social y facilitando la comprensión del proceso tanto para las personas afectadas como para sus familiares.

Además, se resalta la importancia de una evaluación neuropsicológica adecuada para llevar a cabo este estudio, lo cual implica la aplicación y adaptación de pruebas existentes para garantizar un diagnóstico preciso esto a su vez podría motivar la mejora o desarrollo de nuevas pruebas para perfeccionar el diagnóstico.

Para finalizar, el presente trabajo se enmarcará en la línea de Investigación Salud Integral y Bienestar. Uno de los objetivos de la línea de investigación es: Comprender, promover y mejorar la salud en todos sus aspectos, considerando la interacción entre el

bienestar físico, mental, emocional, social y ambiental de las personas. Por otro lado, los resultados de esta evaluación son de vital importancia, ya que permitirán identificar las diversas dificultades que enfrentan los adultos mayores en su entorno social. A partir de estos hallazgos, se podrán tomar acciones concretas orientadas a prevenir y abordar estas dificultades, buscando mejorar las condiciones y el bienestar de este grupo de adultos mayores.

Autores enfatizan que la relevancia de estudiar la depresión, funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de Cuenca radica en su impacto en el bienestar general y la calidad de vida de esta población. Según Cordero y su equipo, la investigación sobre este tema es crucial para promover el envejecimiento activo y saludable en la población de adultos mayores de Cuenca. Parada (2022) afirma que entender cómo los factores asociados afectan la salud mental y cognitiva de esta población puede ayudar a desarrollar programas de prevención y promoción de la salud específicos.

3. Objetivos.

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión, funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de Cuenca.

3.2. Objetivo Específicos

OE1. Validar las propiedades psicométricas del Mini Mental *State Examination* (MMSE), escala de Funcionalidad Familiar Percibida (APGAR) y escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES) en adultos mayores de Cuenca.

OE2. Describir la funcionalidad cognitiva, familiar y depresión en los adultos mayores de Cuenca.

OE3. Analizar los factores asociados de la depresión, funcionalidad familiar, deterioro cognitivo y factores sociodemográficos en los adultos mayores de Cuenca mediante un análisis de redes.

4. Marco Teórico Conceptual

4.1 Adultos mayores

Según la Organización de las Naciones Unidas (2018), considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo como el nuestro. El término adulto mayor es una denominación reciente para referirse a individuos que tienen más de 60 años, también conocidos como personas de la tercera edad. Este grupo de personas ha desarrollado características tanto biológicas, sociales y psicológicas a lo largo de su vida, influenciadas por experiencias, circunstancias y entornos familiares y sociales.

En la investigación de López (2022) afirma que se ha verificado que hoy en día, la noción de vejez está en constante evolución lo que alguna vez fue visto como un momento de desventaja en culturas como la griega y romana, ahora es percibido en muchas sociedades como una etapa de sabiduría y experiencia por lo que se reconoce que este grupo de edad ha superado enfermedades, mitos y estereotipos, y representa una valiosa fuente de conocimiento por lo que es crucial brindarles un entorno donde puedan vivir plenamente, felices y con un sentido de pertenencia y propósito.

A continuación, para *Websters New Universal Unabridged Dictionary* (1980) el envejecimiento es definido como la acumulación de modificaciones en un ser vivo o un artículo a lo largo del tiempo.

Según la Enciclopedia Británica (2011) afirmó que la transformación progresiva y natural en un ser vivo que resulta en un reciente incremento en el riesgo de vulnerabilidad, disminución de la vitalidad, enfermedad y eventual fallecimiento. Este proceso puede ocurrir a nivel celular, de órganos o en el organismo completo, a lo largo de toda la vida adulta de cualquier ser vivo. Por otro lado, según el aporte de *Oxford English Dictionary* (2011) las variaciones anatómicas y fisiológicas surgen con el paso del tiempo en los seres vivos,

conllevando a una disminución en la capacidad de adaptación de los órganos, sistemas y aparatos, así como en la respuesta frente a agentes dañinos que inciden en el individuo. Para finalizar una descripción biológica del envejecimiento implica una transformación gradual en un organismo que aumenta el riesgo de debilidad, enfermedad y mortalidad. Este proceso afecta a nivel celular, orgánico y sistémico durante la vida adulta de un ser vivo además se caracteriza por una disminución en las funciones biológicas y la capacidad de adaptación al estrés metabólico. Entre los cambios observados en los órganos se encuentra la sustitución de células cardiovasculares funcionales por tejido fibroso los efectos generales del envejecimiento abarcan una inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, deterioro de la memoria y otras funciones cognitivas, así como la pérdida de pigmentación en el cabello y la elasticidad en la piel (Merriam-Webster, 2012).

Por último, Castanedo y Cols (2014) argumentan que el envejecimiento se refiere a cambios y transformaciones que se producen en el individuo según avanza en su ciclo vital, resultado del tiempo sobre los organismos vivos. Estas alteraciones afectan aspectos tanto bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos como funcionales.

4.2 Etapa del proceso vital humano relacionado con el envejecimiento

El envejece para Dulcey et al. (2006) mencionan que la vejez se considera como la etapa final del proceso de envejecimiento, marcada por vivir un prolongado período en comparación con otros individuos del mismo grupo poblacional. Sus límites, salvo el momento del fallecimiento, han sido y continúan siendo vagos y relativos; no obstante, la definición de la vejez varía según el contexto y el grupo demográfico al que se haga referencia. Además, se refiere a la última fase de la vida humana, caracterizada por una disminución biológica en el organismo debido al avance de la edad.

Así mismo para Baltes (2004) afirma que, la ancianidad es la etapa que se observa en un progresivo deterioro de la capacidad física, lo que a su vez conlleva a una disminución

gradual y perceptible de la actividad cognitiva en donde la persona comienza a perder el entusiasmo por las experiencias del día a día y se enfoca cada vez más en el pasado, reviviéndolo constantemente, ya que las perspectivas del presente y futuro resultan limitadas en comparación.

También para Allyn y Bacon (2001) indican que tercera edad es una etapa de crecimiento y cambio en la vida del ser humano que involucra múltiples dimensiones. Desde un punto de vista biológico, afectando la salud física como mental, mientras que, desde una perspectiva sociológica y económica, implica una ampliación en las expectativas de vida que requiere atención y apoyo. Además, desde el ámbito psicológico, conlleva modificaciones en el funcionamiento cognitivo y emocional.

Por otra parte, para Riegel (1977) la longevidad es un concepto que se aplica a la humanidad y abarca la extensión de la vida o la existencia, no solo se limita a vivir muchos años, sino que también implica mantener una salud óptima y una vida plena, disfrutando de independencia.

4.3 Consecuencias del concepto de envejecimiento

Para la OMS (1998) indica que el envejecimiento saludable es la etapa que empieza mucho antes de llegar a los 60 años, dentro de este orden de ideas el envejecimiento exitoso se refiere a la capacidad de mantenerse en un estado de salud óptimo, con un alto nivel de actividad física y mental, y un fuerte compromiso con la vida mediante el mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas.

Además, el envejecimiento activo de la OMS (2002) se trata del proceso de maximizar las posibilidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida conforme las personas que envejecen.

4.4 Deterioro cognitivo

Por consiguiente, Veliz et al. (2010) en relación a la problemática de la cognición relacionada con el proceso de envejecimiento se refieren al proceso intelectual que permite interactuar con el entorno de tal forma el envejecimiento, es común que el cerebro experimente cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios estos cambios pueden resultar en alteraciones cognitivas, dependiendo de la plasticidad cerebral y de la redundancia en la actividad de diversas funciones cerebrales, o bien, pueden permitir que las funciones cognitivas sigan operando de manera normal. Algunos de los cambios que ocurren incluyen la reducción del volumen y adelgazamiento de la corteza frontal, una región crucial para la atención y las funciones ejecutivas también hay una disminución del volumen neuronal, junto con cambios en las sinapsis y las extensiones dendríticas de las células nerviosas estos cambios pueden resultar en una disminución en neurotransmisores y receptores, especialmente en enfermedades neurodegenerativas.

Además, Veliz et al. (2010) indican que se observa una disminución en el flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno en casos de arteriosclerosis, aunque estos parámetros permanecen estables en el envejecimiento de individuos sanos de la misma forma las alteraciones en la memoria están relacionadas con cambios en los circuitos frontales-estriados, que parecen estar involucrados en la memorización y la formación del recuerdo estos cambios se asocian con el envejecimiento cognitivo normal, difícil de definir porque la relación entre la función cognitiva y la edad no es lineal. Además, está influenciada por varios factores, como el estado de salud y el tipo de función cognitiva evaluada.

Por lo general, alrededor de los 60 años, se observa una disminución en la memoria, la fluidez verbal, la lógica matemática y la eficiencia y velocidad del procesamiento. Sin embargo, el deterioro cognitivo, definido como la pérdida de funciones cognitivas, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales, y muestra una gran variabilidad entre

individuos. Por otra parte, el mantenimiento de la cognición en los adultos mayores está relacionado con diversas variables, como las condiciones médicas, el apoyo social, el estado de ánimo y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia (Benavides, 2017).

Por lo tanto, atribuir exclusivamente las alteraciones cognitivas en los adultos mayores al envejecimiento neurológico sería un error además, se observó que el soporte social es crucial para mantener la función cognitiva en adultos mayores, especialmente aquellos mayores de 70 años en promedio por otro lado la edad, factores como la situación económica, el apoyo social, el nivel educativo y el lugar de residencia también influyen en el deterioro cognitivo seguidamente en la actualidad, la literatura se centra en la detección precoz del deterioro cognitivo moderado, que se encuentra entre el envejecimiento cognitivo normal y la demencia, la cual se define como una alteración cognitiva mayor de lo esperado para la edad y nivel educativo del individuo, sin embargo, no llega a afectar las actividades diarias pero con el tiempo, este estado puede progresar hacia la demencia es decir se puede revertirse hacia un estado cognitivo normal o estabilizarse con una alteración moderada persistente(Maiese,2024). Por otro lado, la demencia se caracteriza por la pérdida en al menos dos áreas cognitivas (memoria, atención, lenguaje, funciones visoespaciales o funciones ejecutivas), lo cual afecta las interacciones sociales y ocupacionales del individuo.

4.5 Demencia

Por otro lado, el instituto mexicano del seguro social (2012) afirma que la demencia es un trastorno neurológico que se caracteriza por un deterioro en las funciones cognitivas y cambios en el comportamiento, lo que se refleja en manifestaciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas. En otras palabras, se trata de un síndrome clínico donde se experimenta una pérdida de habilidades cognitivas y emocionales adquiridas, lo suficientemente severa como para interferir con la vida social, laboral, o ambas.

Para Huang et al. (2023) indican que el término deterioro cognitivo y demencia son similares, es importante distinguirlos por el grado de afectación en la funcionalidad. Por ejemplo, el término deterioro cognitivo leve se utiliza para describir a personas que muestran signos de deterioro cognitivo, especialmente en la memoria, según pruebas neuropsicológicas, pero que no cumplen con los criterios para ser diagnosticadas con demencia además este término también se emplea para reconocer la fase de transición entre el envejecimiento normal y la demencia en sus etapas iniciales.

4.6 Factores de riesgo para demencia y deterioro cognitivo

Para Huang et al. (2023) mencionaron que los factores de riesgo asociados con la demencia generalmente se clasifican en tres categorías principales: el envejecimiento, la genética y los factores ambientales. Estos incluyen elementos como la edad avanzada, antecedentes familiares de demencia, lesiones traumáticas en la cabeza que resultan en pérdida de conciencia, trastornos vasculares como la hipertensión, hipercolesterolemia y vasculitis, diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos, así como la depresión y otros trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, psicosis entre otros además, se incluyen infecciones del sistema nervioso central como la meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis y VIH, el abuso de alcohol y otras sustancias, episodios de delirio postoperatorio o durante la hospitalización, eventos cerebrovasculares, enfermedades cardíacas isquémicas y aterosclerosis, algunos tipos de cáncer y la enfermedad de Parkinson.

4.7 Síndromes geriátricos y su asociación a deterioro cognoscitivo

4.7.1 Síndrome de caídas

Cabe resaltar que Ameijeiras (2020) afirmó que las personas mayores que experimentan un declive cognitivo o demencia tienen un riesgo más alto de sufrir caídas, las cuales pueden ser un indicio temprano o tardío de demencia u otras enfermedades neurodegenerativas, especialmente si ocurren de manera repetitiva o progresiva entre los principales factores de

riesgo para las caídas en adultos mayores con deterioro cognitivo o demencia se incluyen problemas motores, déficits visuales, deterioro cognitivo grave, disminución funcional, historial de caídas previas, alteraciones del comportamiento, uso de neurolépticos (antipsicóticos), baja densidad mineral ósea, sarcopenia y fragilidad.

Además, es fundamental evaluar el estado cognitivo de todos los adultos mayores que presenten síndrome de caídas y problemas de marcha. Por ejemplo, se debe considerar remitir a una evaluación oftalmológica si se sospecha de problemas sensoriales, así como recomendar rehabilitación para mejorar y corregir la marcha. Además, se debe revisar y ajustar los medicamentos que pueden causar mareos o afectar el músculo o la cognición, como los benzodiazepinas (Álvarez, 2015).

4.7.2 Síndrome de fragilidad

De hecho, la perspectiva más general para Acosta et al. (2020) afirman que la aparición de deterioro cognitivo en la población anciana aumenta la probabilidad de desarrollar fragilidad durante un período de 10 años, con un riesgo anual del 9%. Esta asociación también se vincula con un incremento significativo en la mortalidad a los 5 años, llegando hasta un 44,5%.

4.7.3 Síndrome de abatimiento no funcional

Para Martín et al. (2012) y sus colaboradores indican que las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), en contraposición a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son una herramienta valiosa para detectar el deterioro cognitivo y la demencia, con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 79%. La reducción en al menos dos AIVD aumenta el riesgo de demencia en la próxima década, siendo la dificultad en la gestión financiera el indicador más fiable de demencia. En la población de adultos mayores, se debe buscar activamente la disminución en la capacidad funcional en las AIVD, evaluada mediante la escala funcional de Lawton y Brody. Aquellos que presenten dificultades en al menos una AIVD deben ser evaluados anualmente en busca de deterioro cognitivo o demencia.

4.7.4 Síndrome de privación sensorial

Según Cano et al. (2011) manifiestan que existe un riesgo de demencia en las personas mayores que experimentan déficit auditivo, con un período de riesgo de hasta 12 años, y este riesgo se correlaciona con la gravedad de la pérdida auditiva de manera crucial descartando la presencia de déficits sensoriales en pacientes con sospecha de deterioro cognitivo, ya que estos podrían ser erróneamente interpretados como manifestaciones del deterioro mismo. Por ejemplo, la dificultad para leer podría malinterpretarse como incapacidad para seguir instrucciones escritas, mientras que la sordera podría confundirse con la incapacidad para seguir órdenes.

4.8 Funcionalidad familiar

Según Montalvo (2013), la familia se define como un sistema que exhibe cualidades particulares que determinan su funcionamiento y comportamiento ante diversas situaciones. Este enfoque permite comprender cómo la familia gestiona, evalúa y responde a los desafíos. Un aspecto fundamental para comprender la dinámica familiar es su capacidad para mitigar el impacto del estrés y abordar sus fuentes. De este modo, la familia se convierte en un entorno donde los individuos pueden encontrar recursos para enfrentar problemas, ya sea mediante apoyo social o diversas estrategias de afrontamiento.

Desde una perspectiva sistémica, la familia puede entenderse como un conjunto de conocimientos compuesto por características específicas que se manifiestan a través de las relaciones interpersonales entre sus miembros, contribuyendo así a la formación de la identidad individual de cada uno. El sistema familiar influye en la calidad del ambiente y las dinámicas del hogar, lo que puede generar desde una atmósfera serena, tranquila y armoniosa hasta tensiones, pesadez y discordias, que afectan el consenso familiar (Castellón, 2012).

El Instituto Behavior (2002) define la cohesión familiar como la capacidad de la familia para fomentar de manera consistente el respeto entre sus miembros, proporcionando un

ambiente hogareño donde se promueve la libre expresión de ideas, pensamientos y sentimientos. Para establecer un sistema familiar efectivo, cada miembro asume su rol con responsabilidad y se fomenta una comunicación abierta entre todos los integrantes.

4.9 Familia

Para Maldonado (2022) señala que la célula primordial de nuestra sociedad ha evolucionado con el tiempo. Antes se definía como un grupo de personas que compartían una vivienda, pero ahora esta definición ha cambiado. Ahora, una unidad familiar puede estar compuesta por una o más personas que no necesariamente tienen lazos de parentesco sanguíneo. Esta diversificación en las estructuras familiares requiere que la sociedad sea más tolerante y comprensiva hacia los nuevos modelos de familia.

En lo que respecta al sistema familiar de las personas mayores, hay varios aspectos importantes que influyen en su experiencia durante la vejez entre estos aspectos se encuentra la libertad y autonomía para afrontar esta etapa del ciclo vital de manera saludable y placentera. Por ejemplo, es fundamental que la familia fomente la autonomía y la libertad en todos los aspectos de la vida de la persona mayor, incluida su sexualidad según lo indica Maldonado, (2022).

De hecho para Maldonado (2022) indica que las definiciones más contemporáneas de familia describen su característica principal como la unión de individuos que comparten un proyecto vital común, generando un sentido de pertenencia al grupo, compromiso personal y relaciones íntimas, recíprocas y dependientes entre sus miembros además, se la define como una entidad biopsicosocial en la que sus integrantes establecen un sistema de comunicación, dentro de esta unidad, los adultos mayores tienen la responsabilidad de transmitir valores y creencias a sus descendientes.

4.9.1 Funcionalidad Familiar

Dentro de este contexto, la funcionalidad familiar implica desempeñar roles que se ajusten al contexto histórico y social. Según Manrique et al. (2022), la familia cumple diversas funciones vitales, tales como satisfacer las necesidades emocionales y materiales de sus miembros, transmitir valores éticos y culturales, facilitar y promover la socialización, así como mantener un equilibrio que ayuda a resolver tensiones en los diferentes ciclos de vida. Además, educa en habilidades para las relaciones interpersonales y crea condiciones óptimas para el desarrollo de la identidad individual de cada miembro.

4.9.2 Ciclo Vital Familiar

Dentro de este marco, la dinámica familiar está en constante evolución, lo que implica adaptarse a roles y responsabilidades inherentes. Según Manrique et al. (2022), diversos estudiosos han identificado un ciclo de vida familiar que abarca varias fases distintivas.

Comienza con la formación familiar, marcada por el establecimiento del matrimonio. Luego sigue la fase de expansión familiar, caracterizada por la llegada de los hijos al hogar. Después, se experimenta la contracción familiar, cuando los hijos abandonan el hogar para iniciar sus propios caminos. Finalmente, se presenta la fase de dilución familiar con el fallecimiento de uno de los cónyuges, lo que marca un cambio significativo en la dinámica y estructura familiar. Estas fases delimitan el trayecto evolutivo de la familia a lo largo de su ciclo de vida.

4.9.3 Tipos de Familia

En cuanto a Bezanilla (2013) los miembros de la familia se organizan en distintas jerarquías según el papel que desempeñan en el contexto familiar, que incluyen las siguientes categorías.

Según Bezanilla (2013) indica que existen diferentes estructuras familiares que reflejan la diversidad de modelos en la sociedad actual como es : la familia nuclear, representando el

modelo tradicional con ambos padres y sus hijos, ya sean biológicos o adoptados; como segundo lugar la familia extendida, que abarca más de dos generaciones de familiares como padres, hijos, tíos, abuelos, y primos; seguidamente la familia sin hijos, conformada por una pareja que, por razones como problemas de fertilidad o elección personal, no tienen descendencia; y por último la familia monoparental, donde un solo progenitor, generalmente la madre, cuida y educa a sus hijos, debido a diversas circunstancias.

4.10 Clasificación Familiar

4.10.1 Familia Funcional

Según Souza Junior et al. (2020) y sus colaboradores, las relaciones afectivas dentro de la familia permiten afrontar crisis, conflictos y adversidades de manera conjunta. Esto se logra mediante la toma de decisiones donde los miembros utilizan los medios y recursos necesarios para alcanzar sus objetivos en el entorno relacional. En una familia funcional, los miembros cumplen sus roles respectivos y se apoyan mutuamente, contribuyendo a la integridad y armonía dentro del sistema familiar.

Además, Fuentes (2016) describe que una familia funcional se distingue por su capacidad de adaptación y flexibilidad para enfrentar los desafíos cotidianos. Este tipo de familia exhibe un sistema dinámico en constante evolución, interactuando activamente con el entorno social. Tanto recibe como emite información para adaptarse a los cambios sociales, los cuales ejercen una influencia significativa en cada familia.

Estas perspectivas destacan cómo las familias funcionales no solo gestionan las tensiones internas de manera efectiva, sino que también se adaptan de manera proactiva a las influencias externas, manteniendo así su cohesión y capacidad de desarrollo a lo largo del tiempo.

Por lo tanto, para Mohammad et al. (2012) manifiestan que estas familias pueden abordar sus dificultades de manera adecuada, ya que cada integrante comprende y desempeña

eficazmente su función además su comunicación es transparente y precisa, dando espacio a todas las opiniones, respaldándose mutuamente y contando con una supervisión y apoyo emocional adecuados.

4.10.2 Familia Disfuncional

Cabe destacar Souza et al. (2020), que una familia disfuncional se caracteriza principalmente por su incapacidad para resolver problemas, mostrando un cuidado excesivo que puede llegar a ser sofocante, sin respetar la autonomía de sus miembros y así impidiendo la satisfacción de sus necesidades además este tipo de familias, los miembros no logran resolver conflictos ni desempeñar adecuadamente sus funciones adaptativas, afectivas y de desarrollo, por lo que cada miembro busca sus propios intereses, creando desarmonía y propiciando el malestar físico y mental, lo que afecta negativamente la calidad de vida de sus integrantes.

Según Souza et al. (2020), existe una contraparte negativa del concepto de funcionalidad familiar. Este tipo de familia emerge cuando no logra cumplir adecuadamente sus funciones en ninguna etapa de la vida, enfrentando crisis, dificultades y perturbaciones que no logran resolver. Esta dinámica se caracteriza por la resistencia al cambio, la sobreprotección de algunos miembros a expensas del desarrollo integral del grupo familiar, la falta de empatía y afinidad entre sus miembros, así como la ausencia de un trato justo y equitativo.

4.11 Dimensiones de la Funcionalidad Familiar

A través del argumento de Cano et al. (2011) indica que se tomaron en cuenta los criterios establecidos por el Dr. Gabriel Smilkstein, quien desarrolló el cuestionario conocido como Apgar familiar. Este instrumento analiza cinco aspectos asociados con el nivel de funcionamiento de la familia, así como con su estructura, tipo y las responsabilidades de la unidad familiar.

Por lo tanto, Suarez et al. (2014) indica que estas herramientas nos brindan información sobre la percepción que tiene la persona respecto al funcionamiento de su familia. Asimismo, nos ayudan a detectar distintos problemas y conflictos presentes en la familia.

A la vez Suarez Cuba (2014) indica la dimensión de adaptación que nos proporciona información sobre cómo la familia emplea sus recursos, tanto internos como externos, para adaptarse a los cambios y cómo se apoyan mutuamente para enfrentar las crisis.

De manera similar Suarez Cuba (2014) relata la dimensión de participación, examina la comunicación y la participación en la toma de decisiones entre los familiares para resolver problemas, así como la colaboración de cada uno y la prevención de que algún miembro se sienta excluido.

Para Suarez Cuba (2014) la dimensión de Ganancia analiza cómo los miembros de la familia manejan los cambios y se apoyan mutuamente en la búsqueda del bienestar y desarrollo individual. También considera la orientación, los consejos y el estímulo que brindan a sus miembros cuando estos tienen metas o deseos.

Así mismo Suarez Cuba (2014) dice que la dimensión de Afecto revela la satisfacción emocional de la familia hacia su unidad familiar, y sus reacciones frente a expresiones de afecto, tristeza y otras emociones surgidas dentro de la dinámica familiar.

4.12 Depresión

Por otro lado, es importante considerar la depresión, también conocida como Trastorno Depresivo Mayor (TDM), como una condición médica común y grave que impacta negativamente en el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento de la persona afectada. Afortunadamente, la depresión es tratable. Esta condición puede provocar sentimientos de tristeza y pérdida de interés en actividades que antes se disfrutaban, lo cual puede resultar en una variedad de problemas emocionales y físicos. Además, puede afectar la

capacidad de la persona para desempeñarse tanto en el ámbito laboral como en el hogar (Mercier, 2024).

A través de Montalvo (2021) se ha verificado que el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se destaca como una de las formas más prevalentes y debilitantes de psicopatología. Según encuestas epidemiológicas, la prevalencia de por vida del TDM alcanza el 16,6%, llegando hasta el 21,3% en las mujeres además se estima que más de 30 millones de adultos estadounidenses han experimentado criterios para el TDM en algún momento de sus vidas por lo que cada episodio depresivo aumenta la probabilidad de desarrollar episodios posteriores.

En relación con la problemática planteada por Montalvo (2021), cabe mencionar que la enfermedad conlleva enormes costos tanto a nivel individual como social. Se mantiene como la principal causa de discapacidad a nivel global y representa casi la mitad de los años de vida ajustados por discapacidad. Además de los efectos adversos ya documentados en las relaciones interpersonales, la educación y la estabilidad financiera, el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) ha sido asociado de manera simultánea y prospectiva con problemas de salud física, como enfermedades cardíacas y cáncer.

Por lo tanto, la depresión, es considerada como una entidad clínica única, por lo que requiere una evaluación cuidadosa de sus diferentes subtipos para garantizar un tratamiento efectivo, tal como se detalla en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de tal forma los criterios diagnósticos para los episodios depresivos mayores exigen cinco síntomas en 2 semanas, incluyendo un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer, estos síntomas pueden involucrar cambios en el apetito, el sueño, la energía, la concentración y pensamientos suicidas, entre otros, y provocan un malestar significativo o deterioro en el funcionamiento.

Con relación al tema anterior *Coryell* (2023) afirma que el DSM-IV-TR divide la depresión en depresión bipolar y trastornos depresivos unipolares, con subtipos como

depresión bipolar I, bipolar II, ciclotimia, así como trastorno depresivo mayor y distimia por lo que la gravedad de la depresión se clasifica y pueden existir especificadores para describir características adicionales del episodio depresivo

Además, para Kraepelin (2019) manifiesta que consideraba la manía, la hipomanía, la depresión y los estados mixtos como variantes de una sola enfermedad de tal forma Kraepelin sostenía que los estados mixtos eran componentes esenciales que respaldaban esta visión unitaria de los trastornos del estado de ánimo.

5. Tipos de depresión

En relación con este tema, la clasificación actual de la depresión se fundamenta en los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). Según estos criterios, para diagnosticar un episodio depresivo mayor se requiere la presencia de cinco o más síntomas durante un período de al menos 2 semanas, la mayoría del día, casi todos los días. Uno de estos síntomas debe ser un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en las actividades, lo que representa un cambio significativo respecto al funcionamiento previo (Kraus, 2019).

Así mismo según, Kraus (2019) los síntomas típicos de la depresión incluyen un estado de ánimo deprimido que puede manifestarse como irritabilidad en niños, así como una disminución del interés o placer en actividades. Otros síntomas abarcan cambios de peso, alteraciones del apetito, problemas de sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad, excesiva culpabilidad, dificultad en el pensamiento y concentración, indecisión y riesgo de suicidio, como pensamientos de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio por lo tanto, estos síntomas no deben cumplir los criterios para un episodio mixto, y deben causar una angustia clínicamente significativa o deterioro en el funcionamiento además, no deben estar asociados con el consumo de sustancias o trastornos médicos o duelo.

Con respecto a la depresión bipolar II se caracteriza por períodos de depresión intercalados con episodios de hipomanía previos, mientras que la depresión ciclotímica implica oscilaciones frecuentes entre episodios hipomaniacos y depresiones de corta duración que no cumplen con los criterios para un episodio depresivo mayor, persistiendo durante al menos dos años (Kraus et al. 2019) así mismo los subtipos de depresión unipolar se encuentran en el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico, siendo este último una forma crónica de depresión que no alcanza la gravedad de un episodio depresivo mayor, pero que persiste durante al menos dos años.

Por otro lado, según Kraus et al. (2019), la manía, la hipomanía, la depresión, los estados mixtos y los temperamentos del estado de ánimo representan diversas manifestaciones de un mismo trastorno, conocido como trastorno afectivo bipolar. Los estados mixtos maniacos (manía mixta/hipomanía) y los estados mixtos depresivos (depresión mixta) eran fundamentales para respaldar la concepción unitaria sobre los trastornos del estado de ánimo.

Tabla 1.
Tipos de depresión.

Tipos de Depresión	Características
Trastorno de depresión mayor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día casi todos los días. 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumentando de peso.
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente. 2. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces
Trastorno depresivo persistente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poco apetito o sobrealimentación 2. Insomnio 3. Poca energía o fatiga 4. Baja autoestima 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
Trastorno disfórico premenstrual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Labilidad afectiva intensa 2. Irritabilidad intensa o enfado o aumento de los conflictos interpersonales. 3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza. 4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

Elaborado por: Cristhian Hidalgo Fuente: (DSM-V, 2016).

4.1 Estado del arte de la depresión en adulto mayor

Por otro lado, según el Instituto de Sanimetría (2013), indica que la depresión relacionada con el envejecimiento no es una condición natural asociada al proceso de envejecimiento por lo tanto los síntomas típicos de la depresión pueden no ser evidentes de manera obvia sin embargo la mayoría de las personas mayores que sufren de depresión pueden experimentar menos quejas de tristeza y dolor emocional, aunque pueden manifestar preocupaciones excesivas sobre su salud y una atención obsesiva a los síntomas físicos. Además, es común que presenten síntomas cognitivos como olvidos y distracciones, lo que ha llevado a la descripción de este fenómeno como falsa demencia, también factores como la soledad, la pérdida de capacidad para trabajar, la reducción del apoyo social, la presencia de enfermedades físicas y múltiples tratamientos médicos pueden aumentar el riesgo de depresión en las personas mayores.

Así mismo la depresión entre las personas mayores puede resultar un incremento de los gastos médicos, deterioro del funcionamiento individual, laboral y social, falta de cumplimiento con los tratamientos médicos e incluso puede llevar al suicidio, teniendo en cuenta la última instancia un impacto negativo en la calidad de vida también la depresión es un factor predictor significativo del resultado del tratamiento y la supervivencia en esta población. En cuanto a la depresión en personas mayores resulta un desempeño más bajo en comparación con aquellos que tienen enfermedades crónicas como enfermedades pulmonares, hipertensión arterial o diabetes mellitus (Instituto de Sanimetría, 2023).

4.2 Trastorno depresivo persistente

En contraste, la distimia, también conocida como trastorno distímico se distingue por la persistencia de sus síntomas durante un período prolongado de al menos dos años, aunque su gravedad suele ser menor. Aunque puede no incapacitar completamente a una persona, sí puede obstaculizar su capacidad para llevar una vida normal o experimentar bienestar. Aquellas

personas que sufren de distimia también pueden experimentar uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2015).

4.3 Relación entre depresión y familia

En otras palabras, más que la estructura familiar en sí misma, es la forma en que la familia opera y se desenvuelve lo que puede influir en la manifestación de ansiedad y depresión entre sus miembros. Cuando el funcionamiento familiar se ve perturbado por circunstancias imprevistas o por la presencia de un miembro afectado por estos trastornos, es crucial proporcionar apoyo y entrenamiento al sistema familiar. Esto ayuda a que pueda enfrentar las demandas individuales de cada miembro, así como mejorar el funcionamiento del grupo familiar y sus relaciones sociales con el entorno (López et al., 2011).

5. Antecedentes Nacionales e internacionales

5.1 Antecedentes Internacionales

En relación con la problemática expuesta en Latinoamérica, se realizó un estudio sobre la prevalencia del deterioro cognitivo moderado en personas mayores de 65 años, llevado a cabo en países como Cuba, República Dominicana, Perú, México, Venezuela, Puerto Rico, China e India, reveló una incidencia que varía entre el 3.8% y el 6.3%, dependiendo de los rangos de edad. Sin embargo, la falta de uniformidad en los criterios y directrices para el diagnóstico de demencia en la región dificulta la obtención de estadísticas precisas sobre su prevalencia. Solo tres países cuentan con pautas para el diagnóstico de demencia: Chile, Brasil y Argentina además Ávila (2012) menciona que hay otras dificultades para obtener datos fiables, como el analfabetismo y la baja escolaridad entre la población anciana, y las dificultades para acceder oportunamente a la atención médica primaria y especializada de hecho influyen los límites culturales propios de cada región, lo que complica el diagnóstico y manejo de esta enfermedad. Según un estudio en Cuba, aproximadamente el 52,5% de los adultos mayores con deterioro cognitivo muestran disfunción familiar.

Asimismo, Parada (2022) menciona el efecto del soporte social en el deterioro cognitivo de adultos mexicanos mayores de 50 años encontró correlaciones similares con investigaciones realizadas en adultos mayores chinos.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2023), se estimó que alrededor del 7% de la población mundial de adultos mayores sufre de depresión.

5.2 Antecedentes Nacionales

Del mismo modo Benavides (2017) menciona que, en Ecuador, alrededor del 21.3% de los adultos mayores de 60 años experimentan deterioro cognitivo es vital reconocer la relevancia del diagnóstico precoz del deterioro cognitivo, ya que puede intervenir en sus factores de riesgo oportunamente. Asimismo, es crucial realizar una evaluación adecuada del funcionamiento familiar, dado que diversas investigaciones han encontrado una asociación entre la funcionalidad familiar y el deterioro cognitivo en la población anciana, por lo tanto, la tasa de disfuncionalidad familiar alcanzó un 30.8%, con un 14.6% considerado como disfuncionalidad severa, con respecto al deterioro cognitivo en adultos mayores, se registró una prevalencia del 25,5% así mismo se observó una incidencia más elevada de deterioro cognitivo entre los ancianos provenientes de entornos familiares disfuncionales en comparación con aquellos de familias funcionales, revelándose una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Así mismo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (2023), la prevalencia de la depresión en adultos mayores en Ecuador podría variar, pero generalmente se estima que alrededor del 15% de la población de adultos mayores podría experimentar algún tipo de trastorno depresivo.

Por otro lado, la funcionalidad familiar juega un papel crucial en la vida de los adultos mayores en Ecuador, ya que proporciona apoyo emocional, social y físico. Una familia

funcional puede ayudar a mitigar el estrés, promover un estilo de vida saludable y proporcionar un entorno seguro y estable para el envejecimiento (Benavides, 2017).

6. Variables y dimensiones

6.1 Variable dependiente

La variable dependiente en este estudio fue el deterioro cognitivo evaluado a través del test *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, con respuestas puntuales que van de 0 a 5, junto con la evaluación de la depresión y la funcionalidad familiar.

6.2 Variables independientes

En cuanto a las variables independientes que se consideraron son las siguientes: edad expresada en años, género masculino, femenino, estado civil soltero, viudo, divorciado, separado, casado, unión consensuada, etnia es decir blanco, mestizo, indígena, afroamericano, situación económica ingreso mensual en dólares, estado de salud frágil, pre-frágil, robusto, funcionamiento cognitivo deteriorado, adecuado, funcionamiento familiar muy funcional, moderadamente disfuncional, gravemente disfuncional, y presencia de síntomas depresivos presentes, ausentes.

7. Hipótesis general

La prevalencia de depresión se sitúa en torno al 15%. En cuanto al deterioro cognitivo, se registra una prevalencia del 25.5%, mientras que la funcionalidad familiar muestra cifras del 65.2% y 17.4%.

7.1 Marco metodológico

15.1.2 Enfoque de Investigación

De la misma forma, Hernández et al. (1997) manifestaron que emplearon un enfoque cuantitativo que buscaba deliberadamente restringir la información, es decir, medir con precisión las variables del estudio, como lo indicaban Oyama et al. (2008) además este enfoque

surgió en los siglos XVIII y XIX, durante el desarrollo del Capitalismo y en el contexto de la Sociedad Burguesa Occidental para analizar los conflictos sociales y el fenómeno económico, también surgió como un universo complejo, inspirado en las Ciencias Naturales y en particular en la física Newtoniana basada en los principios de Galileo.

Así también Claude Saint Simón y Augusto Comte indicaron que la Sociología emergió como una ciencia por lo que su enfoque racional estaba fundamentado en el cientificismo y el racionalismo, adoptando posturas epistemológicas institucionalistas podemos comprender que existió un fuerte apego a la tradición científica y se utilizó la neutralidad valorativa como criterio de objetividad, lo que implicaba que el conocimiento se basaba en hechos y se prestaba poca atención a la subjetividad de los individuos. (Hernández et al. 1997).

De igual importancia, Hurtado y Toro (2021) indicaron que la investigación cuantitativa seguía una concepción lineal, donde había claridad entre los elementos del problema, definición precisa, limitación y comprensión exacta del inicio del problema, así como la naturaleza de la relación entre sus elementos así mismo según lo expuesto, la metodología cuantitativa era la que posibilitaba el examen de los datos en términos numéricos (Hernández Sampieri et al. 2014). De tal forma para que una investigación adoptara esta metodología, era necesario que existiera una relación lineal entre los elementos del problema en estudio lo cual implicó que hubiera una comprensión clara de los componentes del problema, que fuera factible definirlos, delimitarlos y determinar con precisión su origen, dirección y el tipo de relación que existía entre ellos sobre todo los componentes de un problema de investigación lineal eran conocidos como variables, la relación entre variables y la unidad de observación (Moraga, 2020).

Por lo cual esta investigación se basó en el enfoque positivista, como lo indicaba Noyes (1980), el cual postulaba que la única verdad era aquella que podía ser medida y estudiada. Además, se centró en la predicción y control de la naturaleza, buscando verificar las hipótesis

como hechos por lo cual cabe destacar en este enfoque, el investigador y su objeto de estudio eran considerados independientes. Según el principio de falsación según Popper, los hallazgos eran considerados verdaderos hasta que fueran refutados por lo que el objetivo era demostrar leyes que pudieran ser aplicadas (Hernández Sampieri et al. 2014).

Así también, Kennedy (2000), empleó el enfoque pospositivista, que sostenía que el mundo estaba regido por leyes o teorías que debían ser probadas o revisadas del mismo modo, se basó en la observación de los hechos y el desarrollo de una lógica de medición numérica, por último, este enfoque, se partió de una serie de teorías y se recopilaron datos que las respaldaran o refutaran (O'Connell, 2004).

15.1.3 Tipo de estudio

De la misma forma se llevó a cabo un estudio observacional para describir un fenómeno en la población de interés y comprender su distribución así mismo la investigadora recopiló datos en el proceso, permitiendo que los eventos ocurrieran naturalmente, siguiendo la orientación de Oyama (2008). Además, este estudio se realizó en un solo período de tiempo, como lo describió Salvatore (2018), en las residencias de personas mayores, lo que lo caracterizó como un estudio de corte transversal.

15.1.4 Tipo de diseño

Por lo cual dentro de orden de ideas la investigación se llevó a cabo utilizando un diseño no experimental, lo que implicaba recopilar y analizar datos sin intervenir o manipular la variable de estudio por ello no se realizaron tratamientos o experimentos controlados; así mismo se recopilaron datos en un entorno natural, por ello este enfoque se consideraba transversal, ya que se realizó en un período de tiempo definido, lo que proporcionó una instantánea inmediata de la variable de estudio (Azuero, 2019).

Por lo mismo que para Sousa et al. (2007) resaltaron que los diseños no experimentales que se utilizaban para describir, distinguir o analizar asociaciones en lugar de buscar conexiones directas entre variables, grupos o situaciones. De tal manera en estos diseños, no se realizaron tareas aleatorias, ni se establecieron grupos de control y de tal manera tampoco se manipularon variables. Por ende, el investigador observó los eventos de manera natural, sin intervenir de ninguna manera. Además, Sousa et al. (2007) señalaron que, en un diseño transversal, las variables se identificaban en un momento específico y se determinarían las relaciones entre ellas.

8. Población y Muestra

8.1 Población

Así mismo se ha afirmado en Ecuador, una población de 17.896.551 habitantes el 6.5 % corresponde a adultos mayores dentro de este grupo, el 50% vive en condiciones de extrema pobreza sin embargo la esperanza de vida actual es de 72.7 años para hombres y 78.7 años para mujeres. Con relación al último censo realizado en el 2009, por todo lo dicho anteriormente Ecuador cuenta con 940.905 adultos mayores, lo que equivale al 6.5% de la población total en la provincia del Azuay el 5,9% de la población pertenece a este grupo, de los cuales 35.819 residen en el cantón Cuenca de hecho la población de interés para este estudio serán los adultos mayores (≥ 60 años) de la ciudad de Cuenca, que tiene una población de 35,819 habitantes (*National Center for Injury Prevention and Control, 2015*).

8.2 Muestra

Por lo que se refiere que, para la selección de la muestra, se hizo un muestreo probabilístico por conglomerados, es decir compuestos por 14 barrios de la ciudad de Cuenca evidentemente este proceso fue de tres etapas, siguiendo una distribución geográfica de la ciudad es por ello que en la primera etapa se escogieron barrios, mediante un muestreo sistemático aleatorio (Lachs, 1998). Seguidamente en la segunda etapa, se seleccionaron las

manzanas utilizando un muestreo aleatorio simple, y finalmente se eligieron las viviendas mediante un muestreo aleatorio (Lachs, 1998). Con respecto a la encuesta fue aplicada a todos los adultos mayores que cumplan con los criterios de inclusión en los barrios seleccionados es decir este enfoque de muestreo ayudo a controlar los sesgos de selección en la población de adultos mayores de 60 años y más en Cuenca-Ecuador según lo indica Lachs (1998) mientras que el tamaño mínimo de la muestra se calculó utilizando el *software Epidat 4.1* (Lindbloom, 2007), considerando los siguientes parámetros: a) tamaño de la población = 35,819 adultos mayores (≥ 60 años), b) proporción esperada = 50%, c) nivel de confianza = 95%, d) precisión absoluta = 5%. Como resultado, se obtuvo una muestra total de 311 adultos mayores.

9. Criterios de inclusión y exclusión

La mayoría de los participantes adultos mayores de ciudad de Cuenca (Ecuador) reside en áreas rurales, representando el 54% (n = 169) de la muestra, mientras que el 46% (n = 142) vive en zonas urbanas. Esto indica una mayor representación de la población rural en el estudio. La mediana de la edad de los participantes es de 74 años, con un rango intercuartílico que oscila entre los 67 y 80 años, sugiriendo que la mayoría de los individuos son personas mayores.

En términos de género, las mujeres predominan en la muestra, con el 62% (194 participantes) siendo de sexo femenino y el 38% (117 participantes) de sexo masculino. Esto muestra una mayor representación femenina entre los participantes del estudio. Respecto al estado civil, la mayoría de los participantes están casados o en unión libre, representando el 54% (169 individuos) de la muestra. Un 29% (90 individuos) son viudos, un 14% (44 individuos) están separados o divorciados, y solo un 2.6% (8 individuos) son solteros. Esto refleja una diversidad en el estado civil de los participantes, con una alta proporción de personas en relaciones de pareja o que han estado en una.

Por otra parte, en términos de nivel educativo, la mayor parte de los participantes tiene educación secundaria, con un 46% (144 individuos) un 33% (103 individuos) ha alcanzado un nivel técnico o superior, mientras que un 20% (62 individuos) cuenta con educación primaria y solo un 0.6% (2 individuos) no tiene ningún nivel de instrucción formal, indicando un predominio de la educación secundaria entre los participantes, con una notable presencia de educación superior. En cuanto a la etnia, la totalidad de los participantes se identifican como mestizos, con un 100% (310 individuos). Solo una persona (0.3%) se identificó como indígena, mostrando una homogeneidad étnica en la muestra del estudio, predominantemente mestiza.

Tabla 2.

Descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra ($n = 311$).

	n (%)
Residencia	
Urbana	142 (46%)
Rural	169 (54%)
Edad	74 (67, 80)
Sexo	
Masculino	117 (38%)
Femenino	194 (62%)
Estado Civil	
Soltero	8 (2.6%)
Casado – Unión Libre	169 (54%)
Separado – Divorciado	44 (14%)
Viudo	90 (29%)
Instrucción	
Primaria	62 (20%)
Secundaria	144 (46%)
Técnico o superior	103 (33%)
Ninguno	2 (0.6%)
Etnia	
Mestizo	310 (100%)
Indígena	1 (0.3%)

¹Median (IQR)

9.1 Criterios de inclusión

A continuación, se eligieron participantes mayores de 60 años o más que residan en el barrio, es decir que no estén alojados en instituciones geriátricas de larga duración, y vivan en

áreas urbanas de la ciudad. También se requirió su consentimiento voluntario para participar en el estudio y firmar el formulario de consentimiento informado.

9.2 Criterios de exclusión

Por otra parte, se establecieron como criterios de exclusión la presencia de adultos mayores con diagnóstico de trastornos psiquiátricos, así como la residencia en instituciones geriátricas, para la selección de participantes.

10. Instrumentos

En cuanto a los instrumentos fueron utilizados los siguientes que están a continuación:

Como primero *Mini Mental State Examination* (MMSE) modificado es un instrumento ampliamente utilizado para la evaluación del deterioro cognitivo este examen, se puede administrar de manera sencilla, evalúo siete áreas del funcionamiento cognitivo, incluyendo orientación, registro, atención y cálculo, recuerdo, espacio visual y lenguaje (Folstein, 1975).

Además, Folstein (1975). Manifiesta que el MMSE consta de formas alternativas, como la forma roja y la forma azul, para reducir los efectos del aprendizaje con administraciones repetidas donde la administración típicamente dura entre 10 y 15 minutos, y la puntuación máxima es 30. En este estudio, se empleará la versión en español del MMSE es decir versión estándar para los participantes hispanohablantes en los Estados Unidos, y se siguió procedimientos estandarizados de administración y puntuación.

Cabe destacar que es un instrumento válido y fiable, con una buena fiabilidad test-retest (0,80-0,95), y una sensibilidad adecuada para la detección de estadios leves a moderados de demencia. Además, se ha demostrado su capacidad para discriminar entre pacientes diagnosticados con la Enfermedad de Alzheimer y muestras no clínicas de adultos mayores, así como aquellos con demencia subcortical del envejecimiento normal, con precisión del 84% y 75%, respectivamente (Barnes-Marrero et al ., 220).

En comparación con el RBANS (*Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status*), un estudio ha revelado una correlación moderada y significativa entre la puntuación total del MMSE-2 y la puntuación total de la escala del RBANS ($r = 0,65$) Schmitt et al., (2016). Además, se encontraron correlaciones moderadamente significativas entre el MMSE-2 y los índices del RBANS ($r = 0,41-0,49$).

Cabe destacar que también se utilizó el instrumento de Funcionamiento familiar que Mayorga et al., (2019) afirman que fue evaluada mediante una escala compuesta por cinco ítems tipo Likert (0 = casi nunca, 1 = a veces, 2 = casi siempre) mediante esta escala además fue utilizada para medir la satisfacción del individuo con respecto al funcionamiento de su sistema familiar, por ejemplo, la satisfacción con la forma en que la familia comparte el tiempo juntos. De esta manera el tiempo promedio requerido para completar el instrumento es de aproximadamente 5 minutos. Una puntuación de 7 a 10 indica una familia altamente funcional, de 4 a 6 sugiere una funcionalidad moderada, mientras que una puntuación de 0 a 3 indica una disfunción grave en la familia.

Por último, se empleó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES), de tal manera los instrumentos de diagnóstico y cribado representaba una herramienta valiosa para la investigación y la intervención en el ámbito de la salud mental. Además, para Radloff (1977), la CES-D se concibió como un medio de detección de casos de depresión basado en su sintomatología, antes de la definición de criterios diagnósticos clínicos como los establecidos por la CIE-10 y el DSM-IV de modo idéntico esta escala, presentada en formato de autoevaluación, permite registrar los síntomas depresivos y sus diversas manifestaciones experimentadas en los últimos siete días, demostrando su validez y fiabilidad en distintas poblaciones.

Según Radloff (1977), la CES-D es una herramienta práctica por su brevedad y la no necesidad de personal especializado para aplicarla lo que resulta un bajo coste y un alto

beneficio al poder utilizarse en contextos que no están vinculados a la práctica clínica o psiquiátrica.

11. Procedimiento

Con relación a este tema de análisis a las gestiones de datos recopilados, se planifico la creación de una base de datos utilizando el software Excel. Posteriormente, se transfirieron los programas estadísticos *InfoStat* y R statistics para su análisis posteriormente a lo mencionado las variables se asignaron códigos según las categorías previamente definidas en la sección de definición de variables. Luego, se realizó una revisión exhaustiva de la base de datos final, llevando a cabo la depuración y limpieza mediante la organización de los datos y la identificación de los datos faltantes antes de realizar los análisis en los programas estadísticos InfoStat o R statistics, se ajustaron las etiquetas de cada variable y se verificaron su naturaleza y tipo. Cualquier dato faltante fue indicado utilizando el "99".

Por lo tanto, los siguientes programas fueron empleados: como el programa estadístico InfoStat, JASP, Jamovi y R statistics para el análisis de resultados mientras que, Microsoft Excel se utilizó para crear tablas y almacenar la base de datos de la misma manera Microsoft Word se utilizó para redactar la parte teórica del proyecto, y por último Microsoft PowerPoint se utilizó para preparar sus presentaciones. Por otra parte, los Profesionales del campo de la psicología fueron responsables de recopilar la información es decir antes de iniciar obtendrán el consentimiento informado y posteriormente se les entregara las pruebas de evaluación y para finalizar se tabulo los resultados obtenidos de las pruebas realizadas que nos ayudó mucho en la investigación (Gao et al.2019).

12. Consideraciones éticas

En definitiva, el estudio se realizó conforme a los lineamientos éticos internacionales establecidos por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS)

para la investigación en salud con participación humana (Weil, 2015). De tal manera resumiendo lo planteado la justificación ética de este tipo de investigación, centrada en la salud humana, se basó en su relevancia social y científica, es decir: la capacidad para generar conocimiento y recursos esenciales para salvaguardar y mejorar la salud de la población. Para asegurar el cumplimiento ético, se siguió las directrices de la Declaración de Helsinki, que estableció claramente la importancia de respetar el derecho de las personas a proteger su integridad y sus intereses por encima de los de la ciencia en conclusión se tomaron las precauciones necesarias para salvaguardar la privacidad de los participantes y minimizar cualquier impacto del estudio en su bienestar físico y mental de tal manera los participantes expresaron su consentimiento informado mediante la firma de un documento que abarca aspectos bioéticos, asegurando la protección de sus derechos y su bienestar (Asamblea Médica Mundial ,1964).

13. Análisis estadístico

Por lo tanto los análisis estadísticos se llevaron a cabo utilizando los programas R, JASP y Jamovi tres índices que fueron empleados para evaluar la adecuación del modelo a los datos: CFI (*Comparative Fix Index*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) y SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*) por lo que se siguieron los estándares vigentes para la interpretación de estos índices: se consideraron valores cercanos o superiores a 0.95 como indicativos de un buen ajuste para el CFI, valores cercanos o inferiores a 0.08 para el SRMR, y valores inferiores a 0.07 para el RMSEA.

De todos modos, el CFI, es una técnica especializada de análisis factorial, que se utilizó en la investigación social y tuvo como propósito verificar si las medidas de un constructo estuvieron en línea con la comprensión del investigador sobre la naturaleza de ese constructo. Por lo tanto, el objetivo del análisis factorial confirmatorio fue determinar si los datos se ajustan a un modelo de medición hipotético, basado en teorías previas o investigaciones analíticas en

definitiva el CFI fue introducido por primera vez por *Jöreskog* (1969), y ha sustituido a métodos más antiguos de evaluación de la validez de constructos, como la Matriz MTMM descrita por Campbell y Fiske (1959).

14. Resultados

La Tabla 3 muestra la confiabilidad de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES), evaluando tanto la consistencia interna de la escala como el impacto de cada ítem en la confiabilidad total.

Al examinar los ítems de la escala CES, se nota que las medias de los ítems varían, destacándose el ítem I7 con la media más alta (2.42) y el ítem I19 con la más baja (1.23). Asimismo, las desviaciones estándar (DE) varían entre los ítems, siendo el ítem I4 el que presenta la mayor desviación estándar (0.811) y el ítem I16 la menor (0.535).

Por lo cual la relación de cada ítem con los demás ítems refleja cuánto se cohesionan dentro de la escala. En general, la mayoría muestra correlaciones moderadas a altas, que van desde 0.505 (I19) hasta 0.722 (I10). Sin embargo, ítems como I4 y I8 muestran correlaciones considerablemente más bajas (0.141 y 0.114, respectivamente), sugiriendo que no están tan alineados con el conjunto total de la escala.

De tal manera el Alfa de Cronbach y el coeficiente ω de McDonald son medidas que evalúan qué tan confiable es toda la escala en su conjunto. Si eliminamos cualquier ítem excepto I4, I7, I8, I12 y I16, el Alfa de Cronbach se mantiene entre 0.881 y 0.888, y el coeficiente ω de McDonald en un rango similar de 0.892 a 0.898. Sin embargo, si quitamos específicamente esos ítems, el Alfa de Cronbach podría mejorar hasta 0.893-0.901 y el coeficiente ω de McDonald a 0.904-0.907. Esto señala que esos ítems, especialmente los inversos, afectan negativamente la consistencia interna de la escala.

En resumen, la escala CES muestra una alta fiabilidad total con un Alfa de Cronbach de 0.893 y un coeficiente ω de McDonald de 0.903. Esto indica que la escala es bastante

consistente en su conjunto, aunque podrían hacerse ajustes eliminando algunos ítems para mejorar aún más su fiabilidad.

Tabla 3.

Fiabilidad de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES)

	Media	DE	Correlación del elemento con otros	Si se descarta el elemento	
				Alfa de Cronbach	ω de McDonald
I1	1.71	0.602	0.617	0.885	0.896
I2	1.73	0.645	0.642	0.884	0.895
I3	1.62	0.646	0.634	0.884	0.895
I4 ^a	2.29	0.811	0.141	0.901	0.907
I5	1.89	0.756	0.618	0.884	0.896
I6	1.57	0.710	0.699	0.882	0.893
I7	2.42	0.778	0.286	0.896	0.904
I8 ^a	2.25	0.751	0.114	0.900	0.907
I9	1.34	0.661	0.574	0.886	0.897
I10	1.50	0.727	0.722	0.881	0.892
I11	1.50	0.681	0.607	0.885	0.895
I12 ^a	1.97	0.474	0.270	0.893	0.904
I13	1.50	0.786	0.524	0.888	0.898
I14	1.51	0.790	0.640	0.884	0.895
I15	1.23	0.543	0.540	0.888	0.897
I16 ^a	1.87	0.535	0.302	0.893	0.904
I17	1.26	0.594	0.678	0.884	0.893
I18	1.55	0.712	0.663	0.883	0.894
I19	1.23	0.550	0.505	0.888	0.899
I20	1.35	0.678	0.637	0.884	0.895

Nota: ^a Elemento de escala inversa. Fiabilidad total de la Escala CES fue de un Alfa de Cronbach de .893 y ω de McDonald de .903

De acuerdo con la Figura 1 presenta un análisis de redes de los ítems de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES), utilizando datos de 311 participantes. En este tipo de análisis, los ítems se visualizan como nodos es decir círculos y las conexiones entre ellos líneas representan la fuerza y dirección de las correlaciones entre los ítems.

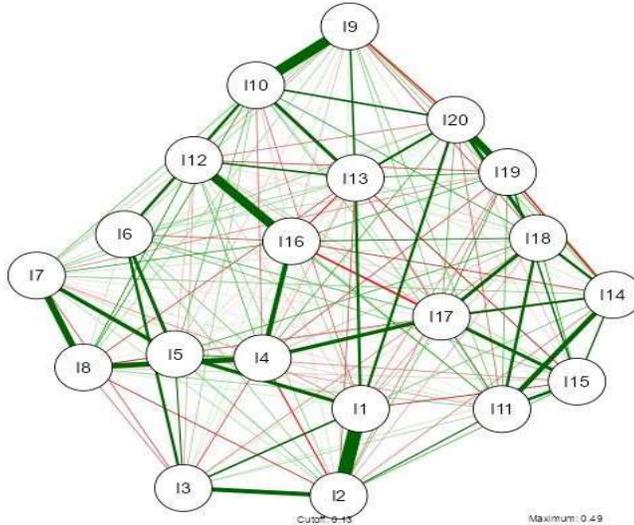
Las líneas verdes indican correlaciones positivas entre los ítems, mientras que las líneas rojas señalan correlaciones negativas. El grosor de las líneas representa la magnitud de

las correlaciones, siendo las líneas más gruesas indicativas de correlaciones más fuertes. Por ejemplo, se observa una línea verde gruesa entre los ítems I10 e I12, lo que indica una correlación fuerte entre ellos.

Algunos ítems como I4, I8 y I12 muestran conexiones más débiles con otros ítems, lo cual concuerda con las correlaciones más bajas reportadas en la Tabla 2. Estos ítems podrían tener una menor coherencia con el resto de la escala, representado por líneas más delgadas o incluso líneas rojas que indican correlaciones negativas.

En términos generales, la red sugiere que la mayoría de los ítems están moderadamente correlacionados positivamente entre sí, lo que respalda la cohesión de la escala. No obstante, la presencia de ítems con correlaciones más débiles indica áreas donde podría mejorarse la escala para fortalecer su consistencia interna.

Figura 1.
Análisis de Redes de los ítems (n = 311).



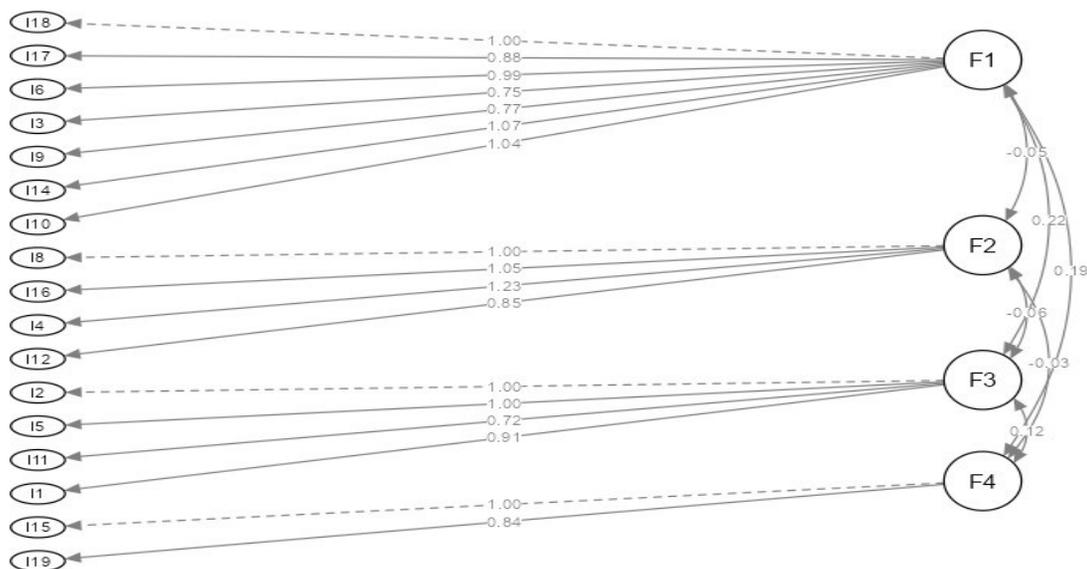
De acuerdo con la Figura 2 presenta un modelo de ecuaciones estructurales de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES) versión ecuatoriana. Este modelo visualiza las relaciones entre los ítems individuales y los factores latentes (F1, F2, F3, F4), que se supone representan distintas dimensiones subyacentes de la depresión.

Como se observa en el diagrama, cada ítem (I1, I2, ..., I20) está conectado a un factor latente mediante flechas que representan las cargas factoriales por lo tanto estas cargas factoriales indican la fuerza de la relación entre cada ítem y el factor correspondiente. Por ejemplo, los ítems I18, I17, I6, I13, I9, I14 e I10 están asociados con el factor F1, con cargas factoriales que varían entre 0.75 y 1.07, lo que indica una fuerte relación entre estos ítems y el factor F1.

En relación con este tema las flechas entre los factores latentes (F1, F2, F3, F4) representan las correlaciones entre estos factores. Los valores junto a estas flechas indican la magnitud de estas correlaciones, que van desde 0.03 hasta 0.22. Estas correlaciones sugieren cómo los diferentes factores de la escala CES están interrelacionados entre sí.

Por lo tanto, los índices de ajuste del modelo, como el *Comparative Fit Index (CFI)* y el *Tucker-Lewis Index (TLI)*, son 0.95 y 0.94 respectivamente. Estos valores indican que el modelo se ajusta bien a los datos, ya que típicamente se consideran buenos índices de ajuste aquellos superiores a 0.90.

Figura 2. Modelos de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES) versión ecuatoriana.



Nota: *Comparative Fit Index (CFI)* = 0.95, *Tucker-Lewis Index (TLI)* = 0.94

Sin embargo, los hallazgos revelan que prácticamente todos los participantes (310, 100%) fueron capaces de identificar correctamente el mes actual, con solo una persona (0.3%) cometiendo un error en esta tarea por lo tanto la precisión en la identificación del día fue alta, con 303 participantes (97%) respondiendo correctamente y 8 (2.6%) equivocándose. Asimismo, la identificación del año fue acertada en la mayoría de los casos, con 300 personas (96%) contestando correctamente y 11 (3.5%) fallando en esta tarea. Igualmente, la mayoría de los participantes (304, 98%) lograron identificar correctamente el día de la semana, mientras que solo 7 (2.3%) no lo hicieron.

Con relación en la prueba de recordar y nombrar tres objetos, los resultados indican que 304 participantes (98%) recordaron el objeto árbol, mientras que 7 (2.3%) no lo hicieron. Respecto al objeto mesa, 295 personas (95%) lo recordaron correctamente, mientras que 16 (5.1%) no lo hicieron. En cuanto al objeto avión, 292 participantes (94%) lo recordaron, mientras que 19 (6.1%) no lo hicieron.

De otro modo cuando se les pidió que repitieran cinco números en orden inverso, 255 personas (82%) repitieron correctamente el número 9, pero 56 (18%) fallaron. Para el número 7, 198 participantes (64%) lo repitieron correctamente y 113 (36%) no lo hicieron. El número 5 fue correctamente repetido por 162 personas (52%), mientras que 149 (48%) no lo hicieron. El número 3 fue repetido correctamente por 154 participantes (50%), pero 157 (50%) fallaron. Finalmente, en la tarea de colocar un papel sobre sus piernas, 192 personas (62%) lo hicieron correctamente, mientras que 119 (38%) no lo hicieron. En cuanto a la tarea de recordar las palabras mencionadas en la pregunta 17, el objeto "árbol" fue recordado por 241 personas (77%), mientras que 70 (23%) no lo recordaron. El objeto mesa fue recordado por 224 participantes (72%), con 87 (28%) que no lo recordaron. Por último, el objeto avión fue recordado por 195 personas (63%), mientras que 116 (37%) no lo recordaron.

Tabla 4.
Análisis descriptivo de los ítems del Mini mental.

	n (%)
a. ¿En qué mes estamos?	
No	1 (0.3%)
Si	310 (100%)
b. Sondar el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. (1 Si = indica correctamente 0= No).	
b. ¿En qué día estamos?	
No	8 (2.6%)
Si	303 (97%)
c. Sondar el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. (1 Si = indica correctamente 0= No).	
c. ¿En qué año estamos?	
No	11 (3.5%)
Si	300 (96%)
d. Sondar el mes, el día del mes, el año y el día de la semana	
No	7 (2.3%)
Si	304 (98%)
e. Nombrar tres objetos y pedir al adulto mayor repetir en voz alta los que recuerde (en cualquier orden). 1= Si 0= No a. Árbol	
No	7 (2.3%)
Si	304 (98%)
f. Nombrar tres objetos y pedir al adulto mayor repetir en voz alta los que recuerde (en cualquier orden). 1= Si 0= No b. Mesa	
No	16 (5.1%)
Si	295 (95%)
g. Nombrar tres objetos y pedir al adulto mayor repetir en voz alta los que recuerde (en cualquier orden). 1= Si 0= No c. Avión	
No	19 (6.1%)
Si	292 (94%)
h. Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). (1 Si= si lo indica correctamente 0= No) a. 9	
No	56 (18%)
Si	255 (82%)
i. Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). (1 Si= si lo indica correctamente 0= No) b. 7	
No	113 (36%)
Si	198 (64%)
j. Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). (1 Si= si lo indica correctamente 0= No) c. 5	
No	149 (48%)
Si	162 (52%)
k. Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). (1 Si= si lo indica correctamente 0= No) d. 3	
No	157 (50%)
Si	154 (50%)
l. Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). (1 Si= si lo indica correctamente 0= No) e. 1	
No	119 (38%)
Si	192 (62%)

	n (%)
m. Dar un papel al adulto mayor y pedirle: (1 Si= si lo indica correctamente 0= No) c. Ponerlo sobre sus piernas	
No	11 (3.5%)
Si	300 (96%)
n. Pedir que recuerde las palabras mencionadas en la pregunta 17. (1 Si= si lo indica correctamente 0= No) a. Árbol	
No	70 (23%)
Si	241 (77%)
s. Pedir que recuerde las palabras mencionadas en la pregunta 17. (1 Si= si lo indica correctamente 0= No) b. Mesa	
No	87 (28%)
Si	224 (72%)
p. Pedir que recuerde las palabras mencionadas en la pregunta	
No	116 (37%)
Si	195 (63%)

Según la Tabla 3 presenta un resumen de las medidas obtenidas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES), desglosada en cuatro factores: afecto deprimido (F1), afecto positivo (F2), somatización (F3) e interpersonal (F4), además del puntaje total.

Para el factor F1 (afecto deprimido), se observa una media de 11.7, con un error estándar de 0.234 y un intervalo de confianza del 95% entre 11.2 y 12.2 de hecho la mediana es 10, con una desviación estándar de 4.13 y una varianza de 17.1 de esta manera el rango intercuartílico es 6, con valores mínimo y máximo de 8 y 25 respectivamente de esta manera la distribución presenta una asimetría positiva de 1.31 y una curtosis de 0.978, indicando una distribución más plana que la normal finalmente el test de Shapiro-Wilk muestra un valor de W de 0.827 y un valor p de menos de 0.001, lo cual indica que la distribución no es normal.

Para el factor F2 (afecto positivo), la media es 11.6, con un error estándar de 0.103 y un IC del 95% entre 11.4 y 11.8 posteriormente la mediana es 12, con una desviación estándar de 1.81 y una varianza de 3.29 con relación al rango intercuartílico es 2, con un mínimo de 7 y un máximo de 16 por lo que la asimetría es cercana a cero (-0.016), indicando una distribución

casi simétrica, mientras que la curtosis es 0.134, sugiriendo una distribución cercana a la normal finalmente el valor de W de Shapiro-Wilk es 0.957, con un valor p de menos de 0.001.

Según el factor F3 (somatización) muestra una media de 6.82, un error estándar de 0.119 y un IC del 95% entre 6.59 y 7.06 así mismo la mediana es 7, con una desviación estándar de 2.10 y una varianza de 4.43 por lo que el rango intercuartílico es 3, con un mínimo de 4 y un máximo de 12 con respecto a la asimetría es 0.315, indicando una ligera asimetría positiva, y la curtosis es -0.509, sugiriendo una distribución más plana que la normal es decir el valor de W de Shapiro-Wilk es 0.926, con un valor p de menos de 0.001.

En cuanto al factor F4 (interpersonal), la media es 2.47, con un error estándar de 0.0519 y un IC del 95% entre 2.36 y 2.57 en cuanto a la mediana es 2, con una desviación estándar de 0.915 y una varianza de 0.837 seguidamente el rango intercuartílico es 1, con un mínimo de 2 y un máximo de 6 y la asimetría es notable (2.07), indicando una fuerte asimetría positiva, y la curtosis es 3.67, indicando una distribución leptocúrtica finalmente el valor de W de Shapiro-Wilk es 0.575, con un valor p de menos de 0.001.

Finalmente, el puntaje total de la escala CES tiene una media de 36.5, un error estándar de 0.409 y un IC del 95% entre 35.7 y 37.3 seguidamente la mediana es 35, con una desviación estándar de 7.21 y una varianza de 51.9 por lo tanto el rango intercuartílico es 9, con un mínimo de 27 y un máximo de 60 así mismo la asimetría es 1.06, indicando una distribución sesgada positivamente, y la curtosis es 0.363, sugiriendo una distribución ligeramente más plana que la normal por lo tanto el valor de W de Shapiro-Wilk es 0.890, con un valor p de menos de 0.001.

Por otro lado, las medidas revelan que la mayoría de las distribuciones de los factores y del puntaje total de la escala CES no siguen una distribución normal, como indican los resultados del test de Shapiro-Wilk y los valores de asimetría y curtosis seguidamente predominan las distribuciones sesgadas hacia la derecha, especialmente notables en el factor interpersonal.

Tabla 5.

Medidas resumen de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES).

	F1 = Afecto deprimido	F2 = Afecto positivo	F3 = Somatización	F4 = Interpersonal	Score
Media	11.7	11.6	6.82	2.47	36.5
Error est. media	0.234	0.103	0.119	0.0519	0.409
IC 95% de la media límite inferior	11.2	11.4	6.59	2.36	35.7
IC 95% de la media límite superior	12.2	11.8	7.06	2.57	37.3
Mediana	10	12	7	2	35
Desviación estándar	4.13	1.81	2.10	0.915	7.21
Varianza	17.1	3.29	4.43	0.837	51.9
RIC	6.00	2.00	3.00	1.00	9.00
Mínimo	8	7	4	2	27
Máximo	25	16	12	6	60
Asimetría	1.31	-0.0160	0.315	2.07	1.06
Error est. asimetría	0.138	0.138	0.138	0.138	0.138
Curtosis	0.978	0.134	-0.509	3.67	0.363
Error est. curtosis	0.276	0.276	0.276	0.276	0.276
W de Shapiro-Wilk	0.827	0.957	0.926	0.575	0.890
Valor p de Shapiro- Wilk	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
25percentil	8.00	10.0	5.00	2.00	31.0
50percentil	10.0	12.0	7.00	2.00	35.0
75percentil	14.0	12.0	8.00	3.00	40.0

Nota. El CI de la media supone que las medias muestrales siguen una distribución t con N - 1 grados de libertad

Por lo tanto, la Tabla 4 presenta un análisis detallado sobre cómo los participantes perciben la funcionalidad familiar en diferentes aspectos. Se evaluaron cinco áreas distintas, y se muestra la distribución de respuestas en términos de frecuencia y porcentaje para cada nivel de satisfacción.

En lo que respecta a la satisfacción con el apoyo recibido de la familia frente a problemas o necesidades, la mayoría de los participantes expresaron satisfacción: 172 personas (55%) respondieron casi siempre y 97 (31%) respondieron siempre y solo 1 participante (0.3%) indicó nunca estar satisfecho, y otro 1 (0.3%) respondió casi nunca, mientras que 40 (13%) mencionaron estar satisfechos algunas veces.

En cuanto a la satisfacción con la participación que la familia les brinda y permite, 165 participantes (53%) manifestaron estar satisfechos casi siempre y 99 (32%) siempre. En contraste, solo 2 personas (0.6%) respondieron nunca y 4 (1.3%) casi nunca, mientras que 41 (13%) indicaron estar satisfechos algunas veces.

Respecto a la satisfacción con la aceptación y apoyo de la familia hacia sus deseos de emprender nuevas actividades, 163 personas (52%) respondieron casi siempre y 95 personas (31%) siempre y solo 1 persona (0.3%) indicó nunca finalmente 4 personas (1.3%) casi nunca, mientras que 48 (15%) expresaron estar satisfechos algunas veces.

En términos de la satisfacción con cómo la familia expresa afecto y maneja sus emociones, 166 participantes (53%) se sintieron satisfechos casi siempre y 85 (27%) siempre. Hubo 2 respuestas (0.6%) de nunca y 4 (1.3%) de "Casi nunca", mientras que 54 personas (17%) dijeron estar satisfechas algunas veces.

Finalmente, en relación con la satisfacción por el tiempo compartido en familia, los espacios en casa y la gestión del dinero, 165 participantes (53%) respondieron estar satisfechos, Casi siempre 91 participantes con el (29%) Siempre y solo 2 personas (0.6%) indicaron nunca y 1 (0.3%) Casi nunca , mientras que 52 (17%) se sintieron satisfechos algunas veces.

En síntesis, la mayoría de los participantes informaron altos niveles de satisfacción con la funcionalidad familiar, particularmente en términos de apoyo en situaciones problemáticas, participación familiar, apoyo para nuevas actividades, expresión de afecto y tiempo compartido. Los niveles de insatisfacción fueron mínimos en todas las áreas evaluadas.

Tabla 5.
Descriptivo de funcionalidad familiar.

	n (%)
a. Le satisface la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema y/o necesidad	
1=Nunca	1 (0.3%)
2= Casi nunca	1 (0.3%)
3= Algunas veces	40 (13%)
4=Casi siempre	172 (55%)

	n (%)
5= Siempre	97 (31%)
b. Le satisface la participación que su familia le brinda y permite	
1=Nunca	2 (0.6%)
2= Casi nunca	4 (1.3%)
3= Algunas veces	41 (13%)
4=Casi siempre	165 (53%)
5= Siempre	99 (32%)
c. Le satisface cómo su familia acepta y apoya sus deseos de emprender nuevas actividades	
1=Nunca	1 (0.3%)
2= Casi nunca	4 (1.3%)
3= Algunas veces	48 (15%)
4=Casi siempre	163 (52%)
5= Siempre	95 (31%)
d. Le satisface cómo su familia le expresa afectos y responde a sus emociones como rabia, tristeza, amor, y otros	
1=Nunca	2 (0.6%)
2= Casi nunca	4 (1.3%)
3= Algunas veces	54 (17%)
4=Casi siempre	166 (53%)
5= Siempre	85 (27%)
e. Le satisface cómo comparten en familia: el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa, el dinero	
1=Nunca	2 (0.6%)
2= Casi nunca	1 (0.3%)
3= Algunas veces	52 (17%)
4=Casi siempre	165 (53%)
5= Siempre	91 (29%)

La figura 3 también ilustra una red de correlaciones de Spearman entre las variables analizadas. Es decir, las correlaciones positivas están representadas por líneas verdes, mientras que las correlaciones negativas se muestran con líneas rojas, y el grosor de las líneas indica la fuerza de la correlación. Las variables incluidas son Edad (Edd), Funcionalidad Cognitiva (FC), Afecto Deprimido (F1), Afecto Positivo (F2), Somatización (F3), Interpersonal (F4), Depresión Total (D), y Funcionalidad Familiar (FF).

Por lo que la variable Edad muestra correlaciones positivas con todas las variables, excepto con Afecto Positivo, donde presenta una correlación negativa y la correlación más

marcada se observa con Depresión Total. Por otro lado, Funcionalidad Cognitiva exhibe una alta correlación positiva con Funcionalidad Familiar y Afecto Deprimido, y una correlación negativa con Afecto Positivo.

Es decir, el Afecto Deprimido está significativamente correlacionado positivamente con Depresión Total y Somatización, y muestra una correlación negativa con Afecto Positivo. En cuanto a Afecto Positivo, presenta correlaciones negativas con la mayoría de las variables, excepto con Depresión Total, donde la correlación es positiva pero leve.

Mientras que somatización muestra correlaciones positivas notables con Afecto Deprimido y Depresión Total. Por su parte, Interpersonal está altamente correlacionada positivamente con Funcionalidad Familiar y Funcionalidad Cognitiva. Depresión Total está fuertemente correlacionada positivamente con Afecto Deprimido y Somatización a pesar de que funcionalidad Familiar exhibe una alta correlación positiva con Interpersonal y Funcionalidad Cognitiva.

Tabla 6.

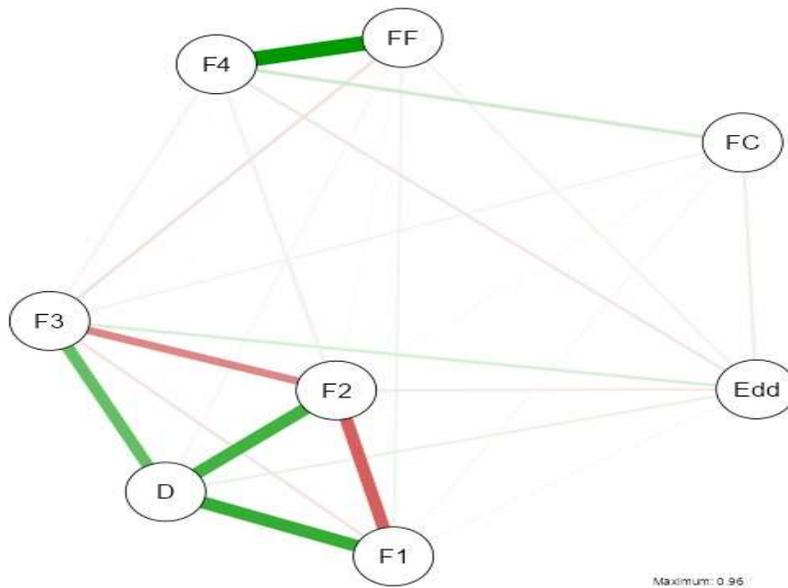
Correlaciones con el coeficiente de Spearman entre las dimensiones de la edad, depresión, funcionalidad familiar y funcionalidad cognitiva.

	Edad	FC	F1	F2	F3	F4	D	FF
Edad	1.000	0.2268	0.386	-0.1339	0.448	0.1809	0.395	0.1926
FC	0.227	1.0000	0.489	-0.0695	0.415	0.7997	0.518	0.7918
F1	0.386	0.4888	1.000	-0.1992	0.776	0.5773	0.885	0.5874
F2	-0.134	-0.0695	-0.199	1.0000	-0.205	-0.0398	0.103	-0.0297
F3	0.448	0.4145	0.776	-0.2053	1.000	0.4400	0.808	0.4384
F4	0.181	0.7997	0.577	-0.0398	0.440	1.0000	0.613	0.9885
D	0.395	0.5185	0.885	0.1034	0.808	0.6129	1.000	0.6224
FF	0.193	0.7918	0.587	-0.0297	0.438	0.9885	0.622	1.0000

Nota: F1 = Afecto deprimido, F2 = Afecto positivo, F3 = Somatización, F4 = Interpersonal, D = Depresión total, Edd = Edad, FF = Funcionalidad familiar y FC = Funcionalidad Cognitiva

Figura 3.

Análisis de red de Funcionalidad familiar, funcionalidad cognitiva y depresión



En síntesis, estas correlaciones indican una relación significativa entre la percepción de apoyo familiar, la funcionalidad cognitiva y los niveles de depresión. Las correlaciones negativas con Afecto Positivo sugieren que un estado de ánimo positivo podría asociarse con niveles más bajos en otras dimensiones de la depresión. Este análisis proporciona perspectivas valiosas sobre cómo diferentes aspectos del bienestar mental están interrelacionados y pueden influirse mutuamente en la población estudiada.

15. Discusión

El presente estudio tuvo como propósito indicar la prevalencia y factores asociados a la depresión, funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores que residen en la ciudad de Cuenca.

Como primer punto, se realizaron los análisis estadísticos utilizando R, JASP, y Jamovi, empleando los índices CFI, RMSEA y SRMR para evaluar la adecuación del modelo. Se consideraron buenos ajustes los valores de $CFI \geq 0.95$, $SRMR \leq 0.08$ y $RMSEA < 0.07$. El CFI, una técnica de análisis factorial confirmatorio introducida por Jöreskog en 1969, verifica si las medidas coinciden con la comprensión del investigador sobre un constructo,

reemplazando métodos antiguos como la Matriz MTMM de Campbell y Fiske (1959). Esto se relaciona con un estudio realizado en Chile sobre la validación de un instrumento para la funcionalidad familiar, en el cual se analizó la escala y mostró una correlación significativa, superando el 0.6000, con una consistencia de 0.854. Este estudio concluyó que las correlaciones fueron bajas en la adaptabilidad, pero la consistencia de cohesión fue alta, con un valor de 0.648 y un alfa total de 0.89 (Fuentes, 2016).

En relación con la validación de la escala Mini Mental Test, se evaluaron diversos ítems y se obtuvieron los siguientes resultados: de los 311 participantes, la mayoría alcanzó un porcentaje superior al 97% en orientación; en la categoría de atención, los resultados fueron similares, con un porcentaje superior al 94%; en cálculo, los resultados alcanzaron un porcentaje superior al 50%; en el ítem de lenguaje, el 96% lo realizó correctamente; y en el recuerdo diferido, se obtuvieron porcentajes del 63% para la mención de las palabras recordadas. Estos resultados se relacionan con el estudio de Schmitt et al. (2016), donde se comparó la validez del Mini Mental Test con la escala total RBANS. En dicho estudio, se obtuvo una correlación moderadamente significativa de $r = 0.63$ para los factores de memoria y lenguaje, y $r = 0.58$ para la atención, lo que sugiere que el MMSE es una medida global del funcionamiento cognitivo. De manera similar, Barnes-Marrero et al. (2020) indican que los índices de memoria tienen una mejor estimación con un AUC de 0.72-0.77 y un punto de corte de -1.5 SD para optimizar la puntuación total de la escala.

Por otra parte, Pedraza et al. (2017) encontraron que la consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,851) y la fiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclase = 0,62) fueron adecuadas. En cuanto a la validez de criterio respecto al MMSE, fue moderada (correlación $r = 0,65$). Además, el área bajo la curva fue de 0,76 para el deterioro cognitivo leve (DCL) y 0,81 para la demencia; los puntos de corte para distinguir entre normalidad y

DCL fueron 20/21, y entre DCL y demencia fueron 17/18. Estos puntos de corte variaron según el nivel educativo de los participantes.

En otro estudio realizado en Venezuela, donde se intentó validar las diferentes categorías del test del MMSE, se observó que la concordancia de este con el diagnóstico de la funcionalidad mental fue de 0.39 kappa, una sensibilidad del 42%, una especificidad del 96.3% y un valor predictivo positivo del 61.9% (Ramírez et al., 2011).

Para la funcionalidad familiar, se evaluaron cinco aspectos. La satisfacción por la ayuda familiar alcanzó el 55% para "casi siempre". En cuanto a la satisfacción por la participación que brinda la familia, el 53% indicó "casi siempre". Para la satisfacción con la aceptación de la familia para emprender nuevas actividades, el 52% respondió "casi siempre". Respecto a la satisfacción con la expresión de afecto de la familia, el 53% respondió "casi siempre". Finalmente, la satisfacción por el tiempo compartido con la familia alcanzó el 53% para "casi siempre".

En un estudio realizado en Cartagena, Colombia, sobre la funcionalidad familiar y la percepción del adulto mayor respecto a las necesidades básicas, se concluyó que los hijos son un apoyo incondicional para los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas, reportando una funcionalidad familiar del 97%. Esto concuerda con el presente estudio, donde los participantes alcanzaron niveles altos de satisfacción en este ítem (55%). Asimismo, en cuanto a la satisfacción con el afecto y la aceptación para emprender actividades, se obtuvo un alto porcentaje del 81.4% (Manrique et al., 2022).

Sin embargo, estos resultados difieren de los obtenidos en un estudio realizado en Huancayo, Perú, sobre la funcionalidad familiar, donde se indicó que existe una disfuncionalidad del 31.25%, con una correlación de Pearson de 0.721, y tan solo una buena funcionalidad del 26.56% (Condezo et al., 2022).

Por último, en la investigación realizada por Cordero en Tungurahua, Ecuador, se evaluaron las propiedades psicométricas de fiabilidad del test de funcionalidad familiar, mostrando niveles adecuados para la consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.847. Tras el análisis factorial exploratorio, se identificó un solo factor con un valor aceptable en el KMO. de 0.92, alcanzando una significancia con una p menor a 0.001. (Cordero-Núñez, 2024).

Por otra parte, el análisis de la escala de depresión del CES reveló resultados variados entre sus cuatro factores. El afecto deprimido exhibió un desvío estándar notable de 4.13 y un rango intercuartílico de 6, con una distribución sesgada a la derecha según el test de Shapiro-Wilk (0.827, $p < 0.001$). En contraste, el afecto positivo mostró un desvío estándar de 1.81 y un rango intercuartílico de 2, con una distribución casi simétrica (Shapiro-Wilk de 0.957, $p < 0.001$) finalmente la somatización presentó un desvío estándar de 2.10 y una ligera asimetría a la derecha (Shapiro-Wilk de 0.926, $p < 0.001$), mientras que el factor interpersonal tuvo un desvío estándar de 0.915 y una marcada asimetría a la derecha (Shapiro-Wilk de 0.575, $p < 0.001$).

De tal forma, las distribuciones de los factores y el puntaje total de la escala CES no son normales, mostrando una tendencia general a distribuciones sesgadas a la derecha, especialmente en el factor interpersonal.

Por lo cual el Afecto Deprimido está fuertemente correlacionado positivamente con Depresión Total y Somatización, y negativamente con Afecto Positivo. Así mismo el Afecto Positivo tiene correlaciones negativas con la mayoría de las variables, excepto con Depresión Total, donde la correlación es positiva pero baja. Seguidamente la Somatización muestra fuertes correlaciones positivas con Afecto Deprimido y Depresión Total por lo cual la variable Interpersonal tiene alta correlación positiva con Funcionalidad Familiar y Funcionalidad Cognitiva. Finalmente, la Depresión Total está altamente correlacionada positivamente con

Afecto Deprimido y Somatización. Funcionalidad Familiar presenta una alta correlación positiva con Interpersonal y Funcionalidad Cognitiva.

Según Rueda et al. (2009), en su estudio realizado en Colombia, cuyo objetivo fue validar la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, se logró una adecuada validez de los criterios y consistencia interna, alcanzando un alfa de Cronbach de 0.79, una sensibilidad del 93.2%, una especificidad del 77.5% y una kappa media de Cohen de 0.50.

Este análisis de depresión se correlaciona con el estudio de Montalvo (2021), realizado en Portoviejo, Ecuador, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del trastorno depresivo mayor en adultos mayores. En este estudio, el coeficiente alfa (α) para todas las variables fue de 0.78, indicando una consistencia interna buena y aceptable. Se encontró una prevalencia del 8.63% para el trastorno depresivo mayor, con un 58.27% de los casos siendo hombres. El análisis de todas las preguntas reveló que el 35.98% de los participantes presentaban el trastorno.

Sin embargo, en comparación con otros estudios realizados en países latinoamericanos, la prevalencia encontrada es considerablemente más alta que la reportada en la Encuesta Nacional de Salud (ENDS) 2010 en Colombia, que fue del 9.5% para una muestra de 17,574 individuos. De manera similar, un estudio descriptivo en México con 1,874 adultos mayores de 60 años reportó una prevalencia del 17.6%. En Cuba, estudios han mostrado cifras más bajas, con una prevalencia de depresión del 25% entre adultos mayores que acuden a consultas. Esta alta prevalencia en nuestro estudio está estrechamente relacionada con la edad avanzada, bajos niveles de educación y la presencia de enfermedades.

Según el estudio de Aldana Olarte et al. (2014), realizado con 17,574 adultos mayores en Colombia, se encontró una prevalencia de depresión del 11.5%, siendo mayor en mujeres, con un Odds Ratio (OR) de 1.74, lo que indica que las mujeres tienen una probabilidad significativamente mayor de padecer depresión en comparación con los hombres. En nuestro

estudio, la prevalencia de depresión entre las mujeres fue del 84.68%. El estudio también observó que el nivel educativo actúa como un factor protector con un OR de 0.14. Sin embargo, en nuestro estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$), posiblemente porque la mayoría de los adultos mayores, tanto con depresión como sin ella, tienen niveles de educación similares.

No obstante, la literatura sugiere que existen otros factores que pueden influir en el desarrollo de la depresión, como el deterioro en las actividades básicas e instrumentales, el deterioro cognitivo, el agotamiento, el uso de psicotrópicos y una menor actividad física. En un estudio realizado por Hallit et al. (2021) en el Líbano, se incluyeron 500 pacientes mayores de 60 años (250 que vivían dentro y 250 que vivían fuera de una residencia de ancianos). Se encontraron correlaciones fuertemente positivas ($p < 0.001$ para todos los ítems de la escala) entre cada ítem de la escala y la escala total. Además, según el estudio de Ramírez (2023), la correlación media entre los ítems de la escala fue de 0.51, superior a la de la escala original (0.36), con una excelente consistencia interna (α de Cronbach = 0.901). Este estudio destacó que vivir en una residencia de ancianos, el estrés, la ansiedad, estar casado, la edad y el nivel de estudios primarios aumentan significativamente la depresión ($\beta = 2.211$, $\beta = 0.223$, $\beta = 0.041$, $\beta = 0.902$, $\beta = 0.118$ y $\beta = 3.533$, respectivamente).

Asimismo, se realizó un estudio sobre la validación de la Escala de Depresión CES, cuyo objetivo fue analizar las propiedades de esta escala en ancianos de Ecuador, dando como resultado que es una herramienta válida para medir la depresión en ambos sexos. Además, se determinó que la media de puntuaciones en las dimensiones de la prueba alcanzó 1.62 y 2.44, con una SD de 0.46 a 0.92. La correlación de cada ítem con los otros varió entre 0.16 y 0.68. El alfa de Cronbach alcanzó 0.89 y 0.91, lo que indica una alta confiabilidad (Ramírez et al., 2024).

Se realizó también una asociación con las variables sociodemográficas de los adultos mayores, representadas en las tablas antes expuestas y la relación con las escalas. La mayoría de los participantes adultos mayores de la ciudad de Cuenca (Ecuador) reside en áreas rurales, representando el 54%. En términos de género, las mujeres predominan en la muestra, con el 62% (194 participantes) siendo de sexo femenino y el restante, hombres. En relación a la edad, la media es de 74 años, lo que se relaciona con el estudio sobre la relación entre el Mini Examen del Estado Mental y la Batería Repetible para la Evaluación del Estado Neuropsicológico, donde la mayoría de los pacientes también fueron mujeres (63%) con una edad media de 76.8 años (Schmitt et al., 2016).

Respecto al estado civil, la mayoría de los participantes están casados o en unión libre, representando el 54% (169 individuos) de la muestra. En términos de nivel educativo, la mayor parte de los participantes tiene educación secundaria, con un 46% (144 individuos). Solo un 0.6% (2 individuos) no tiene ningún nivel de instrucción formal. Estos hallazgos se relacionan con un estudio realizado en Cartagena sobre la funcionalidad familiar, donde predominaban los casados (49%) y los de unión libre (30.4%). En cuanto al nivel de escolaridad, se evidenció que el 34% tenía estudios de primaria y un 22.5% no tenía ningún nivel de instrucción (Manrique et al., 2022).

La variable Edad muestra correlaciones positivas con todas las variables, excepto con el Afecto Positivo, donde presenta una correlación negativa. La correlación más fuerte se observa con Depresión Total. Por otro lado, la Funcionalidad Cognitiva tiene una alta correlación positiva con la Funcionalidad Familiar y el Afecto Deprimido, y una correlación negativa con el Afecto Positivo. En el estudio de Condezo et al. (2022) en Perú, se identificó que el 90% de los adultos mayores tienen una autovaloración afectiva alta con una dimensión cognitiva alta del 70%, determinando un Chi cuadrado con una p de 0.05 de significancia estadística.

De igual importancia es otro estudio realizado en Chile por Cancino et al. (2018), donde se evaluó la funcionalidad cognitiva, familiar y la depresión. Se evidenció un alto grado de correlación entre el rol de la cognición, la depresión y el apoyo social. Un adulto mayor que puede resolver tareas de procesos cognitivos tiene un buen estado de ánimo y éxito en las relaciones familiares. De la misma manera, se correlaciona la depresión y el funcionamiento cognitivo, indicando que la presencia de depresión puede desarrollar a largo plazo un deterioro cognitivo ($p = 0.002$).

Asimismo, el estudio de Ramírez et al. (2023) indica que, debido a la distribución no normal de los datos, se utilizaron correlaciones de Spearman en el análisis. La correlación obtenida fue de 0.658, lo que indica una buena validez de criterio y es estadísticamente significativa ($p < 0.01$). Este resultado es positivo porque sugiere que las pruebas no están midiendo el mismo constructo; de lo contrario, la correlación se acercaría a uno, reflejando constructos relacionados.

Además, otro estudio de Galeoto et al. (2021) describe la versión italiana de la Escala de Depresión Geriátrica administrada a 119 personas (79 con diagnóstico de depresión y 40 sanas). El alfa de Cronbach para el GDS-IT administrado a la muestra deprimida fue de 0.84. La confiabilidad test-retest fue de 0.91 y la validez concurrente fue de 0.83. El análisis factorial mostró una estructura de 5 factores y el punto de corte de la escala está entre 10 y 11. En el estudio, el GDS-IT mostró buenas propiedades psicométricas.

Seguidamente, en un estudio realizado en México con el objetivo de investigar la relación entre la depresión y la función cognitiva en adultos mayores, se utilizaron el Mini-Mental State Examination y el Test de Yesavage. Los resultados indicaron que la asociación entre estas variables fue débil, con un coeficiente de correlación de Spearman negativo ($r = -0.242$, $p = 0.0000$). Sin embargo, reconocer la posible existencia de esta relación permite a los

profesionales enfocarse en mejorar el funcionamiento cognitivo y prevenir posibles riesgos (Duran et al., 2013).

Para Espinoza et al. (2020), explica que la relación que existe entre la cognición y la La funcionalidad en relación con las actividades básicas de la vida mostró una relación significativa, destacando la importancia de una capacidad cognitiva adecuada para mantener la funcionalidad en las actividades diarias y la relación con el núcleo familiar. Esto se reflejó en una estadística de chi-cuadrado de 206.0 con un valor de $p = 0.000$.

Es crucial reconocer que la validación de las escalas mostró una significancia notable en los diferentes factores, coincidiendo con los estudios revisados. Los datos sociodemográficos también presentaron significancia estadística en relación con las escalas de depresión, funcionalidad familiar y cognitiva. Este estudio permitirá comprender la prevalencia y los factores asociados a estas tres categorías, así como evaluar la validez del uso de las escalas para esta comprensión.

Sin embargo, es importante considerar algunas limitaciones en la investigación. La temporalidad en el uso de las escalas para evaluar la depresión, la funcionalidad familiar y cognitiva es un aspecto crítico a tener en cuenta. Además, se debe señalar que los diferentes estudios revisados no proporcionan resultados comparativos integrales de las tres escalas en conjunto ni abordan exhaustivamente las condiciones sociodemográficas de los adultos mayores.

16. Conclusión

En esta investigación se estableció como objetivo general determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión, funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de Cuenca. Para lograr este propósito, se seleccionó la población de estudio aplicando criterios de inclusión y exclusión.

En cuanto al primer objetivo específico, que consistía en validar las propiedades psicométricas del Mini Mental, la escala de funcionalidad familiar y la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES) en adultos mayores de Cuenca, se aplicó el Mini Mental Test. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes obtuvieron un porcentaje mayor al 97% en orientación, más del 94% en atención, más del 50% en cálculo, un 96% en lenguaje y un 63% en el recuerdo diferido de las palabras recordadas.

Posteriormente, tras obtener, analizar e interpretar los datos de la investigación, se abordó el segundo objetivo específico, que era describir la funcionalidad cognitiva, familiar y la depresión en los adultos mayores de Cuenca. Se evaluaron cinco aspectos, encontrando que el 55% reportó casi siempre satisfacción por la ayuda familiar, el 53% por la participación brindada por la familia y el 52% por la aceptación familiar para emprender nuevas actividades.

Finalmente, el último objetivo fue analizar los factores asociados de la depresión, funcionalidad familiar, deterioro cognitivo y edad en los adultos mayores de Cuenca mediante un análisis de redes. Se encontró que la variable Edad muestra correlaciones positivas con todas las variables, excepto con el Afecto Positivo, donde presenta una correlación negativa. La correlación más fuerte se observa con la Depresión Total. Por otro lado, la Funcionalidad Cognitiva tiene una alta correlación positiva con la Funcionalidad Familiar y el Afecto Deprimido, y una correlación negativa con el Afecto Positivo.

En relación con el estudio realizado, la edad promedio de los participantes fue de 74 años, con una mayoría representada por mujeres (62%, 194 participantes) y hombres (38%, 117 participantes). Respecto al estado civil, la mayoría está casada o en unión libre (54%, 169 individuos), seguido por viudos (29%, 90 individuos), separados o divorciados (14%, 44 individuos), y solteros (2.6%, 8 individuos). En cuanto al nivel educativo, la mayoría tiene educación secundaria (46%, 144 individuos), seguido por educación técnica o superior (33%, 103 individuos), y educación primaria (20%, 62 individuos).

Es crucial para los profesionales de la salud, especialmente en entornos clínicos, mantenerse actualizados en temas que faciliten la prevención, intervención y monitoreo de los adultos mayores. Implementar políticas públicas y programas de salud que promuevan la detección precoz, el apoyo familiar y comunitario, así como el acceso equitativo a servicios de salud mental, son esenciales para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Cuenca.

17. Limitaciones

Una de las limitaciones para esta investigación fue las metodológicas ya que podrían haber afectado la generalización de los resultados. Por ejemplo, el tamaño de la muestra pudo no haber sido suficiente para representar adecuadamente la diversidad de los adultos mayores en Cuenca, lo que limita la aplicabilidad de los hallazgos a toda la población de la región.

Otras de las limitaciones es la disponibilidad limitada y el acceso restringido a ciertos grupos específicos dentro de la población de adultos mayores en Cuenca sin embargo esto posiblemente afectó la representatividad de los participantes y limitó la capacidad para capturar la diversidad de experiencias y contextos individuales que podrían haber influido en la prevalencia y los factores asociados a las variables investigadas.

Asimismo, las limitaciones temporales y de recursos también podría haber tenido un impacto en la profundidad y el alcance del estudio como es el tiempo disponible para la recolección de datos o las limitaciones financieras podrían haber restringido la capacidad para realizar análisis más exhaustivos.

18. Futuras investigaciones

Para futuras investigaciones sobre la prevalencia y los factores asociados a la depresión, funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en adultos mayores de Cuenca, es crucial adoptar una variedad de enfoques. Inicialmente, los estudios longitudinales podrían ofrecer una comprensión más profunda de la evolución de estas condiciones a lo largo del tiempo en este

grupo específico. Esto facilitaría la identificación de factores predictivos y patrones de cambio que podrían no ser evidentes en estudios de corte transversal.

Además, sería provechoso desarrollar y evaluar intervenciones diseñadas para fortalecer la funcionalidad familiar como una defensa contra la depresión y el deterioro cognitivo. Estas iniciativas podrían incluir programas de apoyo familiar adaptados específicamente a las necesidades de los adultos mayores de Cuenca también explorar cómo los factores culturales y sociales locales influyen en estas condiciones podría proporcionar perspectivas únicas. Este enfoque contribuiría a una mejor comprensión de cómo las dinámicas familiares y el respaldo social impactan la salud mental y cognitiva en esta comunidad. Por último, utilizar un enfoque interdisciplinario que integre disciplinas como psicología, gerontología, neurología y sociología podría ampliar nuestro entendimiento de estos fenómenos complejos y generar estrategias más eficaces para promover el bienestar de los adultos mayores en Cuenca.

17. Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	Abril	Mayo	Junio	Julio
Presentación del diseño de titulación	Se realizará la presentación del proceso de titulación.			
Aplicación de los Instrumentos. Tabulación de la información y elaboración de tesis		Aplicación de pruebas, tabulación de datos.		
Entrega de la tesis			Aprobación por parte de Consejo de Carrera	

Sustentación del trabajo de titulación

Sustentación el 15 de Julio

18. Presupuesto

Rubros	Unidad	Costo unitario	Cantidad	Aporte Institución	Aporte patrocinante	Aporte Alumno o	TOTAL
Transporte	2	0,35	30		0	21	21,00
Copias Suministro:	4	0,05	200		0	10	10,00
Materiales: Computadora	2	0	2		0	2	0
TOTAL							31,00

19. Referencias

- Alvarado, A. M., & Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002>
- Alonso, L. E., & Castillo, C. S. (2012). El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil: proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spiritus, Cuba. *Revista Ciencias Sociales*, (16), 716-731. <https://ideas.repec.org/a/erv/coccss/y2012i2012-0716.html>
- Acosta, B. M., & Martín, L. I. (2020). Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 54(9), 1023-1025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9198324/>
- Álvarez, L. M. (2015). Síndrome de caídas en el adulto mayor. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 617, 807-810. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf>
- Asamblea Médica Mundial. (1964). Declaraciones de Helsinki - Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica de seres humanos. <https://lospacientes.webcindario.com/declaraciondehelsinki.pdf>
- Albanese, E., Launder, L., Egger, M., Prince, M., Giannakopoulos, P., Wolters, F. J., et al. (2017). Body mass index in midlife and dementia: systematic review and meta-regression analysis of men and women followed in longitudinal studies. *Alzheimer's & Dementia*. <https://doi.org/10.1016/j.dadm.2017.05.007>
- Allyn & Bacon. (2001). *Psicología de la tercera edad*. Pearson Educación. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- Ameijeiras, A. (2020). La influencia del apoyo social: una contribución para el bienestar de cuidadores de personas con demencia. *Repositorio Universidad de Coruña*. <http://hdl.handle.net/2183/26463>

- Ávila, M. (2012). Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Salud Pública*. ISSN 0864-3466. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200007
- Azuero, A. (2019). Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 4(8), 110-127. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7062667>
- Barnes-Marrero, I., Horter, L., Hayden, J. D., Patel, N. C., Mendoza, L., & Castillo, L. (2020). Diagnostic accuracy of the repeatable battery of the assessment of neuropsychological status update, Spanish version, in predicting Alzheimer's disease among Hispanic older adults in the United States reporting memory problems. *Applied Neuropsychology: Adult*, 29(4), 509-519. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32584154/>
- Baltes, P. (1983). Psicología evolutiva del ciclo vital: algunas observaciones convergentes sobre historia y teoría. In P. Baltes (Ed.), *Psicología evolutiva Teorías y métodos* (pp. 247-267). Madrid: Alianza Editorial. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534202.pdf>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413-434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>
- Benavides. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*. Médica Anestesióloga, Especialista en Bioética, Docente adjunta en Neuroanestesia, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá D.C. Colombia. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=37&NOMBRE=Revista%20Mexicana%20de%20Anestesiolog%EDa>
- Bezanilla, J., & Miranda, M. (2013). La familia como grupo social: una re-conceptualización. *Alternativas en Psicología*, 17(29). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000200005
- Bueno, J. O. T., Pardillo, C. R., Estrella, J. G., & Barrera, C. A. (2020). Funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la zona 7. Ecuador, 2016. *Revista Medicina*, 22(1), 9-13. <https://doi.org/10.23878/medicina.v22i1.871>
- Castanedo, & Cols. (2014). La necesidad de un informe de enfermería al alta o traslado en una residencia geriátrica. *Gerokomos*, 17, 1329. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2006000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2006000300003>
- Cano, Gutiérrez, M., Lourenço R., Marín P., Morales F., Parodi J., Mañas L., & Zúñiga G. (2011). La vejez y la nueva CIE-11: posición de la Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor. *Revista Panamá Salud Pública*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8369127/>
- Castellón. (2012). El Enfoque Sistemico En Los Estudios Sobre La Familia. Facultad de Psicología. Blasco Ibáñez, 21(46019). <https://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- Condezo, Y. I., & Quispe, P. F. (2022). Relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en el adulto mayor del centro de salud chilca. https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11746/1/IV_FCS_504_TE_Condezo_Quispe_2022.pdf
- Conoce Cuenca | Turismo Cuenca Ecuador. (s. f.). <http://www.cuenca.com.ec/es/conoce-cuenca>
- Cuba, S., Aliaga, E., & Mar, M. (2016). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(2), 311-320. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n2/311-320/>

- Coryell, W. (2021). Trastornos depresivos – University of Iowa Carver College of Medicine. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/24768/1/UPS-GT004297.pdf>
- Dulcey-Ruiz, López J., Cano C., & Gómez J. (2006). Psicología del envejecimiento. En *Geriatría Fundamentos de Medicina*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB; pp. 64-68. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80415435005>
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1202204/>
- Fuentes, A. P., & Merino, J. M. (2016). Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *Horizonte Médico*, 14(2), 247-283. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612016000200003&script=sci_abstract
- Gao, C., Shi, D., & Maydeu-Olivares, A. (2019). Estimating the Maximum Likelihood Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) with Non-normal Data: A Monte-Carlo Study. *Psychological Methods*, 27(2), 192–201. <https://doi.org/10.1037/met0000196>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1997). *Metodología de la Investigación* (4th ed.). México: <https://www.esup.edu.pe/wpcontent/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6th ed.). Mexico, D.F.: McGraw-Hill. <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Hurtado, I., & Toro, J. (1998). *Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio*. Valencia, Venezuela: Ediciones de la Universidad de Carabobo. <https://es.scribd.com/doc/312593068/Paradigmas-y-Metodos-de-Investigacion-en-Tiempos-de-Cambio>
- Huang, J. (2023). Deterioro cognitivo y demencia vasculares. *Manual MSD*. Department of Neurology, University of Mississippi Medical Center. <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/delirio-y-demencia/deterioro-cognitivo-y-demencia-vasculares>
- Igdany, R. T., & Castillo, H. (s. f.). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Salud Pública*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03002011000300006&lng=es&nrm=iso
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). Dirección de Prestaciones Médicas. Unidad de Atención Médica. Coordinación de Unidades Médicas de Altas Especialidades. *Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica GPC Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-144-08*. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
- Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. (2023). Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2015). Estudios Epidemiológicos de Salud Mental. “Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo”. <https://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Julie, A., Collins, K., Pat, S. K., & Yeoman, C. (2014). Investigation of Elder Deaths. *Academic Forensic Pathology*, 4(3), 290-304. <https://doi.org/10.23907/2014.042>

- Kraus, C., Kadriu, B., Lanzenberger, R., Zarate Jr, C. A., & Kasper, S. (2019). Prognosis and improved outcomes in major depression: A review. *Translational Psychiatry*, 9(1), 127. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30944309/>
- Lachs, M., & Pillemer, K. (1998). Abuse and neglect of elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, 332(7), 437-443. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7632211/>
- López, P. (2007). El gobierno de los ancianos. La Gerusia en Esparta. *Revista de Enfermería Gerontológica*, 11. Madrid: Ediciones Marañón. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6621320>
- López, M., Gabarrón, R., & Ruiz, A. (2011). Depresión en atención primaria: Una aproximación a los trabajos realizados en España. <http://interpsiquis.com>
- Martínez, E. H., Barquín, M. J., Riera, I. M., & García, M. I. (n.d.). <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n3/132rincon.pdf>
- Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Poon, L. W. (2015). Defining successful aging: A tangible or elusive concept? *The Gerontologist*, 55(1), 14-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24840916/>
- Maiese, K., & University, R. (2024). Efectos del envejecimiento sobre el sistema nervioso. *Manual MSD*. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/biolog%C3%A1Da-del-sistema-nervioso/efectos-del-envejecimiento-sobre-el-sistema-nervioso>.
- Maldonado. (2022). La familia como célula fundamental de la sociedad en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Tecnología de la Salud*, 5(3). ISSN: 2218-6719. <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/378/501>
- Manrique-Anaya, Y., & Escobar Velasquez, K. (2022). Funcionalidad familiar y percepción de la satisfacción necesidades básicas de cuidado en adultos mayores de Cartagena-Colombia. *Diversitas*, 18(2). <https://doi.org/10.15332/22563067.8202>
- Martín, L., Quintana Cantero, S., Urzay Atucha, V., Ganzarain Oyarbide, E., Aguirre Minaña, T., & Pedrero Jocano, J. (2012). Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025206/>
- Mercier Casaretto. (2024). Explorando la posible relación entre el microbiota intestinal y la depresión (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología). <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/15872>
- Montalvo, J., Espinoza, M., & Pérez, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 22(2), 91-110. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000100007
- Montalvo, H. (2021). Prevalencia Del Trastorno Depresivo Mayor En Portoviejo, Ecuador. *Revista Ecuatoriana Neurología*, 30(1), 57-67. ISSN 2631-2581. <https://doi.org/10.46997/revecuatneuro130100057>
- Mohammad, Larsson, & Winblad. (2012). Efecto del ejercicio aeróbico y la estimulación ambiental sobre la reducción de los niveles de ansiedad en el envejecimiento. *Revista de Psicología del Deporte*, 5(2), 197-208. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5388780>
- Moraga, J., Quezada, L., Palominos P., Oddershede, A., & Silva, H. A. (2020). A quantitative methodology to enhance a strategy map. *International Journal of Production Economics*, 219, 43-53. https://ideas-repec-org.translate.goog/a/eee/proeco/v219y2020icp43-53.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sc

- National Center for Injury Prevention and Control. (2015). Suicide: Facts at a glance National Center for Injury Prevention and Control. Retrieved from <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicide-datasheet-a.PDF>
- Nietzel, M. T., & Bernstein, D. (1976). Effects of instructionally mediated demand on the behavioral assessment of assertiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(3), 500-505. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.44.3.500>
- Oyama, H., Sakashita, T., Ono, Y., Goto, M., Fujita, M., & Koida, J. (2008). Effect of community-based intervention using depression screening on elderly suicide risk: A meta-analysis of the evidence from Japan. *Community Mental Health Journal*, 44(5), 311–320. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9132-0>
- Open University. (2005). Ageing well: Quality of life in old age - ePrints Soton. Retrieved from <https://eprints.soton.ac.uk/334616/>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Active Ageing: A Policy Framework. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- O'Connell, H., Chin, A-V., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *BMJ*, 329(1), 895–9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC523116/pdf/bmj32900895.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2018). Consideraciones sobre el término "adulto mayor". *Revista Internacional de Envejecimiento*, 10(2), 45-56. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/cip-iteso/20200713033602/07.pdf>
- Parada, K., Guapisaca, J., & Bueno, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2). <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Riegel, K. (1977). Longevity: A Conceptual Approach. *Journal of Gerontology*, 32(2), 128-133. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3003504.pdf>
- Souza, G., Larcher, L., Lopes, A., & Dos Santos, F. (2020). Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión. *Psicología y Salud*, 30(1), 45-57. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2617>
- Salvatore, T., Dodson, K., Hull, A., Harr, D., & Brown, J. (2018). Elder abuse as a risk factor for hospitalization in older persons. *Forensic Mental Health Practice*, 1(1), 1–11. https://www.researchgate.net/publication/325745820_Elder_Abuse_as_a_Risk_Factor_for_Suicidal_Behavior_in_Older_Adults
- Schmitt, A. L., Livingston, R., Goette, W., & Galusha, Glasscock. (2016). Relationship between the Mini-Mental State Examination and the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status in Patients Referred for a Dementia Evaluation. *Perceptual and Motor Skills*, 123(3), 606–623. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0031512516667674>
- Suarez, M. A., & Espinoza, M. A. (2014). Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
- Studocu. (s. f.). Funcionamiento-Familia R - Funcionamiento familiar: Evaluación de los potenciadores y obstructores. <https://www.studocu.com/es-mx/document/escuela-libre-de-psicologia/psicologia/funcionamiento-familia-r/47158111>

- University, I. A., & Branch, A. (2012). Family function and depression, anxiety, and somatization among college students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2(5), 2222-6990. https://hrmars.com/papers_submitted/9064/family-function-and-depression-anxiety-and-somatization-among-college-students.pdf
- Vaillant, M. D., & Mukamal, K. M. (2001). Successful aging. *The American Journal of Psychiatry*, 158(6), 839-847. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.839>
- Véliz, Rifo., & Arancibia. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: Cuestiones relevantes. *RLA, Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 48(1), 75-103. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48832010000100005>
- Weil, W. (2015). Sobre los principios éticos recogidos en las pautas del Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS): Un análisis acerca de su aplicación a la realidad de la investigación en Chile. *Revista Clínica Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 8(3), 256-259. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072015000300014

Anexo 1. Consentimiento informado.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Prevalencia y factores asociados a la depresión, funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de Cuenca.

Datos del equipo de investigación: *(puede agregar las filas necesarias, ver instructivo al final)*

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal (IP)	Nereida Aracely Pachar Chasi	0106486566	Universidad Politécnica Salesiana

¿De qué se trata este documento?

De la manera más comedida y respetuosa le invitamos a usted a participar en este estudio, que se realizará en la Universidad Politécnica Salesiana. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La presente investigación surge de la necesidad de analizar la Prevalencia y factores asociados a la depresión, funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de Cuenca ya que la depresión, la funcionalidad familiar y el deterioro cognitivo son temas de gran relevancia en el ámbito de la salud geriátrica, especialmente en el contexto de los adultos mayores de Cuenca. Con el envejecimiento de la población, es crucial comprender la prevalencia de estos trastornos y los factores que influyen en su desarrollo y progresión. En esta introducción, exploraremos la importancia de entender la prevalencia y los factores asociados a la depresión, la funcionalidad familiar y el deterioro cognitivo en esta población específica.

Objetivo del estudio

El objetivo de la presente investigación es Determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión, funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de Cuenca.

Descripción de los procedimientos

<p>Para saber las prevalencias y sus factores asociados:</p> <p>OE1. Validar las propiedades psicométricas del Mini Mental State Examination (MMSE), escala de Funcionalidad Familiar Percibida (APGAR) y escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES) en adultos mayores de Cuenca.</p> <p>OE2. Identificar la prevalencia de la depresión, funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de Cuenca en función del sexo.</p> <p>OE3. Analizar los factores asociados de la depresión, funcionalidad familiar, deterioro cognitivo y factores sociodemográficos en los adultos mayores de Cuenca mediante un análisis de redes.</p>
<p>Riesgos y beneficios</p>
<p>En la presente investigación existe la posibilidad de presentarse alguna situación de riesgo mínima relacionada con el manejo de la información en cuanto a los datos estadísticos, si bien se considerará la confidencialidad respectiva con respecto al nombre de los participantes lo cual permanecerá anónimo, los resultados de la aplicación de la batería de instrumentos aplicada para evaluar las diferentes variables van a ser utilizados solo con fines de análisis.</p> <p>Además, es importante recalcar que usted como participante no obtendrá ningún beneficio directo del presente estudio, sin embargo, los resultados obtenidos del mismo aportarán a la conformación de estándares sociales reales, evitando cualquier forma de exclusión y/o rechazo.</p>
<p>Otras opciones si no participa en el estudio</p>
<p>La participación en esta investigación es voluntaria, pudiendo el participante retirarse en cualquier momento sin que esto ocasione algún tipo de perjuicio o penalización. Se considerarán las mismas acciones para quienes no deseen participar en dicho proyecto.</p>
<p>Derechos de los participantes</p>
<p>Usted tiene derecho a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recibir la información del estudio de forma clara; 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario; 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio; 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede; 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad); 10) Que se respete su intimidad (privacidad); 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede; 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes; 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
<p>Manejo del material biológico recolectado (si aplica)</p>
<p>Describa cómo manejará los materiales biológicos que serán recogidos: origen del material, cantidad, donde serán almacenados y procesados, vida útil, y la eliminación del material. Utilice lenguaje sencillo. Si su proyecto de investigación no tiene ninguna colección de material biológico, quite este tema, no haga constar en este formulario.</p>
<p>Información de contacto</p>
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0939689147 que pertenece a Nereida Aracely Pachar Chasi o envíe un correo electrónico a npachar@est.ups.edu.ec</p>
<p>Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)</p>

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Anexo 2. Mini Mental State Examination (MMSE) Modificado.

1. Sondear el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. 1= Si 0= No	
a. ¿En qué mes estamos?	
b. ¿En qué día estamos?	
c. ¿En qué año estamos?	
d. ¿Qué día de la semana es hoy?	
17. Nombrar tres objetos y pedir al adulto mayor repetir en voz alta los que recuerde (en cualquier orden). 1= Si 0= No	
a. Árbol	
b. Mesa	
c. Avión	
2. Decir cinco números y pedir al adulto mayor repetirlos al revés: (1-3-5-7-9). 1= Si 0= No	
a. 9	
b. 7	
c. 5	
d. 3	
e. 1	
3. Dar un papel al adulto mayor y pedirle: 1= Si 0= No	
a. Tomarlo	
b. Doblarlo	
c. Ponerlo sobre sus piernas	
4. Pedir que recuerde las palabras mencionadas en la pregunta 17 1= Si 0= No	
a. Árbol	
b. Mesa	
c. Avión	
5. Pedir al adulto mayor que copie o imite los siguientes gestos: 1= Si 0= No	
El encuestador pone las manos sobre la cabeza y le pide al adulto mayor que repita la acción	
VALORES DE MEDICIÓN: Si suma un total de 13 o más, puede continuar. Pero si el puntaje es menor de 13 "Terminar la encuesta".	

Anexo 3. Escala de Funcionalidad Familiar Percibida – APGAR.

Responda las siguientes preguntas, de acuerdo con su apreciación personal. 1=Nunca. 2= Casi nunca. 3= Algunas veces. 4=Casi siempre. 5= Siempre	
a.	Le satisface la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema y/o necesidad
b.	Le satisface la participación que su familia le brinda y permite
c.	Le satisface cómo su familia acepta y apoya sus deseos de emprender nuevas actividades
d.	Le satisface cómo su familia le expresa afectos y responde a sus emociones como rabia, tristeza, amor, y otros
e.	Le satisface cómo comparten en familia: el tiempo de estar juntos, los espacios en la casa, el dinero
f.	Está satisfecho con el soporte que recibe de sus amigos (as)
g.	¿Tiene algún (a) amigo (a) cercano (a) a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?

Anexo 4. Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D).

I. Responda las preguntas de acuerdo con lo sucedido durante la última semana (7 días): 1= Ninguna o (nunca). 2= A veces. 3= Muchas veces. 4= Siempre.	
a.	Le molestan cosas que usualmente no le molestaban.
b.	No sintió deseo de comer, tuvo poco apetito
c.	Estuvo triste a pesar de la ayuda de amigos y familiares
d.	Se sintió que era tan valioso(a) como cualquier otra persona
e.	Tuvo dificultad para concentrarse en lo que hacía
f.	Se sintió deprimido(a)
g.	Sintió que cualquier cosa que hizo fue con esfuerzo
h.	Se sintió esperanzado(a) en el futuro
i.	Pensó que su vida era un fracaso
j.	Se sintió nervioso(a)
k.	No descansó bien al dormir
l.	Estuvo feliz
m.	Habló menos de lo acostumbrado
n.	Se sintió solo(a)
o.	La gente no fue amigable
p.	Disfruta de la vida
q.	Ha tenido crisis de llanto
r.	Se ha sentido triste
s.	Ha sentido que no le cae bien a la gente
t.	Ha sentido que no ha podido seguir adelante

Anexo 5: Informe Anti plagio



INFORME SOBRE ANÁLISIS DE SIMILITUD O ANTIPLAGIO A TRAVÉS DE TURNITIN

Cuenca, 9 de julio de 2024.

Señor,

Ps. Cl. Pedro Muñoz A, Mgs.
DIRECTOR DE CARRERA DE PSICOLOGÍA
Presente,

Por medio del presente como profesor encargado del informe de similitud o antiplagio del trabajo de titulación denominado: "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE CUENCA", que ha sido desarrollado por la estudiante **Nereida Aracely Pachar Chasi**, bajo la opción de titulación **SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN**, informo que, de acuerdo al informe de similitud o antiplagio del sistema TURNITIN el documento presenta un 10% de similitud a otros documentos publicados.

De antemano agradezco por la gentil atención brindada a la presente.

Atentamente,

Ps. Org. Alvaro Lucero A, Mgs.

C.I. 0104178454

Cel. 0997273080