

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

“DETERMINACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LA ASISTENCIA A LOS ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN Y ENCUENTRO DEL MIES CON LA VARIACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA PERCIBIDA EN LOS ADULTOS MAYORES, UBICADOS EN LA DIRECCIÓN DISTRITAL QUITO NORTE MIES, CANTÓN QUITO, PARROQUIA CALDERÓN / CARAPUNGO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2018- OCTUBRE 2019”.

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

AUTORES: EGAS BENAVIDES MARIBEL ANELIZ

MENDOZA SOLÓRZANO MARÍA JOSÉ

DIRECTOR ACADÉMICO: DR. FRANCISCO RODRÍGUEZ LANFRANCO

ASESOR METODOLÓGICO: DR. MARCO ANTONIO PINO

QUITO, JUNIO 2020

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación, primero a Dios por la vida y permitirme esta vocación tan linda de ser médico, a mi abuelita América por ser quien me enseñó a amar al adulto mayor, a mis padres por todo su esfuerzo y amor, a mis hermanos por hacer felices mis días, a mi esposo por acompañarme en este largo camino y ser mi apoyo. A las tristezas porque al final del día me hicieron más fuerte.

María José

Dedico esta investigación a Dios que siempre me acompaña y me da fuerzas para seguir, a mis padres y hermanos, quienes son mi ejemplo e inspiración en la vida y los amo profundamente, a mi tía Rosita quien siempre fue un aliento, animándome a seguir en esta especialidad, iba a ser mi principal relacionista pública, sé que ahora me cuida desde el cielo...

A toda mi familia quienes han sido testigos de todo el camino recorrido para llegar a esta meta y me han acompañado llenándome de alegría y amor.

Maribel

AGRADECIMIENTO

A Dios por la vida, a nuestros familiares por su amor y guía, a la PUCE por acogernos en su casa y enseñarnos esta maravillosa especialidad, a todos nuestros tutores por sus enseñanzas impartidas, a nuestros amigos y compañeros del postgrado por haber sido parte de esta etapa, a Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, por su escala de SLWS que usamos en este estudio y a todos quienes colaboraron para que el presente trabajo de investigación sea realizado.

Maribel y María José

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organización Mundial de la Salud.
MIES	Ministerio de Inclusión económica y social
PAM	Población adulta mayor
ABVD	Actividades Básicas de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
MSP	Ministerio de Salud Pública
BID	Banco Iberoamericano de Desarrollo
AVAD	Años de vida ajustados en función de la discapacidad
APD	Años perdidos por discapacidad
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SABE	Salud, bienestar y envejecimiento
SWLS	Satisfaction with Life Scale, en español Escala de satisfacción con la vida
GDS	Geriatric Depression Scale, en español Escala de depresión geriátrica
BDNF	Brain derived neurotrophic factor

Elaborado: María José Mendoza, Md, Maribel Egas, Md, 2018.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
LISTA DE ABREVIATURAS	III
RESUMEN	XIII
ABSTRACT.....	XV
CAPÍTULO I	1
1.1 Introducción	1
CAPÍTULO II	4
2 Revisión bibliográfica.....	4
2.1 Definiendo el envejecimiento: consideraciones generales.	4
2.2 Depresión en el adulto mayor.	6
2.2.1 Envejecimiento Cerebral y su impacto en la salud mental	7
2.2.2 Clasificación.	8
2.2.3 Alteraciones Neurobiológicas en el adulto mayor con depresión.....	8
2.2.4 Factores Asociados a depresión en el adulto mayor.	10
2.2.5 Síntomas de depresión en el Adulto mayor.	10
2.2.6 Valoración de depresión en el Adulto mayor.	11
2.3 Envejecimiento y satisfacción con la vida.	12
2.4 Salud para el envejecimiento.	14

2.5 Modelos de envejecimiento.	15
2.5.1 Envejecimiento saludable.	15
2.5.2 Envejecimiento Activo.	16
2.6 Espacios de socialización y encuentro.	17
2.6.1 Sistema de promoción del envejecimiento saludable.	17
2.6.2 Funcionamiento de los espacios de socialización y encuentro: efectivizando la promoción de la salud.	20
2.6.3 ¿Qué sucede realmente con estos espacios?: caso Ecuador.	22
2.6.4 Modelo de atención en espacios de socialización y encuentro.	24
2.6.4.3 Los centros rurales de atención o apoyo diurno tienen los siguientes enfoque de gestión integracional, preventivo y asistencial.	26
2.7 Infraestructura: espacios de socialización y encuentro, espacios amigables para el envejecimiento.	27
2.8 Fomentando la promoción del envejecimiento saludable: Actividades en espacios de socialización y encuentro.	27
2.9 Funcionalidad y satisfacción con la vida en espacios de socialización y encuentro: Aportes al buen vivir.	29
2.10 Envejecimiento Activo y Calidad de vida.	30
2.11 Aportes a la salud: promoción y prevención para un envejecimiento activo y saludable. ...	31
CAPÍTULO III	33
3 Materiales y Métodos.....	33

3.1 Justificación.....	33
3.2 Problema de Investigación.....	35
3.3 OBJETIVOS.....	35
3.3.1 Objetivo General.....	35
3.3.2 Objetivos Específicos.....	35
3.4 Diseño Metodológico.....	36
3.4.1 Matriz de las variables.....	36
3.4.2 Operacionalización de las Variables.....	37
3.4.3 Muestra.....	39
3.4.4 Tipo de estudio.....	39
3.4.5 Procedimientos de recolección de información.....	40
3.5 Aspectos Bioéticos.....	41
3.6 Aspectos Administrativos.....	41
3.6.1 Recursos Humanos.....	41
3.6.2 Recursos Materiales.....	41
3.6.3 Presupuesto.....	41
CAPÍTULO IV	43
4. Resultados.....	43
CAPÍTULO V	66
5. Discusión.....	66

5.1 Relación de variables demográficas con la asistencia a los espacios de socialización y encuentro MIES y síntomas depresivos.....	67
5.2 Relación de las variables demográficas con los síntomas depresivos.	68
5.2.1 Género.....	69
5.2.2 Nivel Socioeconómico.....	70
5.2.3 Estado civil y convivencia.....	70
5.2.4 Educación.....	71
5.2.5 Comorbilidades.....	71
5.3 Variables demográficas y Satisfacción con la vida.....	72
CAPÍTULO VI	74
6. Conclusiones.....	74
CAPÍTULO VII	76
7. Recomendaciones.....	76
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	87
Anexo 1. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS-15) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años.....	87
Anexo 2. Escala de Satisfacción con la Vida. Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen and Sharon Griffin, 1985.....	88
Anexo 3. Consentimiento Informado.....	89

Lista de Tablas

Tabla 1 Clasificación de la Depresión	8
Tabla 2 Fragmento de Promoción de la Salud en adultos mayores	18
Tabla 3 Enfoque del programa Sesenta y Piquito	19
Tabla 4 Marco legal	21
Tabla 5 Categoría de pobreza según Registro Social 2018-2019	22
Tabla 6 Descripción del servicio de estancias de día de centros sociales de personas mayores	24
Tabla 7 Descripción de los programas o talleres temporalizados de hábitos saludables y prevención de la dependencia	25
Tabla 8 Los centros rurales de atención o apoyo diurno.....	26
Tabla 9 Actividades derivadas de las necesidades básicas	28
Tabla 10 Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores.....	30
Tabla 11 Operacionalización de las Variables.....	37
Tabla 12 Presupuesto.	42
Tabla 13 Características demográficas de los participantes en el estudio, Calderón-Carapungo 2019.....	43
Tabla 14 Distribución de adultos mayores según interpretación de la escala de Yesavage inicial.....	45
Tabla 15 Asociación de variables demográficas con síntomas depresivos encontrados en la escala de Yesavage inicial, Calderón-Carapungo 2019.....	46
Tabla 16 Mediana de reducción de síntomas entre puntaje de la escala de Yesavage inicial y 6 meses.....	48

Tabla 17 Relación de los resultados de la escala de Yesavage inicial y post test a los 6 meses con las variables incluidas en el estudio, Calderon / Carapungo, 2019.....	49
Tabla 18 Relación de los resultados de la Escala de Satisfacción con la Vida con las variables incluidas en el estudio, Calderón / Carapungo, 2019.....	63

Lista de Figuras

Figura 1. Histograma de unidades y usuarios, 2019	23
Figura 2. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios de espacios de socialización y encuentro mies, Calderon-Carapungo, 2019.	47
Figura 3. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en hombres, Calderón-Carapungo, 2019	50
Figura 4. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en mujeres, Calderón-Carapungo, 2019..	51
Figura 5. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con pareja, Calderón-Carapungo, 2019.	51
Figura 6. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin pareja, Calderón-Carapungo, 2019	52
Figura 7. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios que viven en compañía de terceros, Calderón-Carapungo, 2019..	53
Figura 8. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios que viven solos, Calderón-Carapungo, 2019.....	53
Figura 9. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con escolaridad de 0-6 años, Calderón-Carapungo, 2019..	54
Figura 10. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con escolaridad mayor de 6 años, Calderón-Carapungo, 2019	54
Figura 11. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con 0-1 comorbilidad, Calderón-Carapungo, 2019	55

Figura 12. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con 2 o más comorbilidades, Calderón-Carapungo, 2019..... 55

Figura 13. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con ingresos propios, Calderón-Carapungo, 2019..... 56

Figura 14. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin ingresos propios, Calderón-Carapungo, 2019..... 56

Figura 15. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con pensión jubilar, Calderón-Carapungo, 2019..... 57

Figura 16. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin pensión jubilar, Calderón-Carapungo, 2019 57

Figura 17. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con pensión no contributiva, Calderón-Carapungo, 2019.. 58

Figura 18. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin pensión no contributiva, Calderón-Carapungo, 2019. 59

Figura 19. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con ingreso de terceros, Calderón-Carapungo, 2019..... 59

Figura 20. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin ingreso de terceros, Calderón-Carapungo, 2019..... 60

Figura 21. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con fuente fija de ingresos, Calderón-Carapungo, 2019.. 60

Figura 22. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin fuente fija de ingresos, Calderón-Carapungo, 2019..... 61

Figura 23. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios no pobres, Calderón-Carapungo, 2019	61
Figura 24. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios dentro del grupo de pobreza, Calderón-Carapungo, 2019.....	62
Figura 25. Correlación entre síntomas depresivos medidos con la escala de Yesavage y satisfacción con la vida autopercebida en usuarios de los espacios de socialización y encuentro del mies, Calderón-Carapungo, 2019.....	64

RESUMEN

Los espacios de socialización y encuentro son lugares de distracción en donde el adulto mayor puede realizar diversas ocupaciones de interés mientras crea vínculos comunitarios que disminuyen el riesgo de vulnerabilidad y tiene diferentes beneficios en las distintas esferas del envejecimiento.

Se trata de un estudio ambispectivo que incluyó 124 adultos mayores los cuales tienen en promedio 75.27 años, que correlaciona la asistencia a los espacios de socialización y encuentro del MIES con la variación de síntomas depresivos por medio de la evaluación de dos tomas de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage con diferencia de 6 meses cada una y la satisfacción con la vida por medio del cuestionario SWLS.

Se concluyó que el 20.96% de los participantes tuvieron síntomas depresivos, y nuestros resultados muestran que sí hubo relación entre la asistencia a los espacios de socialización y encuentro con estos síntomas, es así que el 51.6% los disminuyeron y el 35.4% no tuvieron modificación en el puntaje al comparar el pretest y post test ($p < 0.001$). Todas las variables demográficas mostraron beneficio en la reducción de síntomas depresivos a excepción de quienes sí reciben pensión no contributiva.

En cuanto a la relación con satisfacción con la vida, se observó que a medida que aumentan los síntomas depresivos disminuye el nivel de satisfacción. Se mostró un menor nivel de satisfacción con la vida de los participantes que no tenían pensión jubilar y los del grupo de pobreza y una tendencia similar en aquellos con nulo o bajo nivel educativo.

Palabras Clave: Espacios de socialización y encuentro, centros de convivencia, espacios de ocio, entretenimiento, distracción, lúdicos, club de jubilados, centros de animación, espacios

activos, espacios alternativos, satisfacción con la vida, depresión, síntomas depresivos, adulto mayor, anciano.

ABSTRACT

Socialization and meeting spaces are places of distraction where the elderly can carry out various occupations of interest while creating community ties that reduce the risk of vulnerability and have multiple benefits in the different spheres of aging.

This is an ambispective study that included 124 older adults with an average age of 75.27 years, which correlates attendance at MIES socialization and meeting spaces with the variation of depressive symptoms by means of the evaluation of two measurements of the Geriatric depression scale (GDS - Yesavage) with a difference of 6 months each and satisfaction with life through the SWLS questionnaire.

It was concluded that 20.96% of the participants had depressive symptoms and our results show that there was a relationship between attendance at socializing spaces and these symptoms, so that 51.6% decreased them and 35.4% had no modification in the score when comparing the pretest and post test ($p < 0.001$). All demographic variables showed benefit in reducing depressive symptoms except for those who do receive a non-contributory pension.

Regarding the relationship with life satisfaction, it was observed that as depressive symptoms increase, the level of satisfaction decreases. Participants who did not have a retirement pension and those in the poverty group showed a lower level of life satisfaction and a similar trend was observed in those with none or low educational level.

Key words: Socialization and meeting spaces, community centers, spaces for leisure, entertainment, distraction, retirement club, entertainment centers, active spaces, alternative spaces, depressive symptoms, depression, life satisfaction, elderly, older adult.

CAPÍTULO I

1.1 Introducción

El envejecimiento es un proceso al que todo ser humano se encuentra expuesto desde el momento de la concepción, que va a ocasionar cambios característicos de envejecer y otros causados por diversas enfermedades que impactarán en algunos casos de manera negativa la independencia del adulto mayor y que ocasionará mayor carga económica tanto para el cuidador como para el sistema de salud.

En Ecuador tenemos dos grupos de adultos mayores; quienes tienen una pensión jubilar, que son aquellos que pueden costear su espacio de ocio y aquellos en situación de pobreza y extrema pobreza, mismos que por las duras condiciones de vida, su pensión no contributiva¹ asignada no le es suficiente para poder acceder a estos servicios.

Con la finalidad de lograr el cumplimiento de promoción y prevención para un envejecimiento activo y saludable se han creado los espacios de socialización y encuentro que son centros de recreación en los que por medio de diferentes actividades ya sean física, mental, social, espiritual logran tener un impacto positivo en la calidad de vida del adulto mayor, mejorando la independencia física, mental, plenitud espiritual, mejoría de los síntomas depresivos ayudando además a aliviar la carga sobre el cuidador.

La depresión es uno de los principales trastornos neuropsiquiátricos en la población adulta mayor, siendo la principal causa de problemas de salud y discapacidad (OMS, 2017). En la encuesta SABE I Ecuador (2009-2010), la prevalencia de depresión en la población adulta mayor fue del 39.1% en la comunidad, sin que se detalle la misma en centros geriátricos, hospitalización, entre otros.

¹ La política de aseguramiento no contributivo tiene por objeto cubrir a los grupos que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad frente a la necesidad de ingresos, con el fin de evitar el deterioro del consumo básico, (MIES,2017)

La inclusión social se asocia fuertemente a la satisfacción con la vida, por lo que el tener la oportunidad de acceder a los espacios de socialización y encuentro fortalece las relaciones con más personas y la realización de múltiples actividades y esto es consistente con varios estudios que demuestran la importancia de la inclusión social en el bienestar subjetivo de los adultos mayores. (Xie, 2018).

Nuestra población de estudio son los adultos mayores de la comunidad, independientes y sin deterioro cognitivo y ante la escasez de estudios similares realizados en nuestro país lo hemos tomado como punto de interés y hemos decidido que nuestro tema de estudio sea la “Determinación de la relación entre la asistencia a los espacios de socialización y encuentro del MIES con la variación de los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida percibida en los adultos mayores, ubicados en la Dirección Distrital Quito Norte MIES, cantón Quito, Parroquia Calderón / Carapungo en el período comprendido entre Enero 2018- Octubre 2019”. Es un estudio observacional, ambispectivo, multicéntrico que tiene como objetivo valorar 124 usuarios que cuenten con dos evaluaciones anuales de Yesavage, y se realizó la escala de satisfacción con la vida (SWLS) versión en español.

En el capítulo I se elabora una explicación introductoria del envejecimiento, los cambios sociales, funcionales, mentales, espirituales en el adulto mayor y cómo estos interaccionan con los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida, además del funcionamiento de los espacios de socialización y encuentro y su realidad en Ecuador, con lo que se desarrollará una visión del estudio planteado y la organización del mismo.

En el capítulo II se desarrolla el marco teórico de nuestra investigación, con el aporte de bibliografía de importancia para un mejor entendimiento del estudio.

En el capítulo III contiene la instrumentación, justificación y metodología, que nos guiará a una correcta interpretación del estudio.

El capítulo IV se encuentra los resultados, interpretación y su análisis estadístico, para lo que se emplearon los programas SPSS y Excel.

En el capítulo V se realiza la discusión de los resultados obtenidos y su análisis con búsqueda de trabajos similares.

En el capítulo VI se describe las conclusiones de nuestro trabajo de investigación.

En el capítulo VII encontramos las recomendaciones y en la parte final de la tesis hallaremos la bibliografía y anexos de la investigación.

CAPÍTULO II

2 Revisión bibliográfica

2.1 Definiendo el envejecimiento: consideraciones generales.

El envejecimiento es un proceso biológico que inicia desde la concepción, Según Bertrand Strehler citado de González De Gago (2010), propuso considerar al envejecimiento como “un proceso deletéreo², progresivo, intrínseco y universal que acontece con el tiempo en todo ser vivo, como expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ambiente” (p.43).

La Organización Mundial de la Salud (OMS³) define el envejecimiento como:

El proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales (Alvarado & Sa, 2014, pág.58).

González De Gago, (2010) señala que “el proceso de envejecimiento incluye la percepción por parte del mismo individuo y la sociedad que le rodea, [...]” (p. 43), por lo cual es muy difícil indicar una edad en la que se pueda considerar a una persona como adulta mayor; se suele asociar la vejez con la llegada de la jubilación la cual en el Ecuador es a partir de los 60 años (Zapata Mora, 2018).

Por tal motivo existen dificultades para poder catalogar efectivamente el envejecimiento, pero podemos establecerlo teniendo en cuenta cuatro tipos de edades (Alvarado & Sa, 2014):

² Del griego antiguo *dēlētērios* que significa destrucción.

³ Organización Mundial de la Salud.

Edad cronológica: Se refiere a la cantidad de años transcurridos desde el alumbramiento de la persona.

Edad biológica: Es determinada por el daño en diferentes órganos que se produce con el paso del tiempo.

Edad psicológica: Es de tipo adaptativa y tiene que ver con los cambios cognitivos y conductuales de la persona a lo largo de la vida.

Edad social: establece el rol que el individuo realiza en la sociedad que se desenvuelve.

Además de la disminución de la funcionalidad⁴, el envejecimiento presenta otras características socioculturales como la pérdida de la convivencia comunitaria y familiar, cambio en los roles y estratos sociales, junto con la estigmatización laboral con la que convive la persona adulta mayor, creyéndose que ya no son aptos para realizar un trabajo, en este grupo de adultos mayores tenemos a quienes poseen una pensión jubilar que le garantiza una mejor calidad de vida y el otro grupo que son aquellos con pensiones no contributivas otorgadas por el estado como ayuda.

Datos del Censo de Población y Vivienda presentado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos –INEC- 2010, afirma que el 75 % de la población mayor a 65 años no cuenta con afiliación a un seguro de salud y solo el 23% de la población con 60 años o más está afiliada al IESS, otro tipo de aseguradoras cubre solo un 25 % entre los que se encuentra institutos de la Policía y Fuerzas Armadas (MIES⁵, 2017).

En el otro extremo tenemos a los adultos mayores en condición de vulnerabilidad por pobreza y extrema pobreza que no cuentan con seguridad social contributiva, a quienes se les otorga las

⁴ La funcionalidad geriátrica es la capacidad de un adulto mayor para realizar de manera independiente las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales de la vida diaria.

⁵ Ministerio de Inclusión económica y social

pensiones no contributivas con la finalidad de ampliar el capital humano⁶ y evitar la persistencia de la pobreza mediante la entrega de compensaciones monetarias (MIES, s.f).

Según datos de (MIES, 2017), la pensión no contributiva, transferencia monetaria llega a un 57% de adultos mayores y en diciembre de 2012 se alcanzó una cobertura de protección social a adultos mayores del 72% (en forma de pensiones, entre seguridad social y pensión no contributiva).

Pese a este aumento, se puede observar un número importante de personas mayores sin cobertura de pensión, lo que sumado al edadismo que provoca mayor dificultad para conseguir un trabajo y poder cubrir sus necesidades básicas, teniendo impacto en todas las esferas de la salud.

En la vejez se atraviesa además procesos de duelo ya sea por pérdida del cónyuge (viudez), familiares o amigos cercanos, sumado esto a un ritmo de vida más acelerado y cada vez más excluyente del adulto mayor, pueden llevarlo al aislamiento teniendo repercusiones en la esfera mental pudiendo iniciar o exacerbar síntomas depresivos.

2.2 Depresión en el adulto mayor.

Con el envejecimiento existen cambios biológicos, psicológicos y socioeconómicos que si no son favorables y se perpetúan en el tiempo pueden tener repercusiones negativas en la salud mental del adulto mayor.

La depresión es un gran problema de salud pública debido a que es la principal causa de discapacidad en la región de las Américas y cuando se la considera junto con la mortalidad,

⁶ Capital humano se define como los conocimientos, las destrezas, las habilidades y las competencias acumuladas, individual y colectivamente en la gente, cuya aplicación multiplica el nivel y la calidad del desarrollo humano, social y económico en el país.

suponen 3,4% del total de Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y 7,8% del total de Años perdidos por discapacidad (APD) (OPS, 2018).

La OMS afirma que la depresión mayor (unipolar) afecta a un 7% de los adultos mayores de 60 años o más y es responsable de un 5.7% de APD (OMS, 2017).

Según afirma la Organización Panamericana de la Salud (2018) el Ecuador tiene el 8,3% de discapacidad por depresión siendo el cuarto país de la región, superado por Perú 8.6%, Brasil 9.3% y Paraguay con un 9.4% de discapacidad.

En nuestro país la prevalencia de depresión en la población adulta mayor es del 39.1%, presentándose más en mujeres que en hombres, con incremento a mayor edad y a peor índice de condición social, observándose que en grupos de indigencia la prevalencia fue de un 54% en contraste con aquellos con una buena condición social que fue de un 11.9% (SABE I Ecuador, 2009-2010).

2.2.1 Envejecimiento Cerebral y su impacto en la salud mental

Para entender mejor la depresión es importante conocer los cambios anatómicos que ocurren de manera fisiológica en el adulto mayor a nivel cerebral, los cuales se deben a un deterioro propio del paso del tiempo y neuroplasticidad, estos cambios van a variar de un individuo a otro. Es así que en el envejecimiento vamos a encontrar:

- Reducción del volumen y peso cerebral: se ha estipulado que existe una reducción del 5 al 7% del mismo, equivalente a 80 -100 g, esto puede deberse por pérdida de componentes no neuronales (vasos sanguíneos) y disminución o atrofia neuronal (Agüera, Losa, Goez, & Gilaberte, 2011).

- Alteraciones funcionales a nivel de la corteza prefrontal, subcortical, hipocampo mismas que son relacionadas con la cognición. Descenso de los receptores, su actividad y de enzimas sintetizadoras de neurotransmisión (Agüera et al, 2011).

- Disminución de la actividad del factor neurotrópico derivado del cerebro (BDNF), mismo que es fundamental en el ciclo vital neuronal, en procesos de neuroplasticidad, e importante para mantener el aprendizaje y la memoria (Agüera et al, 2011)

Todos estos cambios a nivel cerebral dados en el envejecimiento no solo van a intervenir en reducción de la cognición en la cual la población geriátrica está afectada en un 15-25%, sino además aumento de vulnerabilidad en otras enfermedades como los trastornos de tipo afectivo (Agüera, 2011).

2.2.2 Clasificación.

Existen diversas clasificaciones de depresión pero por su practicidad presentamos la siguiente:

Tabla 1

Clasificación de la Depresión

Depresión Endógena	Depresión Exógena
Ocasionada por cambios en los niveles de neuroreceptores en las sinapsis.	Se la conoce a la desencadenada por un agente estresor.

Fuente: Azam Hosseini, Minoos Jalali, 2018

Elaborado por: María José Mendoza, Md, Maribel Egas, Md, 2020

2.2.3 Alteraciones Neurobiológicas en el adulto mayor con depresión

Se han realizado estudios en la población adulta mayor con depresión para establecer la fisiopatología de la enfermedad, las cuales se han realizado por medio de técnicas de neuroimagen y neuroquímica, estableciendo los siguientes hallazgos:

Se ha descrito que en las personas con depresión se podría provocar una alteración estructural a nivel del hipocampo encontrándose un volumen menor que en sujetos sanos, además de observarse que esta reducción aumenta según el número y duración de episodios depresivos, estos hallazgos encontrados no se han podido evidenciar en todos los estudios (Shahbaz, y otros, 2015). A este nivel también se provocan alteraciones de tipo funcional que fomentaría la aparición de deterioro cognitivo y trastorno neuroendocrino presente en este grupo de personas que padecen la enfermedad (Agüera et al, 2011).

La alteración en la función del eje hipotálamico-hipófisis-adrenal inducidas por estrés o depresión pueden provocar elevación del cortisol y catecolaminas plasmáticas lo cual puede resultar tóxico, contribuyendo a la aparición de comorbilidades, mismas que pueden ser explicadas por la elevación del cortisol que afecta el sistema inmune y causa antagonización de la insulina favoreciendo el desarrollo del síndrome metabólico, además de este efecto puede tener acción neurotóxica que favorece la degeneración y muerte neuronal, incurriendo de forma negativa en los procesos de neuroplasticidad y descenso de los niveles de BDNF; el aumento de catecolaminas ocasiona activación plaquetaria elevación de citocinas e interleucinas contribuyendo a problemas cardiovasculares lo que explicaría el alto riesgo de enfermedades cardíacas y cerebrovasculares (Agüera et al, 2011).

Estos agentes estresores pueden ser causados por eventos dependientes como, separación, muerte de un familiar, en las que por dificultad de afrontar la situación la persona puede caer en depresión o por eventos dependientes como la viudez citado de (Azam & Mino, 2018).

La normalización de la tristeza y pérdida del placer al realizar actividades en este grupo etario provoca que los trastornos depresivos pasen desapercibidos.

2.2.4 Factores Asociados a depresión en el adulto mayor.

Entre los factores asociados a depresión en el envejecimiento tenemos: antecedentes de depresión, sexo femenino, comorbilidades, dolor crónico, deterioro cognitivo y funcional, falta de contactos sociales cercanos, rasgos de personalidad, estresores psicosociales (Warren D, 2014), (Kok & Reynolds, 2017).

2.2.5 Síntomas de depresión en el Adulto mayor.

Los síntomas depresivos en el adulto mayor, varían en relación al adulto joven, tendiendo ciertas particularidades que en muchos casos son equivocadamente normalizadas provocando un infradiagnóstico, es así que menos del 20% de los casos son diagnosticados y tratados (Peña, Herazo, & Calvo, 2009)

Se pueden resaltar algunas características especiales de la depresión en el anciano (Antón Jiménez, Gálvez Sánchez, & Esteban Sáiz, 2007):

- Acentuación patológica de los rasgos premórbidos.
- Poca manifestación de tristeza.
- Aislamiento o retraimiento.
- Dificultad de insight para reconocer síntomas depresivos.
- Mayor prevalencia de asociación con deterioro cognitivo
- Frecuentes visitas médicas (quejas somáticas).
- Más común la aparición de síntomas psicóticos en la depresión mayor.
- Trastornos conductuales más prevalentes.
- Comorbilidades.
- Frecuentemente enfermedad cerebrovascular
- Polifarmacia.

2.2.6 Valoración de depresión en el Adulto mayor.

Existen diversas escalas para realizar screening de depresión, entre ellas tenemos la escala de valoración de Hamilton para evaluación de la depresión (HDRS, Hamilton depression rating scale), CES D (Depression scale), PHQ-9 (Patient Health questionnaire-9), la Escala Whooley, inventario de depresión de Beck, entre otras, dentro de las más utilizadas en la población adulta mayor tenemos a la Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15, versión española 2002), que por su tiempo corto de realización y fácil desarrollo es la que hemos elegido en nuestro estudio.

La Escala de depresión geriátrica de Yesavage GDS-15, tiene una puntuación máxima de 15 y a mayor puntaje mayores síntomas depresivos. La consistencias interna es de 0.99, con una sensibilidad alcanzada del 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos, vale la pena recalcar que es un método de cribado rápido más no un método diagnóstico (Martínez de la Iglesia, y otros, 2002) y que su uso nunca reemplazará un adecuado estudio clínico del personal sanitario.

Cuenta con un total de 15 ítems de contestación afirmativa o negativa, 10 ítems de respuestas afirmativas para indicar síntomas depresivos, y otros 5 ítems de respuestas negativas que indican síntomas depresivos; para su aplicación requiere de 5 a 7 minutos para completarse, con la finalidad de disminuir problemas asociados a fatiga y pérdida de atención que pueden tener los adultos mayores, en mayor medida aquellos que tienen algún grado de alteración cognitiva (Martínez de la Iglesia, et al, 2002).

2.3 Envejecimiento y satisfacción con la vida.

La satisfacción con la vida ha sido definida de varias maneras, para algunos autores responde a un proceso cognitivo a través del cual cada persona evalúa la calidad global de su vida en base a criterios propios, no a criterios impuestos por otros; es el resultado de la comparación que la persona hace de sus propias circunstancias y las que considera que son apropiadas (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

Se considera que es una valoración subjetiva de bienestar (Gana, y otros, 2013), así como una valoración general de la calidad de vida (Han & Hong, 2011)

Se ha manifestado que la satisfacción con la vida refleja la calidad de vida desde sentimientos subjetivos de cada individuo y también como una valoración global de ella (Wang, y otros, 2018).

La satisfacción con la vida puede cambiar de acuerdo a circunstancias específicas y se basa en la autopercepción y entendimiento de las personas (Aishvaria, y otros, 2014).

Ya que se la considera uno de los pilares de la calidad de vida, se utiliza como indicador de adaptación y de envejecimiento exitoso, en el que cada persona debe determinar qué factores sirven de base para su bienestar (Bertelli-Costa & Liberalesso, 2019).

Algunos autores encontraron que la satisfacción con la vida se asocia con el envejecimiento exitoso de manera positiva ya que está relacionada a la funcionalidad, estado afectivo y productivo (Xie, 2018)

El realizar actividades actúa como un factor importante para proveer satisfacción y bienestar ya que promueve un mayor sentido de pertenencia y de contribución a la sociedad. El efecto positivo se da al realizar las actividades y ser capaz de hacerlas, esto muestra autonomía e independencia (Bertelli-Costa & Liberalesso, 2019) y (Katz, 2000; Li et al, 2017).

La evaluación de este aspecto es muy importante ya que muchos estudios han relacionado un bajo nivel de satisfacción con la vida en adultos mayores con alto riesgo de problemas de salud mental, mortalidad y suicidio (Koviumaa-Honkanen, y otros, 2001) .

Las actividades de recreación son actividades informales que resultan de elecciones individuales y se asocian fuertemente con la satisfacción con la vida. (Adams, Leibbrandt, & Moon, 2011).

La motivación intrínseca y determinación individual en realizar una actividad puede variar de acuerdo al dominio en que dicha actividad se realice (Cerin, Leslie, & Sugiyama, 2009).

La libre elección y la motivación intrínseca para realizar una actividad son puntos claves que explican por qué el involucrarse en las actividades afecta la satisfacción con la vida (Kuykendall, Tay, & Ng, 2015).

La satisfacción con la vida debe ser explorada para entender las metas de vida y condiciones de vida actuales en las personas y para identificar áreas en las que ellos necesiten información o soporte complementario o compensatorio (Wang, y otros, 2018).

Una de las escalas más utilizadas y citadas, alrededor del mundo, para medir la satisfacción global de una persona con su vida, es la Escala de Satisfacción con la Vida [Satisfaction With Life Scale, SWLS] (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) . Esta escala cuenta con varios ítems y está enfocada en evaluar la satisfacción global con la propia vida. La escala tiene 5 ítems con 7 opciones de respuesta que van de (1) total desacuerdo a (7) total acuerdo. La escala tiene una consistencia interna de 0.79 a 0.89 (Diener, 2006) y en un estudio realizado en nuestro país en población adulta se encontro una consistencia interna de 0.81 (Arias & García, 2018).

Esta escala se centra en la satisfacción con la vida como resultado del proceso de evaluación cognitiva que realizan las personas al valorar su vida y no así, otros componentes relacionados

con el bienestar subjetivo. Es decir, no toma en cuenta afectos positivos, afectos negativos, sentimientos de soledad u otros, se centra únicamente en apreciaciones cognitivas (Diener et al, 1985) y (Diener, 1994).

2.4 Salud para el envejecimiento.

La salud ha sido tema de preocupación de todas las personas a lo largo del tiempo y su definición ha cambiado según el contexto social en el que se ha cursado, actualmente se considera que es más que la ausencia afecciones o enfermedades y considera otras esferas como la social, física, psicológica (OMS, 1948). Es decir que aunque una persona se encuentre biológicamente sana, si vive en una sociedad excluyente, sin los recursos económicos adecuados no va a percibir un estado de salud satisfactorio, otro ejemplo sería el de una persona que aunque posea un buen soporte social, económico y tenga ausencia de enfermedades pero sus creencias no son respetadas tampoco podrá alcanzar esta meta; cuando se logra un completo estado de equilibrio entre todas las esferas que la persona considera indispensables para tener salud, podemos decir que se ha alcanzado la salud integral (Gavidia & Talavera, 2012) y desde este enfoque Valenzuela (2016) afirma: “la salud humana debe abarcar todas las dimensiones del ser humano” (pág. 50). Es así que la constitución de la OMS (1948) afirma que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y la reconoce como "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología, política o condición económica o social" (pág. 1). Estos dos párrafos fueron conjugados para hacer un solo concepto de salud por Alma ata 1978 y la OMS 1998, reconociéndose de esta forma la universalidad del derecho a la Salud.

2.5 Modelos de envejecimiento.

El envejecimiento se caracteriza por la presencia de cambios fisiológicos, patológicos, factores ambientales vinculados al estilo de vida⁷ y los factores de riesgo que pueden ser consumo de tabaco, alcohol, abuso de drogas lícitas e ilícitas, exposición laboral, (Abril et al, 2012). Estos factores son determinantes de los distintos modelos de envejecimiento, entre los cuales la (OMS, 2015) menciona el saludable y el activo.

2.5.1 *Envejecimiento saludable.*

Es un término propuesto por la OMS en el año 1998 que hace alusión a prácticas de promoción de salud que solo pueden ser alcanzadas con la práctica de hábitos, estilos de vida saludables y prevención precoz de enfermedades y discapacidades (Alvarado & Sa, 2014), lo que nos permite no solo llegar a un incremento en la edad en términos de años, sino, “fomentar y mantener la capacidad funcional⁸ que permite bienestar en la vejez” (OMS, 2015, p. 30); esta capacidad funcional a su vez “se compone de la capacidad intrínseca⁹, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características” (OMS, 2015, p. 30).

Para lograr el envejecimiento saludable se debe además, cambiar la forma en la que se ve el envejecimiento y al adulto mayor en la sociedad según el paradigma¹⁰ tradicional (beneficiarias de asistencia social, roles sociales restringidos, se reproducen prácticas heterónomas¹¹, entre otros) que debe cambiarse a un paradigma emergente (en donde las personas mayores son reconocidas como sujetos de derechos, se brinde oportunidades para el desarrollo de la PAM y que contribuyan a la sociedad, impulsar la autonomía, entre otros) (CELADE, CEPAL, 2011),

⁷ actividad física, la alimentación

⁸ La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella

⁹ “combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona”.

¹⁰ Paradigma proviene del griego paradigma y el latín paradigma, cuyo significado es ejemplo o modelo.

¹¹ Heteronomía según la RAE es una Condición de la voluntad que se rige por imperativos (capaz de mandar o dominar) que están fuera de ella misma.

para que ello ocurra es importante la creación de espacios adaptados para la realización de sus labores cotidianas y espacios de ocio, se debe priorizar la adecuación del sistema de salud a las necesidades de la PAM, la creación de sistemas de atención a largo plazo, fortalecer las actividades de medición, seguimiento e investigación concernientes a envejecimiento sano (OMS, 2015).

2.5.2 Envejecimiento Activo.

El término envejecimiento activo se define como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2015, p. 5); esta definición crea un nuevo enfoque al añadir la palabra activo que quiere decir que es un adulto mayor capaz de participar de manera continua en las gestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y civiles del envejecimiento (Abril et al, 2012), cambiando de esta manera la forma de percibir al adulto mayor como una persona pasiva, triste, enferma con poco o nada que ofrecer a la sociedad y que se aproxima al ocaso de su vida a un individuo autónomo, capaz de cumplir nuevas metas, mantenerse actualizado y ser parte del capital humano.

Con la finalidad de proporcionar herramientas que efectivicen los modelos de envejecimiento activo en beneficio de las personas adultas mayores, actualmente existen cuatro modalidades de atención gerontológica, de los cuales, los espacios de socialización y encuentro o activos y de recreación son el primer escalón en la promoción del envejecimiento saludable.

2.6 Espacios de socialización y encuentro.

2.6.1 Sistema de promoción del envejecimiento saludable.

Debido a los cambios físico, psicológico y social que atraviesa la persona adulta mayor, caracterizados por pérdida de la funcionalidad, pérdida de seres queridos, jubilación o pérdida laboral que marcan un cambio en el rol social del adulto mayor; muchos de ellos se encuentran en situación de vulnerabilidad, por lo que se crearon estrategias en la primera conferencia internacional de promoción de salud¹² como una forma de contrarrestarlas, buscando la integralidad de la salud y lograr un envejecimiento activo y saludable. En Ecuador contamos con las normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores en la que se detalla las actividades de promoción de la salud enfocado en:

¹² Promoción de la salud es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Carta de Ottawa para la promoción de la salud 1986

Tabla 2 *Fragmento de Promoción de la Salud en adultos mayores*

Contenidos	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado
<p>Envejecimiento activo.</p> <p>Ejercicio físico sistemático y controlado sin llegar a la fatiga.</p> <p>Promover acciones contra riesgos potenciales en el hogar y en los lugares públicos.</p> <p>Alimentación hipocalórica, fraccionada y rica en fibra.</p> <p>Fomentar hábitos saludables evitando el alcoholismo, tabaquismo, y automedicación.</p> <p>Retardar la aparición de enfermedades no transmisibles que lo lleven a la dependencia.</p> <p>Combatir la soledad.</p> <p>Conformar redes de apoyo formal e informal.</p> <p>Desarrollar temas de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores.</p> <p>Estimular la participación comunitaria en pro del adulto mayor y sus derechos.</p> <p>Ocupación del tiempo libre con actividades autosustentables y recreativas.</p> <p>Seguimiento y evaluación del plan de intervención.</p> <p>Coordinación con el MIES, ONGs</p>	Equipo de salud e interdisciplinario	Continua	Programación anual

Fuente: Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores MSP, 2010.

Elaborado: María José Mendoza, Md, Maribel Egas, Md, 2018.

Para garantizar la promoción de salud en el adulto mayor, se han creado espacios de socialización y encuentro, modelos que se pueden encontrar en diferentes países a nivel de

Latinoamérica como México, Chile, Colombia y otros países a nivel mundial con otras denominaciones, entre las que destaca: Centros de convivencia, espacios de ocio, entretenimiento, distracción, lúdicos, club de jubilados, centros de animación o siendo parte de recursos de atención diurna, entre otros.

Por la realidad económica que atraviesan nuestros adultos mayores en situación de pobreza y extrema pobreza, la mayoría de estos espacios de socialización y encuentro son utilizados por grupos de jubilados quienes cuentan con los medios económicos necesarios para solventar su espacio de ocio sin que esto afecte la economía del hogar.

Caso contrario sucede con los adultos mayores que poseen pensión no contributiva, estos al ser parte del sustento del hogar no da cabida para invertir los recursos en este tipo de actividades. Para este grupo de adultos mayores en Ecuador por medio del Ministerio de Inclusión Económica y social se dispone de los espacios alternativos de recreación, o de socialización y encuentro, y su finalidad es “generar lugares de promoción del envejecimiento activo y saludable por medio del encuentro y socialización de las personas adultas mayores, donde se realizarán actividades recreativas, culturales, [...] y relación con el medio social” (MIES, 20-14, p.12).

En Ecuador existen diversos grupos de asociaciones de jubilados quienes han creado clubes o espacios de socialización y encuentro, donde se fomenta el envejecimiento activo. En Quito se dispone del Sistema Integral de Atención al adulto mayor con el programa Sesenta y Piquito, que tiene más de 400 centros y dan beneficio a más de 25000 usuarios (Unidad Patronato Municipal San José, s.f), logrando de esta forma la promoción de la salud para un envejecimiento activo y saludable.

Tabla 3

Enfoque del programa Sesenta y Piquito

Ámbitos	Oferta
Salud	Se ofrece tratamiento para diversas patologías visuales y fisioterapia para prevención de enfermedades.
Recreativo	Se ofrece talleres de baile, música manualidades, gastronomía, salidas turísticas, excursiones, entre otros.
Trabajo digno para los adultos mayores	Ferias de espacios públicos, capacitación en entidades de nivel superior y el primer catálogo de productos y servicios del adulto mayor

Fuente: Unidad Patronato Municipal San José, s.f.

Elaborado: María José Mendoza, Md, Maribel Egas, Md, 2018.

2.6.2 Funcionamiento de los espacios de socialización y encuentro: efectivizando la promoción de la salud.

Los espacios de socialización y encuentro permiten al adulto mayor mantenerse funcional, es decir que sean capaces de realizar de forma independiente las actividades básicas de la vida diaria (ABVD¹³) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD¹⁴), tener nuevas interacciones sociales, mantener y desarrollar nuevas habilidades mediante las distintas actividades, ayuda a formar encuentros, fomentando lazos comunitarios con lo que se fortalece las redes sociales de la población adulta mayor (PAM¹⁵), además de otorgarle un descanso al cuidador mientras se encuentra realizando las actividades.

¹³ Actividades básicas de la vida diaria

¹⁴ Actividades instrumentales de la vida diaria

¹⁵ Población Adulta Mayor se refiere a todas las personas a partir de los 65 años de edad

El uso de estos espacios está amparado en el artículo 14 del Estatuto orgánico sustitutivo de gestión organizacional por procesos del Ministerio de Salud Pública (MSP) (MSP, 2017), cuya misión es:

Formular y asegurar la implementación de las políticas sectoriales para la promoción de la salud, generando estrategias y acciones intersectoriales que incidan directamente en los determinantes de la salud, promoviendo y facilitando la participación social, el ejercicio de derechos, la equidad y la interculturalidad (MSP, 2017, p. 42).

En la gestión interna de la promoción de Salud e Igualdad con respecto a estos espacios destaca¹⁶:

Tabla 4

Marco legal

Espacios y Prácticas Saludables	
a.	Planes, proyectos y estrategias para la construcción de espacios y promoción de la salud que permitan prácticas saludables en los individuos, familias y comunidades;
b.	Modelos y lineamientos de espacios saludables, desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, con metodología participativa para la intervención, seguimiento y evaluación;
c.	Estudios de línea base y operativos para la definición de los diversos espacios saludables, evaluación de particularidades y pertinencia de intervención;
d.	Insumos para los proyectos de normativas técnicas y otros instrumentos legales para la creación y fortalecimiento de espacios saludables;
e.	Insumos y propuestas para los indicadores y estándares de certificación de espacios saludables;
f.	Propuesta para conformación de Comités o Mesas Interinstitucionales para definición de espacios saludables;
g.	Estrategias educativas y de comunicación para promover espacios saludables con diferentes actores.

Fuente: Estatuto orgánico sustitutivo de gestión organizacional por procesos del MSP, 2017.

2.6.3 ¿Qué sucede realmente con estos espacios?: caso Ecuador.

Según el último informe, los espacios de socialización y encuentro en el año 2018 a nivel nacional existieron 512 unidades para 43535 usuarios adultos mayores que se beneficiaron de estos servicios y en el año 2019 fueron 471 unidades para 32805 usuarios, teniendo una variación del año 2018 al 2019 de -8.0% y -24.6% respectivamente (MIES, 2019).

De los usuarios de estos espacios según la categoría de pobreza, se han distribuido de manera diferente mostrando una variación importante entre el año 2018-2019:

Tabla 5

Categoría de pobreza según Registro Social 2018-2019

Categoría	Marzo 2018	Marzo 2019	Varianza
No pobre	63.1	39.9%	-36.8%
Pobre	40.4%	29.4%	-27.3%
Pobre extremo	20.2%	30.7%	52.3%

Fuente: Ministerio de inclusión económica y social, 2019

Elaborado: María José Mendoza, Md, Maribel Egas, Md, 2019.

Al revisar históricamente lo que ha sucedido con las unidades y los usuarios de los espacios de socialización y encuentro observamos que para marzo y abril de este año hubo una caída importante en el número de estos espacios y usuarios, que se recupera progresivamente para alcanzar un total de 33 081 adultos mayores y 403 unidades en Diciembre 2019, mostrando un ascenso que aún no llega a niveles alcanzados previamente.

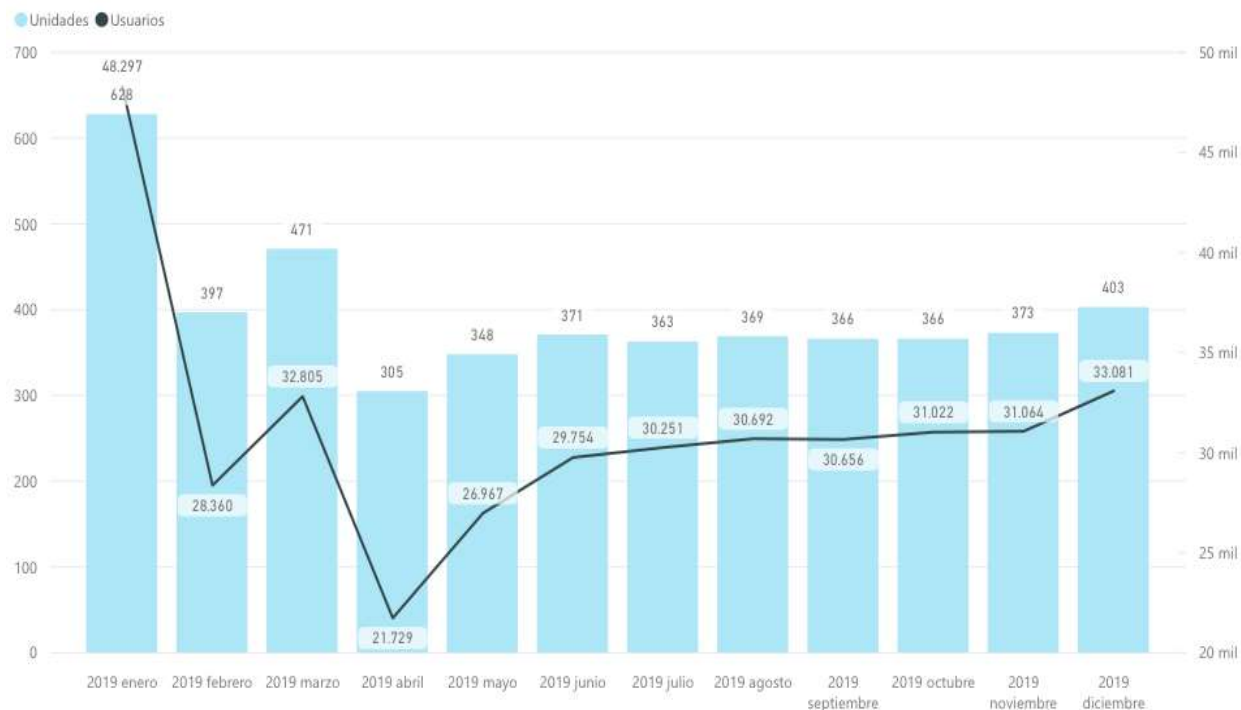


Figura 1. Histograma de unidades y usuarios, 2019, Copyright 2019 por Ministerio de inclusión económica y social. Reimpreso con permiso.

Con los datos que hemos obtenido, podemos identificar que existe una disminución en la cobertura a nivel nacional para las PAM no pobres y en situación de pobreza, mientras que se logra identificar un aumento en la cobertura a los usuarios en condición de pobreza extrema y se muestra una tendencia al incremento de usuarios beneficiarios de este servicio.

2.6.4 Modelo de atención en espacios de socialización y encuentro.

Existen diversos tipos de recursos de atención diurna entre los que destacan:

2.6.4.1 Servicios de estancias de día de centros sociales de personas mayores.

Aquí se ofrecen diversos servicios promovidos por grupos de jubilados, con realización de actividades preventivas, además de optimizar espacios disponibles que no requieren mayores modificaciones para su utilización (Martínez Rodríguez, 2010).

Tabla 6

Descripción del servicio de estancias de día de centros sociales de personas mayores

Características	Descripción
Perfil prioritario	Grupo A: Personas mayores en situación de dependencia física Grupo B. Personas mayores en situación de fragilidad o leve dependencia Grupo D. Personas adultas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento (que no precisen apoyos generalizados)
Territorio	Urbano o semiurbano
Modalidades asistenciales	Continua, parcial
Servicios	Transporte, manutención, actividades terapéuticas o estimulativas, actividades recreativas.
Observaciones	Pueden integrarse en las actividades programadas por el centro social sin olvidar que el perfil del usuario del programa es de fragilidad (leve dependencia y por ello pueden precisarse apoyos complementarios.

Fuente: Centros de atención diurna para personas mayores, Martínez Rodríguez, 2010

Elaborado: María José Mendoza, Md, Maribel Egas, Md, 2018.

2.6.4.2 Programas o talleres temporalizados de hábitos saludables y prevención de la dependencia

Tiene como objetivo la intervención tanto primaria como secundaria con la finalidad de retrasar o evitar la aparición de dependencias y fragilidad (Martínez Rodríguez, 2010).

Tabla 7

Descripción de los programas o talleres temporalizados de hábitos saludables y prevención de la dependencia

Características	Descripción
Perfil prioritario	Grupo B. personas mayores en situación de fragilidad o leve dependencia Grupo D. Personas adultas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento (que no precisen apoyos generalizados)
Territorio	Urbano, semiurbano, rural
Modalidades asistenciales	Temporalizada según programa o taller
Servicios	Transporte, sesiones formativas
Observaciones	El servicio de transporte suele resultar importante para que el acceso al programa o taller de gran parte de las personas mayores

Fuente: Centros de atención diurna para personas mayores, Martínez Rodríguez, 2010

Elaborado: María José Mendoza, Md, Maribel Egas, Md, 2018.

2.6.4.3 *Los centros rurales de atención o apoyo diurno tienen los siguientes enfoque de gestión integracional, preventivo y asistencial.*

Para la permanencia de la PAM en su entorno habitual, estos centros incluyen a grupos de adultos mayores ya sea que se encuentren “en situaciones de dependencia funcional, a las que por diversas circunstancias como la soledad, el asilamiento y la fragilidad se encuentran en situaciones de riesgo por falta de apoyo social continuado”. (Martínez Rodríguez, 2010, p. 15).

Tabla 8

Los centros rurales de atención o apoyo diurno.

Características	Descripción
Perfil prioritario	Grupo A. Personas mayores en situación de dependencia física Grupo B. personas mayores en situación de fragilidad o leve dependencia Grupo D. Personas adultas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento (que no precisen apoyos generalizados)
Territorio	Rural
Modalidades Asistenciales	Continua, parcial (varios días a la semana)
Servicios	Transporte, manutención, apoyo en las ABVD, actividades terapéuticas o estimulantes, actividades recreativas.
Observaciones	La dispensación de servicios suele realizarse en coordinación con otros recursos comunitarios.

Fuente: Centros de atención diurna para personas mayores, Martínez Rodríguez, 2010

Elaborado: María José Mendoza, Md, Maribel Egas, Md, 2018.

2.7 Infraestructura: espacios de socialización y encuentro, espacios amigables para el envejecimiento.

En Ecuador estos espacios cuentan con las siguientes características según la Norma Técnica de Población Adulta Mayor de centros y servicios gerontológicos, 2014:

Espacio de administración y recepción, que disponga de una mesa de despacho y recepción a las personas adultas mayores, que ofrezcan una bienvenida cálida y seguridad;

El espacio de uso múltiple para actividades físicas, recreativas y culturales es entendido como multiuso donde llevar a cabo actividades ocupacionales como manualidades, juegos de mesa, expresiones artísticas en general; deberá contar con el equipamiento, mobiliario y materiales necesarios y suficientes de acuerdo con las actividades a realizar; considerar un espacio para el material didáctico;

Espacio exterior con áreas verdes y patios para momentos de esparcimiento y descanso (p.35).

2.8 Fomentando la promoción del envejecimiento saludable: Actividades en espacios de socialización y encuentro.

Dentro de los espacios de socialización y encuentro, se destacan diversas actividades que son importantes para mejorar la funcionalidad del adulto mayor entre las cuales tenemos:

Tabla 9

Actividades derivadas de las necesidades básicas

Actividades			
A. Actividades físicas:	<ul style="list-style-type: none"> a. Equilibrio b. Movilidad articular. c. Flexibilidad. d. Refuerzo muscular e. Destreza, coordinación. f. Adaptación cardiorrespiratoria frente al esfuerzo. g. Afinamiento sensorial h. Actividades al aire libre y en la naturaleza. i. Juegos colectivos. j. Actividades acuáticas. 	B. Actividades cognitivas:	<ul style="list-style-type: none"> a. Favorecer la concentración. b. Talleres de memoria. c. Grupos de conversación. d. Activación de la mente.
D. Actividades de artes plásticas:	<ul style="list-style-type: none"> a. Dibujo, pintura. b. Modelado, escultura. c. Bordado, punto, costura. d. Alfarería e. Cestería f. Papiroflexia g. Manualidades con materiales de reciclado. 	C. Actividades de expresión y de comunicación:	<ul style="list-style-type: none"> a. Expresión corporal y juegos teatrales. b. Canto, coral. c. Musica, ritmo. d. Bailes. e. Juegos de sociedad. f. Expresión escrita. g. Lectura activa.
E. Actividades espirituales:	<ul style="list-style-type: none"> a. Celebraciones religiosas. b. Canto c. Lectura d. Reuniones 		

Fuente: Cámara Estrella & África María, 2012

Elaborado: María José Mendoza, Md, Maribel Egas, Md, 2018.

Las actividades que las personas adultas mayores realizan, aportan a la funcionalidad y autonomía a través del cumplimiento de la promoción de salud. Según Beneditti TRB (2012) incluir a las personas adultas mayores en este servicio gerontológico tiene diversos beneficios sobre:

La soledad, fomentar la amistad, aumentar la autoestima, mejorar la integración con familiares, rescatar los valores personales y sociales, que ofrece apoyo social y la adopción de un estilo de vida más activo, porque se trata de actividades de ocio, culturales, intelectuales, físicas, manuales, artísticas y de vida colectiva (Andrade , et al, 2014, p. 40).

2.9 Funcionalidad y satisfacción con la vida en espacios de socialización y encuentro:

Aportes al buen vivir.

La inclusión de estas áreas aportan a la funcionalidad de la PAM mediante la generación de espacios que promueven el envejecimiento activo y saludable; la palabra activo se refiere a su participación en todas las actividades que le parezcan de relevancia y no solo al hecho de estar físicamente en un lugar (Limón & Ortega, 2011), según Martínez Rodríguez (2006) afirma que envejecer activamente conlleva tres condiciones que son “envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y envejecer con seguridad” (Limón & Ortega, 2011, p. 229).

Esta actitud participativa a la que nos lleva el uso de los espacios de socialización y encuentro en la PAM ayuda a:

- Enlentecer el deterioro físico o mental ya sea normal o patológico, además, mejora la convivencia en la comunidad de la PAM.
- Mantener la función física.

- Mejora y previene la dependencia al mantener el desempeño en las ABVD y AIVD
- Mejora la capacidad de adaptación con prevención de lesiones y enfermedades.
- Fomenta el autocuidado.
- Mantener sus ingresos por medio de un trabajo el mayor tiempo posible.
- Disminuye la incidencia de discapacidad.

2.10 Envejecimiento Activo y Calidad de vida.

Existen amplios beneficios de la práctica del envejecimiento activo sobre la calidad de vida, dentro de los cuales tenemos:

Tabla 10

Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores

Aprendizajes	Beneficios
Hábitos saludables	Mejoría del autocuidado y acogida de una forma de vida saludable.
El ejercicio físico	Reducción de la presión sanguínea, el aumento de la masa muscular, el fortalecimiento del corazón y del sistema circulatorio, la disminución lipídica y de enfermedades, previene la osteoporosis y reduce el estrés.
Dieta equilibrada	Evitar carencias nutricionales, pérdida de masa muscular.
Abandono del consumo de alcohol	Disminución de la mortalidad general y evitar la aparición de enfermedades causadas por el alcoholismo.
Abandono del hábito tabáquico	A corto y largo plazo los beneficios son, la reducción de enfermedades cardiovasculares y respiratorias, entre otras.
Disminución de los niveles de estrés	El manejo eficaz de las emociones y una adecuada educación emocional ofrecen, hoy en día, una de las medidas para aumentar la posibilidad de envejecer más lentamente
Actitudes positivas para afrontar la vejez	Eliminación del malestar, desasosiego y retraso del envejecimiento

Fuente: Limón & Ortega, 2011 (Limón & Ortega, 2011)

Elaborado: María José Mendoza, Md, Maribel Egas, Md, 2018.

2.11 Aportes a la salud: promoción y prevención para un envejecimiento activo y saludable.

Los espacios de socialización y encuentro aportan a la salud a nivel de las esferas:

Físico: Mediante la realización de ejercicio físico que va dirigido al incremento de masa muscular, mejoría de la movilidad articular, del equilibrio, disminuye y previene la sarcopenia¹⁷, mejora la adaptación a los cambios de actividad física, entre otros.

Las actividades como terapia ocupacional ayuda a mantener o mejorar las ABVD y AIVD mediante la estimulación y reforzamiento de las extremidades superiores.

Mental: El mantenimiento de las funciones cognitivas es muy importante en esta población, se realizan actividades que favorecen la concentración, grupos de conversación, talleres de memoria, entre otras; la realización de estas actividades es muy importante ya que mantiene a la PAM sana mentalmente activa, además de verse retraso en la aparición de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer ya sea por aumento de la reserva cognitiva o un avance lento en la evolución de las mismas.

Social: Por medio de estas reuniones sociales, el adulto mayor crea nuevos lazos comunitarios, que ayudan a alejar el sentimiento de soledad y desprotección que viene con la pérdida de seres queridos (cónyuge, familiares, amigos); estos nuevos lazos son una forma protectora contra posibles abusos por condiciones de vulnerabilidad, sumados a efectos de mejoría anímica que previenen depresión y patologías añadidas a la misma.

Espiritual: En estos espacios se realizan además actividades espirituales, siempre respetando la creencia de sus usuarios, se realizan reuniones, lecturas, entre otras, otorgándole al adulto mayor sensación de bienestar que los ayuda a encontrar sentido a sus vidas.

Es por esto que las intervenciones que fomentan las actividades en todas las esferas, tienen un alto impacto en la calidad de vida de la PAM, con disminución de la dependencia, síntomas

¹⁷ La sarcopenia se define como la pérdida de masa y fuerza muscular en contexto del envejecimiento

depresivos, mejoría en la memoria además de presentar mayor satisfacción con la vida; por dichos motivos se ve la necesidad de estos espacios de socialización y encuentro como un punto de reunión importante para el cumplimiento de la promoción y prevención para lograr un envejecimiento activo y saludable.

CAPÍTULO III

3 Materiales y Métodos

3.1 Justificación.

Es un hecho que la población adulta mayor está incrementándose en todo el mundo, en Ecuador la esperanza de vida en nuestro país es de 72,7 años en hombres y 78,1 años en mujeres (SABE I Ecuador, 2009-2010). Según datos del Banco Iberoamericano de Desarrollo (BID¹⁸, 2015), en el 2019 la población adulta mayor de 60 años y más fue de 9.9%, se estima que esta cifra aumentará en el 2030 a 14.5% y en el 2050 a 21.8%.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente el 20% de las personas mayores de 60 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, y el más frecuente es la depresión (OMS, 2017). Se calcula en varios estudios que entre 10 y 45 % de las personas de más de 65 años tendrán, en algún momento, al menos, un síntoma depresivo. Las cifras de prevalencia en el anciano son, aproximadamente, de 13 a 15 %, y aumentan hasta dos o tres veces en el caso de enfermedad médica asociada. (Sims, Ramirez, & Perez , 2017)

En el Ecuador en la encuesta SABE I Ecuador (2009-2010), se encontró síntomas depresivos en el 39.1% de adultos mayores, por lo que es un problema de salud pública muy importante, debido a las implicaciones en cuanto a la morbilidad, discapacidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos. (Sotelo A. , Rojas, Sanchez, & Irigoyen, 2012)

Se ha determinado que los síntomas depresivos en la edad avanzada están relacionados con varios factores, el sexo femenino, vivir solo, no tener pareja, nivel de educación bajo, trastorno de funcionalidad, enfermedad física comórbida, disfunción cognitiva. (Vink, Aartsen, & Schoevers, 2008)

¹⁸ Banco Iberoamericano de Desarrollo

Según varios autores se considera que para sentirse feliz y satisfecho, el individuo debe ser activo y considerarse útil; por ello la persona que ha perdido su razón de ser se muestra descontenta. (Rosales, Garcia, & Quinonez, 2014)

La edad avanzada junto con la experiencia puede brindar una ventaja contra los factores de estrés. Pero por otro lado, las pérdidas aumentan con la edad avanzada, se producen cambios en la interacción social, aparecen dificultades para realizar actividades y comorbilidades, lo que aumentaría el riesgo de depresión. Se ha observado en diversos estudios que los síntomas depresivos están relacionados con la reducción de las habilidades intelectuales, la inhibición social y la estabilidad emocional. (Peña, Calvo-Gomez, & Herazo, 2009)

Todo esto influye en la satisfacción con la vida debido a que la misma está dada por la valoración propia de los eventos, actividades y circunstancias vividas, además es un pilar de la calidad de vida y se ha utilizado como un indicador de envejecimiento exitoso (Bertelli-Costa & Liberalesso, 2019), de ahí la importancia de estudiar su vínculo con los síntomas depresivos.

Este estudio busca determinar la relación entre la asistencia a los espacios de socialización y encuentro MIES con la variación de los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida percibida en los adultos mayores e identificar si existen factores relacionados con la presencia de síntomas depresivos en esta población al igual que con la satisfacción con la vida, con el objetivo de que se mantengan y promuevan espacios inclusivos donde se realicen múltiples actividades dentro de las políticas públicas y programas de intervención destinadas a las personas adultas mayores.

3.2 Problema de Investigación.

¿Cuál es la relación de la asistencia a los espacios de socialización y encuentro MIES con los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida percibida en los adultos mayores?

3.3 OBJETIVOS.

3.3.1 Objetivo General.

Determinar la relación entre la asistencia a los espacios de socialización y encuentro MIES con la variación de los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida percibida en los adultos mayores.

3.3.2 Objetivos Específicos.

1. Describir las características demográficas, sociales y clínicas de los adultos mayores que acuden a los espacios de socialización y encuentro del MIES.
2. Determinar si los síntomas depresivos de los adultos mayores sufren una variación al asistir a los espacios de socialización y encuentro del MIES.
3. Identificar si el nivel de satisfacción con la vida percibida por los usuarios de los espacios de socialización y encuentro del MIES tiene correlación con la variación de los síntomas depresivos.
4. Encontrar cuáles son las características demográficas, sociales y clínicas de los adultos mayores, que tienen relación con la satisfacción con la vida.

3.4 Diseño Metodológico.

3.4.1 Matriz de las variables.

3.4.1.1 Variables sociodemográficas.

Sexo

Edad

Estado civil

Convivencia

Nivel de instrucción

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15, versión española 2002)

Escala de satisfacción con la vida SWLS versión español

3.4.1.2 Variables económicas.

Ingreso por pensión jubilar

Ingreso por pensión no contributiva

Ingreso por terceros

Sin fuente de ingreso fijo

Ingreso mensual

3.4.1.3 Variables sanitarias.

Comorbilidades

3.4.2 Operacionalización de las Variables.

Tabla 11

Operacionalización de las Variables.

Variable	Tipo De Variable	Definición	Escala	Indicador
Sexo	Categoría Nominal Dicotómicas	Sexo fenotípico	Mujer Hombre	Proporción
Edad	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos de vida	Edad en años del paciente	Mediana
Estado civil	Categoría Nominal Politómica	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Soltero/a Casado/a Unión de hecho Separado/a Divorciado/a Viudo/a	Proporción
Convivencia	Cuantitativa Discreta	Personas con las que coexiste en su domicilio.	Familia en primer grado Vive solo	Proporción
Nivel de instrucción	Categoría Nominal Politómica	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Ninguno Centro de alfabetización Primaria (1ro a 6to grado) Secundaria (1ro a 6to curso) Superior Post - grado	Proporción
Comorbilidades	Cualitativa Nominal	Número de enfermedades crónicas	0-1 2 o más	Proporción
Escala de depresión geriátrica de Yesavage-15	Categoría Nominal Politómica	Test de screening de depresión.	0-5 normal 6-9 depresión probable Mayor o igual a 9 depresión establecida	Proporción
Ingreso	Cualitativa dicotómica	Ganancia o beneficio conseguido por negocio, intercambio o interés.	Si no	Proporción

Ingreso por pensión jubilar	Cualitativa Nominal	Recursos económicos por pensión jubilar otorgada por el instituto ecuatoriano de seguridad social	Si No	Proporción
Ingresos por pensión no contributiva	Cualitativa Nominal	Recurso económico por pensión no contributiva otorgada por el estado.	Si No	Proporción
Ingresos otorgados por terceros personas	Cualitativa Nominal	Recursos económicos otorgados por terceros.	Si No	Proporción
Sin fuente de ingreso fijo	Cualitativa Nominal	Recurso económico otorgado por terceros	Si No	Proporción
Ingresos mensuales	Cuantitativa Nominal Politomica	Servicios en los que ocupa su dinero.	Menos de 47.9 dólares mensuales Menos 85.03 dólares mensuales Mayor que 85.03	Proporción
Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)	Categórica Nominal Politómica	Escala de satisfacción con la vida	Altamente satisfechos 30-35 puntos Satisfechos 25-29 puntos Ligeramente satisfechos 20-24 puntos Ligeramente por debajo de la media de satisfacción vital 15-19 puntos Insatisfechos 10-14 puntos Muy insatisfecho 5-9 puntos	Proporción

Fuente: Elaboración Propia

3.4.3 Muestra.

Constituida por los usuarios que acuden a los espacios de socialización y encuentro MIES en la provincia de Pichincha cantón Quito, distrito Norte, parroquia Calderón / Carapungo en el período comprendido entre Enero 2018- Octubre 2019. Se realizará el estudio en 124 personas.

3.4.3.1 Criterios de Inclusión.

Edad: Adultos mayores de 65 años o más.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage: Que cuenten con dos mediciones realizadas en los espacios de socialización y encuentro MIES, con un intervalo de 6 meses entre cada una.

Que se encuentren asistiendo a los espacios de socialización y encuentro MIES.

Adultos mayores independientes para ABVD y sin deterioro cognitivo

Consentimiento: Predisposición para colaborar en el presente estudio

3.4.3.2 Criterios de exclusión.

Edad: Menor a 65 años

Inasistencia de más de un 20% a los centros de socialización y encuentro.

Que no cumplan con las dos mediciones de la escala de depresión geriátrica de Yesavage inicial y a los 6 meses.

Negativa a participar en el estudio

3.4.4 Tipo de estudio.

Se va a desarrollar un estudio observacional porque no va a incluir la intervención del investigador, descriptivo puesto que se pretende describirlos sin considerar la hipótesis causal o de otra naturaleza, ambispectivo (mixto) ya que en primera instancia se recoge los datos de la

escala de depresión geriátrica de Yesavage que constan en el archivo y el segundo test a los 6 meses, junto con una única toma del test de satisfacción con la vida, multicéntrico porque se va a realizar en los diferentes espacios de socialización y encuentro del MIES en la provincia de Pichincha cantón Quito en la Dirección Distrital Quito Norte MIES, cantón Quito, Calderón / Carapungo en el período comprendido entre Enero 2018- Octubre 2019, que tiene como objetivo valorar 124 usuarios que cuenten con dos valoraciones anuales de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, y se realizará la escala de satisfacción con la vida (SWLS) versión en español.

3.4.5 Procedimientos de recolección de información.

3.4.5.1 Métodos.

Encuesta

Observación directa

3.4.5.2 Instrumentos.

Cuestionarios

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15, versión española 2002)

Escala de satisfacción con la vida (SWLS) versión en español

Entrevista

Revisión de ficha de ingreso y seguimiento de espacios de socialización y encuentro MIES de donde se obtendrán los datos de filiación y los resultados de la escala de depresión geriátrica de Yesavage realizados con un intervalo de 6 meses.

3.4.5.3 Plan de análisis de datos.

Los datos se analizarán utilizando SPSS 25.0. Además de los análisis descriptivos, se realizarán análisis univariados y multivariados con el fin de identificar los síntomas depresivos por medio de la escala de Yesavage y la percepción de satisfacción con la vida a través de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) versión en español

Para la tabulación de datos se utilizará el programa EPI INFO, versión 3.5.1 2008, en una plantilla pre- elaborada en Microsoft Excel 2010 donde se elaborará tablas y gráficos.

3.5 Aspectos Bioéticos.

Por ser de gran interés el uso de la información de los usuarios contenido en la plataforma del MIES, los autores renunciamos a la divulgación de dichos datos con otros fines investigativos o personales. Para lo cual se redactará una carta de confidencialidad que deberá estar debidamente firmada.

La autorización de acceso a la información debe ser proporcionada por la Dirección de Investigación y Datos o por la Subsecretaría de Atención Intergeneracional del MIES.

3.6 Aspectos Administrativos.

3.6.1 Recursos Humanos.

Usuarios, personal de cuidado en los centros, investigadoras.

3.6.2 Recursos Materiales.

Instrumentos y encuestas impresas, internet, material de imprenta, transporte y alimentación personal.

3.6.3 Presupuesto.

7050 dólares

Tabla 12

Presupuesto.

Recursos	Presupuesto estimado (dólares)
Material de oficina: escalas, consentimientos informados, esferos, tinta de impresora	300
Fotocopias	100
Transporte	100
Equipos para procesamiento de datos 2 computadores portátiles y 2 computadores de escritorio.	350
Alimentación	100
Otros gastos no contemplados	110
Costo de disertación de tesis	3000
Impresión de proyecto final	40
Encuadernación de proyecto final	50
Lucro cesante	3000
Valor total de proyecto de disertación de tesis	7050 dólares

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO IV

4. Resultados

Tabla 13

Características demográficas de los participantes en el estudio, Calderón-Carapungo 2019.

Variable	Escala	N°	Porcentaje
Sexo	Masculino	15	12.1%
	Femenino	109	87.9%
Estado civil	Con pareja	44	35.4%
	Sin pareja	80	64.5%
Convivencia	Acompañado	81	75.3%
	Solo	43	34.6%
Instrucción	1-6 años	98	79.03%
	6 o más	26	20.96%
Comorbilidades	0 a 1	57	45.96%
	2 o más	67	54.03%
Ingresos propios	Si	41	33.06%
	No	83	66.93%
Pensión jubilar	Si	41	33.06%
	No	83	66.93%
Pensión no contributiva	Si	14	11.29%
	No	110	88.70%
Ingresos por terceros	Si	85	68.54%
	No	39	31.45%
Sin ingreso fijo	Si	7	5.64%
	No	117	94.35%
Ingresos	Pobre	32	25.80%
	No pobre	92	74.19%

Fuente: Elaboración propia.

La población de estudio fue de 124 adultos mayores, que acuden a los espacios de socialización y encuentro del Ministerio de inclusión social y económica Calderón-Carapungo, dichos usuarios tiene un promedio de edad 75.27 años. De los cuales 12.1% corresponden a hombres (15 adultos mayores) y 87.9% son mujeres (109 adultas mayores).

El 35.4% (44 adultos mayores) tienen pareja, mientras que el 64.5% (80 adultos mayores) no tienen pareja, dentro de su convivencia el 75.3% (81 adultos mayores) viven acompañados y 34.6% (43 adultos mayores) viven solos.

En el ámbito educativo el 79.03% (98 adultos mayores) tienen baja o ninguna escolaridad incluyendo a personas con 0 a 6 años de instrucción, y el 20.96% (26 adultos mayores) tienen más de 6 años de escolaridad.

El 45.96% (57 adultos mayores) tienen de 0-1 comorbilidad y el 54.03% (67 adultos mayores) tienen dos o más comorbilidades.

Dentro del ámbito económico el 33.06% (41 adultos mayores) tienen ingresos propios y pensión jubilar mientras que el 66.93% (83 adultos mayores) no cuentan con dichos aportes, de igual manera el 11.29% (14 adultos mayores) tienen pensión no contributiva en contraste con el 88.70% (110 adultos mayores) que no la tienen.

Al hablar de los ingresos mensuales destaca un 5.64% (7 adultos mayores) que no cuentan con ingreso mensual fijo frente al 94.35% (117 adultos mayores) que sí cuentan con ingreso fijo. De estos ingresos mensuales, el 68.54% provienen de terceras personas (85 adultos mayores) y un 31.45% (39 adultos mayores) no cuentan con esta ayuda de terceros para su ingreso.

Según el valor mensual que reciben, se categorizó a los adultos mayores cuyos ingreso eran mayores o menores de \$85.03 para clasificarlos en pobres y no pobres correspondiendo al primer grupo 25.80% (32 adultos mayores) y al segundo grupo 74.19% (92 adultos mayores).

Tabla 14

Distribución de adultos mayores según interpretación de la escala de Yesavage inicial.

Total de Adultos Mayores		Escala de Yesavage Normal		Escala de Yesavage que muestra Depresión Probable y Depresión	
Usuarios	Porcentaje	Usuarios	Porcentaje	Usuarios	Porcentaje
124	100%	98	79.04%	26	20.96 %

Fuente: Elaboración propia.

Al inicio del estudio se observó que el 20.96% de personas incluidas en la muestra presentaron un test de Yesavage positivo para depresión.

Tabla 15

Asociación de variables demográficas con síntomas depresivos encontrados en la escala de Yesavage inicial, Calderón-Carapungo 2019.

VARIABLES	ESCALA	Normal	Depresión Probable y Depresión	Chi2 *(p)
Sexo	Masculino	12	3	*(1,00)
	Femenino	86	23	
Estado Civil	Con Pareja	31	13	2,279,(131)
	Sin Pareja	67	13	
Convivencia	Acompañado	61	20	1,360,(244)
	Solo	37	6	
Instrucción	0-6 Años	77	21	,000(1,000)
	6 O Más	21	5	
Comorbilidades	0 A 1	37	8	,184,(668)
	2 o Más	61	18	
Ingresos	Si	31	10	,179,(672)
Propios	No	67	16	
Pensión Jubilar	Si	33	8	,002,(964)
	No	65	18	
Pensión No	Si	11	3	*(1,000)
Contributiva	No	87	23	
Ingresos Por	Si	67	18	,000(1,000)
Terceros	No	31	8	
Sin Ingreso Fijo	Si	5	2	*(,639)
	No	93	24	
Ingresos	Pobre	25	i	,000(1,000)
	No Pobre	73	19	

Fuente: Elaboración propia.

Ninguna de las variables analizadas mostró relación estadísticamente significativa con la presencia de síntomas depresivos.

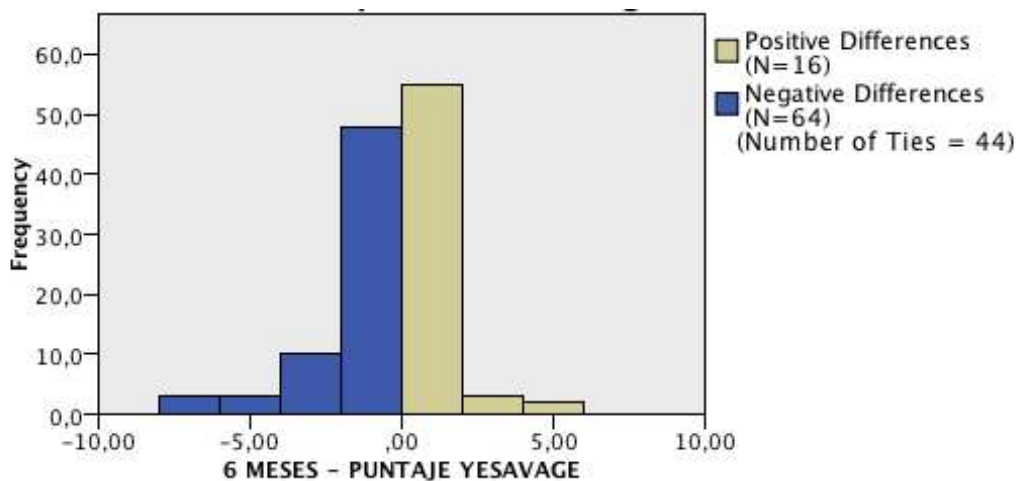


Figura 2. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios de espacios de socialización y encuentro mies, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Al comparar los puntajes de los 124 usuarios incluidos en el estudio, se observa que la mayoría de integrantes tuvieron una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el de ingreso. En forma numérica se observa que 64 adultos mayores tuvieron dicha disminución. En 16 personas aumentaron los síntomas depresivos y en 44 se mantuvieron igual.

Existe diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y post test de la variable ($p < 0.001$).

Tabla 16

Mediana de reducción de síntomas entre puntaje de la escala de Yesavage inicial y 6 meses.

Interpretación Yesavage	Número de personas	Mediana Yesavage inicial	Mediana Yesavage 6 meses	Mediana de puntos disminuidos
Normal	40	3	1	2
Con depresión probable y depresión	24	7	5	2
Total	64	4	2	2

Fuente: Elaboración propia.

De los usuarios que acudieron a los espacios de socialización y encuentro, 64 tuvieron reducción de síntomas depresivos con una mediana de 2 puntos. Al separarlos en quienes presentaron síntomas depresivos dentro de lo considerado normal, en este grupo de 40 personas la disminución fue de 2 puntos. Y en aquellos que tienen probable depresión y depresión establecida que son 24 adultos mayores, la disminución fue de 2 puntos. Wilcoxon $p < 0.001$, ver Figura 2.

Tabla 17

Relación de los resultados de la escala de Yesavage inicial y post test a los 6 meses con las variables incluidas en el estudio, Calderon / Carapungo, 2019.

Variables	Escala	Diferencias positivas	Diferencias negativas	Empates	Valor (p)
Sexo	Hombres	1	9	5	.009
	Mujeres	15	55	39	.000
Estado civil	Con pareja	6	27	11	.001
	Sin pareja	10	37	33	.000
Convivencia	Acompañado	12	44	25	.000
	Solo	4	20	19	.000
Instrucción	O-6 años	12	50	36	.000
	Más de 6 años	4	14	8	.005
Comorbilidades	0 a 1	7	22	16	.011
	Más de 2	9	42	28	.000
Ingresos propios	Si	3	25	13	.000
	No	13	39	30	.000
Pensión jubilar	Si	3	21	17	.000
	No	13	43	27	.000
Pensión no contributiva	Si	3	4	7	.726
	No	13	60	37	.000
Ingresos por terceros	Si	14	46	25	.000
	No	2	18	19	.001
Sin ingreso fijo	Si	0	5	2	0.041
	No	16	59	42	.000
Ingresos	Pobre	4	16	12	.019
	No pobre	12	48	32	.000

Fuente: Elaboración propia.

Todas las variables observadas muestran disminución de los síntomas depresivos al comparar la escala de Yesavage de inicio con el de 6 meses ($p < 0.001$), es decir muestran un beneficio al acudir a los espacios de socialización y encuentro. Excepto los adultos mayores que sí reciben pensión no contributiva, quienes en la mayoría de casos no modificaron sus síntomas depresivos ($p = 0.726$).

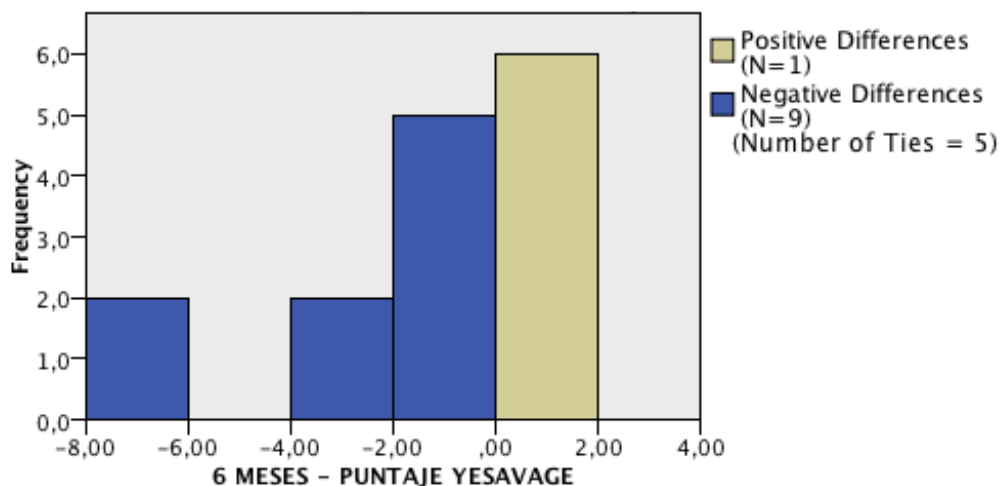


Figura 3. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en hombres, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de hombres de este estudio, se observa que la mayoría de integrantes tuvieron una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el de ingreso, si bien existe diferencia estadísticamente significativa entre el pretest y post test de la variable. ($p < 0.001$), cabe recalcar que el número de observaciones es muy pequeño.

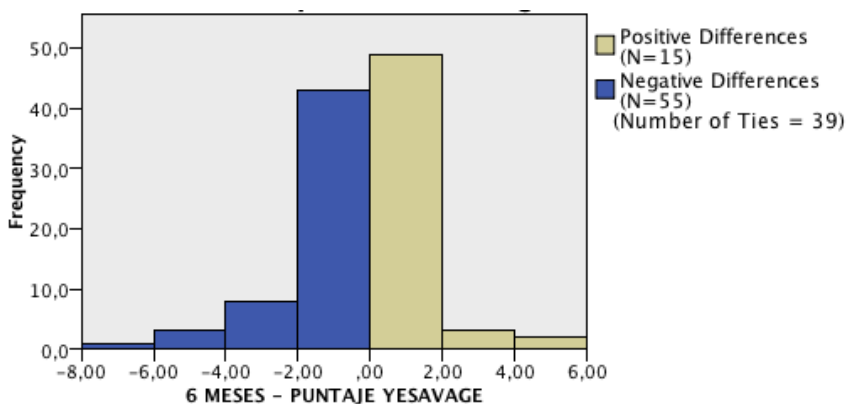


Figura 4. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en mujeres, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de mujeres se observa que la mayoría de integrantes tuvieron una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p < 0.001$).

Comparando los hombres y las mujeres en ambos grupos hay una disminución en los síntomas depresivos, siendo mayor en las mujeres que son en su mayoría las usuarias de estos espacios de socialización y encuentro MIES, ya que el número de hombres que acuden es muy limitado.

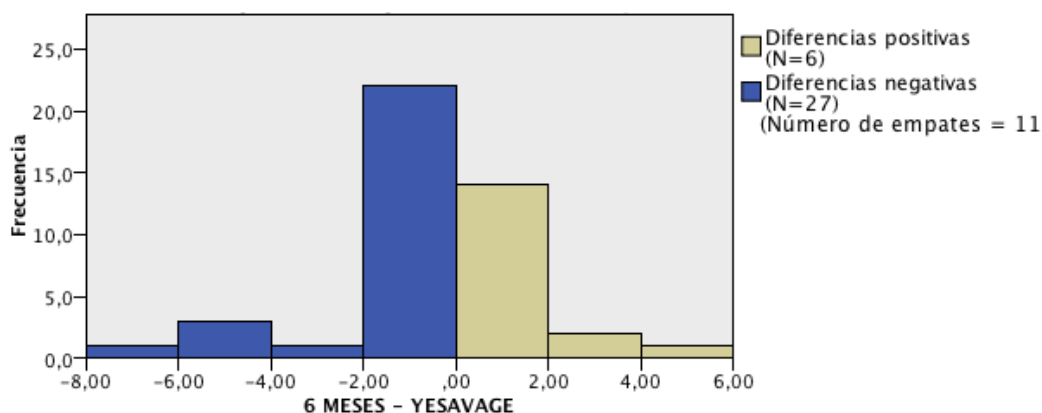


Figura 5. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con pareja, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

En los usuarios que tienen pareja se observa que en su mayoría tuvieron una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p=0.001$).

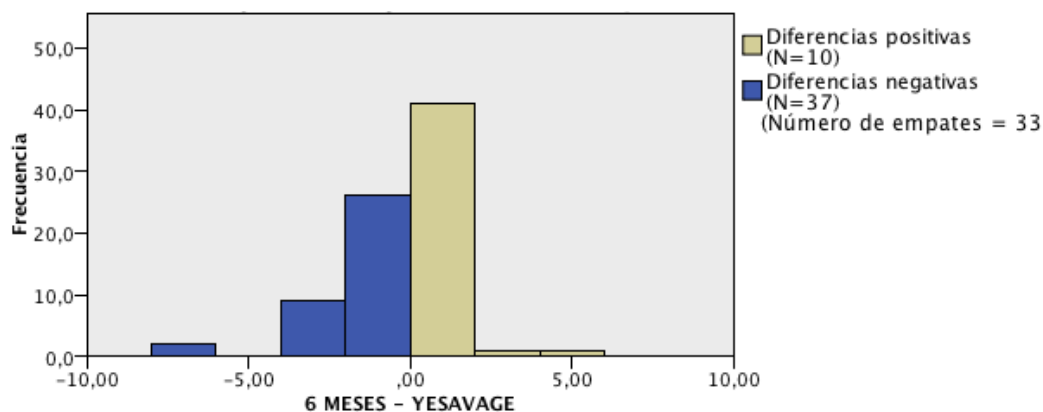


Figura 6. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin pareja, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia

Los usuarios que no tienen pareja presentan en su mayoría una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p<0.001$).

Comparando las personas con pareja y sin pareja en ambas se encuentra una disminución en los síntomas depresivos, siendo ligeramente mayor en las personas sin pareja que acuden a los espacios de socialización y encuentro MIES. En los usuarios sin pareja se observó un grupo importante que se mantuvo sin variación de síntomas depresivos en las dos mediciones.

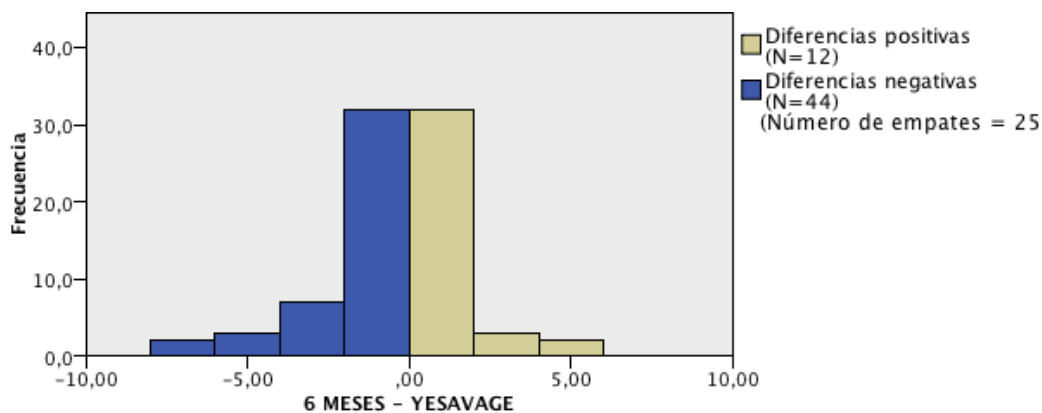


Figura 7. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios que viven en compañía de terceros, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Los usuarios que viven acompañados, presentan en su mayoría una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p < 0.001$).

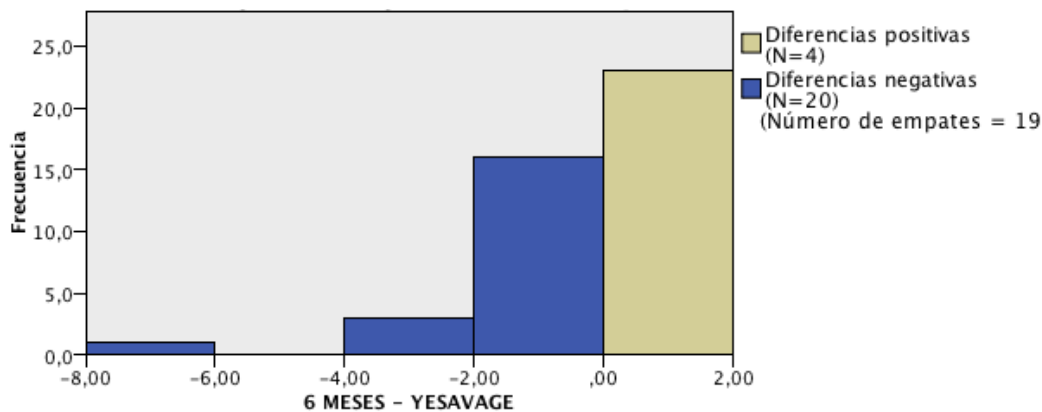


Figura 8. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios que viven solos, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

En los usuarios que viven solos, la mayoría presenta una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p < 0.001$).

Al comparar ambos grupos se observa que la diferencia es mayor en los usuarios que viven acompañados que en los que viven solos.

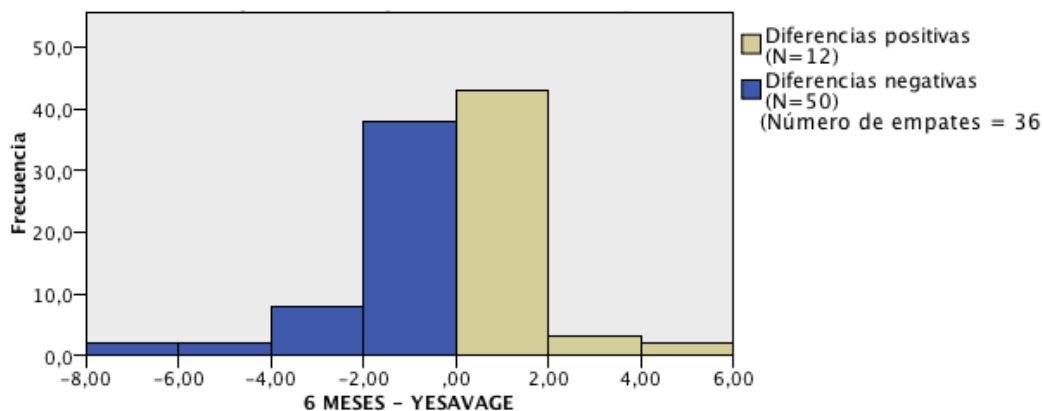


Figura 9. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con escolaridad de 0-6 años, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de usuarios que tienen hasta 6 años de instrucción, la mayor parte presenta una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p < 0.001$).

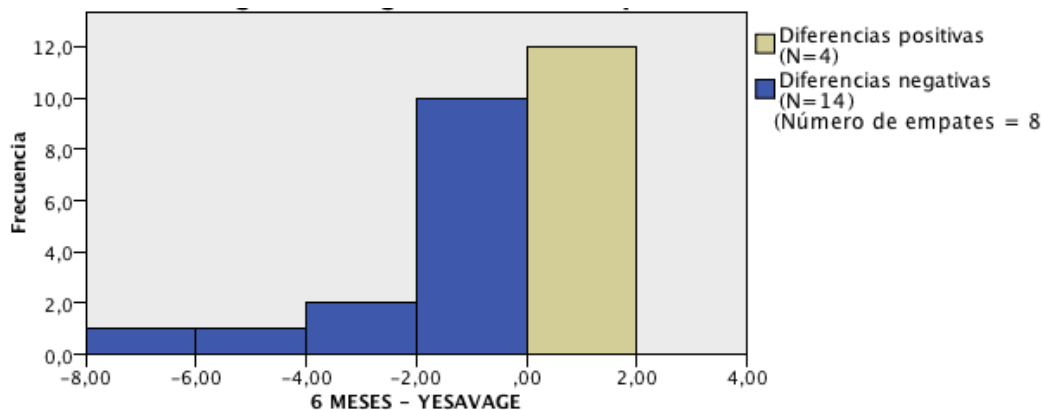


Figura 10. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con escolaridad mayor de 6 años, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

En los usuarios que tienen más de 6 años de instrucción, la mayor parte presenta una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p = 0.005$).

Ambos grupos presentan una diferencia significativa en cuanto a la disminución de síntomas depresivos en el post test.

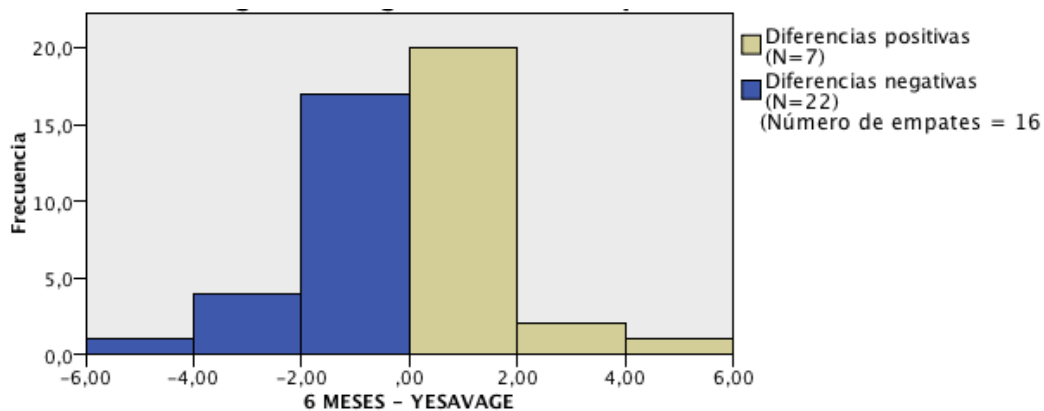


Figura 11. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con 0-1 comorbilidad, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

En los usuarios que no poseen ninguna enfermedad o solo una de ellas, se observa una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p=0.011$).

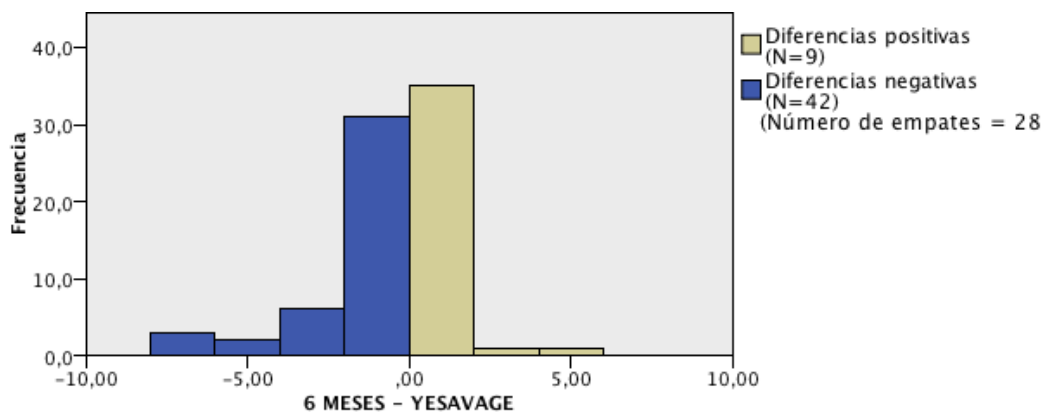


Figura 12. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con 2 o más comorbilidades, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Los usuarios que poseen dos o más enfermedades, también presentaron una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p<0.001$).

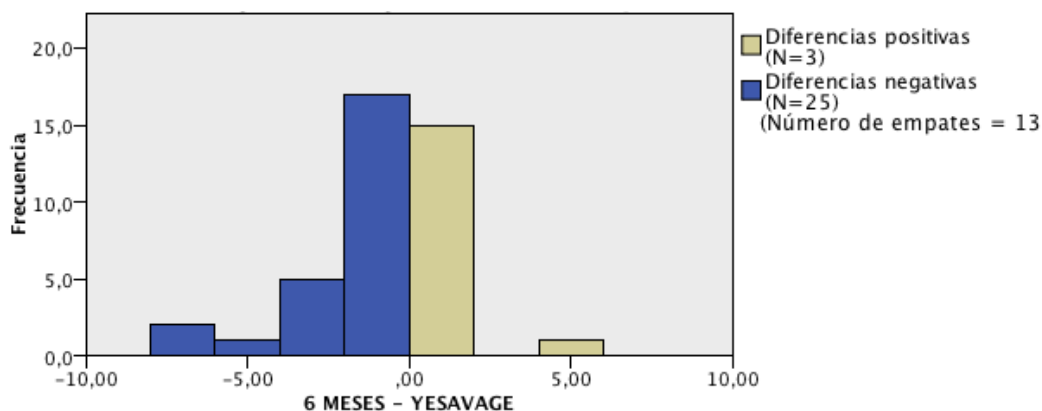


Figura 13. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con ingresos propios, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

En las personas que perciben ingresos propios se observa una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p < 0.001$).

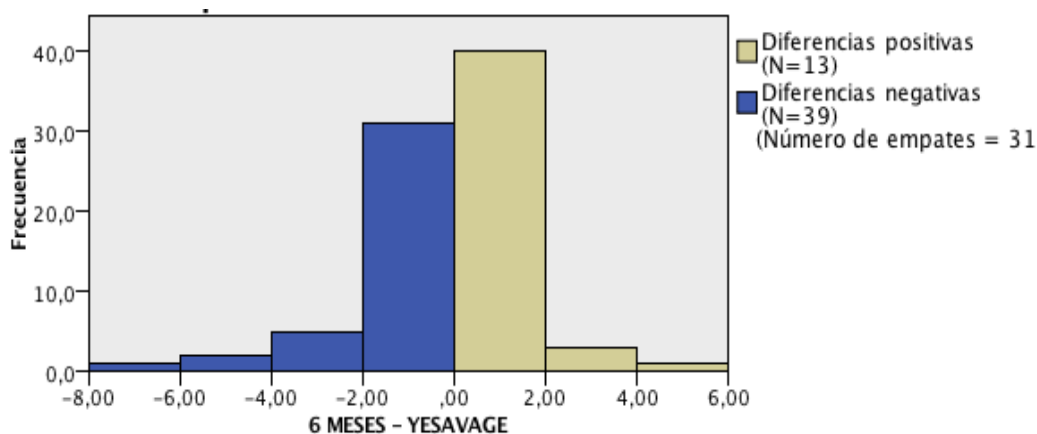


Figura 14. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin ingresos propios, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: elaboración propia.

La mayoría de personas que no perciben ingresos propios también presentan una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso. Un número importante se mantiene sin variación en ambos tests ($p < 0.001$).

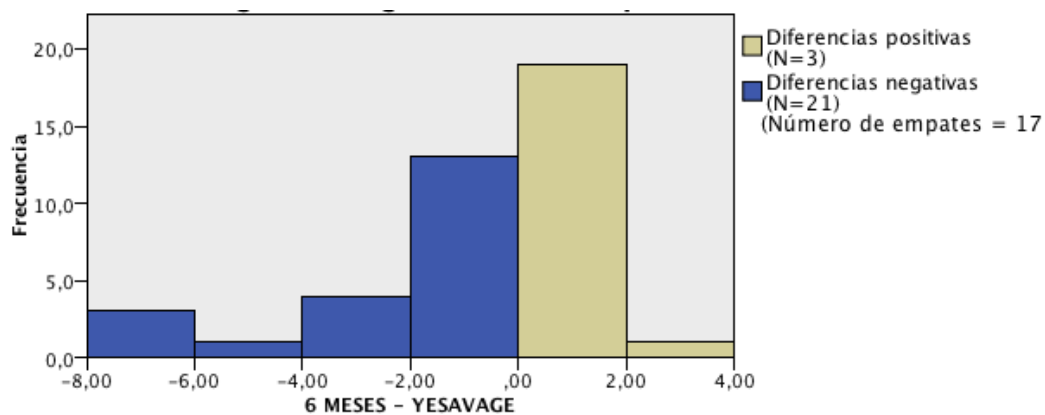


Figura 15. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con pensión jubilar, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Los usuarios que sí cuentan con pensión jubilar presentan una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p < 0.001$).

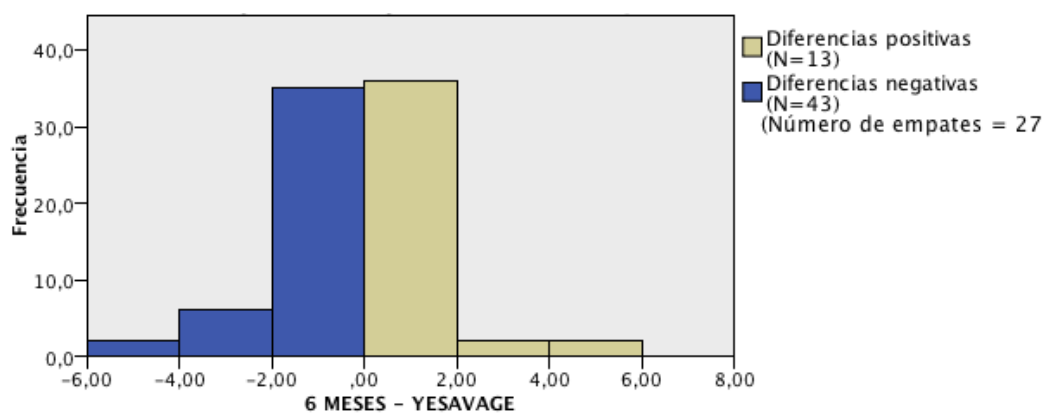


Figura 16. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin pensión jubilar, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Se observa que los usuarios que no cuentan con pensión jubilar también presentan una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p < 0.001$).

Comparando los dos grupos esta disminución de los síntomas depresivos es mayor en los que sí tienen pensión jubilar.

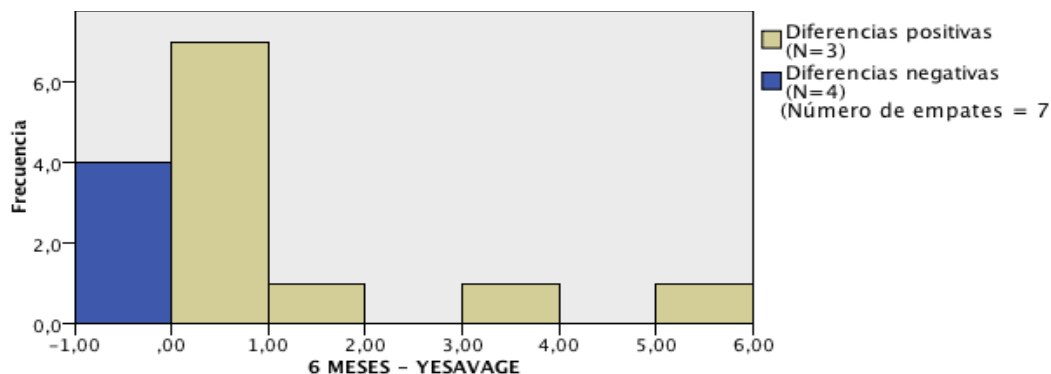


Figura 17. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con pensión no contributiva, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Las personas que cuentan con pensión no contributiva presentan en la mayoría de casos un mantenimiento de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p = 0.726$).

Esto quiere decir que los usuarios que reciben pensión no contributiva no se beneficiaron en gran medida de su puntaje en la escala de Yesavage a pesar de acudir a los espacios activos y posiblemente se debe a que hay un número reducido de participantes en esta muestra.

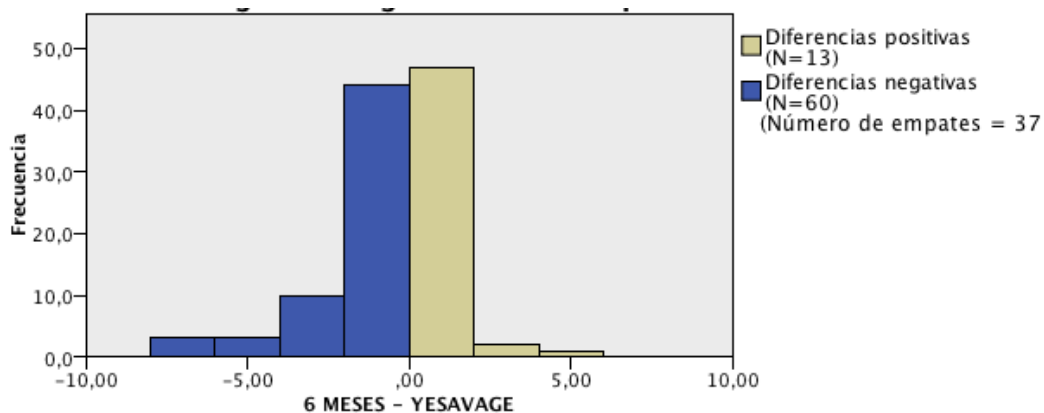


Figura 18. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin pensión no contributiva, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Se observa que el mayor número de usuarios sin pensión no contributiva presentan una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p < 0.001$).

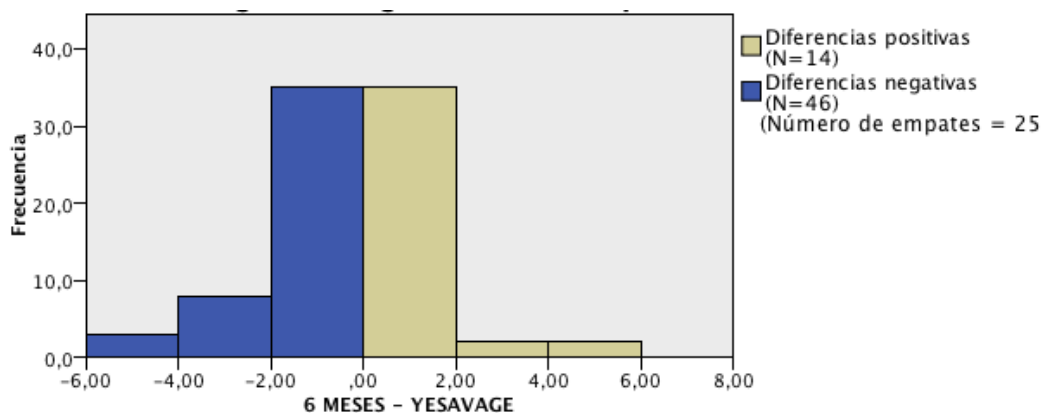


Figura 19. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con ingreso de terceros, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Las personas que reciben sus ingresos de terceros presentan una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p < 0.001$).

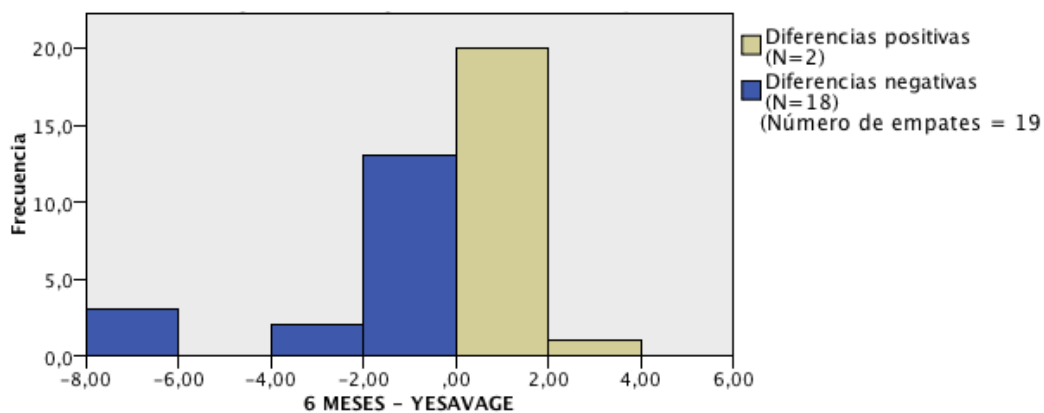


Figura 20. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin ingreso de terceros, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia

En las personas que no reciben ingresos de terceros se observa también una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p=0.001$).

Es decir, tanto los que reciben sus ingresos de terceros y los que no lo hacen presentaron una mejoría en los síntomas depresivos.

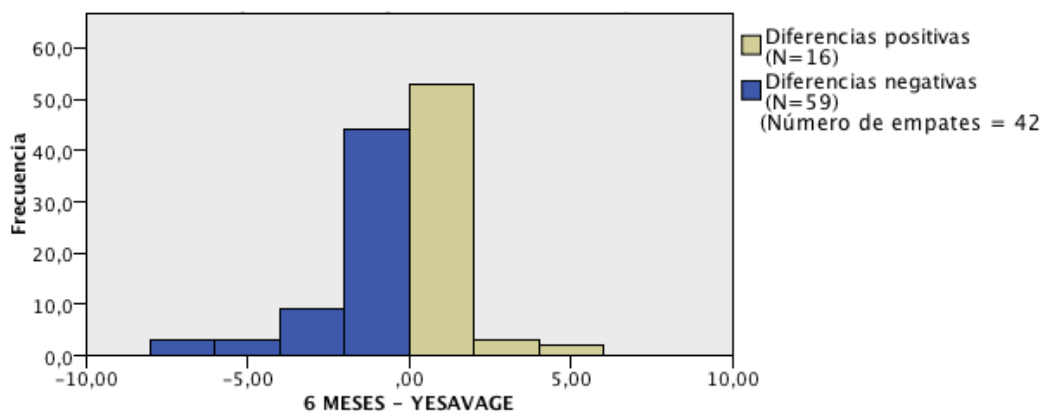


Figura 21. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios con fuente fija de ingresos, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Los usuarios con fuente de ingreso fijo presentaron una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre el pretest y post test de la variable ($p < 0.001$).

Comparando el grupo de quienes cuentan y quienes no cuentan con ingreso fijo, ambos grupos presentan una disminución en los síntomas depresivos.

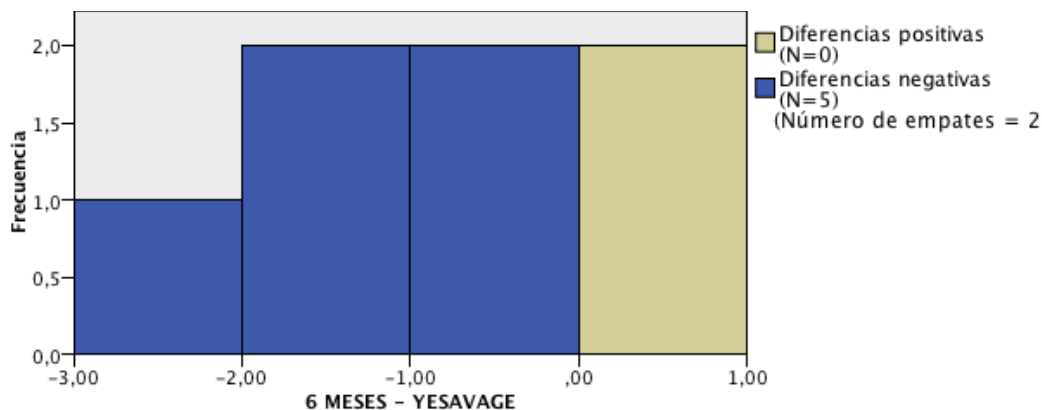


Figura 22. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios sin fuente fija de ingresos, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

El grupo de usuarios sin una fuente de ingreso fija presentó una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p = 0.041$).

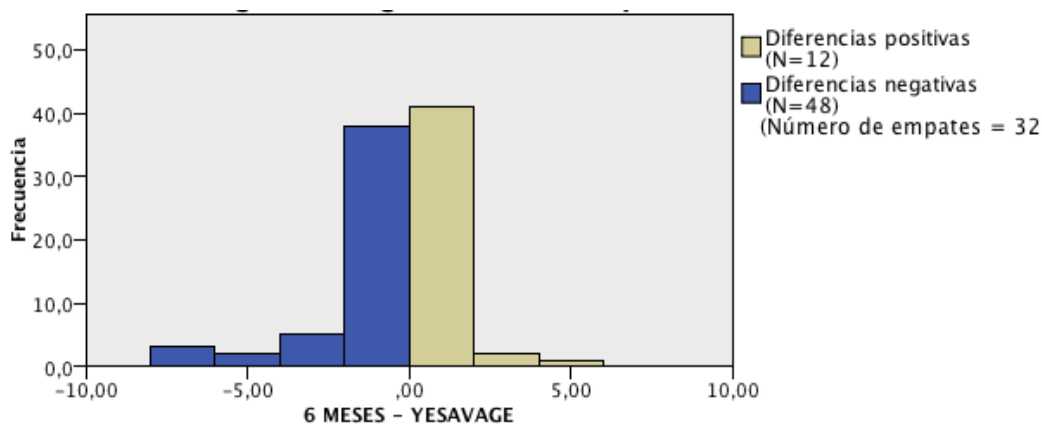


Figura 23. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios no pobres, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Las personas que no pertenecen al grupo de pobreza presentaron una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p < 0.001$).

Al comparar a quienes están dentro del grupo de pobreza y los que no pertenecen a este grupo, se observó en ambos una disminución de los síntomas depresivos.

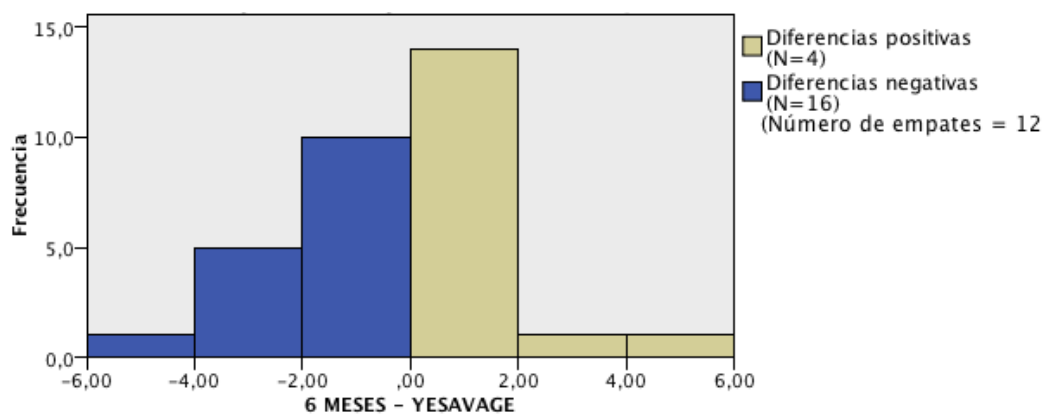


Figura 24. Comparación del puntaje de la escala de Yesavage inicial y a los seis meses en usuarios dentro del grupo de pobreza, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia

Los usuarios que pertenecen al grupo de pobreza presentaron una disminución de síntomas depresivos a los 6 meses en comparación con el ingreso ($p = 0.019$)

Tabla 18

Relación de los resultados de la Escala de Satisfacción con la Vida con las variables incluidas en el estudio, Calderón / Carapungo, 2019.

VARIABLES	ESCALA	SATISFECHO	NO SATISFECHO	CHI2 *(p)
Pensión Jubilar	Si	36	5	6,633 (,010)
	No	53	30	
Ingresos	Pobre	16	16	8,697 (,003)
	no pobre	73	19	
Instrucción	0-6 años	66	32	3,5 (0,06)
	6 o más	23	3	
Sexo	Masculino	13	2	*(,229)
	Femenino	76	33	
Estado Civil	Con pareja	34	10	,641 (,424)
	sin pareja	55	25	
Convivencia	Acompañado	57	24	,071 (,789)
	solo	32	11	
Comorbilidades	0 a 1	36	9	1,765 (,184)
	2 o más	53	26	
Ingresos Propios	Si	32	9	,773 (,379)
	No	57	26	
Pensión no Contributiva	Si	9	5	*(,535)
Ingresos por Terceros	No	8	30	2,272 (,132)
	Si	57	28	
Sin Ingreso Fijo	No	32	7	*(,402)
	Si	4	3	
	No	85	32	

Fuente: Elaboración propia.

Observando la relación entre satisfacción con la vida de los usuarios y el hecho de que reciban o no pensión jubilar, se observó que ambas variables están relacionadas ($p=0.01$), lo que indica que el recibir pensión jubilar se relaciona con mayor satisfacción con la vida autopercibida.

La correlación entre la satisfacción con la vida de los usuarios y el hecho de que se encuentren dentro del grupo de pobreza o no, si determinó relación entre ambas variables ($p=0.003$), lo que muestra que los usuarios que no entran el grupo de pobreza están más satisfechos con su vida.

La relación entre satisfacción con la vida con la instrucción de los usuarios mostró que el que las personas que tienen mayor nivel de estudios poseen una tendencia a un mejor nivel de satisfacción con la vida ($p=0,06$).

Las variables de sexo, estado civil, número de comorbilidades de los usuarios, el hecho de que reciban o no ingresos propios, pensión no contributiva o ingresos por terceros y que tengan o no ingresos fijos, no presentaron relación estadística con la variable satisfacción con la vida.

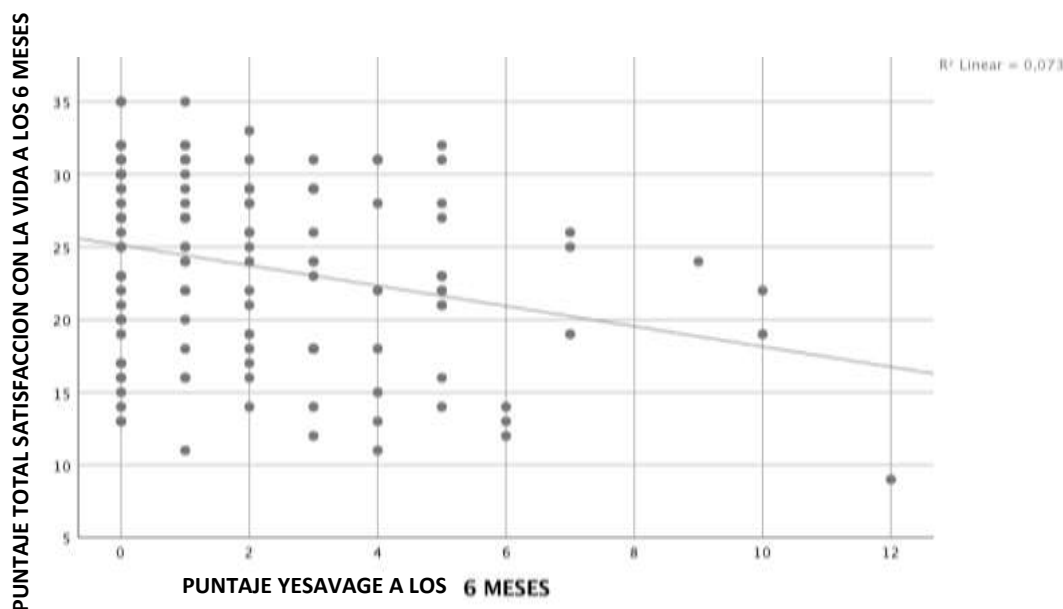


Figura 25. Correlación entre síntomas depresivos medidos con la escala de Yesavage y satisfacción con la vida autopercibida en usuarios de espacios de socialización y encuentro mies, Calderón-Carapungo, 2019. Fuente: Elaboración propia.

Existe una correlación lineal negativa entre síntomas depresivos y satisfacción con la vida, es decir que cuando se observa un aumento de síntomas depresivos disminuye el nivel de satisfacción con la vida. ($p=0.001$).

CAPÍTULO V

5. Discusión

Debido a las características demográficas y de vulnerabilidad del adulto mayor, en Ecuador el MIES ofrece los espacios de socialización y encuentro, en los cuales los adultos mayores crean lazos comunitarios entre sí y realizan diversas actividades recreacionales que incluyen: actividades física, ocupacional, mental y social, las cuales están encaminadas a mejorar la vida del adulto mayor en sus diferentes esferas. En este estudio nos enfocamos en los síntomas depresivos que son uno de los problemas psicológicos con mayor prevalencia en el adulto mayor y causante de discapacidad (OMS, 2017). Además analizamos la relación de estos síntomas con la satisfacción con la vida en los usuarios que acuden a estos espacios.

Nuestros resultados muestran que sí hay relación entre la asistencia a los espacios de socialización y encuentro del MIES con los síntomas depresivos, es así que de los 124 usuarios de este estudio en el 51.6% disminuyeron estos síntomas y 35.4% no tuvieron modificación en el puntaje del mismo al comparar el pretest y post test con una diferencia estadísticamente significativa; datos que se correlacionan con otros estudios en donde la asistencia a este tipo de espacios observó la reducción en la probabilidad de depresión en un 51% y una mejora en los niveles de calidad de vida en quienes acudían más de una vez al mes (Sarkar, Kattimani, Kattimani, Premarajan, & Roy, 2017).

El 51.6% mencionado de adultos mayores de este estudio, tuvieron una disminución de síntomas depresivos evidenciado cuantitativamente al comparar los puntajes del Yesavage. Este hallazgo concuerda con el estudio de (Taube, Kristensson, Midlöv, & Jakobsson, 2017) donde encontraron una tendencia a la mejoría en el puntaje de la escala de Yesavage de los adultos mayores intervenidos, con un promedio de disminución de 1 punto a los 6 meses, el cual es un

valor menor al encontrado en nuestro estudio donde observó una mediana de disminución de 2 puntos, esta diferencia podría deberse a las características de su población de estudio que fueron adultos mayores de la comunidad, frágiles y es conocida una relación recíproca entre depresión y fragilidad, observándose la presencia de síntomas depresivos persistentes (Mezuk, Edwards, Lohman , Choi , & Lapane, 2012).

Con respecto a la satisfacción con la vida en nuestro estudio, el diagrama de dispersión realizado nos muestra una correlación lineal negativa, es decir, que a medida que aumentan los síntomas depresivos disminuye el nivel de satisfacción con la vida, este hallazgo muestra relación con otros estudios en los que se observa una relación significativa entre ambos resultados (Celik, Celik, Hikmet, & Khan, 2017).

5.1 Relación de variables demográficas con la asistencia a los espacios de socialización y encuentro MIES y síntomas depresivos.

De las variables examinadas en nuestro estudio todas excepto quienes sí reciben pensión no contributiva, muestran beneficio al asistir a los espacios de socialización y encuentro del MIES ya que hay una reducción de síntomas depresivos al comparar los puntajes de la escala de Yesavage del pretest (inicial) y posttest (6 meses), siendo esta relación estadísticamente significativa.

El que no hayan disminuido los síntomas depresivos en los adultos mayores que reciben pensión no contributiva, puede deberse a que su situación socioeconómico es la más baja de las personas incluidas en el estudio y a pesar de que reciben ayuda gubernamental por medio del bono de desarrollo humano, esto no cambia por completo su situación de vida.

Diversos estudios indican que la situación socioeconómica tiene una fuerte implicación en la salud mental y psicológica en los adultos de edad media y adultos mayores (Yi & Hong ,

Socioeconomic Status and Later-life Mental Health in South Korea, 2020), además la pobreza económica en los adultos mayores podría conllevar a que tengan una actitud negativa hacia la vida y producir síntomas depresivos (Rong et al, 2019). Kim, Kim, Lee, Ju, & Park (2016) mostraron en su estudio que el riesgo de desarrollar depresión fue mayor en las personas que tienen un nivel de ingresos bajo persistente, esto incluía tanto el ingreso actual como el status socioeconómico bajo en la infancia.

La pobreza es en cierto sentido el mayor determinante de soledad en adultos mayores y restringe la relación entre este grupo etario y la vida social (Aylaz , Aktürk, Erci, Öztürk, & Aslan, 2012).

Con respecto a la relación de los síntomas depresivos con el nivel educativo, otros estudios encontraron una relación similar. Aylaz et al (2012) afirman que el nivel educacional de los adultos mayores tiene un impacto importante en los síntomas de depresión, se observó que a mayor nivel educativo hubo una disminución en los puntajes de GDS.

En otro estudio se estableció que las personas mayores con menor nivel de instrucción que han tenido menos recursos sociales que aquellos con un mayor nivel educativo tienen una menor conciencia de autocuidado y tienen menos capacidad de ajustar sus sentimientos cuando ocurren eventos estresores de la vida (Rong et al, 2019), además aquellos que contaron con un mayor nivel educativo probablemente tuvieron un mejor estatus socioeconómico por lo que pudieron participar de más actividades socioculturales y acceder a más ocupaciones (Aylaz et al, 2012).

5.2 Relación de las variables demográficas con los síntomas depresivos.

En la primera valoración de los síntomas depresivos, el porcentaje total en nuestra población de estudio con depresión probable o establecida fue del 20.96%, lo que concuerda con un estudio

similar al nuestro de Espinoza Moreira & Vacacela Álvarez (2013) realizado en la población adulta mayor en Guayaquil, donde se encontró síntomas depresivos en el 21% de su muestra de 90 personas. Estos datos difieren con el hallazgo reportado en la encuesta SABE¹⁹I Ecuador (2009-2010), donde el total fue 39.1, sin embargo en ese estudio se incluyeron todos adultos mayores, sean de zona rural o urbana, en estado de discapacidad, dependencia, o con deterioro cognitivo, lo que puede ser la causa de la diferencia del 18.14% con nuestro hallazgo y esto puede deberse a un sesgo de selección ya que nuestra muestra excluyó a dicha población y el estudio se realizó únicamente en la zona urbana.

En nuestro estudio ninguna variable muestra una relación significativa con depresión probable o establecida, sin embargo otros estudios han encontrado varias relaciones como:

5.2.1 Género.

Se ha reportado en varias investigaciones el efecto de género en los síntomas depresivos de los adultos mayores, observándose que en los test de las mujeres los puntajes fueron mayores (Maral et al, 2001). esto concuerda con el estudio de Cordero Sánchez et al, 2014. En la encuesta SABE I Ecuador (2009-2010) también se logra ver este efecto y es un dato corroborado por la OMS (OMS, 2020), sin embargo en nuestro estudio no lo observamos, posiblemente por la baja cantidad de hombres de la muestra.

Es importante recalcar que en el estudio de Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted (2006) se reportó que el género fue un factor de riesgo mayor para síntomas depresivos que las características demográficas de educación e ingresos.

¹⁹ Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y envejecimiento SABE I Ecuador

5.2.2 Nivel Socioeconómico.

Varios estudios han demostrado la relación entre el nivel socioeconómico actual e incluso el que se ha tenido desde la infancia con la autopercepción en salud, bienestar, mortalidad y depresión en la adultez (Yi & Hong , Socioeconomic Status and Later-life Mental Health in South Korea, 2020).

En el estudio de Rong et al (2019) se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos en el grupo de pobreza fue mayor (62.3%), que en los no pobres (47.6%). Yi & Hong (2020) también observaron un mayor riesgo de síntomas depresivos en aquellas personas que tuvieron ingresos menores y un estado socioeconómico bajo lo que incrementó la posibilidad de estar expuesto a ambientes nocivos, limitando el acceso a los servicios sanitarios lo que provoca posteriormente un impacto psicológico, conductual y en la salud.

5.2.3 Estado civil y convivencia.

La importancia de la compañía de las personas mayores se ha demostrado en múltiples escenarios, y no es diferente al hablar de síntomas depresivos. Es así que el estudio de Aylaz et al (2012) observó que ser soltero o viudo fue una mayor causa de síntomas depresivos y aumentó el riesgo de depresión 4.72 veces, por lo que el estado civil tuvo efecto sobre síntomas depresivos, además se encontró que los adultos mayores se sienten más seguros en compañía de familiares, y que el tener hijos también tenía un efecto beneficioso sobre estos síntomas.

En otros estudios como el de Oshio (2012) se encontró que los hombres son más sensibles que las mujeres a las relaciones familiares, mientras que las mujeres son más sensibles que los hombres a relaciones sociales, por lo que en ellos se ha visto presencia de síntomas depresivos al encontrarse sin pareja.

5.2.4 Educación.

La educación que ha tenido una persona podría ser un factor protector, ya que se ha relacionado que el nivel más alto de instrucción académica promueve un comportamiento más saludable, logrando tener mejor autocuidado, salud física y mental. Se ha establecido que los niveles educativos de los adultos mayores tienen un impacto importante en los síntomas depresivos y los reducen (Aylaz et al, 2012) y (Rong et al, 2019). El ser más crítico y tener más conocimientos permitiría mayor flexibilidad de pensamiento y poder hacer frente a la depresión.

5.2.5 Comorbilidades.

La presencia de múltiples enfermedades crónicas también puede afectar la manifestación de depresión y aumentar el riesgo de normalización de la misma. Independientemente de otras variables este riesgo aumenta con cada condición crónica (Stanners, Barton, Shakib , & Winefield, 2014). Esto puede deberse a las pérdidas de autonomía y funcionalidad que provoca una mayor vulnerabilidad, dependencia y pérdida de roles, lo que conlleva a cambios paulatinos en su estilo de vida. En el estudio de Rong et al (2019) encontraron que los adultos mayores con enfermedades crónicas tuvieron mayores síntomas depresivos lo que puede deberse a la carga psicológica de los ancianos, empeorada por la carga económica que implican sus gastos médicos.

Hay que tener presente que en nuestro estudio estos diagnósticos fueron tomados por autoreporte, que dependiendo del nivel educativo de los adultos mayores o su acceso a la salud, así como de la escasa búsqueda de atención para la prevención y diagnóstico, podrían ser factores que modifiquen su validez.

Consideramos que en nuestra población su distribución heterogénea influye en que no se aparezcan estas relaciones, que probablemente en un estudio a mayor escala se puedan encontrar y que se han establecido en otros estudios a nivel nacional e internacional. Debemos tomar en cuenta que las diferencias en valores, condición socioeconómica, el pasado histórico y cultural de cada individuo puede ser la razón de que varíen los resultados en relación a otras investigaciones ya mencionadas y por esto no ser todas aplicables a nuestra población de estudio.

Además debemos considerar que la causa de depresión no siempre está relacionada únicamente con algún factor externo (causa exógena) como los investigados en nuestro estudio, sino que puede ser de causa endógena, lo que no se consigue identificar sin estudios médicos y no se puede modificar solo con intervenciones de tipo social.

5.3 Variables demográficas y Satisfacción con la vida.

En nuestro estudio encontramos un menor nivel de satisfacción con la vida de los participantes que no tenían pensión jubilar y los que se encuentran en el grupo de pobreza, además de observarse una tendencia similar en aquellas personas con nulo o bajo nivel educativo.

Estos hallazgos podrían deberse a que las personas que no cuentan con pensión jubilar tienen acceso más restringido a la atención de salud y menor poder adquisitivo al llegar a la vejez, con lo cual aumenta su nivel de dependencia de terceras personas. La misma situación se presenta con las personas en el grupo de pobreza, quienes al tener mayores restricciones adquisitivas para su subsistencia, no llegan a alcanzar un nivel ideal de satisfacción con la vida.

La relación con el bajo o nulo nivel educativo puede ocasionar un menor sentimiento de realización personal, además de tener menor acceso a mejores puestos de trabajo, por lo que al llegar a ser adulto mayor muchos no contarán con pensión jubilar, transformándose en un círculo vicioso que conducirá a la pobreza.

Se ha observado en varios estudios hallazgos similares. Según la investigación realizada por Abruquah et al, los adultos mayores jubilados tienen un mayor nivel de satisfacción con la vida cuando son independientes económicamente y tienen un soporte de esquema de pensiones, además encontraron un beneficio en los que reciben pensión al aumentar el nivel de satisfacción de los ancianos retirados de China.

Se ha descrito un efecto negativo significativo en la satisfacción con la vida en los participantes del estudio de un programa social en Turquía, en quienes viven debajo del nivel de pobreza (Celik et al, 2017).

En cuanto a la instrucción educativa, los años de educación por lo general tienen un impacto positivo en la satisfacción con la vida, aunque los resultados no son iguales en todos los países (Tomini, Tomini, & Groot, 2016), en nuestro estudio sí encontramos esta tendencia hacia una mayor satisfacción con la vida en las personas con mayor nivel educativo.

CAPÍTULO VI

6. Conclusiones

El presente estudio determina que existe relación entre la asistencia a los espacios de socialización y encuentro del MIES con la variación de los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida percibida en los adultos mayores. Esta relación demuestra que el acudir a estos espacios tiene un efecto beneficioso al disminuir los síntomas depresivos, sobre la población adulta mayor, y que la disminución de dichos síntomas tuvo una correlación negativa con la satisfacción con la vida.

Al describir las características demográficas de los adultos mayores que acuden a estos espacios encontramos que acuden mayor porcentaje de: mujeres que hombres, sin pareja, que viven acompañados, tienen 2 o más comorbilidades, con bajo nivel de escolaridad, sin ingresos propios, dependiente de terceros para sus ingresos, sin pensión jubilar y sin pensión no contributiva.

Se determinó que los síntomas depresivos de los adultos mayores sufren una variación al asistir a los espacios de socialización y encuentro del MIES, observando una disminución de los mismos al comparar el pre test y post test de la escala de Yesavage, excepto en los usuarios que reciben pensión no contributiva.

Identificamos que el nivel de satisfacción con la vida percibida por los usuarios de los espacios de socialización y encuentro del MIES tiene correlación con la variación de los síntomas depresivos ya que al disminuir estos síntomas hubo un aumento del nivel de satisfacción con la vida.

Encontramos en nuestro estudio que las características demográficas, sociales y clínicas de los adultos mayores, que tienen relación con la Satisfacción con la vida son: tener pensión

jubilar, no pertenecer al grupo de pobreza y se mostró una tendencia a esta asociación en las personas con mayor nivel de escolaridad.

CAPÍTULO VII

7. Recomendaciones

- Promover el cumplimiento de políticas públicas que favorezcan la promoción del envejecimiento activo y saludable, por medio de los espacios de socialización y encuentro.
- Mantener e incrementar estos espacios, sobre todo en las poblaciones con menor acceso a actividades recreativas, ya que tiene una correlación positiva el asistir a estos grupos con una mayor satisfacción con la vida percibida por los adultos mayores.
- Fomentar el ingreso de adultos mayores de sexo masculino a estos espacios, con inclusión de actividades que sean de interés para ambos grupos de sexo.
- Promover proyectos educativos y empleo formal que garanticen una menor deserción estudiantil, garantizando mejores oportunidades laborales a lo largo de la vida, ya que esto asegurará el obtener los beneficios de la jubilación en la vejez, lo que conlleva principalmente a una mejor cobertura en salud y un medio de sustento para estos años, disminuyendo el riesgo de vulnerabilidad.
- Dado el nivel pobreza existente en nuestro país, más acentuado en la población adulta mayor, se recomienda crear y mantener políticas tanto gubernamentales como locales que aseguren mejores esquemas de transferencias monetarias no contributivas reduciendo la inequidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Cámara Estrella, Á. M. (2012). El Juego en las Personas Mayores: Una Vía de Desarrollo Personal. *revista portuguesa de pedagogia*, 37-56.
- Abril, A., Arantes, A., Arbo, G., Aulestia, F., Bado, R., Bottaro, F., . . . Zunino , S. (2012). *Geriatría y Gerontología para el médico Internista* (Primera edición ed.). (E. Penny Montenegro , & F. E. Melgar cuellar, Edits.) Bolivia: La Hoguera.
- Abruquah , L., Yin , X., & Ding , Y. (2019). Old Age Support in Urban China: The Role of Pension Schemes, Self-Support Ability and Intergenerational Assistance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-17.
- Adams, K., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing and Society*, 683-712.
- Agüera, L. F., Losa, R., Goez, L., & Gilaberte, I. (2011). Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico. *Psicogeriatría*, 3(1).
- Aishvaria, S., Maniam, T., Karuthan, C., Sidi, H., Nik Jaafar, N., & Oei, T. (2014). Psychometric proper- ties and validation of the satisfaction with life scale in psychiatric and medical outpatients in Malaysia. . *Comprehensive Psychiatry*, 101-106.
- Alvarado, A. M., & Sa, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos vol.25 no.2 Barcelona jun. 2014*, 58.
- Andrade , A., Paulino do Nascimento², M., Duarte de Oliveira, M., Marques de Queiroga, R., Affonso Fonseca, F., Batista Lacerda, S., & Adami, F. (2014). Elderly's perceptions of living groups: study in the city of Cajazeiras-PB. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 39-48.

- Antón Jiménez, M., Gálvez Sánchez, N., & Esteban Sáiz, R. (2007). Depresión y ansiedad. En S. e. Gerontología, *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 243-249). Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C).
- Arias, P. R., & García, F. E. (2018). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en población ecuatoriana adulta. *Pensamiento Psicológico*, 16(2), 21-29.
- Aylaz , R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Retionship between depression an loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 548-554.
- Azam, H., & Minoo , J. (2018). The Possible Biological Effects of Long-term Stress on Depression. *Medbiotech Journal*, 149-152.
- Bertelli-Costa, T., & Liberalesso, A. (2019). Life satisfaction and participation among community- dwelling older adults: Data from de FIBRA study. *Journal of Health Psychology*, 1-12.
- Bertoldo Benedetti, T. R., Zarpellon Mazo, G., & Justino Borges, L. (2012). Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8):2087-2093, 2012.
- Cacioppo, J., Hughes, M., Waite, L., Hawkley, L., & Thisted, R. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol. Aging* , 140-151.
- Cámara , E., & África, M. (2012). El Juego en las Personas Mayores: Una Vía de Desarrollo Personal. *revista portuguesa de pedagogia*, 37-56.
- CELADE, CEPAL. (2011). Los derechos de las personas mayores. Santiago de Chile.

- Celik, S., Celik, Y., Hikmet, N., & Khan, M. (2017). Factors Affecting Life Satisfaction of Older Adults in Turkey. *The international Journal of Aging and Human Development*, 1-23.
- Cerin, E., Leslie, E., & Sugiyama, T. (2009). Associations of multiple physical activity domains with mental well-being. *Mental Health and Physical Activity*, 55-64.
- Cordero Sánchez, C., García Madrid, G., Flores Merlo, M., Báez Hernández, F. J., Torres Reyes, A., & Zenteno López, M. Á. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural Universidad Autónoma de Puebla (México). *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 321-327.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 103-157.
- Diener, E. (13 de 02 de 2006). *Understanding Scores on the Satisfaction with Life Scale*.
Obtenido de https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 71-75.
- Enríquez, O., Pancho, A., & Sánchez, B. (Marzo, 2019). *Informe mensual de gestión del servicio de población adulta mayor - Mis mejores años y del estado situacional de su población objetivo*. Ministerio de Inclusión Económica y Social, Coordinación General de Investigación y Datos de Inclusión Dirección de Gestión de Información y Datos, Quito.
- Espinoza Moreira, C., & Vacacela Álvarez, M. (2013). Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal Gerontológico. *Investigatio*, 93-109 .
- Gana, k., Baily, N., Saada, Y., Joulain, M., Trouillet, R., Herve, C., & Alaphilippe, D. (2013). Relationship between life satisfaction and physical health in older adults: A longitudinal test of cross-lagged and simultaneous effects. *Health Psychology*, 896-904.

- García-Viniegras, G. B., & Bachner, C. O. (s.f.).
- García-Viniegras, G. B., & Bachner, C. O. (2017).
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de Salud. *Dpto. Didáctica CC. Experimentales y Sociales*, 161-175.
- González De Gago, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 11(1-2,), 42-66.
- Han, C., & Hong, S. (2011). Assets and life satisfaction patterns among Korean older adults: Latent class analysis. *Social Indicators Research*, 225-240.
- http://traballo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envellamento/congreso_, O. M. (s.f.).
- Kim, W., Kim, T., Lee, T.-H., Ju, Y., & Park, E.-C. (2016). The effect of childhood and current economic status on depressive symptoms in South Korean individuals: a longitudinal study. *International Journal for Equity in Health*, 1-7.
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (23/30 de Mayo de 2017). Management of Depression in Older Adults A Review. *JAMA*, 317(20), 2114-2122.
- Koviumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H., Heikkila, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: A 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 433-439.
- Kuykendall, L., Tay, L., & Ng, V. (2015). Leisure engagement and subjective well-being: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 364-403.
- Leite, M., Hildebrandt, L., Kirchner, R., Winck, M., Silva, L., & Franco, G. (2012). Cognitive and health conditions in elderly participants in recreation and leisure activities centers. *Rev. Gaúcha Enfermeria*, 64-71.

- Li, L., Liu, J., Zhang, Z., & Xu, H. (2015). Late-life Depression in Rural China: Do Village Infrastructure and Availability of Community Resources Matter? *Int J Geriatr Psychiatry*, 729-736.
- Limón, R., & Ortega, M. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología y Educación*, 225-238.
- Maral, I., Aslan, S., İlhan, N., Yildirim, A., Candansayar, S., & Bumin, M. (2001). Depression and risk factors: a comparative study on elderly persons living at home and in nursing homes. *Turk. J. Psychiatry*, 251-259.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, M. C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C., & Luque Luque, R. (Diciembre de 2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12 no.10, 620-630.
- Martínez Rodríguez, T. (2010). Centros de atención diurna para personas mayores. En T. M. Rodríguez, *Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia* (págs. 11-15). Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, D.l.
- Mezuk, B., Edwards, L., Lohman, M., Choi, M., & Lapane, K. (2012). Depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1-21.
- MIES. (2014). Norma Técnica Población Adulta mayor. En *Servicios y programas*. Quito.
- MIES. (2017). Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.pdf>
- MIES. (2017). *Ciudadanía Activa y Envejecimiento Positivo*. Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.pdf>

- MIES. (Julio de 2018). Obtenido de <https://info.inclusion.gob.ec/infomies/index.php/ct-menu-item-19/ct-menu-item-33/servicios-mies/usuarios-externos/adulto-mayor/cobertura-pam/cobertura-servicios-pam>
- MIES. (2018). *Informe mensual de gestión del servicio de población adulta mayor y del estado situacional de su población objetivo*. QUITO: Coordinación General de Investigación y Datos de inclusión, Dirección de Gestión de Información y Datos.
- MIES. (31 de diciembre de 2019). *INFOMIES*. Obtenido de Información estadística Población adulta mayor. Consulta de datos Interativos:
<https://info.inclusion.gob.ec/index.php/cobertura-pamusrext/cobertura-historica-del-servicio-pamusrext>
- MIES. (s.f). Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/bono-de-desarrollo-humano1/>
- MIES, Alimentate Ecuador. (2009-2010). *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento*. (Primera ed.). (F. Segovia Baus, Ed.) Quito.
- MSP. (2010). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores* (Mgs. Fausto Segovia Baus ed.). Quito.
- MSP. (2017). Estatuto Orgánico Sustitutivo De Gestión Organizacional Por Procesos Del Ministerio De Salud Pública. Quito.
- MSP. (2017). ESTATUTO ORGÁNICO SUSTITUTIVO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL POR PROCESOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Quito.
- OMS. (1948). *Constitución de la OMS: principios*. Obtenido de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud., (pág. 30).

- OMS. (Agosto-Octubre de 2015). Proyecto 1: Estrategia y plan de acción mundiales sobre envejecimiento y salud.
- OMS. (12 de Diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (12 de Diciembre de 2017). *La Salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de Depresión: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (12 de 12 de 2017). *La salud mental y los adultos mayores* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- OMS. (30 de 01 de 2020). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Depresión: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (s.f). *Constitución de la OMS: principios*. Obtenido de <http://www.who.int/about/mission/es/>
- OPS, OMS. (17 de 04 de 2012). *Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores*. Obtenido de https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=678:estrategias-ops-calidad-vida-adultos-mayores&Itemid=255
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Washington, DC.

- Oshio, T. (2012). Gender Differences in the Associations of Life Satisfaction with Family and Social Relations Among the Japanese Elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 259–274.
- Peña, D. M., Herazo, M. I., & Calvo, J. M. (2009). Depresión en Ancianos. *Rev.Fac.Med.*, 57(4), 347-355.
- Peña, D. S., Calvo-Gomez, J., & Herazo, M. (2009). Depresión en ancianos. *Rev Fac Med*, 347-355.
- Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E., & Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El residente, Volumen 11, Número 3. p. 120-125.*
- Rong, J., Chen, G., Wang, X., Ge, Y., Meng, N., Xie, T., & Ding, H. (2019). Correlation Between Depressive Symptoms And Quality Of Life, And Associated Factors For Depressive Symptoms Among Rural Elderly In Anhui, China. *Clinical Interventions in Aging*, 1901-1910.
- Rosales, R., Garcia, R., & Quinonez, E. (2014). Estilo de vida y autopercepción sobre la salud mental en el adulto mayor. *MEDISAN*, 1.
- Salud., O. M. (s.f.). Organismos internacionales y envejecimiento 2009. (Internet) (acceso 15 de abril de 2011). . *Disponible en:*
http://traballo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_o_envelhecimento/congreso_
- Sánchez Ramos , J. (12 de Abril de 2015). *El Telégrafo*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/regional/1/montuvio-o-montubio>

- Sarkar, S., Kattimani , Kattimani, S., Premarajan, K., & Roy, G. (2017). Impact of attendance in a daycare centre on depression among elderly in rural Puducherry: A pre & post intervention study. *Indian J of Med Research* , 68-76.
- Shahbaz, A., VSSR, R., Pookala, S., Jyoti, P., Kalpana, S., & Shagufta, K. (2015). The hippocampus and executive functions in depression. *Industrial Psychiatry Journal*, 1(24), 18-22.
- Sims, M., Ramirez, D., & Perez , K. (2017). Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. *Humanidades Médicas*, 306-322.
- Sotelo, A., Rojas, J., Sanchez, C., & Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 5-13.
- Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en medicina Familiar*, 14(1), 5-13.
- Stanners, M., Barton, C., Shakib , S., & Winefield, H. (2014). Depression diagnosis and treatment amongst multimorbid patients: a thematic analysis. *BMC Family Practice* , 1-6.
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., & Jakobsson, U. (2017). The use of case management for community-dwelling olderpeople: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial. *Nordic College of Caring Science*, 1-13.
- Tomini, F., Tomini, S., & Groot, W. (2016). Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC Geriatrics*, 1-12.

- Unidad Patronato Municipal San José. (s.f). *www.patronato.quito.gob.ec*. Obtenido de <https://www.patronato.quito.gob.ec/sistema-integral-de-atencion-al-adulto-mayor.html>
- Valenzuela, L. (2016). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte.*, 51-59.
- Vink, D., Aartsen, M., & Schoevers, R. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 29-44.
- Wang, S.-Q., Ying, J., Zhang, M.-L., Shi, Y., Li, Y., Xing, Z.-J., . . . Sun, J. (2018). Health-related life satisfaction and its influencing factors: A cross-sectional study in China. *Japan Journal of Nursing Science*, 1-13.
- Warren D, T. (25 de Septiembre de 2014). Depression in the Elderly. (M. M. Caren G. Solomon, Ed.) *The New England Journal of Medicine*, 1228-1236.
- World Health Organization . (2017). Depression and Other Common Mental Disorders Global: Health Estimates. En WHO. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA.
- Xie, L. (2018). Age-Friendly Communities and Life Satisfaction Among the Elderly in Urban China. *Research on Aging*, 1-23.
- Yi, J.-H., & Hong, J. (2020). Socioeconomic Status and Later-life Mental Health in South Korea. *American Journal Health Behavior*, 200-213.
- Yi, J.-H., & Hong, J. (2020). Socioeconomic Status and Later-life Mental Health in South Korea. *American Journal Health Behavior*, 200-213.
- Zapata Mora, B. (31 de 07 de 2018). *El Universo*. Obtenido de <https://www.eluniverso.com/noticias/nota/6883106/que-edad-puedo-jubilarme-iess>

ANEXOS

Anexo 1. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS-15) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	Si	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	Si	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Si	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Si	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Si	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Si	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Si	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	Si	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Si	No
PUNTUACIÓN TOTAL		
<i>Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.</i>		

J. Martínez de la Iglesia, M^a C. Onís Vilches, R. Dueñas Herrero, C. Albert Colomer, C. Aguado Taberné, R.

Luque Luque, 2002

Anexo 2. Escala de Satisfacción con la Vida. Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J.

Larsen and Sharon Griffin, 1985

Escala de satisfacción con la vida							
Nombre: _____				*Fecha de administración: _____			
División : _____				Fecha de comienzo de cuidado: _____			
*Tipo de Cuidado: _____				*Tipo de Puntuación: _____			
Puntuación: _____							
A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la escala de abajo, indique cuan de acuerdo está con cada elemento, eligiendo el número apropiado asociado a cada elemento. Por favor, sea abierto y honesto al responder.							
	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de las formas de mi vida se acerca a mi ideal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy satisfecho con mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reproducido con permiso de Ed Diener, Ph.D. Copyright © Ed Diener. Situado en el dominio público por Ed Diener. Traducido y diseñado en Español por José A. Reyes-Torres, PsyD.							

Autores: Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen and Sharon Griffin, 1985

Anexo 3. Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento corresponde al Formulario de Consentimiento Informado, confeccionado para la elaboración del trabajo de tesis del Postgrado de Geriátría y Gerontología de la Pontificia Universidad Católica, de los Srs. Estudiantes: Md Maribel Egas, Md. María José Mendoza; cuyo tema es ***"Determinación de la relación entre la asistencia a los espacios de socialización y encuentro MIES con la variación de los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida percibida en los adultos mayores, ubicados en la Dirección Distrital Quito Norte MIES, cantón Quito, Parroquia Calderón / Carapungo"***, tema que se encuentra bajo la tutoría del Dr. Francisco Rodríguez.

1. El estudio se encuentra dirigido a pacientes adultos mayores de 65 años de edad en adelante, que acudan a los ***espacios de socialización y encuentro MIES con la variación de los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida percibida en los adultos mayores, ubicados en la Dirección Distrital Quito Norte MIES, cantón Quito, Parroquia Calderón / Carapungo***. Para llevarlo a cabo se utilizará las escalas de Yesavage y de Satisfacción con la vida.
2. Su colaboración en esta investigación es voluntaria; usted puede elegir participar o no; su decisión será respetada, y la atención que en esta institución recibe será la misma.
3. A continuación:
Yo; _____; con CI: _____; he sido
Acepto participar de forma libre y voluntaria en dicho trabajo de investigación. He sido informada de forma verbal y escrita acerca del estudio. Se me ha resuelto las dudas e inquietudes y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Firma del Paciente

Firma del Investigador

Nombre : _____
C.C. _____

Nombre : _____
C.C. _____