



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS**

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN DEL
ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA SAN JUAN
CANTÓN GUALACEO PROVINCIA DEL AZUAY 2015**

Autor: Md. Soledad del Carmen Ávila León
C.I. 0103447884

Director Dr. Manuel Ismael Morocho Malla
C.I. 0103260675

Cuenca – Ecuador

2017



RESUMEN

Introducción: El adulto mayor es particularmente susceptible a la depresión, lo cual disminuye sustancialmente su calidad de vida, generando abundantes gastos directos e indirectos, representando una pesada carga para los sistemas de salud.

Objetivo: Identificar la relación entre Depresión y Determinantes Sociales en el adulto mayor que acude al Centro de Salud de la parroquia de San Juan del Cantón Gualaceo, 2015.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo, analítico y transversal, con 125 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud de la parroquia de San Juan del Cantón Gualaceo. Se aplicó un cuestionario de recolección de datos para conocer las características sociodemográficas y determinantes sociales. El test de Yesavage fue aplicado para conocer el grado de depresión y FFSIL para determinar el funcionalismo familiar. Las variables fueron expresadas en frecuencias absolutas y relativas. El Chi cuadrado se utilizó para determinar asociaciones y el Odds ratio (OR) para la determinación de riesgo. Se realizó el análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística para encontrar los factores que ejercen mayor influencia para la depresión.

Resultados: La prevalencia de depresión fue de 53,6% (44% moderada y 9,6% severa). Se encontraron asociaciones significativas entre la depresión y la edad, así como varios aspectos conductuales del estilo de vida de los participantes asociados a la autonomía personal, su modo de afrontamiento al envejecimiento y sus hábitos de descanso, los cuales se comportaron como protectores. La funcionalidad familiar fue un factor fuertemente asociado a la prevalencia de depresión en este estudio ($\chi^2=18,171$; $p<0,001$). Asimismo, en el análisis multivariante, la disfuncionalidad familiar fue un factor de riesgo significativo para depresión (OR=2,76; IC95%:1,02-7,45; $p=0,044$), mientras que tener confianza sobre sí mismo y disfrutar de las actividades diarias se comportaron como factores protectores para la depresión.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de depresión la cual está condicionada por factores de riesgo como los aspectos conductuales de afrontamiento del envejecimiento y la disfuncionalidad familiar, mientras que la salud mental como tener un auto concepto positivo y disfrutar de las actividades diarias protegen al adulto mayor de la depresión, por lo que estos aspectos deben ser fomentados en el cuidado de este grupo, junto a un ambiente de apoyo familiar y comunitario.

PALABRAS CLAVE: DEPRESION, ADULTO MAYOR, DETERMINANTES SOCIALES, FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



ABSTRACT

Introduction: The elderly are particularly susceptible to depression, which substantially decreases their quality of life, generating abundant direct and indirect costs, representing a heavy burden on health systems

Objective: To identify the relationship between depression and social determinants in the elderly who come to the health center of the parish of San Juan del Gualaceo canton, 2015.

Material and Methods: A quantitative, analytical and cross-sectional study with 125 older adults who attended the Health Center of the parish of San Juan of Gualaceo canton. An instrument of data collection was applied to explore the sociodemographic characteristics and social determinants, Yesavage test was applied to determine the degree of depression and FFSIL to determine the family functionalism. The variables were expressed in absolute and relative frequencies. The chi square test was used to determine associations and the odds ratio (OR) for determining risk. A logistic regression was applied to determine significant factors for depression.

Results: The prevalence of depression was 53,6% (44% moderate and 9,6% severe). Significant associations was found between depression and age, as well as several behavioral aspects of the lifestyle of the participants associated with personal autonomy, their way of coping with aging and sleep habits, which acted as protector factors for depression. Family functioning was strongly associated with depression ($X^2= 18,171$, $p<0,001$). Also in the multivariate analysis, dysfunctional families was a significant risk factor for depression (OR=2,76; CI95%:1,02-7,45; $p=0,044$), meanwhile have self-confidence and enjoy the diaries activities were protective factors for depression.

Conclusions: There is a high prevalence of depression which is conditioned by risk factors such as aging and family dysfunction, while mental health, a positive self-concept and enjoys daily activities protects to depression in elderly, so they are important targets in the care of this group, with a family and community support environment.

KEY WORDS: DEPRESSION, ELDERLY, SOCIAL DETERMINANTS, FAMILIAR FUNCTIONALITY.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE	4
CLAUSULA DE DERECHOS DEL AUTOR.....	6
CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	7
DEDICATORIA.....	7
AGRADECIMIENTO	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II.....	14
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO.....	14
2.1.1 ENVEJECIMIENTO	14
2.1.2 DEPRESIÓN.....	16
2.1.3 DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS A DEPRESIÓN	17
2.1.4 PERSPETIVA BIOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN	24
CAPÍTULO III	26
3.1 HIPÓTESIS:	26
3.2 Objetivo General.....	26
3.3 Objetivos Específicos	26
CAPÍTULO IV	27
4. MÉTODOS Y TÉCNICAS:.....	27



4.7 Operacionalización de variables:	28
4.8 Criterios de inclusión:	29
4.9 Criterios de exclusión:	30
4.10 Procedimiento, técnicas e instrumentos para la recolección de datos ..	30
4.11 Plan de análisis	31
4.13 Aspectos éticos	32
CAPÍTULO V	33
5. RESULTADOS	33
CAPÍTULO VI	62
6. DISCUSIÓN	62
CAPÍTULO VII	71
7.1 CONCLUSIONES	71
7.2 RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	82
ANEXO 1	82
ANEXO 2	87



CLAUSULA DE DERECHOS DEL AUTOR



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Md. Soledad del Carmen Ávila León, autora de la tesis: **“Determinantes sociales relacionados a la depresión del Adulto Mayor en el Centro de salud de la parroquia San Juan, Cantón Gualaceo, provincia del Azuay, 2015”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca de publicar este trabajo por ser este, un requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos como autora.

Cuenca, 10 de Abril del 2017

Md. Soledad del Carmen Ávila León.

CI # 0103447884



CLAUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Md. Soledad del Carmen Ávila León, autora de la tesis: **“Determinantes sociales relacionados a la depresión del Adulto Mayor en el Centro de salud de la parroquia San Juan, Cantón Gualaceo, provincia del Azuay, 2015”**, certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y demás contenidos expuestos en la presente investigación es de la responsabilidad de su autora.

Cuenca, 10 de Abril 2017

Md. Soledad del Carmen Ávila León.

CI # 0103447884



DEDICATORIA

Este trabajo esta dedicado a los pilares fundamentales de mi vida, Dios, mis padres, a mi amado esposo que sin su paciencia y amor incondicional no hubiese tenido fuerzas para culminar este proyecto y a mi hija Paula que ha hecho que me esforzara un poco mas en cada dificultad que se presentaba.

A mis compañeros, maestros que estuvieron presentes siempre con sus sabios consejos.

Md. Soledad del Carmen Ávila León.

CI # 0103447884



AGRADECIMIENTO

Especial agradecimiento a Dios y a aquellas personas que supieron apoyarme mis padres, mi esposo, mi hija, mis maestros quienes con sus consejos me han alentado en continuar con mis sueños.

Md. Soledad del Carmen Ávila León.

CI # 0103447884



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el adulto mayor –definido como aquel sujeto con edad mayor a 65 años–, representa 11% de la población mundial total y se estima que para el año 2050 incremente al 22%, correspondiendo a 900 millones de individuos (1). El envejecimiento es un estadio natural del ciclo vital humano, caracterizado por pérdida progresiva de la funcionalidad fisiológica y mental, con mayor susceptibilidad a la enfermedad y la muerte, siendo un factor de riesgo para entidades como el cáncer, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y neurodegenerativas (2). Como consecuencia, esta población posee necesidades de cuidado específicas, que a menudo no son atendidas o cubiertas en los servicios de atención primaria, o incluso por los contactos familiares y sociales inmediatos (3).

La salud mental es una de las áreas más desatendidas en el cuidado del adulto mayor, lo cual es alarmante ante la elevada prevalencia de psicopatología en esta población (4). En América Latina y el Caribe, se ha estimado que 5% de la población adulta mayor padece depresión, vinculándose a 63.000 muertes en este grupo cada año (4), donde este panorama nace de la acción sinérgica de la agregación de factores orgánicos, como la acumulación de comorbilidades y factores de riesgo orgánicos-somáticos, así como factores psicosociales como el apoyo social y familiar decreciente en esta edad, que contribuyen en la etiopatogenia de la depresión (5).

Como todos los trastornos mentales, la etiología de la depresión es multifactorial por excelencia. Aunque fenómenos como la senescencia celular, arterioesclerosis y pérdida de la plasticidad neuronal, entre otros fenómenos



biológicos juegan un papel importante en la génesis de la depresión en adulto mayor, estos procesos son inevitables –constituyendo parte natural del envejecimiento–, siendo sólo controlables en algunos casos (6); este no es el caso con los factores psicosociales involucrados en este proceso, que pueden ser modificados para actuar de manera preventiva o terapéutica en este escenario. En efecto, la actuación sobre los factores psicosociales es una intervención invaluable ante la influencia pesada del componente biológico en la etiopatogenia de la depresión (3). De este prospecto surge la relevancia del estudio de los determinantes sociales relacionados con depresión en los adultos mayores.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Latinoamérica, la depresión geriátrica se ha convertido en un problema de salud pública de alta relevancia clínica, con cifras de prevalencia tan altas como 37,7% (7) y 36,4% en reportes colombianos (8). En este territorio, se ha descrito que el principal factor de riesgo para depresión en el adulto mayor el antecedente de otros trastornos neuropsiquiátricos; no obstante, determinantes sociales como el nivel educativo bajo y el estado civil de soltería también parecen estar íntimamente ligados a esta patología (8).

De manera similar, en un estudio cubano, la prevalencia de depresión en adultos mayores fue de 25% en una muestra de pacientes que acudieron a consulta de Medicina Familiar (9), resaltando la ubicuidad y alta frecuencia de esta entidad en la práctica clínica cotidiana. En este estudio, el principal determinante social asociado a la depresión fue el bajo nivel educativo, luego de factores biológicos como la edad avanzada y comorbilidades somáticas como osteoartritis y trastornos sensoriales (9). En otro estudio se identificaron los principales fenómenos psicológicos y sociales asociados a la depresión geriátrica, que incluyeron el aislamiento social y falta de comunicación, el temor



a la muerte y la sensación de desesperanza (10). Esto subraya el carácter multifactorial de la depresión como enfermedad, donde los aspectos neurobiológicos y orgánicos son indivisibles del entorno y funcionamiento social de cada individuo (11).

A pesar de los alarmantes reportes concernientes a la depresión geriátrica en múltiples localidades latinoamericanas, los antecedentes investigativos respecto a esta problemática son escasos en Ecuador. Para el año 2010, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), registró 940.905 adultos mayores en el territorio nacional, que corresponden a 6,5% de la población. En la provincia de Azuay, esta cifra ascendió a 7,84%, donde la esperanza de vida es de 75,6 años (12). Por otro lado, en Ecuador, se ha reportado una alta frecuencia de depresión, con 108-113 casos por cada 100.000 habitantes para el año 2013 (13).

Aunque en la región de Azuay no se ha explorado en detalle la depresión en adultos mayores, estudios de otras enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes mellitus e hipertensión arterial en esta localidad, han revelado íntimos enlaces con factores sociales como la constitución familiar y la ocupación de los sujetos (14,15). Adicionalmente, la parroquia San Juan se caracteriza por su gran extensión rural, lo cual influye significativamente en la caracterización de la depresión. En adultos mayores residentes de áreas rurales, los factores sociales parecen tener gran peso en el curso, pronóstico y severidad de la enfermedad (16).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los determinantes sociales relacionados con depresión en los adultos mayores del centro de salud de la parroquia San Juan, Cantón Gualaceo, provincia del Azuay 2015?



1.3 JUSTIFICACIÓN

Los resultados de esta investigación revisten relevancia social en tanto que permitan caracterizar el comportamiento epidemiológico de la depresión y sus determinantes sociales en adultos mayores en el escenario regional geográfico, sociodemográfico y cultural, información que debe ser aprovechada para la formulación y aplicación de estrategias preventivas y terapéuticas para esta entidad. La adecuación de las acciones médicas y comunitarias al contexto inmediatamente circundante al paciente favorecería resultados óptimos en su rehabilitación.

Además, la depresión del adulto mayor se relaciona con un empobrecimiento severo de la calidad de vida, no sólo de estos individuos, sino también de su núcleo familiar (17), correspondiéndose con elevados costos en atención médica y gastos indirectos (18), por lo cual el monitoreo y control de esta patología se reflejaría en beneficios integrales para la comunidad entera.

Por otro lado, este estudio tiene importancia científica en tanto arrojaría datos valiosos respecto a la historia natural de la depresión en el adulto mayor en Ecuador, colaborando con el enriquecimiento del acervo de conocimiento teórico y práctico en nuestra región, enmarcado dentro de la línea de investigación de salud mental y trastornos del comportamiento del Ministerio de Salud Pública. Finalmente, nuestro aporte sienta un precedente metodológico que puede ser evaluado, aprovechado o mejorado por futuros esfuerzos investigativos, a fin de ampliar la caracterización del problema abordado en nuestro territorio y en otras regiones del mundo.



CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEORICO

2.1.1 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso presente en todos los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte, siendo un componente irrevocablemente asociado con la vida como fenómeno puramente biológico (19). Sin embargo, clínicamente, el envejecimiento se manifiesta como la pérdida gradual de funcionalidad en todos los sistemas orgánicos, con la consecuente predisposición a la enfermedad (20). Por ende, el adulto mayor es inherentemente un grupo demográfico de gran relevancia clínica, con necesidades específicas, que amerita manejo especializado (21). No obstante, en la acepción más amplia, el envejecimiento es un proceso natural que afecta al individuo más allá de su salud física, e involucra cambios dramáticos en su rol familiar y en la sociedad, en su productividad laboral, así como en su sentido de identidad personal (22).

Al nivel celular, el envejecimiento se caracteriza por varios cambios bioquímicos, como inestabilidad genómica, acortamiento acelerado de los telómeros cromosómicos y alteraciones epigenéticas, en gran parte debido a acumulación de daño por radicales libres, que finaliza con disfunción celular y recambio celular disminuido (2). Además, se observa disregulación del manejo de nutrientes, disfunción mitocondrial y senescencia de las células madres, comprometiendo la funcionalidad de tejidos organizados (23). Finalmente, también se deterioran los mecanismos de comunicación intercelular, comprometiendo la integridad de la actividad multisistémica, y por lo tanto la homeostasis integral del organismo (24).



El deterioro propio del envejecimiento se manifiesta como una hipoxia relativa y susceptibilidad a la injuria en todos los tejidos. Uno de los hallazgos histopatológicos típicos de la edad avanzada es la arterioesclerosis, el endurecimiento de las paredes arteriales, que compromete el aporte de oxígeno a todos los tejidos (25). En el cerebro, el envejecimiento incluye disfunción mitocondrial, disregulación del metabolismo del calcio intracelular y especies reactivas de oxígeno, que resulta en alteraciones de las sinapsis, receptores y neurotransmisores, hasta la muerte neuronal (26). Clínicamente, esto se percibe como pérdida de las funciones mentales, clásicamente la cognición, pero también la regulación afectiva, el control de los impulsos, el sueño, entre otros aspectos (27).

En este sentido, psicológicamente el envejecimiento afecta de manera variable a cada individuo, si bien la pérdida de funciones es común a todos los adultos mayores, esta varía cualitativa y cuantitativamente, involucrando distintas aptitudes en diferentes magnitudes (22). Con el envejecimiento, la cognición es especialmente vulnerable, soliendo afectar a la memoria reciente y pensamiento abstracto. Otras competencias frecuentemente deterioradas son la regulación emocional, la esfera psicomotriz y la regulación del sueño. Menos frecuentemente, se desarrollan síntomas psicóticos (26).

Socialmente, el adulto mayor también experimenta transiciones profundas, experimentando grandes cambios de roles, con disminución de la productividad laboral y mayor dependencia económica, afectiva cotidiana en relación a miembros familiares u otras figuras (19). También se afrontan pérdidas frecuentes y amigos cercanos, e incluso de los conyugues, asimismo una transición del sentido de identidad y redefinición de objetivos vitales hacia la trascendencia, lo cual en conjunto se traduce a una gran carga de estrés psicosocial, de la mano del deterioro de las herramientas de afrontamiento (28).



2.1.2 DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad del grupo de los trastornos del estado de ánimo, que involucra síntomas afectivos, cognitivos y fisiológicos clínicamente incapacitantes. Según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (29), para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor se requiere la presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas, durante un período mínimo de 2 semanas:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Anhedonia o disminución importante del interés en las actividades diarias.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Dificultad para la concentración.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.
- Pérdida o aumento de peso o apetito clínicamente significativo.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.

Al menos uno de los síntomas debe ser el ánimo depresivo o la anhedonia; y el cuadro clínico no debe poder ser explicado más adecuadamente por los efectos fisiológicos de alguna enfermedad médica u otro trastorno mental o una sustancia.

La depresión se asocia a gran morbilidad social y física. Los individuos deprimidos realizan mayor número de consultas médicas, representando mayores gastos en el cuidado de la salud (30). Igualmente, la depresión se relaciona con menor calidad de vida, independientemente de la presencia de comorbilidades (31). Los individuos deprimidos tienen mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa, de la cual 15% corresponde a suicidio. Además, la depresión tiene un alto riesgo de recurrencia: se estima que las



personas que presentaron un episodio de depresión tiene alta probabilidad del 50% de presentar más episodios en el futuro con un riesgo incrementado del 70% después del segundo episodio y un 90% después del tercer episodio (32).

En el adulto mayor, la depresión constituye un problema clínico interesante, pues toma especial relevancia la detección de causas orgánicas para la enfermedad, debido al alto índice de comorbilidades de esta demografía (3). Además, puede existir solapamiento entre sintomatología depresiva y otras entidades, como la demencia, de gran prevalencia en esta población, que puede llegar a asemejarse clínicamente (33).

Existen varias herramientas clínicas que permiten valorar cuantitativamente la psicopatología depresiva en la población geriátrica, entre las cuales destaca la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, que se ha publicado en versiones de 30, 15 y 5 ítems. Si bien cada versión ha mostrado alta confiabilidad y consistencia interna, se ha propuesto reanalizar estos parámetros en cada población para evaluar el potencial diagnóstico de la prueba en cada demografía (34).

2.1.3 DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS A DEPRESIÓN

2.1.3.1 DETERMINANTES SOCIALES

A partir de la investigación realizada por Marc Lalonde en 1974, se comenzaron a mencionar los determinantes sociales en salud (35). Lalonde perteneció al Ministerio de Salud Pública de Canadá y llevó a cabo un gran estudio epidemiológico que estableciera las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, concluyendo en su informe llamado "New perspectives on the health of Canadians", que la Salud Pública es una disciplina que rige las acciones de los servicios de salud que protegen a la población. Se denominan determinantes de la salud a la agrupación de factores tanto personales como



sociales, económicos y ambientales que influyen sobre el estado de salud de los sujetos o comunidades (36).

Los determinantes de la salud puede ser divididos en dos grandes grupos: a) Los que son de responsabilidad multisectorial del estado correspondiendo a los determinantes económicos, sociales y políticos; b) Y los de responsabilidad del sector Salud. Los factores determinantes de la salud son: Relacionados al estilo de vida, factores ambientales, aspectos genéticos y biológicos de los individuos y comunidades; así como los relacionados a la atención en los servicios de salud (36).

Los determinantes relacionados a los aspectos económicos, sociales y políticos pueden incidir sobre la salud de las poblaciones, si se realiza una revisión histórica de los hechos y personajes que han influido para que la humanidad entienda la importancia de estos aspectos sobre la salud de las poblaciones, se pueden citar los eventos ocurridos a finales del siglo XVIII y XIX, época en la que se estableció la disciplina científica de la Salud Pública (37); siendo Johan Peter Frank una de las personas más influyentes, en base a sus estudios en la medicina europea escribió un tratado de seis tomos al cual llamó “Un sistema completo de Policía Médica”, mencionando que “la miseria es la madre de las enfermedades”, por lo tanto fue uno de los primeros en exponer la importancia de los aspectos económicos y sociales como factor determinante en salud (38). Junto con estos aportes, en el año de 1830, durante la Revolución Industrial en Europa y Norte América, se produjo una expansión masiva de fábricas con gran contaminación ambiental y explotación a los trabajadores con salarios bajos y un horario de trabajo mayor a 12 horas diarias; dadas estas condiciones las familias de los obreros vivían en decadencia, hacinamiento, sin agua potable o sistema de cloacas, lo que exponía a las comunidades a enfermedades infecciosas como cólera, tuberculosis, fiebre tifoidea y malaria, produciendo alta cifras de muertes en estas poblaciones, con un promedio de



vida alarmante de 22 años de edad. Ante esta situación Edwin Chadwick fue nombrado para estudiar este problema, concluyendo que la salud y fuerza física se ve perjudicada por las influencias negativas del ambiente de pobreza, falta de agua potable y hacinamiento (39).

Por otra parte, Rudolf Virchow en Alemania también destaca la necesidad de mejores condiciones de vida para los obreros y que el gobierno tiene la responsabilidad de garantizarla, catalogando a los médicos como los abogados de los pobres y definiendo a la medicina como una ciencia social, mientras que la política es la medicina a gran escala (40). Lemuel Shattuck en el año de 1850 en Norteamérica, recomendó el saneamiento ambiental, control de enfermedades infecciosas, mejoramiento de las escuelas de medicina y enfermería, haciendo importancia sobre la creación de inspectores sanitarios para la prevención en salud (41).

Ante estos reportes, los países de Europa y América del Norte entendieron la importancia de los factores económicos y sociales como determinantes de la salud, por lo que se comenzaron a crear políticas para la salud comunitaria y laboral, implementando los servicios de salud pública, siendo denominada en una primera instancia “Sanidad e Higiene Pública”, cuyo objetivo era la protección de la salud poblacional, por medio de acciones gubernamentales destinadas a preservar el medio ambiente y la salud del colectivo. Por lo tanto, es comprensible entender la importancia del factor político como un determinante de salud. (36).

Para el año de 1920, Winslow define a la Salud Pública: “Ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria y la organización de los servicios médicos y de enfermería” (42). Asimismo Sigerist en el año de 1948 refiere que “la salud se promueve



proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”; sugiriendo la gran importancia que tiene la “promoción de la salud” como una tarea que debe ser ejecutada a todos los niveles de la población (43).

Posteriormente, se llevó a cabo la Declaración de Alma Ata en el año de 1978, donde se establece la importancia de la participación comunitaria en la planificación y aplicación de la atención en salud, conceptualizando la estrategia para la salud en todos los sujetos de las poblaciones, mediante la prevención y promoción en salud a través de la llamada “Atención Primaria de Salud” (44). Además en el año de 1986 se firmó la Carta de Ottawa en Canadá, la cual definió la promoción en salud como un proceso para proporcionar a las comunidades los medios necesarios mejorar los aspectos en su salud (45). Esta promoción en salud va más allá del concepto de formas de vida sanas, sino para incluir condiciones como la paz, vivienda, educación, alimentación, medioambiente estable, recursos sostenibles, equidad y justicia social; por lo tanto se entiende que los aspectos sociales, económicos y políticos son importantes determinantes en salud que deben ser considerados.

Para el sector salud, los determinantes de la salud son importantes para garantizar la calidad de vida de las poblaciones, en el año de 1964 fue publicado un informe realizado por Lalonde (35), que reportó las causas de muertes y enfermedad para la población canadiense, concluyendo que cuatro determinantes de salud eran los que regían la salud individual y colectiva: a) medio ambiente: contempla los factores de contaminación atmosférica, química, de suelo, agua y aire; b) estilos de vida: hábitos de alimentación, actividad física, conductas de riesgo, actividad sexual, etc; c) biológicos: aspectos genéticos y la edad de los sujetos; y d) la atención sanitaria: relacionado a la calidad, accesibilidad y disponibilidad de los servicios en salud, así como la promoción de salud que este genere sobre sus comunidades (36).



Por otra parte, en el año 2012 el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, hace mención la importancia de los determinantes en salud, los cuales son definidos como el conjunto de procesos con el potencial de proteger o perjudicar la salud individual y comunitaria. Refiriendo que son factores con interacciones múltiples conjuntas entre los aspectos individuales, sociales, económicos y del medio ambiente; con una relación entre la distribución de las riquezas de la población y no solamente inherente a la producción de las mismas. Donde la Atención Primaria en Salud Renovada permite la preservación de la salud considerando estos determinantes y sus componentes en las comunidades (46).

2.1.3.2 RELACIÓN ENTRE DETERMINANTES SOCIALES Y LA DEPRESIÓN

La etiología de la depresión es eminentemente multifactorial y se centra en un modelo de diátesis-estrés, donde individuos predispuestos desarrollan el síndrome clínico ante situaciones psicológicamente demandantes. En este sentido, situaciones de estrés psicosocial pueden actuar como factores predisponentes, precipitantes o perpetuantes de la depresión (47). Factores inherentes al macroambiente, como el estatus socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, entre otros; suelen comportarse muy variablemente con respecto a la depresión, siendo promotores o protectores en distintas comunidades (48).

No obstante, componentes propios del microambiente personal, como la autonomía personal, apoyo social y funcionamiento familiar (FF), se han vinculado consistentemente con la depresión; subrayando la importancia de la promoción de las familias armónicas en todas las sociedades (49). Una de las principales herramientas psicométricas usadas para la evaluación del FF es la Prueba de Percepción del Funcionamiento Funcional (FF-SIL), que gradúa este



parámetro en 7 aspectos: cohesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad (50).

El FF y la dinámica familiar se han visto implicadas en la etiología de un gran número de entidades psiquiátricas, incluyendo trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, y trastornos de personalidad (51). La FF podría participar en este escenario principalmente mediante el moldeamiento de los estilos de regulación emocional, un proceso que inicia desde la infancia, pero está presente y evoluciona a lo largo de toda la vida (52). Además el FF y los estilos de regulación emocional sientan las bases para el nivel de resiliencia de cada individuo; es decir, su capacidad de adaptación a adversidades y modo de gestión de creencias personales. El grado de resiliencia acumulado a lo largo de la vida es un determinante importante de la psicopatología en los adultos mayores, siendo es considerablemente influenciado por el ambiente familiar (53).

El estado civil también es un determinante importante de la depresión en la población geriátrica, al menos parcialmente debido a su actuación como modificador del ambiente familiar, tener una pareja ayuda al bienestar físico y psicológico especial en el adulto mayor. En este sentido, las uniones civiles actúan como ejes estructurales de la familia, donde la salud de estas relaciones a menudo determina el nivel de FF de cada grupo familiar (54). Además, se ha observado que la prevalencia y severidad de la depresión es menor en los integrantes de familias nucleares (55). Esto es particularmente relevante para los adultos mayores, quienes frecuentemente son desplazados en las dinámicas familiares, con mayor severidad y austeridad en las familias disfuncionales, o con importante aislamiento social si se encuentran en condición de soltería o viudez (56).



Esta problemática se complica ante la escasez de apoyo social ofrecido al adulto mayor en la mayoría de las sociedades, especialmente en los países en vías de desarrollo, que pasa a ser frecuentemente percibido y tratado como una carga; lo cual puede contribuir a los sentimientos de desesperanza y falta de propósito reportados por la población geriátrica con depresión, tener una economía sostenible amplía la participación en actividades comunitarias (57). A su vez, esta situación podría ser uno de los principales motores que impulsan a los adultos mayores a la adopción de las creencias y prácticas religiosas como una de las principales herramientas para el manejo de síntomas de depresión y ansiedad (58).

Los factores relacionados con el nivel de autonomía personal también dictan significativamente el curso y gravedad de los cuadros depresivos en los adultos mayores. En una revisión sistemática de Bjørkløf y colaboradores (59) se identificaron los principales rasgos psicológicos asociados con mejor manejo de los síntomas depresivos, a partir de 44 estudios de alto valor metodológico. Entre estos fenómenos, la sensación de mayor control sobre su bienestar y decisiones, la admisión de un locus interno de control, así como la adopción de estrategias actitudinales activas se vincularon con mejores resultados clínicos.

A pesar de este rol beneficioso de la sensación interna de autonomía personal, para el adulto mayor, su desenvolvimiento independiente en la sociedad puede estar severamente comprometido por factores externos como el desempleo y el decremento de los ingresos económicos. Esta es una situación condicionada por la estructura social actual donde se valora la productividad laboral a expensas de individuos considerados menos aptos para esta meta, como el adulto mayor (60). Esto es especialmente preocupante al contemplar los elevados costos asociados al cuidado de los sujetos en este grupo etario, que se ha estimado en hasta \$119,8 millones por año por cada 1.000.000 adultos mayores, cuando la ansiedad y depresión son comórbidas (17).



Asimismo, el nivel de educación bajo se ha relacionado a mayor dependencia de cuidadores en la adultez mayor, como descrito en una muestra de 2813 sujetos cubanos con edad ≥ 65 años, se ha observado que mientras más alto sea el nivel educativo más redes sociales estarán presentes (61). En efecto, los determinantes sociales de la depresión geriátrica son abundantes e inextricables entre sí; aunque parecen contribuir de manera diferente en las distintas comunidades. Esto ilustra al estudio de los determinantes sociales de la depresión en adultos mayores como una prioridad investigativa.

2.1.4 PERSPECTIVA BIOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN

De manera paralela a los determinantes sociales, la etiología de la depresión contempla un componente genético importante, con concordancia de 40-50% en estudios de gemelos, así como un riesgo 3 veces mayor de desarrollar esta patología en familiares de primer grado de sujetos deprimidos (62). Varios genes involucrados en el metabolismo de la serotonina, como *HTR3A*, *HTR3B* y *TPH2*; y en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, como *FKBP5*, se han relacionado con la predisposición a la depresión (63).

La hipótesis de las monoaminas biogénicas dominan las explicaciones fisiopatológicas biológicas de la depresión en la actualidad. En esencia, la disminución de la señalización por serotonina, dopamina y noradrenalina en áreas clave del cerebro se han asociado con distintas dimensiones de la psicopatología presente en la depresión (64). La menor función serotoninérgica se ha relacionado con mayor impulsividad y exacerbación de los síntomas cognitivos de la depresión, como los pensamientos mórbidos (65). La señalización dopaminérgica disminuida se relaciona con anhedonia, abulia y una conducta predominantemente pasiva, abúlica o melancólica en la depresión (66). Finalmente, la menor actividad noradrenérgica se relaciona con Soledad del Carmen Ávila León



la disfunción psicomotora y la disregulación de los hábitos psicofisiológicos en la depresión (64).

También se ha observado que el estado nutricional juega un papel importante en la salud mental, por lo tanto, una mala nutrición podría contribuir a la patogénesis de la depresión (67). Ha sido descrita la asociación entre la depresión y los ácidos grasos esenciales así como los niveles de ácido fólico, siendo tan importante la interrelación entre dichos nutrientes y esta entidad clínica, que pueden ser utilizados de forma efectiva para tratar la depresión o aumentar la eficacia del tratamiento pre-existente. Los aminoácidos triptófano, tirosina, fenilalanina y metionina son a menudo muy útiles en el tratamiento de muchos trastornos del estado de ánimo. El triptófano es un precursor de la serotonina, y tal como se ha mencionado, su disminución forma parte de la fisiopatología de la depresión. Esto implica que la restauración de los niveles de serotonina conduce a la mejoría del cuadro clínico causada por deficiencia de esta (67).

El control de los aspectos ambientales y sociales es fundamental en el manejo de la depresión, lo que incluye la instauración de actividad física regular, técnicas de relajación y actividades de esparcimiento (68). Finalmente, se debe fomentar un clima familiar y social de apoyo, centrado en la atribución de control al paciente sobre decisiones cotidianas, promoción de la autosuficiencia, y expresión emocional (69).



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS:

3.2 Objetivo General

Identificar la relación entre Depresión y Determinantes Sociales en el adulto mayor que acude al Centro de Salud de la parroquia de San Juan del Cantón Gualaceo

3.3 Objetivos Específicos

- Caracterizar la muestra investigada según variables demográficas y determinantes sociales así como las comorbilidades y nivel de funcionalidad familiar.
- Determinar la prevalencia de la Depresión en el Adulto mayor que acuden al centro de salud de la parroquia de San Juan.
- Identificar los factores asociados a la Depresión en el Adulto Mayor que acuden al centro de salud de la parroquia de San Juan en relación al sexo, edad, grupos étnicos, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, núcleo de convivencia, religión, ingreso económico, cobertura médica, tipo de vivienda, determinantes sociales relacionados al entorno físico familiar, físico social, físico ecológico, hábitos personales, estilo de vida y servicios de salud, así como las comorbilidades y nivel de funcionalidad familiar.
- Relacionar los determinantes sociales de riesgo con la Depresión del Adulto Mayor que acude al centro de salud de la parroquia de San Juan.



CAPÍTULO IV

4. MÉTODOS Y TÉCNICAS:

4.1 Tipo de estudio: Se realizó un estudio cuantitativo, observacional analítico transversal.

4.2 Área de estudio: Centro de salud de San Juan del Cantón Gualaceo, 2015.

4.3 Universo o Población de estudio: Todos los adultos mayores mujeres y hombres que acuden al centro de salud de San Juan del Cantón Gualaceo.

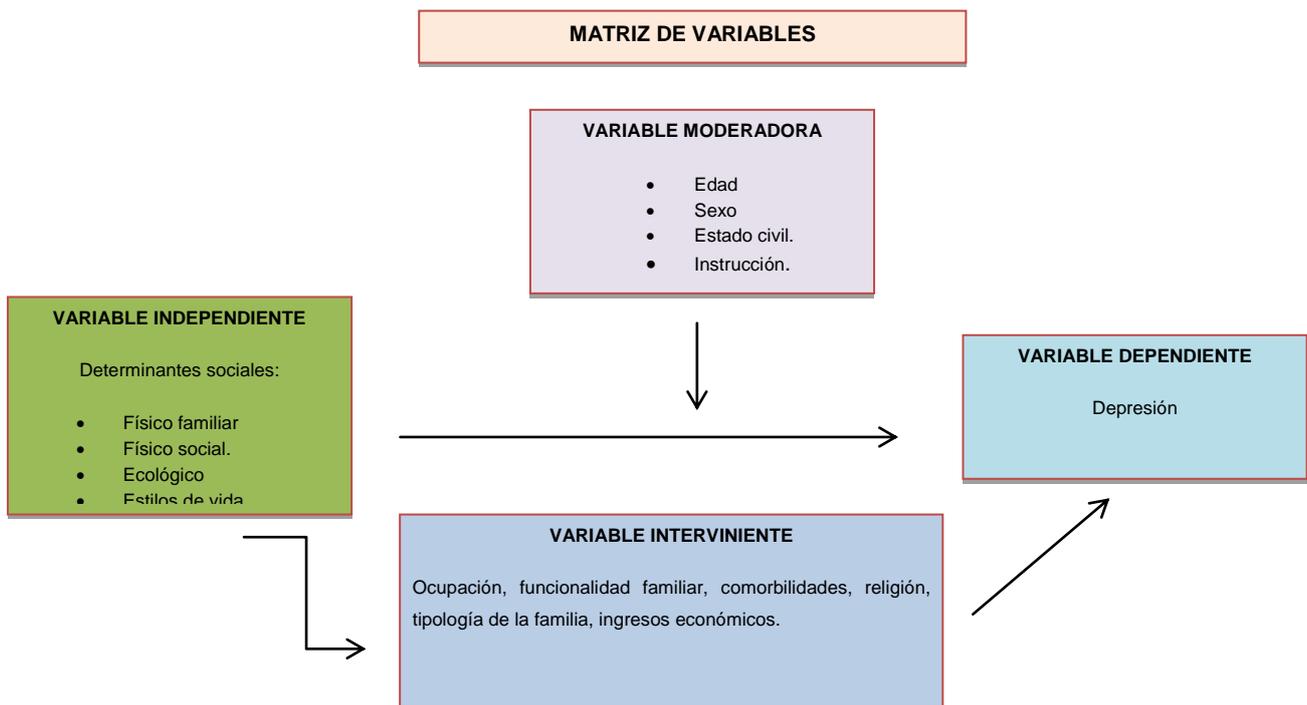
4.4 Unidad de análisis y observación: Aquellos adultos mayores que acudieron al centro de salud de San Juan del Cantón Gualaceo, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

4.5 Muestra:

La muestra fue de 125 adultos mayores que acudieron al centro de salud, la cual fue determinada con un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 5%, al cual se agregó un 10% de la proporción esperada por posibles pérdidas, mediante el programa de Análisis Epidemiológicos de Datos EPI DAT 3.1. Se seleccionaron a aquellos adultos mayores que acudieran al centro de salud que vivan en la parroquia San Juan y aquellos que no pudieron acudir fueron evaluados a través de visitas domiciliarias y que acepten participar en el estudio mediante el consentimiento informado. Por otra parte, no fueron incluidos en el estudio a aquellos pacientes que presentaron enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, así mismo a enfermedades que afectaron severamente el área cognitiva del paciente (deterioro cognitivo

moderado o severo, demencia), problemas en el lenguaje y sujetos que no desearon continuar o participar en el estudio.

4.6 Variables



4.7 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DIMENSIÓN DE LA VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Números de años cumplidos en el momento de realizar el estudio.	Cualitativa ordinal	65 -74 años 74- 84 años 85 años y más
ESTADO CIVIL	Situación personal que se encuentra una persona en relación con otra.	Estado civil.	Estado civil.	Soltero. Casado. Unión libre. Separado. Viudo
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Grado más alto de educación aprobada o asistida a un sistema educativo	Años aprobados	Nivel educativo	Analfabeto. Primaria Secundaria Superior
OCUPACION	Actividad física o mental	Actividad Laboral	Principal	Agricultor.



	que una persona realiza para su subsistencia.		Actividad económica desempeñada por la persona.	Comerciante Profesional. Jubilado Quehaceres domésticos Otros.
DEPRESIÓN	Afección de la esfera afectiva	Yesavage	Puntaje De test Yesavage	Normal 0-5 Probable depresión 6-9 Depresión estable 10 o más.
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Procesos que facilitan o promueven la adaptación de la familia frente a determinada situación.	FF-SIL	Puntaje	Familia funcional 57 a 70 puntos. Familia moderadamente funcional 56 a 43 puntos. Familia disfuncional 42 a 28 puntos. Familia severamente disfuncional 27 a 14 puntos
CONVIVENCIA	Vida en común que una persona tiene con una o varias personas.	Cuestionario	Convivencia	Solo/a, Con Cónyuge. Hijos, Nietos. Otros.
SOCIO ECONOMICOS	Experiencias sociales y económicas que moldean la actitud y forma de vida.	Escala	Precario Pobre Clase media Clase media alta Clase alta.	Menos de 378 dólares. 378 a 756 dólares. 756 a 1134 dólares 1134 a 1472 dólares. Mayor a 1472 dólares
COMORBILIDAD	Trastorno que acompaña a una enfermedad primaria. Implica la coexistencia de dos o más patologías medicas no relacionadas.	Índice de comorbilidad de Charlson	Puntaje	0 a 1 ausencia de comorbilidad. 2 comorbilidad baja. >3 comorbilidad alta.
DETERMINANTES SOCIALES	Actividades realizadas por el paciente o su interacción con el entorno familiar, doméstico, comunitario, estilo de vida y de salud.	Determinantes sociales del paciente	Determinantes sociales según la teoría de Marck Lalonde.	Entorno físico familiar Entorno físico social Entorno físico ecológico Hábitos de salud mental Estilo de vida Acceso a servicios de salud

4.8 Criterios de inclusión:

- Adultos masculinos y femeninos con una edad mayor a 65 años que vivan en la misma parroquia.
- Sujetos que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado



4.9 Criterios de exclusión:

- Pacientes que presentaran enfermedades psiquiátricas previamente diagnosticadas, asimismo a enfermedades que afectaran severamente el área cognitiva del paciente (deterioro cognitivo moderado o severo, demencia), problemas en el lenguaje o idioma.
- Sujetos que no deseen continuar o participar en el estudio.
- Sujetos que no firmen el consentimiento informado.

4.10 Procedimiento, técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Técnica:

Se aplicó a todos los pacientes un Cuestionario de recolección (ANEXO 1) de datos para medir los aspectos sociodemográficos y determinantes sociales el cual fue validado en una población con similares características en la Parroquia rural de Santa Rosa, en donde la investigadora estuvo presente para aclarar cualquier duda, por otra parte se utilizó la escala de Yesavage para medir depresión (34), FF-SIL para estimar la funcionalidad familiar (70), asimismo para la evaluación de las comorbilidades le empleó el índice de Charlson (71).

A todos los pacientes estudiados se les aplicó el instrumento de recolección de datos posterior a la firma del consentimiento informado (**ANEXO 2**). El instrumento de recolección de datos estuvo conformado por una primera parte que evaluó las características sociodemográficas de los adultos mayores en cuanto al sexo, edad, raza, nivel educativo, religión, ocupación, ingresos y tipo de vivienda. Así mismo constó de una serie de preguntas enfocadas a evaluar los determinantes sociales según la teoría de Lalonde en relación al entorno físico familiar, social, ecológico, hábitos de salud mental, estilo de vida, acceso a servicios de salud.



La escala de Yesavage fue utilizada para medir la depresión, clasificándose en normal de 0 a 5 puntos, probable depresión (depresión moderada) de 6 a 9 puntos y depresión estable (depresión severa) 10 o más puntos (34). El cuestionario FF-SIL fue aplicado para determinar el funcionalismo familiar, siendo de 70 a 57 puntos una familia funcional, 56 a 43 puntos familia moderadamente funcional, 42 a 28 puntos familia disfuncional y 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional. Por su parte el índice de Charlson fue aplicado para estimar el grado de comorbilidad de los pacientes: 0 a 1 puntos fue definido como ausencia de comorbilidad; 2 puntos comorbilidad baja y 3 o más puntos comorbilidad alta (71).

4.11 Plan de análisis

Se utilizó el programa SPSS v.20 para el análisis de los datos estadísticos. Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas, las cuales fueron representadas en tablas y gráficos pastel. Para establecer asociaciones se utilizó la prueba de chi cuadrado de Pearson, mientras que para establecer riesgo se hizo uso del Odds Ratio (OR), con su respectivo intervalo de confianza al 95%. Por otra parte, se realizó un modelo de regresión logística múltiple para la determinación de los factores de riesgo o protectores más significativos para la depresión. La regresión logística fue realizada por medio del análisis de "adelante-Wald", en el cual se ejecuta el procedimiento incluyendo a la totalidad de las variables de estudio, sin embargo paso a paso el programa SPSS incluyó mayor cantidad de variables hasta lograr un modelo totalmente ajustado, siendo las variables finales las que muestran mayor influencia sobre la depresión. Todos los resultados de las pruebas estadísticas fueron considerados como significativos cuando el valor de p fue menor a 0,05.



4.13 Aspectos éticos

Para la realización de la investigación se pidió la autorización de cada uno de los adultos mayores que asistieron al Centro de Salud de San Juan, a través del consentimiento informado, se les explicó que la participación es voluntaria y que podrían retirarse en cualquier momento, así mismo los resultados no serán manipulados para beneficio ajeno. La presente investigación garantizó los principios de autonomía, confidencialidad y no maleficencia.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	n	%
Sexo		
Masculino	39	31,2
Femenino	86	68,8
Grupos etarios*		
65 a 74 años	42	33,6
75 a 84 años	59	47,2
85 años y más	24	19,2
Grupos étnicos		
Mestizo	119	95,2
Indígena	6	4,8
Estado civil		
Casado	62	49,6
Soltero	6	4,8
Separado	6	4,8
Viudo	43	34,4
Unión Libre	8	6,4
Total	125	100,0

* Edad: $77,70 \pm 6,96$ años

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Del total de adultos mayores estudiados, el 68,8% (n=86) correspondió al sexo femenino, el promedio de edad fue de $77,70 \pm 6,96$ años, siendo el grupo etario más frecuente fue 75 a 84 años con un 47,2%; el grupo étnico fue en un 95,2% (n=119) mestizo y el estado civil fue en un 49,6% (n=62) casado, seguido de 34,4% viudo.



Tabla 2. Frecuencia del nivel de instrucción y ocupación de los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	n	%
Nivel de instrucción		
Ninguna	86	68,8
Primaria	39	31,2
Secundaria	0	0
Superior	0	0
Ocupación		
Ninguna	7	5,6
Agricultor	73	58,4
Comerciante	1	0,8
Profesional	0	0
Jubilado	1	0,8
Quehaceres domésticos	36	28,8
Otros	7	5,6
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: El nivel de instrucción fue en un 68,8% (n=86) ninguna educación, seguido de educación primaria con un 31,2%; mientras que la ocupación más frecuente fue el agricultor con 58,4%.



Tabla 3. Comportamiento del núcleo de convivencia en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	n	%
Núcleo de convivencia		
Solo/a	35	28,0
Con cónyuge	61	48,8
Hijos	18	14,4
Nietos	3	2,4
Otros	8	6,4
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: De acuerdo al núcleo de convivencia, el 48,8% de los adultos mayores vive con el cónyuge, seguido de un 28,0% que reportó vivir solo/a.

Tabla 4. Comportamiento de la religión de los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	n	%
Tipo de religión		
Católica	118	94,4
Testigos de Jehová	2	1,6
Cristiana evangélica	5	4,0
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: La religión más frecuente fue la católica con un 94,4%, seguido de los la Cristiana evangélica con el 4,0% y con menor frecuencia los Testigos de Jehová con un 1,6%.

**Tabla 5. Comportamiento del ingreso económico y cobertura médica en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015**

	n	%
Ingreso económico		
Si	105	84,0
No	20	16,0
Total	125	100,0
Procedencia de los recursos		
Bono solidario	98	78,4
Jubilación	1	0,8
De algún familiar	12	9,6
Otros	14	11,2
Total	125	100,0
Cobertura médica		
Si	107	85,6
No	18	14,4
Total	125	100,0
Seguro Social	1	0,9
Seguro Social Campesino	20	18,7
Centro de Salud	86	80,4
Otras	0	0
Total	107	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: El 84,0% (n=105) refirió tener ingresos económicos, los cuales fueron principalmente debidos al bono solidario con un 78,4% (n=98); por otra parte el 85,6% refirió tener cobertura médica principalmente en el centro de salud con un 80,4%. Además, se demostró que el 100% de los adultos mayores tuvo un ingreso menor a 378\$ mensuales.



Tabla 6. Tipo de vivienda de los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	n	%
Tipo de vivienda		
Propia	111	88,8
Prestada	14	11,2
Arrendada	0	0
Componentes de la vivienda		
Baño	47	37,6
Taza	30	24,0
Pozo séptico	11	8,8
Aire libre	34	27,2
Alcantarillado	3	2,4
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: El tipo de vivienda fue con mayor frecuencia propia con un 88,8% (n=111), observando que las características de la vivienda fueron en un 37,6% con baño, 27,2% aire libre, 24,0% taza, 8,8% pozo séptico y un 2,4% alcantarillado.



Tabla 7. Comportamiento del entorno físico familiar de los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Entorno Físico familiar	n	%
¿Hace usted actividades todos los días?		
No	40	32,0
Si	85	68,0
¿Sabe utilizar el internet?		
No	123	98,4
Si	2	1,6
¿Cuenta con un lugar solo para usted en su casa?		
No	39	31,2
Si	86	68,8
¿Existe en su casa un espacio adecuado para descansar cuando está usted desocupado?		
No	41	32,8
Si	84	67,2
¿Tiene usted un lugar acogedor en su casa para compartir con su familia?		
No	60	48,0
Si	65	52,0
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: De acuerdo al entorno físico, un 68,0% refirió ser capaz de realizar actividades diarias, 1,6% usa internet, el 68,8% refiere tener privacidad en su casa, asimismo el 67,2% manifestó tener un lugar adecuado para descansar y el 52,0% considera tener un lugar acogedor para reunirse con sus familiares.



Tabla 8. Comportamiento de los determinantes sociales en relación al entorno físico social de los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Entorno Físico Social	n	%
Asiste a algún grupo social (cultural, político o religioso)		
No	82	65,6
Si	43	34,4
¿Ha dejado de hacer actividades debido a alguna limitación en su cuerpo o estorbo en el camino de su casa o barrio?		
No	13	10,4
Si	112	89,6
¿Participa en actividades comunitarias?		
No	86	68,8
Si	39	31,2
¿La forma de su barrio permite que usted pueda caminar sin dificultad?		
No	52	41,6
Si	73	58,4
¿Se reúne con su familia o amigos en parques, plazas de su comunidad?		
No	97	77,6
Si	28	22,4
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Según el entorno social, el 34,4% acude a algún grupo social; el 89,5% ha tenido que dejar alguna actividad por discapacidad; por su parte el 31,2% participa en actividades comunitarias; un 58,4% refiere que el diseño estructural del barrio es un factor que limita su acceso y el 22,4% reportó que se reúne con su familia o amigos en lugares de recreación.



Tabla 9. Comportamiento de los determinantes sociales en relación al entorno físico ecológico de los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Entorno Físico Ecológico	n	%
¿Tiene sitios para recrearse en su comunidad?		
No	75	60,0
Si	50	40,0
¿Los lugares donde colocan la basura de su comunidad son adecuados?		
No	88	70,4
Si	37	29,6
¿Hay mucho ruido en su comunidad?		
No	48	38,4
Si	77	61,6
¿Cree que su comunidad está contaminada por humo y polvo?		
No	55	44,0
Si	70	56,0
¿Su comunidad es limpia?		
No	89	71,2
Si	36	28,8
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Según el entorno ecológico, un 40,0% de los adultos mayores refiere que hay áreas verdes en su barrio; por otra parte, el 29,6% considera adecuados los depósitos de basura; mientras que el 61,6% refiere que su barrio es ruidoso; asimismo el 56,0% considera el barrio está contaminado por humo y polvo y un 28,8% manifiesta que su barrio es limpio.



Tabla 10. Comportamiento de los determinantes sociales en relación a los hábitos personales de salud mental en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Hábitos personales de salud mental	n	%
¿Piensa en los cambios a futuro y que va hacer con ellos?		
No	32	25,6
Si	93	74,4
¿Le gusta hacer actividades diarias?		
No	42	33,6
Si	83	66,4
¿Se siente seguro (confiado) de usted mismo?		
No	43	34,4
Si	82	65,6
¿Al verse en problemas se puede reponer enseguida?		
No	23	18,4
Si	102	81,6
¿Cree usted que tiene un papel importante en la vida?		
No	39	31,2
Si	86	68,8
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: De acuerdo a los hábitos personales de salud mental, un 74,4% de los adultos mayores piensa como va a afrontar los cambios que vienen en el futuro; el 66,4% refiere disfrutar sus actividades diarias; el 65,6% tienen confianza en sí mismos; de igual forma un 81,6% refiere recuperarse fácilmente de sus problemas y el 68,8% siente que desempeña un papel útil en la vida.



Tabla 11. Comportamiento de los determinantes sociales en relación al estilo de vida en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Estilo de vida	n	%
¿Camina todos los días?		
No	56	44,8
Si	69	55,2
¿Hace actividades recreativas en su tiempo libre?		
No	111	88,8
Si	14	11,2
¿Lee o mira (revistas, periódicos) en su tiempo libre?		
No	121	96,8
Si	4	3,2
¿Duerme usted al menos 6 horas diarias?		
No	24	19,2
Si	101	80,8
¿Evita consumir alcohol?		
No	3	2,4
Si	122	97,6
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: En relación al estilo de vida, el 55,2% de los adultos mayores realiza caminatas diarias; un 11,2% realiza alguna actividad recreativa; por otra parte solo un 3,2% refiere leer en el tiempo libre; el 80,8% manifiesta que duerme al menos 8 horas diarias y un 97,6% evita consumir alcohol.



Tabla 12. Comportamiento de los determinantes sociales en relación al acceso a los servicios de salud en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Acceso a los Servicios de Salud	n	%
¿Tienen usted atención médica preferencial?		
No	85	68,0
Si	40	32,0
¿Tiene usted atención preventiva?		
No	92	73,6
Si	33	26,4
¿Ha recibido medicamentos de forma gratuita del Sistema de Salud Pública?		
No	50	40,0
Si	75	60,0
¿Utiliza bus o camionetas para ir al centro de salud?		
No	53	42,4
Si	72	57,6
¿Le dan atención médica y psicológica regularmente?		
No	86	68,8
Si	39	31,2
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: En cuanto al acceso a los servicios de salud, el 32,0% reportó que tiene atención médica preferencial, un 26,4% tiene atención preventiva; el 60,0% ha recibido medicamentos gratuitos; de manera similar el 57,6% refiere utilizar transporte público para acudir al centro de salud y el 31,2% ha recibido control médico y psicológico regularmente.



Tabla 13. Frecuencia de la presencia de comorbilidades en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Comorbilidades	n	%
Comorbilidad baja	11	8,8
Ausencia de comorbilidad	114	91,2
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: El 8,8% de los adultos mayores tuvo presencia de una comorbilidad baja, en contraste con un 91,2 (n=114) no tuvo presencia de comorbilidades significativas.

Tabla 14. Frecuencia del nivel de funcional familiar en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Nivel de funcionalidad familiar	n	%
Familia funcional	11	8,8
Familia moderadamente funcional	71	56,8
Familia disfuncional	38	30,4
Familia severamente disfuncional	5	4,0
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: De acuerdo al nivel de funcionalidad familiar se encontró que el 8,8% (n=11) tuvo una familia funcional, el 56,8% presentó una familia moderadamente funcional; mientras que el 30,4% tuvo una familia disfuncional o con un 4,0% una familia severamente disfuncional.



Tabla 15. Frecuencia del nivel de depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Nivel de depresión	n	%
Depresión Estable	12	9,6
Probable Depresión	55	44,0
Normal	58	46,4
Total	125	100,0

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Al evaluar el nivel de depresión se obtuvo que el 9,6% (n=12) presentó depresión severa; un 44,0% depresión moderada y un 46,4% se presentó como normal.



Tabla 16. Asociación entre las características sociodemográficas y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,122 (0,726)
Masculino	20	51,3	19	48,7	39	100,0	
Femenino	47	54,7	39	45,3	86	100,0	
Grupos etarios							6,395 (0,041)
65 a 74 años	18	42,9	24	57,1	42	100,0	
75 a 84 años	31	52,5	28	47,5	59	100,0	
85 años y más	18	75,0	6	25,0	24	100,0	
Grupos étnicos							0,433 (0,511)
Mestizo	63	52,9	56	47,1	119	100,0	
Indígena	4	66,7	2	33,3	6	100,0	
Estado civil							5,058 (0,281)
Casado	27	43,5	35	56,5	62	100,0	
Soltero	4	66,7	2	33,3	6	100,0	
Separado	4	66,7	2	33,3	6	100,0	
Viudo	27	62,8	16	37,2	43	100,0	
Unión Libre	5	62,5	3	37,5	8	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los grupos etarios y la depresión (valor de chi cuadrado de 6,395 y valor de p de 0,041), donde la prevalencia de depresión aumentó conforme se incrementó de grupo etario desde un 42,9% en los adultos mayores de 65 a 74 años, 52,2% en 75 a 84 años y un 75,0% en el grupo de 85 años y más. Por otra parte no se encontró asociación entre la depresión con el sexo, raza, grupo étnicos y estado civil.



Tabla 17. Asociación del nivel de instrucción y ocupación con la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Nivel de instrucción							1,264 (0,261)
Ninguna	49	57,0	37	43,0	86	100,0	
Primaria	18	46,2	21	53,8	39	100,0	
Ocupación							8,665 (0,123)
Ninguna	6	85,7	1	14,3	7	100,0	
Agricultor	36	49,3	37	50,7	73	100,0	
Comerciante	1	100,0	0	0	1	100,0	
Jubilado	1	100,0	0	0	1	100,0	
Quehaceres domésticos	17	47,2	19	52,8	36	100,0	
Otros	6	85,7	1	14,3	7	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el nivel de instrucción (valor de chi cuadrado de 1,264 y valor de $p = 0,261$) y con la ocupación (valor de chi cuadrado de 8,665 y valor de $p = 0,123$).



Tabla 18. Asociación entre el núcleo de convivencia y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Núcleo de convivencia							4,775 (0,311)
Solo/a	18	51,4	17	48,6	35	100,0	
Con cónyuge	32	52,5	29	47,5	61	100,0	
Hijos	8	44,4	10	55,6	18	100,0	
Nietos	3	100,0	0	0	3	100,0	
Otros	6	75,0	2	25,0	8	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el núcleo de convivencia (valor de chi cuadrado de 4,775 y valor de $p = 0,311$) sin diferencias significativas entre los porcentajes para cada categoría.

Tabla 19. Asociación entre el tipo de religión y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Tipo de religión							1,465 (0,481)
Católica	62	52,5	56	47,5	118	100,0	
Testigos de Jehová	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Cristiana evangélica	4	80,0	1	20,0	5	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y el tipo de religión (valor de chi cuadrado de 1,465 y valor de $p = 0,481$).



Tabla 20. Asociación entre el ingreso económico, cobertura médica y tipo de vivienda con la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Ingreso económico							0,019 (0,891)
Si	56	53,3	49	46,7	105	100,0	
No	11	55,0	9	45,0	20	100,0	
Tiene cobertura médica							0,032 (0,857)
Si	57	53,3	50	46,7	107	100,0	
No	10	55,6	8	44,4	18	100,0	
Tipo de vivienda							2,015 (0,156)
Propia	57	51,4	54	48,6	111	100,0	
Prestada	10	71,4	4	28,6	14	100,0	
Componentes de la vivienda							9,472 (0,051)
Baño	28	59,6	19	40,4	47	100,0	
Taza	14	46,7	16	53,3	30	100,0	
Pozo séptico	3	27,3	8	72,7	11	100,0	
Aire libre	22	64,7	12	35,3	34	100,0	
Alcantarillado	0	0	3	100,0	3	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Al evaluar el comportamiento de la depresión según el ingreso económico, cobertura médica, tipo de vivienda y sus componentes, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa.



Tabla 21. Asociación entre el entorno físico familiar y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Entorno físico familiar	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	n	Si %	n	No %	n	%	
¿Hace actividades todos los días?							31,338 (<0,001)
Si	31	36,5	54	63,5	85	100,0	
No	36	90,0	4	10,0	40	100,0	
¿Sabe utilizar el internet?							1,759 (0,185)
Si	2	100,0	0	0	2	100,0	
No	65	52,8	58	47,2	123	100,0	
¿Cuenta con un lugar solo para usted en casa?							3,892 (0,049)
Si	41	47,7	45	52,3	86	100,0	
No	26	66,7	13	33,3	39	100,0	
¿Tiene un lugar acogedor para descansar cuando esta desocupado?							11,884 (0,001)
Si	36	42,9	48	57,1	84	100,0	
No	31	75,6	10	24,4	41	100,0	
¿Tiene un lugar acogedor en su casa para compartir con su familia?							12,478 (<0,001)
Si	25	38,5	40	61,5	65	100,0	
No	42	70,0	18	30,0	60	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: De acuerdo con el entorno físico se observó una menor frecuencia de depresión del 36,5% (n=31) en los sujetos que son capaces de realizar actividades diarias, con respecto a los que no son capaces (90,0%), con una asociación significativa (valor de chi cuadrado de 31,338 y valor de $p < 0,001$); asimismo se encontró asociación con la privacidad en casa, teniendo mayor frecuencia de depresión los individuos que no refirieron tener privacidad (chi cuadrado=3,892 y $p=0,049$), de igual forma se encontró asociación con la presencia de un lugar para el descanso en momento de ocio (chi cuadrado 11,884 y $p=0,001$), presentando mayor frecuencia de depresión aquellos que no tuvieron dicho lugar; por su parte también mostró asociación con la



depresión el hecho de tener un lugar acogedor para reunión en familia (chi cuadrado de 12,478 y $p < 0,001$), teniendo mayor frecuencia de depresión quienes no tuvieron dicho lugar.

Tabla 22. Asociación entre el entorno físico social y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Entorno físico social	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	n	Si %	n	No %	n	%	
Asiste a algún grupo social (cultural, político o religioso)							1,324 (0,250)
Si	20	46,5	23	53,5	43	100,0	
No	47	57,3	35	42,7	82	100,0	
¿Ha dejado de hacer actividades debido a alguna limitación en su cuerpo o algún estorbo en el camino de su casa o barrio?							12,295 (<0,001)
Si	66	58,9	46	41,1	112	100,0	
No	1	7,7	12	92,3	13	100,0	
¿Participa en actividades comunitarias?							2,284 (0,131)
Si	17	43,6	22	56,4	39	100,0	
No	50	58,1	36	41,9	86	100,0	
¿La forma de su barrio permite que usted pueda caminar sin dificultad?							1,092 (0,296)
Si	42	57,5	31	42,5	73	100,0	
No	25	48,1	27	51,9	52	100,0	
¿Se reúne con su familia o amigos en parques, plazas?							1,674 (0,196)
Si	12	42,9	16	57,1	28	100,0	
No	55	56,7	42	43,3	97	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Según el entorno social, se encontró un asociación significativa entre haber dejado de realizar una actividad por discapacidad y la depresión (valor de chi cuadrado de 12,295 y valor de $p < 0,001$), donde los sujetos que reportaron haber dejado una actividad por discapacidad tuvieron una frecuencia



de depresión del 58,9% comparado a un 7,7% en los que no han dejado de hacer alguna actividad por discapacidad.

Tabla 23. Asociación entre el entorno físico ecológico y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Entorno físico ecológico	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	n	Si %	n	No %	n	%	
¿Tiene sitios para recrearse en su comunidad?							4,509 (0,034)
Si	21	42,0	29	58,0	50	100,0	
No	46	61,3	29	38,7	75	100,0	
¿Los lugares donde colocan la basura de su comunidad son adecuados?							0,107 (0,744)
Si	19	51,4	18	48,6	37	100,0	
No	48	54,5	40	45,5	88	100,0	
¿Hay mucho ruido en su comunidad?							1,456 (0,228)
Si	38	49,4	39	50,6	77	100,0	
No	29	60,4	19	39,6	48	100,0	
¿Cree que su comunidad está contaminada por humo y polvo?							2,667 (0,102)
Si	33	47,1	37	52,9	70	100,0	
No	34	61,8	21	38,2	55	100,0	
¿Su comunidad es limpia?							1,704 (0,192)
Si	16	44,4	20	55,6	36	100,0	
No	51	57,3	38	42,7	89	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Según el entorno físico ecológico, únicamente se encontró un asociación significativa entre la existencia de áreas verdes en el barrio y la depresión (valor de chi cuadrado de 4,509 y valor de $p=0,034$), donde los sujetos que reportaron la existencia de dichas áreas presentaron menor frecuencia de depresión con un 42,0% comparado a un 61,3%.



Tabla 24. Asociación entre los hábitos personales de salud mental y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Hábitos personales de salud mental	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
¿Piensa en los cambios a futuro y que va hacer con ellos?							4,483 (0,034)
Si	55	59,1	38	40,9	93	100,0	
No	12	37,5	20	62,5	32	100,0	
¿Le gusta hacer actividades diarias?							30,263 (<0,001)
Si	30	36,1	53	63,9	83	100,0	
No	37	88,1	5	11,9	42	100,0	
¿Se siente seguro (confiado en usted mismo)?							17,097 (<0,001)
Si	33	40,2	49	59,8	82	100,0	
No	34	79,1	9	20,9	43	100,0	
¿Al verse en problemas se puede reponer enseguida?							6,892 (0,009)
Si	49	48,0	53	52,0	102	100,0	
No	18	78,3	5	21,7	23	100,0	
¿Cree usted que tiene un papel importante en la vida?							12,398 (<0,001)
Si	37	43,0	49	57,0	86	100,0	
No	30	76,9	9	23,1	39	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Según los hábitos personales de salud mental, se encontró asociación entre la depresión y todos los aspectos evaluados, evidenciando menores frecuencias de depresión en los sujetos que refirieron disfrutar sus actividades diarias, tuvieron confianza en sí mismos, se recuperan fácilmente ante los problemas y el sentir que desempeñan un papel útil en la vida; mientras que se reportó mayor frecuencia de depresión en los sujetos que piensan como van a afrontar los cambios que vienen en el futuro.



Tabla 25. Asociación entre el estilo de vida y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Estilo de vida	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
¿Camina todos los días?							15,693 (<0,001)
Si	26	37,7	43	62,3	69	100,0	
No	41	73,2	15	26,8	56	100,0	
¿Hace actividad en su tiempo libre?							2,015 (0,156)
Si	10	71,4	4	28,6	14	100,0	
No	57	51,4	54	48,6	111	100,0	
¿Lee o mira (revistas, periódicos, libros en su tiempo libre?							3,577 (0,059)
Si	4	100,0	0	0	4	100,0	
No	63	52,1	58	47,9	121	100,0	
¿Duerme usted al menos 6 horas diarias?							13,725 (<0,001)
Si	46	45,5	55	54,5	101	100,0	
No	21	87,5	3	12,5	24	100,0	
¿Evita consumir alcohol?							2,661 (0,103)
Si	64	52,5	58	47,5	122	100,0	
No	3	100,0	0	0	3	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: En cuanto al estilo de vida, la depresión se asoció con realizar caminatas diarias (valor de chi cuadrado de 15,693 y valor de $p < 0,001$), evidenciando que los sujetos que realizaron caminatas diarias tuvieron menor frecuencia de depresión (37,7%) que aquellos que no lo manifestaron (73,2%); por otra parte, dormir al menos 6 horas al día reportó menor frecuencia de depresión 45,5% ($n=46$) comparado a aquellos que no duermen al menos 8 horas al día (87,5%), mostrando una asociación significativa (valor de chi cuadrado de 13,725 y valor de $p < 0,001$).



Tabla 26. Asociación entre el acceso a los servicios de salud y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Acceso a los servicios de salud	N	Depresión		n	%	Total		$\chi^2 (p)^*$
		Si	No			n	%	
¿Tienen usted atención médica preferencial?								0,046 (0,830)
Si	22	55,0	18	45,0	40	100,0		
No	45	52,9	40	47,1	85	100,0		
¿Tiene usted atención preventiva?								3,078 (0,079)
Si	22	66,7	11	33,3	33	100,0		
No	45	48,9	47	51,1	92	100,0		
¿Has recibido medicamentos de forma gratuita del Sistema de Salud Pública?								0,193 (0,660)
Si	39	52,0	36	48,0	75	100,0		
No	28	56,0	22	44,0	50	100,0		
¿Utiliza bus o camionetas para ir al centro de salud?								0,885 (0,347)
Si	36	50,0	36	50,0	72	100,0		
No	31	58,5	22	41,5	53	100,0		
¿Le dan consulta médica y psicológica regularmente?								3,892 (0,049)
Si	26	66,7	13	33,3	39	100,0		
No	41	47,7	45	52,3	86	100,0		
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0		

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Con respecto al acceso a los servicios de salud se encontró asociación con el hecho de recibir control médico o psicológico cada cierto tiempo (valor de chi cuadrado de 3,892 y valor de $p=0,049$), encontrando que los sujetos que si han recibido dicho control médico o psicológico tuvieron una frecuencia de depresión mayor (66,7%) que la de los sujetos que no lo refirieron (47,7%).



Tabla 27. Asociación entre las comorbilidades y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Comorbilidades							1,774 (0,183)
Comorbilidad baja	8	72,7	3	27,3	11	100,0	
Ausencia de comorbilidad	59	51,8	55	48,2	114	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: No se evidenció asociación entre la presencia de comorbilidades y la depresión, a pesar de que los sujetos que mostraron comorbilidad baja tuvieron mayor frecuencia de depresión (72,7%) comparado a los sujetos sin comorbilidades (51,8%).

Tabla 28. Asociación entre la funcionalidad familiar y la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	Depresión				Total		$\chi^2 (p)^*$
	Si		No		n	%	
	n	%	n	%	n	%	
Funcionalidad familiar							18,171 (<0,001)
Familia funcional	4	36,4	7	63,6	11	100,0	
Familia moderadamente funcional	29	40,8	42	59,2	71	100,0	
Familia disfuncional	29	76,3	9	23,7	38	100,0	
Familia severamente disfuncional	5	100,0	0	0	5	100,0	
Total	67	53,6	58	46,4	125	100,0	

* Chi cuadrado de Pearson, asociación estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Se evidenció un aumento de la depresión en las familias con mayor disfuncionalidad; siendo de 36,4% en las familias funcionales, 40,8% en las familias con moderada funcionalidad, 76,3% en las familias disfuncionales y de un 100,0% en las familias severamente disfuncionales, mostrando una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y funcionalidad familiar (valor de chi cuadrado de 18,171 y valor de $p < 0,001$), **Tabla 28**.



Tabla 29. Factores de riesgo para la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

	Depresión				OR (IC95%)	p
	Si		No			
	n	%	n	%		
Sexo					1,14 (0,53 - 2,44)	0,876
Femenino	47	54,7	39	45,3		
Masculino	20	51,3	19	48,7		
Edad					3,18 (1,16 - 8,68)	0,035
85 años o más	18	75,0	6	25,0		
Menos de 85 años	49	48,5	52	51,5		
Raza					0,56 (0,09 - 3,18)	0,511
Mestizo	63	52,9	56	47,1		
Indígena	4	66,7	2	33,3		
Estado civil					1,77 (0,83 - 3,76)	0,192
Viudo	27	62,8	16	37,2		
Otro	40	48,8	42	51,2		
Nivel de instrucción					1,54 (0,72 - 3,30)	0,352
Ninguna	49	57,0	37	43,0		
Primaria	18	46,2	21	53,8		
Ocupación					0,65 (0,32 - 1,35)	0,339
Agricultor	36	49,3	37	50,7		
Otra	31	59,6	21	40,4		
Núcleo de convivencia					0,88 (0,40 - 1,93)	0,917
Solo/a	18	51,4	17	48,6		
Otro	49	54,4	41	45,6		
Religión					0,44 (0,08 - 2,37)	0,560
Católica	62	52,5	56	47,5		
Otra	5	71,4	2	28,6		
Ingresos económicos					0,93 (0,35 - 2,44)	0,999
Si	56	53,3	49	46,7		
No	11	55,0	9	45,0		
Cobertura médica					0,91 (0,33 - 2,49)	0,999
Si	57	53,3	50	46,7		
No	10	55,6	8	44,4		
Tipo de vivienda					0,42 (0,12 - 1,42)	0,256
Propia	57	51,4	54	48,6		
Prestada	10	71,4	4	28,6		
Comorbilidades					2,48 (0,62 - 9,85)	0,310
Comorbilidad baja	8	72,7	3	27,3		
Ausencia de comorbilidades	59	51,8	55	48,2		
Familia disfuncional					5,60 (2,38 - 13,21)	<0,001
Si	34	79,1	9	20,9		
No	33	40,2	49	59,8		

OR: Odds ratio.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León



Interpretación: Al evaluar los factores de riesgo para depresión se evidenció que únicamente la edad y la disfuncionalidad familiar mostraron tener un riesgo significativo para depresión, donde los sujetos con una edad mayor a 85 años tuvieron un riesgo 3,18 veces mayor para depresión que los adultos mayores menores a 85 años; asimismo la familia disfuncional mostró 5,60 veces mayor riesgo para depresión que las familias no disfuncionales (OR=5,60; IC_{95%}: 2,38 - 13,21; p<0,001).



Tabla 30. Determinantes sociales como factores de riesgo para la depresión en los adultos mayores de la parroquia San Juan, Gualaceo-Azuay, 2015

Determinantes sociales	Depresión				OR (IC95%)	p
	Si		No			
	n	%	n	%		
Realiza actividades diarias					0,06 (0,02 - 0,19)	<0,001
Si	31	36,5	54	63,5		
No	36	90,0	4	10,0		
Tiene privacidad en casa					0,45 (0,20 - 1,00)	0,075
Si	41	47,7	45	52,3		
No	26	66,7	13	33,3		
Tiene lugar de descanso en su casa					0,24 (0,10 - 0,55)	0,001
Si	36	42,9	48	57,1		
No	31	75,6	10	24,4		
Tiene lugar acogedor para reunirse					0,26 (0,12 - 0,56)	0,001
Si	25	38,5	40	61,5		
No	42	70,0	18	30,0		
Ha dejado alguna actividad por discapacidad					17,21 (2,16 - 137,05)	0,001
Si	66	58,9	46	41,1		
No	1	7,7	12	92,3		
Hay áreas de recreación en su barrio					0,45 (0,22 - 0,94)	0,034
Si	21	42,0	29	58,0		
No	46	61,3	29	38,7		
Afronta los cambios que vienen en el futuro					2,41 (1,05 - 5,51)	0,034
Si	55	59,1	38	40,9		
No	12	37,5	20	62,5		
Disfruta de actividades diarias					0,76 (0,02 - 0,21)	<0,001
Si	30	36,1	53	63,9		
No	37	88,1	5	11,9		
Tiene confianza en usted mismo					0,17 (0,07 - 0,42)	<0,001
Si	33	40,2	49	59,8		
No	34	79,1	9	20,9		
Recuperación fácil de problemas					0,25 (0,08 - 0,74)	0,017
Si	49	48,0	53	52,0		
No	18	78,3	5	21,7		
Siente tener un papel útil en la vida					0,22 (0,09 - 0,53)	0,001
Si	37	43,0	49	57,0		
No	30	76,9	9	23,1		
Realiza caminatas diarias					0,22 (0,10 - 0,47)	<0,001
Si	26	37,7	43	62,3		
No	41	73,2	15	26,8		
Duerme al menos 6 horas diarias					0,11 (0,34 - 0,42)	0,001
Si	46	45,5	55	54,5		
No	21	87,5	3	12,5		
Recibe control médico y psicológico					2,19 (0,99 - 4,83)	0,075
Si	26	66,7	13	33,3		
No	41	47,7	45	52,3		

OR: Odds ratio.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León



Interpretación: En el análisis de los determinantes sociales como factores para el desarrollo de depresión se pudo observar que los siguientes determinantes se comportaron como factores protectores para la presencia de depresión: Realizar actividades diarias, tener un lugar de descanso en su casa, tener un lugar acogedor para reunirse con la familia, presencia de áreas verdes en el barrio, disfrutar de actividades diarias, tener confianza consigo mismo, recuperación fácil de problemas, sentir que se tiene un papel útil en la vida, realizar caminatas diarias y dormir al menos 8 horas diarias. Mientras que los siguientes determinantes postraron un riesgo significativo para depresión: dejar alguna actividad por discapacidad (OR=17,21; IC_{95%}: 2,16 - 137,05; p=0,001) y afrontar los cambios que vienen en el futuro (OR=2,41; IC_{95%}: 1,05 - 5,51; p=0,034).



Tabla 31. Regresión logística múltiple para la determinación de Depresión en adultos mayores. 2015

	Odds Ratio crudo (IC _{95%}) ^a	<i>p</i> ^b	Odds Ratio ajustado ^c (IC _{95%}) ^a	<i>p</i> ^b
Disfruta de actividades diarias				
No	1,00	-	1,00	-
Si	0,76 (0,02 - 0,21)	<0,01	0,14 (0,04 - 0,45)	<0,01
Tiene confianza en usted mismo				
No	1,00	-	1,00	-
Si	0,17 (0,07 - 0,42)	<0,01	0,30 (0,11 - 0,79)	0,01
Familia disfuncional				
No	1,00	-	1,00	-
Si	5,60 (2,38 - 13,21)	<0,01	2,76 (1,02 - 7,45)	0,04

a Intervalo de Confianza (95%), b, Nivel de significancia. c Ajuste por: Salud mental y funcionalidad familiar.

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaborado por: Soledad del Carmen Ávila León

Interpretación: Mediante el modelo de regresión logística múltiple se pudo observar que las variables que tuvieron mayor influencia para la depresión fueron la disfuncionalidad familiar, donde los adultos mayores con familias disfuncionales presentaron 2,76 mayor riesgo para depresión comparado a los sujetos sin familias disfuncionales (OR=2,76; IC_{95%}: 1,02-7,45; *p*=0,04), por otra parte el disfrutar las actividades diarias y tener confianza sobre sí mismo se comportaron como factores protectores para la depresión, **Tabla 31**.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Con el advenimiento de mejores tratamientos para las enfermedades crónicas-degenerativas y el consecuente incremento en la esperanza de vida, la población adulta mayor se ha expandido en proporción a nivel mundial (72). Esta demografía se caracteriza por mostrar requerimientos especiales para el mantenimiento de su salud integral, a menudo en un contexto de apoyo social deficiente (20). En este sentido, la salud mental del adulto mayor es un área que requiere atención multidisciplinaria, tanto del personal médico de atención primaria, como de especialistas en geriatría, psiquiatría, servicios sociales y apoyo familiar (73). El adulto mayor es particularmente susceptible a la depresión, que disminuye sustancialmente su calidad de vida (33), generando abundantes gastos directos e indirectos, representando una pesada carga para los sistemas de salud (17). Por lo tanto, es importante estudiar los factores asociados con esta enfermedad en cada población, con el objetivo de implementar estrategias preventivas y de control específicas al contexto sociodemográfico y cultural de cada comunidad.

En nuestra muestra, la prevalencia de familias funcionales fue muy baja, con sólo 8,8%; mientras que predominó la categoría de “funcionalidad familiar moderada”, con 56,8% de los casos. Los reportes epidemiológicos concernientes a la FF son extremadamente heterogéneos respecto a la metodología utilizada, con resultados muy variables según los rasgos autóctonos de cada población estudiada. No obstante, nuestros resultados armonizan con lo previamente descrito en Ecuador: En la ciudad de Cuenca, Aucapiña realizó un estudio en 12 adultos mayores pertenecientes al Geriátrico



Fundación Casa Plenitud, reportando una prevalencia de disfunción familiar del 66,7%; sin embargo estos resultados provienen de una población sesgada que se encuentra asilada en un hogar geriátrico cuya constitución familiar se ve alterada de base, por lo que se requieren mayor cantidad de estudios en nuestra localidad que exploren el comportamiento epidemiológico del FF en muestras amplias y no asociadas a fenómenos problemáticos, de manera que los resultados sean representativos y extrapolables a la población general, ofreciendo una visión de base del FF en nuestro territorio.

En el presente estudio, conseguimos una prevalencia de depresión de 53,6%, del cual 44% fue moderada y 9,6% fue severa, sin diferencias significativas entre sexos. Diversos estudios han descrito prevalencias variables dependiendo de la localidad, Torres Moreno determinó una frecuencia de depresión del 31% en 150 adultos mayores que acudieron a la consulta externa de un hospital en Perú (74). En Ecuador, existen múltiples antecedentes que exploran este fenómeno por medio de la escala de Yesavage, al igual que nuestro estudio. En una muestra comunitaria de la Parroquia Asunción en Azuay, conformada por 64 sujetos mayores de 65 años de edad, la prevalencia de depresión moderada fue de 64,1%, y 29,6% de depresión severa, sin diferencias entre sexos (75); además en una investigación llevada a cabo en 148 pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, la depresión leve fue más frecuente entre las mujeres con 32% vs 22% en hombres, mientras que la prevalencia de depresión moderada fue similar entre sexos, con 14% y 12%, respectivamente (76). En la parroquia de Cañaribamba de Cuenca, Palomeque y colaboradores (14) reportaron una prevalencia de depresión del 14,7% en 300 adultos mayores, cifra que fue más baja a la reportada por nuestro estudio. Mientras que Silva y colaboradores (77) describieron una prevalencia de depresión del 50% en el adulto mayor institucionalizado en la Fundación gerontológica plenitud de la ciudad de Cuenca.



No obstante, gran parte de los estudios que evalúan la depresión en los adultos mayores son realizados en asilos u hogares de ancianos. En un estudio publicado por Crespo Vallejo (78), la prevalencia de depresión fue comparable entre sexos, con 69,7% en el sexo masculino, y 70,59% en el sexo femenino, en 84 adultos mayores residentes en casas de reposo de la Provincia del Cañar. De manera semejante, en el estudio de Almeida Andrade (79) llevado a cabo en 50 adultos mayores residentes del Hogar de Ancianos “Catalina Laboure”, en Quito, la distribución de la depresión también fue similar entre sexos; notablemente, los casos graves fueron muy frecuentes, con 25% en hombres y 19% en mujeres, al igual que los casos moderados, con 38% en cada sexo. En la población de Cuenca, Aucapiña (80) determinó una prevalencia de depresión del 50,0% mediante el test de Yesavage, sin embargo estos reportes no pueden ser inferidos a la población general, no obstante llama la atención la similitud en las prevalencias observadas.

Al contrastar estos antecedentes con nuestros hallazgos, observamos que se asemejan más a la prevalencia reportada en estudio comunitarios (81), por debajo de las elevadas cifras documentadas en hogares de ancianos. Igualmente, concordamos con la similitud predominantemente reportada en la prevalencia de depresión entre sexos. Estas discrepancias parecen limitarse a la caracterización sintomatológica, siendo los síntomas somáticos y fisiológicos más prominentes en el sexo femenino (82). Lo que podría explicar la mayor cantidad de mujeres deprimidas en los servicios en el contexto hospitalario (76).

Por otro lado, detectamos una tendencia ascendente progresiva en la prevalencia de depresión en relación a la edad. Esto coincide con lo reportado por Sengupta y colaboradores (81) en 3.038 adultos mayores de 60 años de edad en India, donde se identificó un mayor riesgo para depresión a medida



que aumentaba la edad, siendo superior en los sujetos mayores de 80 años. En efecto, la edad avanzada se ha vinculado íntimamente al desarrollo de depresión, en vinculación con factores como agregación de comorbilidades somáticas, instalación de patología mental orgánica, así como el apoyo social y familiar decreciente (20). Sin embargo, en Latinoamérica, la prevalencia de depresión parece ser homogénea respecto a la edad en los adultos mayores como grupo, como descrito en el trabajo de Crespo Vallejo previamente discutido (78); y en una investigación de Castro Restrepo y colaboradores (83) en 276 adultos mayores de un hogar de ancianos en Medellín, Colombia, donde la frecuencia de depresión moderada y depresión severa fue similar en los grupos de 65-74 años, 74-84 años y ≥ 85 años. No obstante, esto probablemente obedezca a los tamaños muestrales pequeños de estos estudios. Por ende, se reitera la necesidad de evaluar esta patología en estudios poblacionales amplios, a fin de dilucidar la verdadera naturaleza de su epidemiología.

Por otro lado, no se consiguió asociación entre el estado civil y la prevalencia de depresión, aunque esta fue menor entre los sujetos casados. Esto hace eco de lo planteado previamente por Almeida Andrade (79) en ancianos quiteños, donde la prevalencia de depresión leve, moderada y severa fue significativamente mayor en los sujetos solteros. Asimismo, Kabátová y colaboradores (84) encontraron menor puntuación en la Escala Geriátrica de Depresión en los sujetos casados que en los solteros y viudos en 84 adultos mayores tomados de una comunidad eslovaca. El efecto protector que las uniones civiles ejercen contra la incidencia de depresión se ha atribuido a mejores niveles de calidad de vida y mayor funcionalismo familiar (56).

Tampoco se encontró asociación entre la ocupación y nivel de instrucción en relación a la prevalencia de depresión. Esto podría obedecer a la constitución de nuestra muestra: La gran mayoría de los individuos incluidos en nuestro



estudio fueron desempleados, o empleados no profesionales o en cargos de mano de obra; no obstante, en adultos mayores, la prevalencia de depresión parece ser homogénea entre estos grupos, pero mayor en comparación con los individuos profesionales o en cargos de gerencia, tal como como lo evidenció Park y colaboradores (85) en un estudio transversal realizado en 7.320 coreanos mayores de 55 años de edad. Debido a la escasez de profesionales en nuestra muestra, esta ausencia de significancia respecto a la ocupación podría ser esperable. De manera similar, en adultos mayores la prevalencia de depresión suele disminuir a medida que aumenta el nivel educativo, en particular en los sujetos universitarios, como se evidenció en el estudio de Park (85), y en el reporte de Goyal y Kajal (86) en 100 adultos mayores evaluados según la Escala Geriátrica de Depresión. Sin embargo, en nuestro estudio no contamos con participantes universitarios, lo cual podría explicar la ausencia de asociación entre el nivel educativo y la depresión en esta investigación.

La religión tampoco mostró asociación con la prevalencia de depresión en nuestro estudio. De nuevo, esto podría explicarse en términos de la conformación de nuestra muestra, donde casi la totalidad de los participantes fueron católicos, asimismo no se reportaron sujetos sin filiación religiosa. En efecto, según un estudio realizado por Roh (87) con seguimiento durante 3 años de 15.146 adultos coreanos mayores de 60 años de edad, la frecuencia de depresión fue similar entre los individuos con cualquier religión, pero mayor en aquellos sin ninguna.

Las variaciones en cuanto al ingreso económico y tipo de vivienda tampoco se asociaron con la depresión en nuestra investigación. No obstante, es importante resaltar que el 100% de los sujetos estudiados tuvo ingresos económicos bajos, menores a \$378 por mes. Esto podría explicar la similitud en la frecuencia de depresión según el tipo de vivienda, e incluso sus elevadas cifras en general en nuestro estudio: Según una revisión sistemática de



Martínez Baquero y colaboradores (88), el bajo ingreso económico es uno de los principales predisponentes a depresión y baja calidad de vida hacia el final de la vida. Esto es respaldado por reportes como el de Borda Pérez y colaboradores (8) en 66 adultos colombianos con edades superiores a 65 años, donde los ingresos mensuales inferiores al salario mínimo vigente confirieron un riesgo de depresión 3,4 veces superior al resto de la población. En el presente estudio la ausencia de asociación puede ser debida a que la totalidad de los adultos mayores presentaron un nivel socioeconómico bajo con ingresos por debajo del sueldo mínimo vigente, lo que lo genera un grupo relativamente homogéneo en dicho aspecto.

En contraste, se reportaron vínculos significativos entre varios aspectos conductuales así como actitudinales en el estilo y calidad de vida de los participantes con respecto a la prevalencia de depresión. Múltiples características asociadas a autonomía personal, como la realización de actividades cotidianas y el disfrute de las mismas, la presencia de áreas verdes en el barrio y realizar caminatas diarias fueron factores protectores para la depresión; de manera inversa, el haber abandonado actividades diarias debido a discapacidad fue un predictor de depresión. Esto coincide con lo descrito por Bojórquez-Chapela y colaboradores (89) en un estudio longitudinal de 11 meses en adultos mayores mexicanos, en donde mayores niveles de autonomía personal se asociaron con menor prevalencia de síntomas depresivos; al igual que en un estudio turco llevado a cabo en 243 sujetos mayores de 65 años de edad publicado por Saraçlı y colaboradores (90).

Factores relativos a la manera de afrontar al envejecimiento también exhibieron asociaciones significativas: El reporte de tener confianza en sí mismo (el cual fue un factor protector significativo para la depresión, junto con el hecho de disfrutar las actividades diarias), recuperación fácil de problemas y sentir que se tiene un papel útil en la vida fueron elementos protectores contra la



depresión. En una revisión sistemática de 44 estudios realizados en adultos mayores de 60 años de edad en contextos comunitarios y clínicos encontró que los estilos de afrontamiento dominados por un mayor sentido de control y autonomía, así como un papel activo ante el envejecimiento, se asociaron a menor incidencia de depresión (59). No obstante, también determinamos que los pensamientos sobre lidiar con el futuro se comportaron como factores de riesgo para depresión. Esto podría representar un indicador de ansiedad. Efectivamente, en un estudio publicado por Forlani y colaboradores (91) realizado en 366 adultos mayores italianos sin demencia, se encontraron síntomas ansiosos clínicamente significativos en 21% de los participantes, los cuales mostraron un riesgo 5,6 veces mayor de padecer depresión.

Por último, factores asociados al descanso, como poseer un lugar de descanso propio en casa, tener un lugar acogedor para reunirse con la familia y dormir al menos 8 horas diarias, fueron protectores contra la depresión. En particular, la preservación de la calidad del sueño parece conferir protección contra la depresión en la población adulta mayor, como lo ha documentado en un reporte de Yu y colaboradores (92) en 107 adultos mayores asiáticos, donde parámetros como la latencia, duración y calidad percibida del sueño se correlacionaron íntimamente con las puntuaciones en la Escala Geriátrica de Depresión. En vista de la relevancia de esta extensa gama de factores comportamentales en la salud mental del adulto mayor, el manejo de este aspecto es uno de los retos prioritarios en el cuidado geriátrico (93).

Por otro lado, no hallamos asociación entre la depresión y las comorbilidades, aunque aquellos con alguna comorbilidad exhibieron mayor prevalencia de depresión, con 72,7%, en comparación con aquellos sin ninguna (51,8%). Este es un vínculo ampliamente documentado; en una revisión sistemática de Bastidas-Bilbao (92) que incluyó 51 artículos, se determinó que las patologías médicas son muy frecuentes en la población adulta mayor deprimida. Más allá



de esto, en la mayoría de los casos, la asociación parece originar de las implicaciones psicosociales de las enfermedades, y no de conexiones patobiológicas directas. La ausencia de significancia para este vínculo en nuestro estudio podría deberse a que en nuestra muestra, 91,2% de los individuos fueron sanos, y el resto sólo mostro un nivel bajo de comorbilidades.

Finalmente, el funcionalismo familiar fue el factor más cercanamente asociado a la prevalencia de depresión en nuestra muestra ($X^2=18,171$; $p<0,001$), incrementando a mayor disfuncionalidad, con 36,4% en las familias funcionales, 40,8% en las familias con moderada funcionalidad, 76,3% en las familias disfuncionales y de un 100,0% en las familias severamente disfuncionales. Además, la disfuncionalidad familiar fue un factor de riesgo significativo para depresión tanto en el análisis univariante como en el multivariante (OR=2,76; IC_{95%}: 1,02 - 7,45; $p=0,04$). Este es un hallazgo consistente en estudios internacionales y nacionales: En una investigación china que incluyó a 102 adultos mayores deprimidos y 107 no deprimidos, se consiguió que la disfunción familiar fue un factor de riesgo para depresión (73). En Ecuador son pocos los estudios que exploran la depresión en relación a la funcionalidad familiar en adultos mayores; no obstante, un estudio de Ordóñez Abrigo (94) encontró que la disfunción familiar es un factor de riesgo significativo para menor calidad de vida, tanto en población ecuatoriana rural como urbana (OR=21,2, $p<0,005$). De manera similar, Aucapiña (80) en su estudio observó que un 83,3% de disfuncionalidad familiar en los adultos deprimidos, siendo tan solo de un 16,7% la funcionalidad en este grupo de pacientes, lo cual demuestra la relación entre la depresión y la participación de la familia en los adultos mayores.

A la luz de estos reportes, el mejoramiento de la funcionalidad familiar se perfila como un objetivo fundamental, que si bien es esencial en el cuidado del adulto mayor, se extiende a los sujetos enfermos en cualquier grupo etario, mejorando



el pronóstico y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus (95), hipertensión arterial (96) y varias otras patologías. Se ha propuesto que los adultos mayores se beneficiarían de intervenciones promotoras de mejoramiento de la funcionalidad familiar centradas en la optimización de la comunicación y expresión emocional en el ambiente familiar. Adicionalmente, estas estrategias deberían involucrar no sólo al personal de salud y la familia, sino también agentes comunitarios y a la sociedad como un todo.

En conclusión, en este estudio hallamos una alta prevalencia de depresión, que se asoció principalmente a factores psicosociales como el funcionalidad familiar y aspectos conductuales cotidianos, más que a variables sociodemográficas. Esto subraya la importancia de pesquisar la presencia de depresión y disfunción familiar en la práctica clínica, a fin de implementar estrategias terapéuticas para ambas situaciones, que aseguren la preservación de la calidad de vida de todo el grupo familiar, pero en particular de los miembros más vulnerables, como lo son los adultos mayores, especialmente si padecen depresión o cualquier otra patología mental o somática. Estas intervenciones deben girar en torno al empoderamiento del adulto mayor como agente activo en su propio cuidado, al involucramiento de todos los miembros de la familia como fuentes de apoyo, así como al resto de la comunidad bajo una visión holística. A futuro, se requieren estudios a gran escala que evalúen el impacto de este tipo de actividades en nuestra población, con el objetivo de valorar su efectividad y adecuarlas a nuestro escenario sociocultural.



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- 7.1.1 La prevalencia de funcionalidad familiar fue baja (8,8%), mientras que prevaleció la disfuncionalidad familiar moderada, con 56,8% de los casos.
- 7.1.2 La prevalencia de depresión fue de 53,6%; de esto, 44% fue moderada y 9,6% fue severa. No se encontraron diferencias entre sexos, pero se halló una tendencia progresiva ascendente con respecto a la edad.
- 7.1.3 Se encontraron asociaciones significativas entre la prevalencia de depresión y varios aspectos conductuales del estilo de vida de los participantes asociadas a la autonomía personal, su modo de afrontamiento al envejecimiento, y sus hábitos de descanso.
- 7.1.4 No se halló asociación significativa entre la prevalencia de depresión y presencia de comorbilidades médicas.
- 7.1.5 La disfuncionalidad familiar fue un factor fuertemente asociado a la prevalencia de depresión en este estudio ($\chi^2=18,171$; $p<0,001$). Esta incrementó progresivamente a mayor disfuncionalidad familiar, mientras que tener confianza sobre sí mismo y disfrutar las actividades diarias se comportaron como factores protectores significativos para la depresión.



7.2 RECOMENDACIONES

- 7.2.1 Se debe reforzar la pesquisa de depresión en el adulto mayor y de disfunción familiar en la práctica clínica, en vista de sus elevadas frecuencias en nuestra población.
- 7.2.2 Se deben evaluar los factores que produzcan baja funcionalidad familiar en la población de la parroquia de San Juan de Gualaceo, a fin de identificarlos y generar estrategias para garantizar un aumento de las familias funcionales y el tratamiento de las familias disfuncionales.
- 7.2.3 Deben instaurarse intervenciones preventivas que fomenten el perfil del adulto mayor como un participante activo en su propio cuidado, en un ambiente de apoyo familiar y comunitario.
- 7.2.4 Se recomienda mantener áreas verdes y recreacionales para los adultos mayores en cada comunidad a fin de mantener un clima protector de la depresión en este grupo demográfico.
- 7.2.5 A futuro, debe estudiarse el impacto y eficacia de este tipo de acciones en nuestra población, a fin de adaptarlas de manera óptima a los rasgos socioculturales propios de nuestra demografía.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. World Health Organization 2015. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/es/>.
2. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The Hallmarks of Aging. *Cell*. junio de 2013;153(6):1194-217.
3. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatr Clin North Am*. junio de 2011;34(2):469-87.
4. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:da-mundial-de-la-salud-mental:-la-depresin-es-el-trastorno-mental-ms-frecuente-&Itemid=236.
5. Kiosses DN, Leon AC, Areán PA. Psychosocial Interventions for Late-life Major Depression: Evidence-Based Treatments, Predictors of Treatment Outcomes, and Moderators of Treatment Effects. *Psychiatr Clin North Am*. junio de 2011;34(2):377-401.
6. Frank C. Pharmacologic treatment of depression in the elderly. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. febrero de 2014;60(2):121-6.
7. Curcio C-L, Henao G-M, Gomez F. Frailty among rural elderly adults. *BMC Geriatr* [Internet]. diciembre de 2014 [citado 18 de agosto de 2016];14(1). Disponible en: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-2>
8. Borda Pérez M, Torres MPA, Rebolledo MMP, León LR de, García AS, García AS. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*. 2013;29(1):64-73.
9. Rodríguez Blanco L, Sotolongo Arró O, Luberta Noy G, Calvo Rodríguez M. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico «Cristóbal Labra». *Rev Cuba Med Gen Integral*. 2013;29(1):64–75.
10. Llanes Torres HM, Sepúlveda YL, Vázquez JL. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor Psychosocial factors that have an impact on depression of the elderly. *Rev Cienc MÉDICAS HABANA*



- [Internet]. 2015 [citado 18 de agosto de 2016];21(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>
11. Cruwys T, Haslam SA, Dingle GA, Haslam C, Jetten J. Depression and Social Identity An Integrative Review. *Personal Soc Psychol Rev.* 1 de agosto de 2014;18(3):215-38.
 12. INEC. Poblacion adultos mayores. Grandes grupos de edad. [Internet]. Insituto Nacional de Estadísticas y Censos 2010. Disponible en: <http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>.
 13. Salud en las Américas, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Ecuador [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=40:ecuador&option=com_content.
 14. Palomeque Flores AC, Peralta Miranda EY. Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, cuenca 2013. Tesis previa la obtención del título de Medico. Universidad de Cuenca. 2013.
 15. Molina JC, Mogrovejo JF, Morocho I, Orellana A, Delgado N. Prevalencia de Depresión, Diabetes e Hipertensión Arterial en pacientes geriátricos. Disponible en: http://www.revistamedicahjca.med.ec/archivos/_notes145-149.pdf.
 16. Swarnalatha N. The Prevalence of Depression among the Rural Elderly in Chittoor District, Andhra Pradesh. *J Clin Diagn Res.* 2013;7(7):1356-1360.
 17. Vasiliadis H-M, Dionne P-A, Préville M, Gentil L, Berbiche D, Latimer E. The Excess Healthcare Costs Associated With Depression and Anxiety in Elderly Living in the Community. *Am J Geriatr Psychiatry.* junio de 2013;21(6):536-48.
 18. Sivertsen H, Bjorklof GH, Engedal K, Selbaek G, Helvik A-S. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 12 de septiembre de 2015;40(5-6):311-39.
 19. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos.* 2014;25(2):57-62.
 20. Parkar S. Elderly Mental Health: Needs. *Mens Sana Monogr.* 2015;13(1):91-9.



21. Frese T, Franke M, Keyser M, Rurik I, Sandholzer H. Primary care guidelines for geriatric assessment: A structured, comparative analysis. *Z Für Gerontol Geriatr.* abril de 2012;45(3):224-30.
22. Reyes Torres I, Castillo Herrera JA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cuba Investig Bioméd.* 2011;30(3):454–459.
23. Ortiz GG, Árias-Merino ED, Velázquez-Brizuela IE, Pacheco-Moisés FP, Flores-Alvarado LJ, Torres-Sánchez ED, et al. Envejecimiento y metabolismo: cambios y regulación. *Arch Latinoam Nutr.* septiembre de 2012;62(3):249-57.
24. Fedarko NS. The Biology of Aging and Frailty. *Clin Geriatr Med.* febrero de 2011;27(1):27-37.
25. Barzilai N, Huffman DM, Muzumdar RH, Bartke A. The Critical Role of Metabolic Pathways in Aging. *Diabetes.* 1 de junio de 2012;61(6):1315-22.
26. Sibille E. Molecular aging of the brain, neuroplasticity, and vulnerability to depression and other brain-related disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* marzo de 2013;15(1):53-65.
27. Parpa E, Tsilika E, Gennimata V, Mystakidou K. Elderly cancer patients' psychopathology: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* enero de 2015;60(1):9-15.
28. James BD, Wilson RS, Barnes LL, Bennett DA. Late-Life Social Activity and Cognitive Decline in Old Age. *J Int Neuropsychol Soc.* noviembre de 2011;17(06):998-1005.
29. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editores. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
30. Kessler RC. The Costs of Depression. *Psychiatr Clin North Am.* marzo de 2012;35(1):1-14.
31. Reyes-Gibby CC, Anderson KO, Morrow PK, Shete S, Hassan S. Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *J Womens Health.* marzo de 2012;21(3):311-8.
32. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. En: *The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [citado 10 de agosto de



- 2016]. Disponible en:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006525.pub2>
33. Sözeri-Varma G. Depression in the Elderly: Clinical Features and Risk Factors. *Aging Dis.* 21 de octubre de 2012;3(6):465-71.
 34. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol.* 2011;10(3):735-43.
 35. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
 36. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peru.* octubre de 2011;28(4):237-41.
 37. La profesión de SP. *J. Public Health Policy* 1985:7-13.
 38. Ramos BN, Aldereguía HJ. Medicina social y salud pública en Cuba. la Habana. Editorial Pueblo y educación, 1990:125-43.
 39. Edwin Chadwick (1800-90). [http:// www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/edwinchadwick.aspx](http://www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/edwinchadwick.aspx).
 40. Jacob W. El legado medicosocial de Rudolf Virchow. La Medicina como ciencia del hombre. En: E. Lesky (ed). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos.* Vol 1. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984:165-186.
 41. Carr, Edward Hallett. What is history. NY, Knopf, 1963, taken from the George Macaulay Trevelyan Lectures in the University of Cambridge in 1961, p.35.
 42. Winslow, CEA. The untilled Fields of public Health Science *J* 1920; 1(23):33.
 43. García Alzugarate O. En: *La salud pública en el mundo contemporane.* Primera Parte: 153.
 44. Declaración de Alma Ata. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaración.htm. Accesado octubre 2011.
 45. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>. Accesado octubre 2011.
 46. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). MSP Ecuador 2012. Disponible en:



https://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/.../Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.

47. Monroe SM, Harkness KL. Is depression a chronic mental illness? *Psychol Med.* mayo de 2012;42(05):899-902.
48. Nakulan A, Sumesh T, Kumar S, Rejani P, Shaji K. Prevalence and risk factors for depression among community resident older people in Kerala. *Indian J Psychiatry.* 2015;57(3):262.
49. Thompson SJ, Cochran G, Barczyk AN. Family Functioning and Mental Health in Runaway Youth: Association With Posttraumatic Stress Symptoms: Posttraumatic Stress and Runaway Youth. *J Trauma Stress.* octubre de 2012;25(5):598-601.
50. Ruvalcaba Rubén. Funcionalidad familiar, en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, en los pacientes con trastorno depresivo en control adscritos a la UMF No. 1 IMSS delegación Aguascalientes. Tesis previa obtención del título de Especialidad en Medicina Familiar. Universidad Autónoma de Aguascalientes. 2016.
51. Vargas Murga H. Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Rev Medica Hered.* abril de 2014;25(2):57-9.
52. Freed RD, Rubenstein LM, Daryanani I, Olino TM, Alloy LB. The Relationship Between Family Functioning and Adolescent Depressive Symptoms: The Role of Emotional Clarity. *J Youth Adolesc.* marzo de 2016;45(3):505-19.
53. Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. *Ciênc Saúde Coletiva.* mayo de 2015;20(5):1475-95.
54. Wang Y, Haslam M, Yu M, Ding J, Lu Q, Pan F. Family functioning, marital quality and social support in Chinese patients with epilepsy. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:10.
55. Natsuaki MN, Shaw DS, Neiderhiser JM, Ganiban JM, Harold GT, Reiss D, et al. Raised by Depressed Parents: Is it an Environmental Risk? *Clin Child Fam Psychol Rev.* diciembre de 2014;17(4):357-67.
56. Han K-T, Park E-C, Kim J-H, Kim SJ, Park S. Is marital status associated with quality of life? *Health Qual Life Outcomes.* diciembre de 2014;12(1):109.



57. Kim BJ, Linton K, Cho S, Ha J-H. The Relationship between Neuroticism, Hopelessness, and Depression in Older Korean Immigrants. Walter M, editor. PLOS ONE. 4 de enero de 2016;11(1):e0145520.
58. Pokorski M, Warzecha A. Depression and religiosity in older age. Eur J Med Res. 2011;16(9):401-6.
59. Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Kouwenhoven SE, Helvik A-S. Coping and Depression in Old Age: A Literature Review. Dement Geriatr Cogn Disord. 2013;35(3-4):121-54.
60. Stranieri G, Carabetta C. Socio-economic cultural transformations and Depression in elderly people. Psychiatr Danub. septiembre de 2015;27 Suppl 1:S212-215.
61. Llibre J de J, López AM, Valhuerdi A, Guerra M, Llibre-Guerra JJ, Sánchez YY, et al. Frailty, dependency and mortality predictors in a cohort of Cuban older adults, 2003-2011. MEDICC Rev. enero de 2014;16(1):24-30.
62. Flint J, Kendler KS. The Genetics of Major Depression. Neuron. febrero de 2014;81(3):484-503.
63. Porcelli S, Drago A, Fabbri C, Gibiino S, Calati R, Serretti A. Pharmacogenetics of antidepressant response. J Psychiatry Neurosci. 1 de marzo de 2011;36(2):87-113.
64. Mulinari S. Monoamine Theories of Depression: Historical Impact on Biomedical Research. J Hist Neurosci. octubre de 2012;21(4):366-92.
65. Albert PR, Benkelfat C, Descarries L. The neurobiology of depression--revisiting the serotonin hypothesis. I. Cellular and molecular mechanisms. Philos Trans R Soc B Biol Sci. 5 de septiembre de 2012;367(1601):2378-81.
66. Friedman AK, Walsh JJ, Juarez B, Ku SM, Chaudhury D, Wang J, et al. Enhancing Depression Mechanisms in Midbrain Dopamine Neurons Achieves Homeostatic Resilience. Science. 18 de abril de 2014;344(6181):313-9.
67. Márquez M. Depresion y Calidad de la Dieta: Revision Bibliografica. Arch Med. 2016;12(1):1-9.
68. Luciano M, Del Vecchio V, Giacco D, De Rosa C, Malangone C, Fiorillo A. A 'family affair'? The impact of family psychoeducational interventions on depression. Expert Rev Neurother. enero de 2012;12(1):83-92.



69. De Silva MJ, Cooper S, Li HL, Lund C, Patel V. Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1 de abril de 2013;202(4):253-60.
70. Ortega Veitía T, Cuesta Freijomil D de la, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cuba Enferm*. 1999;15(3):164–168.
71. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
72. Santosa A, Wall S, Fottrell E, Högberg U, Byass P. The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review. *Glob Health Action*. 2014;7:23574.
73. Wang J, Shang J, Kearney JA. Mental health disorders in home care elders: An integrative review. *Geriatr Nur (Lond)*. enero de 2016;37(1):44-60.
74. Torres Moreno Isabel. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores. Tesis previa la obtención del título en especialista en medicina familiar. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Medicina. 2013.
75. Andrade C. Nivel de depresión en adultos mayores de 65 años y su impacto en el estado nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011. Tesis de grado previo a la obtención del título de nutricionista dietista. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. 2011.
76. Silva Shiguango, Magali Samira. Depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato de julio a noviembre 2012. Tesis previa la obtención del título de Médica. Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Medicina. 2014.
77. Silva Marlene, Vivar Valeria. Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Tesis previa la obtención del título de Psicóloga Clínica. Universidad de Cuenca. 2015.
78. Jonathan Raúl Crespo Vallejo. Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011” Tesis previa a la obtención del título de Médico. Universidad de Cuenca. Facultad De Ciencias Médicas. 2011.



79. Mónica Paulina Almeida Andrade. Análisis de los factores asociados a la depresión de los adultos mayores del Hogar de Ancianos «Santa Catalina Laboure», Año 2012 - 2013. Disertación de grado previa a la obtención del título de licenciada en Enfermería. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Enfermería Carrera de Enfermería. 2013.
80. Aucapiña Catalina. Funcionalidad familiar como factor de depresión en los ancianos del geriátrico fundación casa plenitud. Noviembre 2010 - abril 2011. Tesis de grado previo al optar el título de médico familiar. Universidad del Azuay 2011.
81. Sengupta P, Benjamin A. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. *Indian J Public Health*. 2015;59(1):3-8.
82. Delisle VC, Beck AT, Dobson KS, Dozois DJA, Thombs BD. Revisiting Gender Differences in Somatic Symptoms of Depression: Much Ado about Nothing? Kemp AH, editor. *PLoS ONE*. 24 de febrero de 2012;7(2):e32490.
83. Estrada Restrepo A, Ordóñez Molina J, Julián osorio gómez J. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Univ Psychol Bogotá Colomb*. 2013;12(1):81–94.
84. Kabátová O, Uričková A, Botíková A. Factors affecting the incidence of depression in the elderly. *Cent Eur J Nurs Midwifery*. 2014;5(3):105-11.
85. Park H, Hwangbo Y, Lee Y-J, Jang E-C, Han W. Employment and occupation effects on late-life depressive symptoms among older Koreans: a cross-sectional population survey. *Ann Occup Environ Med*. 2016;28:22.
86. Goyal A, Kajal K. Prevalence of depression in elderly population in the southern part of Punjab. *J Fam Med Prim Care*. 2014;3(4):359-61.
87. Roh HW, Hong CH, Lee Y, Oh BH, Lee KS, Chang KJ, et al. Participation in Physical, Social, and Religious Activity and Risk of Depression in the Elderly: A Community-Based Three-Year Longitudinal Study in Korea. *PLOS ONE*. 14 de julio de 2015;10(7):e0132838.
88. Martínez Baquero L. Vejez, ¿un final «triste» para una historia de vida?. Revisión de estudios sobre la depresión en los adultos mayores. *ENFOQUES*. 8 de abril de 2015;1(1):72-90.
89. Bojorquez-Chapela I, Manrique-Espinoza BS, Mejía-Arango S, Solís MMT-R, Salinas-Rodríguez A. Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: Evidence from a



- longitudinal study in Mexico. *Aging Ment Health*. mayo de 2012;16(4):462-71.
90. Saraçlı Ö, Akca ASD, Atasoy N, Önder Ö, Şenormancı Ö, Kaygısız İ, et al. The Relationship between Quality of Life and Cognitive Functions, Anxiety and Depression among Hospitalized Elderly Patients. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 31 de agosto de 2015;13(2):194-200.
 91. Forlani M, Morri M, Murri MB, Bernabei V, Moretti F, Attili T, et al. Anxiety Symptoms in 74+ Community-Dwelling Elderly: Associations with Physical Morbidity, Depression and Alcohol Consumption. *PLOS ONE*. 26 de febrero de 2014;9(2):e89859.
 92. Yu J, Rawtaer I, Fam J, Jiang M-J, Feng L, Kua EH, et al. Sleep correlates of depression and anxiety in an elderly Asian population: Sleep, depression, and anxiety. *Psychogeriatrics*. mayo de 2016;16(3):191-5.
 93. Polenick CA, Flora SR. Behavioral Activation for Depression in Older Adults: Theoretical and Practical Considerations. *Behav Anal*. 2013;36(1):35-55.
 94. Ordóñez Abrigo Lida María. Auto percepción de la calidad de vida de los adultos mayores de la zona rural (Hospital Pedro Vicente Maldonado) y urbana (Unidad De Atención Ambulatoria La Ecuatoriana) pertenecientes a la provincia de Pichincha y su relación con la disfuncionalidad familiar. Disertación previa a la obtención del título de especialista en Medicina Familiar. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina. 2011.
 95. Takenaka H, Sato J, Suzuki T, Ban N. Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *Biopsychosoc Med*. 25 de junio de 2013;7:13.
 96. Flynn S, Boulware E, Ameling J, Hill-Briggs F, Wolff J, Bone L, et al. Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspectives of patients and family members. *Patient Prefer Adherence*. agosto de 2013;7:41-9.



ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA SAN JUAN CANTÓN GUALACEO PROVINCIA DEL AZUAY 2015

Instructivo: El presente formulario es parte de un trabajo investigativo en el cual se explora diversos aspectos relacionados con los determinantes sociales en la Depresión del adulto mayor en el centro de salud de la parroquia San Juan 2015.

Estimado/a Señor/ señora: responda todas las preguntas con la mayor sinceridad posible. Este es un formulario anónimo por favor no escriba sus nombres ni sus apellidos. Toda información que brinde es estrictamente confidencial.

Formulario N° _____

Edad _____ en años cumplidos.

Sexo: 2.1 masculino 2.2 femenino
3. Etnia: 3.1 mestizo 3.2 indígena 3.3 Otros

4. Estado civil:

4.1 casado/a 4.2 soltero 4.3 separada

4.4 Viudo 4.5 unión libre

5. Indique el nivel de estudio que curso:

5.1 Primaria 5.2 Secundaria 5.3 Superior 5.4 ninguna

6. Núcleo de convivencia (¿Con quién vive?)

6.1 Solo/a 6.2 Con Cónyuge 6.3 Hijos

6.4 Nietos 6.5 Otros

7. Religión.

Profesa usted alguna religión 7.1 Sí 7.2 No

8. Si su respuesta es afirmativa indique a cuál de las mencionadas en los siguientes ítems pertenece.

Soledad del Carmen Ávila León



- 8.1 Católica 8.2 Testigos de Jehová 8.3 Cristiana Evangélica
 8.4 Mormona 8.5 Judaísmo 8.6 Otra Especifique _____
 9. ¿Cuántas veces en el mes asiste usted a los servicios religiosos (cultos, misas, reuniones, etc.)?
 10. Ocupación.
 10.1 Agricultor. 10.2 Comerciante 10.3 Profesional.
 10.4 Jubilado 10.5 Quehaceres domésticos Otros.
 11. Ingreso Económico
 ¿Percibe usted algún ingreso económico? 9.1 SI 9.2 NO
 10. ¿Cuánto gana?
 11. Los recursos obtenidos provienen de:
 11.1 Bono solidario 11.2 Jubilación 11.3 De algún familiar
 11.4 Otros
 12. ¿Usted tiene cobertura médica?
 12.1 SI 12.2 NO
 13. De las siguientes coberturas señale cual corresponde
 13.1 Seguro social 13.2 seguro social Campesino 13.3 Centro de salud
 13.4 Otras 13.5 Indique cual
 14. Vivienda en la que usted habita es:
 14.1 Propia 14.2 Prestada 14.3 Arrendada
 15. Usted cuenta con:
 15.1 Baño 15.2 Taza 15.3 Pozo séptico
 15.4 Alcantarillado

14. Responda las siguientes preguntas.

	Si	No
Está satisfecho con su vida		
Ha dejado de hacer actividades de interés.		
Siente su vida vacía.		
Se aburre con frecuencia		
Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo.		
Está preocupado porque algo malo le va suceder.		
Se siente feliz la mayor parte del tiempo		
Se siente a menudo desamparado		
Prefiere estar en casa a salir a actividades nuevas		
Tiene más problemas de memoria que los demás.		
Cree que es maravilloso estar vivo.		
Se siente inútil.		
Se siente lleno de energía.		
Se siente sin esperanza ante la situación actual		
Siente que la mayoría de la gente está mejor que usted.		



15. Responda las siguientes preguntas.

PREGUNTAS	RESPUESTAS				
	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
En mi casa predomina la armonía.					
En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
Podemos conversar diversos temas sin temor.					
Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

16. Responda las siguientes preguntas

Criterio	Puntaje
Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	
Insuficiencia cardiaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de Insuficiencia cardiaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diurético o vasodilatador. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales.	
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de <i>bypass</i> arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro.	
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma.	
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. Mixta, poli mialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un úlcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica.	
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglucemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta.	
Hemiplejia: evidencia de hemiplejia o paroplejia como consecuencia de un AVC u otra condición.	
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida.	
Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	



Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas.	
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldstrom y mieloma	
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía).	
Tumor o neoplasia sólida con metástasis.	
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos.	

17. Responda las siguientes preguntas

ENTORNO FISICO	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
Ambiente Físico familiar	
¿Hace actividades todos los días?	Si: ___; No: ___
¿sabe utilizar internet?	Si: ___; No: ___
¿Cuenta con un lugar solo para usted en su casa?	
¿existe en su casa un espacio adecuado para descansar cuando está desocupado?	Si: ___; No: ___
¿Tiene usted un lugar acogedor en su casa para compartir con la familia?	Si: ___; No: ___
Ambiente Físico Social	
¿Asiste a algún grupo social (cultural, político o religioso)?	Si: ___; No: ___
¿Ha dejado de hacer actividades debido a alguna limitación en su cuerpo o algún estorbo en el camino de su casa o barrio?	Si: ___; No: ___
¿Participa en actividades comunitarias?	Si: ___; No: ___
¿la forma de su barrio permite que usted pueda caminar sin dificultad?	Si: ___; No: ___
¿Se reúne con su familia o amigos en parques, plazas de su comunidad?	Si: ___; No: ___
Ambiente Físico ecológico	
10. ¿tiene sitios para recrearse en su comunidad?	Si: ___; No: ___
11. ¿los lugares donde colocan basura de su comunidad son buenos?	Si: ___; No: ___
12. ¿hay mucho ruido en su comunidad?	Si: ___; No: ___
13. ¿Cree que su comunidad está contaminada por humo y polvo?	Si: ___; No: ___
14. ¿Su comunidad es limpia?	Si: ___; No: ___
CONDUCTAS EN SALUD MENTAL	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
15. ¿Piensa en los cambios a futuro y que va hacer con ellos?	Si: ___; No: ___
16. ¿le gusta hacer sus actividades diarias?	Si: ___; No: ___
17. ¿Se siente seguro de usted mismo?	Si: ___; No: ___
18. ¿Al verse en problemas se puede reponer enseguida?	Si: ___; No: ___
19. ¿cree usted que tiene un papel importante en la vida?	Si: ___; No: ___
FORMA DE VIDA	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
20. ¿Camina todos los días?	Si: ___; No: ___
21. ¿hace actividad en su tiempo libre?	Si: ___; No: ___
22. ¿Lee o mira (revistas, periódicos, libros) en su tiempo libre?	Si: ___; No: ___
23. ¿Duerme 6 horas diarias?	Si: ___; No: ___
24. ¿Evita consumir alcohol?	Si: ___; No: ___
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	
PREGUNTAS	RESPUESTAS



25. ¿al asistir a alguna organización tiene preferencias debido a su edad?	Si: ___; No: ___
26. ¿tiene usted atención preventiva?	Si: ___; No: ___
27. ¿Has recibido medicamentos de forma gratuita del Ministerio de Salud Pública?	Si: ___; No: ___
28. ¿Utiliza bus o camionetas para ir al centro de salud?	Si: ___; No: ___
29. ¿le dan consulta médica y psicológica?	Si: ___; No: ___

Gracias por su colaboración

.....

Firma de la investigadora

Fecha de aplicación:



ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
CENTRO DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**DETERMINANTES SOCIALES RELACIONADOS A LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR
EN EL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA SAN JUAN CANTON GUALACEO
PROVINCIA DEL AZUAY 2015**

El director del presente estudio es el Dr. Manuel Ismael Morocho Malla y es realizada por, Soledad del Carmen Ávila León, estudiante del Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, con la finalidad de realizar la tesis "DETERMINANTES SOCIALES DE LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA SAN JUAN CANTON GUALACEO PROVINCIA DEL AZUAY 2015", previa a la obtención del título de Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el estudio a usted se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Información del estudio.- En el estudio se investigará los DETERMINANTES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA SAN JUAN CANTÓN GUALACEO PROVINCIA DEL AZUAY, esto se llevará a cabo mediante la aplicación de un formulario de recolección de datos.

Riesgos del Estudio: El estudio no implicara afección ni física ni emocional para usted si accede participar en el mismo.

Beneficios: La información alcanzada será utilizada en apoyo de la colectividad, pues con este estudio se conseguirá establecer la prevalencia de los DETERMINANTES SOCIALES DE LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA SAN JUAN CANTÓN GUALACEO PROVINCIA DEL AZUAY .

Confidencialidad. La información obtenida será para el propósito de la investigación realizada y no se utilizará con otros fines.

La participación es voluntaria: estando usted está en libre derecho de aceptar o no participar, sin que esto implique afección alguna.

Preguntas: Cualquier duda acerca del presente estudio comuníquese con la responsable de la investigación al número: 0986535614. Le anticipo mis agradecimientos por su colaboración.

Yo _____ Con cédula de identidad _____, acepto sin ningún compromiso participar en esta investigación, se me ha informado del propósito de dicho estudio y de la confidencialidad del mismo.

Firma del participante