

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**“ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO SOCIOFAMILIARES  
Y SU PREVALENCIA EN LA DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES  
ADULTO MAYOR DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO DE LA CIUDAD  
DE QUITO EN EL PERÍODO DE JULIO Y AGOSTO DE 2016”**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

CIRUJANO

**AUTORES:**

**JORGE SANTIAGO CHÁVEZ ESCALANTE**

**PABLO ANDRÉS DELGADO SALAZAR**

DIRECTOR

M.Sc. ANA MARÍA TROYA ZULETA

**QUITO, 2016**

A mis padres Edwin Chávez y Cecilia Escalante por su apoyo incondicional.

A mi hermano Paúl Chávez por su eterna amistad.

A mi cuñada Ana Pozzetti y a mi sobrina Victoria Chávez por ser una luz en mi familia.

A todos lo que creyeron en mí.

*Santiago Chávez*

A Dios por derramar sus bendiciones sobre nosotros, por ser nuestra guía, la luz que ilumina cada uno de nuestros pasos, y llenarnos de su fuerza para vencer todos los obstáculos desde el principio de nuestra hermosa carrera

A mis padres Pablo Delgado y Alicia Salazar, a mis hermanos David y María por su apoyo incondicional y su ánimo diario.

A mis abuelos principalmente a Elvia Cabrera por su apoyo.

A mi novia Victoria Carrera por su apoyo incondicional y comprensión

A todos lo que creyeron en mí.

*Pablo Delgado*

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestros padres Edwin Chávez, Cecilia Escalante, Pablo Delgado y Alicia Salazar que gracias a su esfuerzo y su amor por nosotros fue posible culminar esta difícil carrera.

A nuestra directora Ana María Troya M.Sc. por su incondicional y desinteresada ayuda.

Al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo por brindarnos las facilidades para realizar este estudio e incentivar la investigación en nuestro país.

A la PUCE por impartir los conocimientos necesarios para forjar nuestra profesión.

A nuestros compañeros cuyo apoyo ha sido una fuerza para seguir adelante.

## RESUMEN

El notable incremento de la esperanza de vida de la población a nivel mundial ha provocado también el aumento de la población geriátrica y consecuentemente el aumento de diversas enfermedades mentales como la depresión, siendo ésta considerada como la enfermedad del presente y del futuro puesto que afecta entre el 15 y 35 % de los adultos mayores. Son diversos los factores que pueden producir depresión, sin embargo en nuestro medio son escasos los estudios que relacionan la depresión con los componentes sociofamiliares. La finalidad del presente trabajo es determinar si la valoración sociofamiliar tiene relación con la prevalencia de depresión en el adulto mayor. **Objetivo:** Conocer la correlación entre la depresión y los factores sociofamiliares en los pacientes adultos mayores del servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, en el período julio-agosto de 2016. **Metodología:** Se estudiaron 112 adultos mayores de la consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito que cumplan los criterios de inclusión y exclusión propuestos por los investigadores. Se aplicó la encuesta GDS-15 para determinar la presencia de depresión y probable depresión, y la escala de Gijón para la valoración sociofamiliar. **Resultados:** El 55.36% de la población encuestada presentó depresión y probable depresión, en la valoración sociofamiliar se encontró que el 75.89% de la población presentaba un riesgo social bajo, el 11.61% una riesgo social intermedio y el 12.50% riesgo social alto, con una prevalencia de depresión y probable depresión dentro de éstos grupos del 44.71%, 76.92% y 100% respectivamente. **Conclusiones:** El riesgo sociofamiliar alto es un fuerte predictor de depresión en los adultos mayores.

**Palabras clave:** Depresión, Adulto Mayor, Escala de Gijón, Factores sociofamiliares.

## ABSTRACT

The remarkable increase in life expectancy of the population worldwide has also led to an increase in the geriatric population and consequently the increase in various mental illnesses such as depression, being considered as the disease of the present and future as it affects between 15 and 35% of older adults. Several factors can cause depression, however there are few studies linking depression with sociofamilial components. The purpose of this study is to determine whether the social and family assessment is related to the prevalence of depression in the elderly. **Objective:** To determine the correlation between depression and sociofamilial factors in elderly patients in the ambulatory care of “Hospital de Especialidad Eugenio Espejo” from the city of Quito, in the period from July to August 2016. **Methodology:** We studied 112 older adults of the ambulatory care of “Hospital de Especialidad Eugenio Espejo” from Quito meeting the inclusion and exclusion criteria proposed by researchers. The GDS-15 survey was applied to determine the presence of depression and probable depression, and the scale of Gijon was applied for sociofamilial evaluation. **Results:** 55.36% of the surveyed population had depression, social and familial assessment found that 75.89% of the participants had a good social situation, 11.61% an intermediate social situation and 12.50% severe social impairment, with a prevalence of depression within these groups of 44.71%, 76.92% and 100% respectively. **Conclusions:** sociofamilial deterioration is a strong predictor of depression in older adults.

**Keywords:** Depression, Elderly, Gijon scale, GDS-15, social and familial factors.

# TABLA DE CONTENIDOS

## CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN .....	1
-----------------------	---

## CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO .....	3
2.1. ADULTO MAYOR .....	3
2.2. SUBGRUPOS ETARIOS .....	3
2.3. ENVEJECIMIENTO .....	4
2.3.1. Envejecimiento Activo .....	4
2.4. DEMOGRAFÍA .....	5
2.4.1. Mundial .....	6
2.4.2. El Adulto Mayor en el Ecuador .....	11
2.4.2.1. Población del Ecuador por Grupos Etarios .....	12
2.4.2.2. Población de Acuerdo al Sexo .....	12
2.4.2.3. Población de Acuerdo a la Distribución Geográfica .....	13
2.5. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO .....	14
2.5.1. Teorías Moleculares.....	15
2.5.1.1. Teoría de acumulación de productos de desecho.....	15
2.5.1.2. Teoría del entrecruzamiento .....	16
2.5.1.3. Teoría de radicales libres.....	16
2.5.1.4. Teoría mitocondrial del envejecimiento celular.....	16
2.5.1.5. Teoría del Desgaste .....	17
2.5.2. Teorías Celulares.....	17
2.5.2.1. Teoría del Límite de la Duplicación Celular .....	17
2.5.2.2. Papel de Telómeros y Telomerasa.....	17
2.5.3. Teoría del Envejecimiento Programado.....	18
2.5.3.1. Programa Genético e Envejecimiento .....	18
2.5.4. Teoría Evolutiva .....	18
2.5.5. Teorías Orgánicas.....	18
2.5.5.1. Teoría Inmunológica .....	18

2.5.5.2.	Teoría Neuroendócrina .....	18
<b>2.6.</b>	<b>CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO</b> .....	<b>19</b>
2.6.1.	Sistema Cardiovascular .....	19
2.6.2.	Sistema Respiratorio .....	20
2.6.3.	Sistema Nervioso .....	21
2.6.4.	Órganos de los Sentidos .....	23
2.6.5.	Sistema Endócrino .....	25
<b>2.7.</b>	<b>DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR</b> .....	<b>25</b>
2.7.1.	Síntomas Físicos y Conductuales .....	26
2.7.2.	Síntomas Emocionales .....	26
2.7.3.	Síntomas Cognitivos .....	26
2.7.4.	Consecuencias de la depresión .....	26
2.7.5.	Clases de Depresión presentes en el Adulto Mayor .....	28
2.7.5.1.	Depresión Grave .....	28
2.7.5.2.	Trastorno depresivo persistente (distimia).....	28
2.7.5.3.	Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento .....	29
2.7.5.4.	Trastorno depresivo debido a otra afección médica .....	29
2.7.5.5.	Otro trastorno depresivo no especificado .....	30
<b>2.8.</b>	<b>VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)</b> .....	<b>30</b>
2.8.1.	Modelo de valoración geriátrica integral .....	30
2.8.2.	Dominios de la VGI .....	31
2.8.2.1.	Valoración Clínica .....	31
2.8.2.2.	Valoración Funcional .....	32
2.8.3.	Valoración Mental .....	34
2.8.3.1.	Valoración Afectiva .....	34
2.8.3.2.	Valoración Cognitiva .....	36
<b>2.9.</b>	<b>VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR</b> .....	<b>37</b>
2.9.1.	Cuidador Principal.....	38
2.9.2.	Soporte Social.....	38
2.9.2.1.	Recursos Formales.....	38
2.9.2.2.	Recursos Informales .....	39
2.9.3.	Relación social.....	39
2.9.4.	Actividad social .....	39

2.9.5. Recursos personales y entorno.....	40
2.9.6. Herramientas de valoración del apoyo social .....	40

### **CAPÍTULO III**

<b>3. METODOLOGÍA .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>42</b>
<b>3.2. OBJETIVOS .....</b>	<b>42</b>
3.2.1. Objetivo General.....	42
3.2.2. Objetivos Específicos.....	43
<b>3.3. HIPÓTESIS .....</b>	<b>43</b>
<b>3.4. TIPO DE ESTUDIO .....</b>	<b>43</b>
<b>3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO.....</b>	<b>44</b>
<b>3.6. MUESTRA .....</b>	<b>46</b>
<b>3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>47</b>
<b>3.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....</b>	<b>48</b>
<b>3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>49</b>
<b>3.10. ASPECTOS BIOÉTICOS .....</b>	<b>49</b>
<b>3.11. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....</b>	<b>50</b>

### **CAPÍTULO IV**

<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>51</b>
<b>4.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....</b>	<b>51</b>
<b>4.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA.....</b>	<b>51</b>
4.2.1. Variables Sociodemográficas.....	51
4.2.1.1. Edad .....	51
4.2.1.2. Estado civil .....	52
4.2.1.3. Género.....	52
4.2.1.4. Situación familiar.....	52
4.2.1.5. Relación social.....	52
4.2.1.6. Apoyo de red social .....	53
4.2.2. Índices y Escalas .....	53
4.2.2.1. Depresión .....	53
4.2.2.2. Escala de Gijón.....	53

<b>4.3. ASOCIACIONES ENTRE VARIABLES</b> .....	54
4.3.1. Asociación entre probable diagnóstico de depresión y sexo .....	54
4.3.2. Asociación entre probable diagnóstico de depresión y grupo etario .....	54
4.3.3. Asociación entre probable diagnóstico de depresión, sexo y estado civil ..	54
4.3.4. Asociación entre probable diagnóstico de depresión y escala de valoración socio familiar de Gijón .....	55
4.3.5. Asociación entre probable diagnóstico de depresión y situación familiar de la escala de valoración socio familiar de Gijón .....	56
4.3.6. Asociación entre probable diagnóstico de depresión y relación social de la escala de valoración socio familiar de Gijón .....	57
4.3.7. Asociación entre probable diagnóstico de depresión y apoyo de red social de la escala de valoración socio familiar de Gijón .....	58
4.3.8. Asociación entre estado civil y relación familiar de la escala de valoración socio familiar de Gijón .....	59

## **CAPÍTULO V**

<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	60
---------------------------	----

## **CAPÍTULO V**

<b>6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES</b> .....	64
6.1. <b>CONCLUSIONES</b> .....	64
6.2. <b>RECOMENDACIONES</b> .....	64
6.3. <b>LIMITACIONES</b> .....	65
<b>7. LITERATURA CITADA</b> .....	68
<b>8. TABLAS</b> .....	77
<b>9. FIGURAS</b> .....	97
<b>10. ANEXOS</b> .....	109

## LISTA DE ABREVIACIONES

ABVD: Actividades Básicas De La Vida Diaria

ADN: Acido Desoxirribonucleico

AFAR: American Federation for Aging Research

AIVD: Actividades Instrumentales De La Vida Diaria

B: Beta

CC: Coeficiente de contingencia

CO<sub>2</sub>: Dióxido de Carbono

D1: Receptor Dopaminérgico tipo 1

D2: Receptor Dopaminérgico tipo 2

DLCO: Difusión de Monóxido de Carbono

DSM V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition

EV<sub>0</sub>: Esperanza de vida al nacer

FE: Funciones Ejecutivas

GDS: Geriatric Depression Scale

HEEE: Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

IGV: Índice Global del envejecimiento

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

MOS: Medical Outcomes Study

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9

SFES: Social-Familial Evaluation Scale

V/Q: Relación Ventilación/Perfusión

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b>	Cambios en neurotransmisores cerebrales en el envejecimiento	22
<b>Tabla 2.</b>	Grandes Síndromes Geriátricos .....	31
<b>Tabla 3.</b>	Herramientas de valoración en el anciano .....	33
<b>Tabla 4.</b>	Valoración de la esfera afectiva .....	34
<b>Tabla 5.</b>	Valoración cognitiva .....	37
<b>Tabla 6.</b>	Frecuencias y porcentajes de los grupos etarios observados en el estudio .....	77
<b>Tabla 7.</b>	Frecuencias y porcentajes del estado civil observados en el estudio .....	77
<b>Tabla 8.</b>	Frecuencias y porcentajes del tipo de sexo observados en los pacientes que participaron en el estudio .....	77
<b>Tabla 9.</b>	Frecuencias y porcentajes de la situación familiar observados en los pacientes que participaron en el estudio .....	78
<b>Tabla 10.</b>	Frecuencias y porcentajes de la relación social observados en los pacientes que participaron en el estudio .....	78
<b>Tabla 11.</b>	Frecuencias y porcentajes del apoyo de red social observados en los pacientes que participaron en el estudio .....	79
<b>Tabla 12.</b>	Frecuencias y porcentajes de depresión observados en los pacientes que participaron en el estudio .....	79
<b>Tabla 13.</b>	Frecuencias y porcentajes de la situación familiar según Gijón en los pacientes que participaron en el estudio .....	79
<b>Tabla 14.</b>	Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión y sexo .....	80
<b>Tabla 15.</b>	Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión, sexo y grupos etarios ..	81
<b>Tabla 16.</b>	Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión, sexo y estado civil .....	82
<b>Tabla 17.</b>	Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión, sexo y escala de valoración socio familiar de Gijón .....	86
<b>Tabla 18.</b>	Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico depresión, sexo y situación familiar de la escala de valoración socio familiar de Gijón .....	88

<b>Tabla 19.</b>	Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión, sexo y relación social de la escala de valoración socio familiar de Gijón .....	90
<b>Tabla 20.</b>	Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión y red social de la escala de valoración socio familiar de Gijón .....	93
<b>Tabla 21</b>	Resumen del análisis tablas de contingencia entre estado civil y relación familiar de la escala de valoración socio familiar de Gijón .....	96

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Población Mundial Total por años .....	6
<b>Figura 2.</b>	Proyección de la pirámide poblacional .....	7
<b>Figura 3.</b>	Proyecciones de la población mayor de 60 años .....	8
<b>Figura 4.</b>	Índice Global del Envejecimiento .....	9
<b>Figura 5.</b>	Ranking del Índice Global del Envejecimiento .....	10
<b>Figura 6.</b>	Pirámide de Edades en el Ecuador 1950, 2015, 2050, 2100 ....	11
<b>Figura 7.</b>	Población del país por grupo etario, proyectada hasta el 2100	12
<b>Figura 8.</b>	Diferentes grupos de edad de las personas adultas mayores	13
<b>Figura 9.</b>	Provincias que tienen mayor cantidad de personas adultas mayores .....	14
<b>Figura 10.</b>	Distribución observada para grupos etarios .....	97
<b>Figura 11.</b>	Distribución observada para estado civil .....	97
<b>Figura 12.</b>	Distribución observada para sexo .....	98
<b>Figura 13.</b>	Distribución observada para Situación Familiar .....	98
<b>Figura 14.</b>	Distribución observada para Relaciones Sociales .....	99
<b>Figura 15.</b>	Distribución observada para Apoyo a la red social .....	99
<b>Figura 16.</b>	Distribución observada para depresión más probable diagnóstico de depresión .....	100
<b>Figura 17.</b>	Distribución observada para situación familiar según la escala de Gijón .....	100
<b>Figura 18.</b>	Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función del sexo .....	101
<b>Figura 19.</b>	Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función del sexo y grupos etarios .....	102
<b>Figura 20.</b>	Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función del sexo y estado civil .....	103
<b>Figura 21.</b>	Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función del sexo y Escala de valoración sociofamiliar de Gijón .....	104
<b>Figura 22.</b>	Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función del sexo y situación Familiar de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón .....	105

<b>Figura 23.</b>	Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función del sexo y relación social de la escala de valoración socio familiar de Gijón .....	106
<b>Figura 24.</b>	Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función de red social de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón .....	107
<b>Figura 25.</b>	Distribución de estado civil en función de la relación familiar de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón .....	108

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo 1.</b> Encuesta aplicada a los pacientes adultos mayores del servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito .....	108
<b>Anexo 2.</b> Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Modificada (GDS-15) .....	109
<b>Anexo 3.</b> Escala de valoración socio-familiar de Gijón (versión modificada y abreviada) .....	110
<b>Anexo 4.</b> Consentimiento Informado .....	111

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la ONU la población del Ecuador en el 2015 fue de 16.144.000 de habitantes, y la población mayor de 60 años representa el 6.7% de ese total, para el 2020 la población adulta mayor corresponderá al 7.5% de la población total del país, y para el 2050 representará el 18% (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013). El envejecimiento es ineludible e irreversible; sin embargo, la vejez de la manera que desde el punto de vista social es concebida, puede ser retrasada y sus efectos relegados a los últimos años de vida, por lo cual los adultos mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (Constitución del Ecuador. Artículo 36, 2008). En diferentes estudios realizados con este grupo etario se ha identificado que existe una gran prevalencia de depresión, la cual se caracteriza por la ausencia de afectividad positiva (una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras), bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, físicos, conductuales y cognitivos asociados, también se presenta con síntomas tanto físicos como emocionales, entre los principales síntomas físicos se presentan llanto, fatiga, inquietud, ansiedad, aislamiento social, disminución de la actividad, aumento de la tensión muscular, exacerbación de dolencias preexistentes, disminución del sueño y del apetito, y los síntomas emocionales se caracterizan con sentimientos de culpabilidad e inutilidad, pérdida de interés, no hay disfrute de las cosas propias de la vida cotidiana, pérdida de confianza, baja autoestima y falta de ilusión (García, Noguerras, Muñóz, Morales, 2011, pp. 19). Para el screening de depresión en el adulto mayor se usa la escala de GDS-15, esta escala fue creada en

1983 por Brink y Yesavage, con el propósito de evaluar el estado afectivo de los ancianos sin sobrevalorar los síntomas neurovegetativos o somáticos como lo hacían otras escalas. Comprende un cuestionario de aspectos cognitivo-conductuales propios de las características de la depresión geriátrica con respuestas dicotómicas (sí/no), con el fin de omitir posibles interpretaciones, formentar la economía de administrar y simplicidad de las mismas. Cabe mencionar que se ha demostrado que hasta el 77% de adultos mayores de 75 años presentan riesgo o problema social (Yábar, Ramos, Rodríguez, Díaz, 2009), ya que el bienestar social tiene una estrecha relación con el manejo de los problemas de salud y la preservación de la autonomía del individuo (Rendón & Rodríguez, 2011), es necesario realizar una valoración sociofamiliar, para reconocer a los adultos mayores que se encuentren en riesgo social.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ADULTO MAYOR**

La Asamblea Mundial del Envejecimiento organizada por la OMS en 1982, en forma convencional adoptó el término de viejo como: “toda persona de 60 años de edad y más”; existiendo también otros términos (algunos de ellos despectivos), como anciano, senecto, carcamal, vetusto, provector, gerántropo, que podrían significar lo mismo, de acuerdo con los diferentes diccionarios de la lengua española (d’Hyver & Gutiérrez, 2009, pp. 15).

Cabe destacar, que dependiendo del país en el cual un adulto mayor viva el concepto puede variar, ya que en países desarrollados el criterio para la denominación de adulto mayor es toda persona mayor de 65 años, y en países en vías de desarrollo, es toda persona mayor de 60 años; otros autores se refieren al adulto mayor como una definición social (OMS, 2016).

#### **2.2. SUBGRUPOS ETARIOS**

Laslett (1989) menciona la posibilidad de distinguir cuatro etapas del ciclo de vida; la primera edad, relacionada con la infancia y la juventud; la segunda edad, vinculada a la vida activa y reproductiva; la tercera edad, relacionada a la etapa activa de retiro; y la cuarta edad que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado.

El inicio de estas dos últimas etapas de vida es variable y difícil de determinar, sin embargo, se propone que para Latino América las personas de 60 a 74 años corresponden a personas de la tercera edad y desde los 75 y más años corresponde a personas de la cuarta edad (Gutiérrez, et al., 2012, pp. 24). Mientras que la OMS

divide a las personas en subgrupos, como de edad avanzada si se encuentra entre los 60 a 74 años de edad, como viejas o ancianas si se encuentra entre los 75 y 90 años y como grandes viejos o grandes longevos si pasan de los 90 años.

### **2.3. ENVEJECIMIENTO**

“Etimológicamente proviene del latín, *aetas*, que significa <<edad o vida, la condición o el proceso de llegar a viejo>>” (Abizanda & Rodríguez, 2015, pp. 96).

Envejecimiento es una etapa el ciclo vital del ser humano, el cual se representa como un punto cronológico, teniendo la misma importancia que cualquiera de las demás etapas como la niñez, adultez, etc.

“El envejecer es comúnmente experimentado fisiológicamente como un progresivo declive en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son bastante diferentes para cada individuo” (Quintanar & Guzmán, 2001, pp. 17).

Los gerontólogos americanos definen el envejecimiento por medio de cuatro postulados: 1) es universal; propone que el fenómeno del envejecimiento debe darse en todos los individuos de una misma especie. 2) es intrínseco; es decir, la causa del envejecimiento es endógeno. 3) es progresivo; es decir, es un proceso que se da a lo largo de la vida. 4) es deletéreo; es decir, solo los fenómenos dañinos se consideran parte del proceso de envejecimiento (Viña, Borrás, Miquel, 2007).

#### **2.3.1. Envejecimiento Activo**

“La OMS, define el término <envejecimiento activo> como <<el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de

mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen >>” (Abizanda & Rodríguez, 2015, pp. 36).

“Con lo cual se debe aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida; teniendo como objetivo extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas.” (OMS El Abrazo Mundial, 2001, pp. 2).

El envejecimiento exitoso es un concepto importante que está relacionado con el envejecimiento activo. Sin embargo, en el ámbito psicosocial el envejecimiento exitoso se conceptualiza como satisfacción con la vida y con el logro de las metas trazadas de cada individuo; donde se asocia los factores sociales con la salud, también se encuentra una asociación del mayor sentido de control, autoestima y autoeficacia con menor nivel de pérdida funcional y de depresión. Mientras que en el ámbito biomédico se define el envejecimiento exitoso como la presencia de salud física y cognoscitiva del adulto mayor (Kotzé, 2013).

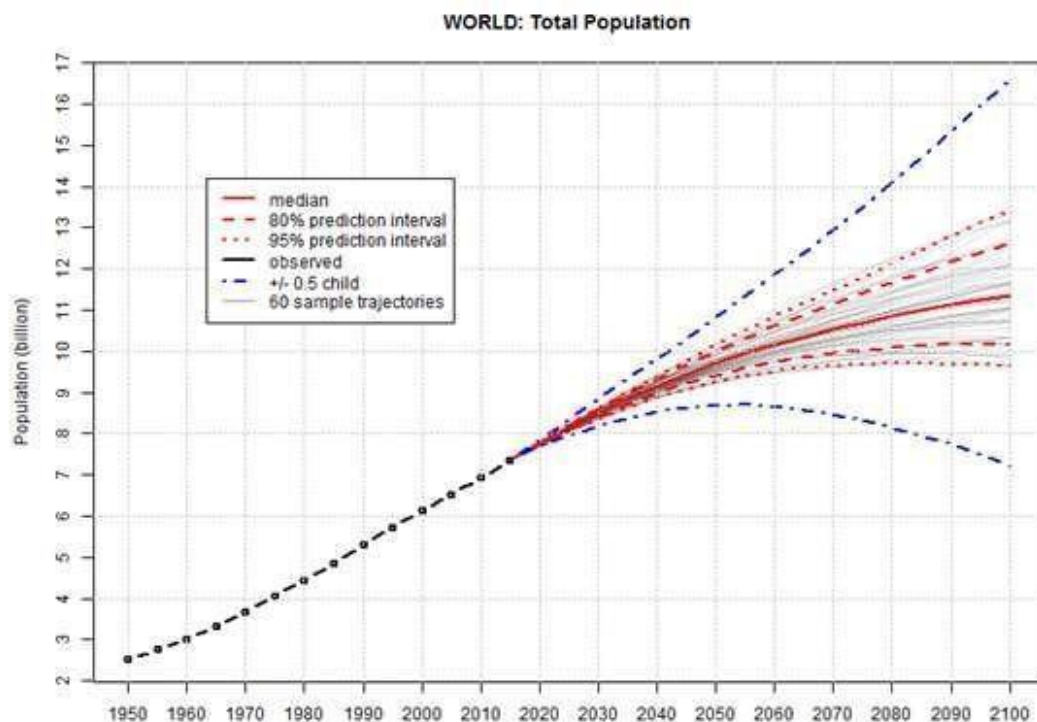
De esta manera el envejecimiento activo sería gozar de una vejez sana la que se presentaría con una salud orgánica, una vida plena, psicológicamente equilibrada y mantener relaciones sociales satisfactorias.

#### **2.4. DEMOGRAFÍA**

Los cambios epidemiológicos y el rápido envejecimiento de la población se ha traducido en el aumento de las enfermedades crónico degenerativas de la población adulta mayor, a la larga estos cambios someterán a un gran estrés a los sistemas de salud, si bien el desarrollo y el aumento de la longevidad es uno de los mayores logros de la humanidad, es de vital importancia entender la tendencia de este fenómeno demográfico que va en aumento.

### 2.4.1. Mundial

El crecimiento o decrecimiento en el número de habitantes de un país o una región es un balance entre las pérdidas de población (muertes y emigración) y las ganancias (nacimiento e inmigración). En la actualidad la población mundial alcanza los 7000 millones de habitantes, en el 2050 se estima que llegará hasta los 9000 millones, y para el 2100 bordeará los 11000 millones (Naciones Unidas, 2015).



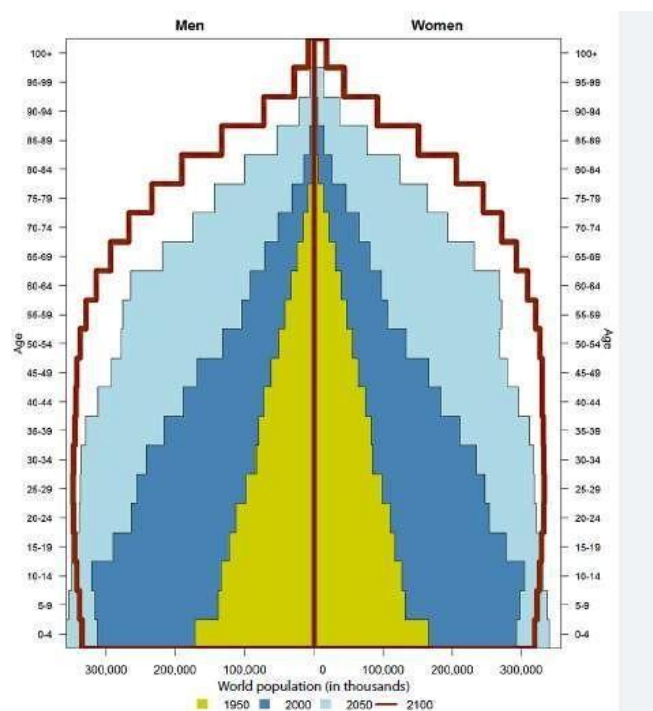
**Figura 1.** Población Mundial Total por años

Fuente: Naciones Unidas. Departamento de Economía y Asuntos Sociales. División de Población (2015), obtenido de <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

“Sin embargo el ritmo de crecimiento no ha sido homogéneo, desde los primeros años de nuestra era hasta mediados del siglo XVII, la población se multiplicó por 2,6, mientras que en solo 160 años, desde mediados del siglo XIX hasta la actualidad, lo ha hecho por 5,5” (Prb.org, 2016).

Es innegable que el incremento poblacional se debe a una mejora de la calidad de vida, gracias a la revolución industrial y científica que la humanidad ha atravesado en los últimos siglos, lo que ha hecho que la esperanza de vida aumente de forma continua. En aproximadamente 160 años el récord (mejor país) de esperanza de vida al nacer ( $EV_0$ ) en mujeres ha pasado de 45,7 años en 1840 a 84 años en 1998, con un incremento de 2,5 años cada década (Oeppen & Vaupel, 2002, pp. 1029-31).

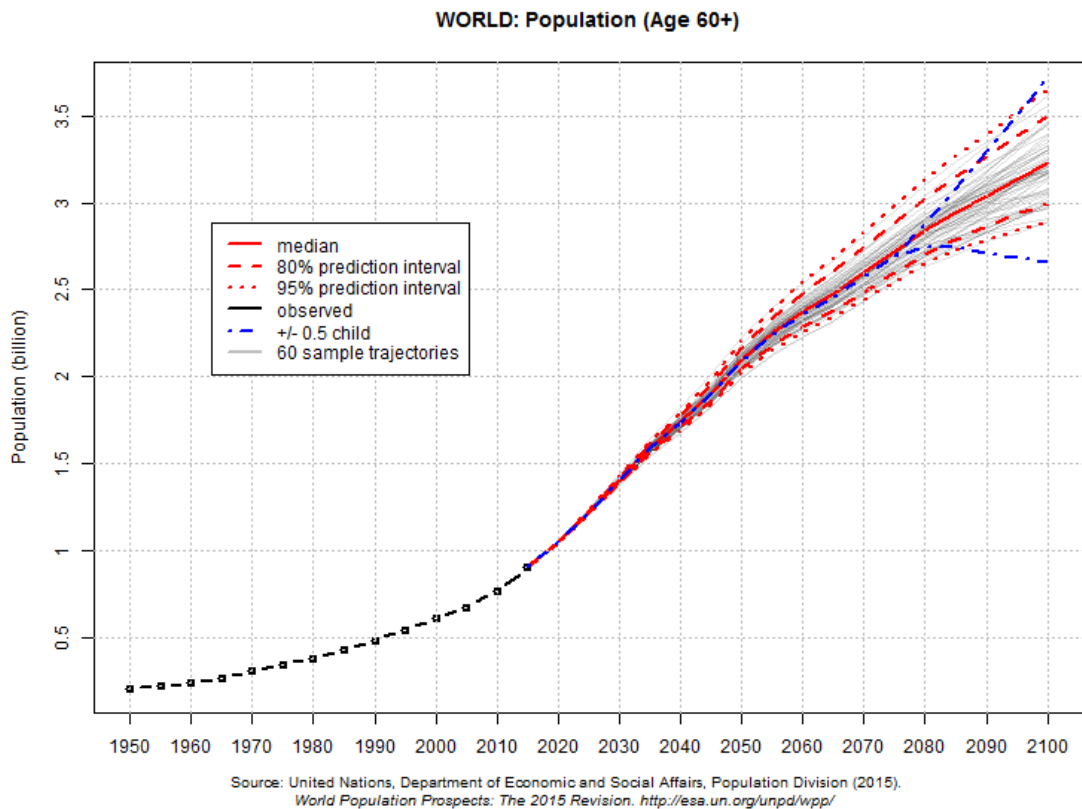
El típico modelo de la estructura poblacional es una figura triangular, sin embargo el descenso de la mortalidad ha marcado un incremento en la población, que consiguiente con el aumento de la esperanza de vida empezó a mostrar cambios en su figura a partir de la segunda mitad del siglo pasado, hoy en día reestructurándose progresivamente hacia una figura rectangular.



**Figura 2.** Proyección de la pirámide poblacional

Fuente: Naciones Unidas. Departamento de Economía y Asuntos Sociales. División de Población (2015), obtenido de <http://www.unpopulation.org/>.

En la actualidad las personas mayores de 60 años superan a los niños menores de cinco y en el 2050 sobrepasarán los 2000 millones superando así en número a los jóvenes menores de 15 años, representando más de un quinto de la población mundial. Para el año 2100 se estima que la población adulta mayor sobrepase los 3000 millones de habitantes (Naciones Unidas, 2015).

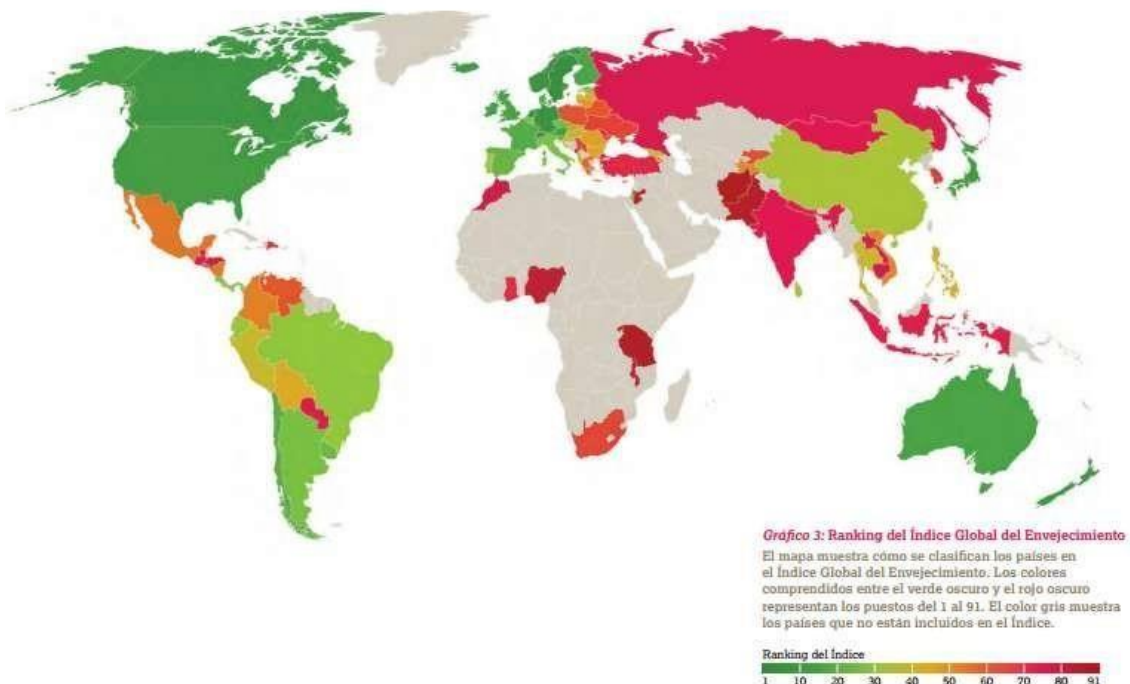


**Figura 3.** Proyecciones de la población mayor de 60 años

Fuente: Naciones Unidas. Departamento de Economía y Asuntos Sociales. División de Población (2015), obtenido de <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

La organización HelpAge International en el 2013 presentó el informe “Índice Global de Envejecimiento”, el primer índice que mide la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores en el mundo; el informe abarca al 89% de las personas mayores en el mundo y destaca a aquellos países que aún no toman en cuenta las necesidades de ellos.

La Presidenta de HelpAge Internacional España, Isabel Martínez destaca que "la exclusión y la discriminación por edad sigue estando presente en todos los países y es uno de los mayores obstáculos para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Es preciso que el envejecimiento sea tenido en cuenta en las agendas nacionales y este índice nos ofrece una mejor comprensión sobre la calidad de vida de mujeres y hombres a medida que envejecen, y nos ayudará a centrar la atención en las cosas que se hacen bien, pero sobretodo, en aquellas en las que tienen que mejorar" (HelpAge International, 2015).



**Figura 4. Índice Global del Envejecimiento**

Fuente: HelpAge International Índice global del envejecimiento 2013, obtenido de <http://www.helpage.es/noticias/helpage-international-presenta-el-primer-ndice-global-del-envejecimiento/>.

El IGV demuestra que una buena gestión de envejecimiento está al alcance de todos los gobiernos y que nunca es demasiado pronto para prepararse para el

envejecimiento de una población. Nuestro país se encuentra en el ranking 32 de dicho índice, séptimo entre los países de América Latina, por detrás de Chile (19), Uruguay (23), Argentina (26), Costa Rica (28), Panamá (30) y Brasil (31)

	Posición general y puntuación		Seguridad de ingresos		Estado de salud		Empleo y educación		Entornos adecuados	
	Pos	Punt	Pos	Punt	Pos	Punt	Pos	Punt	Pos	Punt
Brasil	31	58,9	12	85,7	41	56,8	68	31,5	40	66,7
Ecuador	32	58,6	58	54,8	12	73,8	49	39,7	44	64,3
Islas Mauricio	33	58,0	7	87,2	56	45,0	66	32,2	26	71,8
Portugal	34	57,8	17	83,4	29	67,4	76	24,6	37	67,4
China	35	57,4	66	46,2	51	52,0	40	45,7	24	74,6
Sri Lanka	36	57,3	67	44,9	45	55,1	37	47,9	27	71,3
Georgia	37	56,5	45	72,1	68	37,7	14	62,9	54	61,6
Malta	38	55,8	37	76,8	27	68,0	77	24,4	41	65,7
Albania	39	55,5	23	82,0	63	39,6	30	51,0	56	60,6
Hungría	40	54,7	19	83,2	57	45,0	39	47,0	65	57,8
Croacia	41	53,1	51	61,3	43	56,5	52	39,1	57	60,0
Tailandia	42	53,0	59	53,3	46	55,0	78	22,7	8	82,4
Perú	43	53,0	65	46,7	30	64,2	31	50,0	67	57,5
Filipinas	44	52,8	73	37,5	70	36,9	17	58,6	21	76,3
Letonia	45	52,5	33	79,2	62	40,6	15	62,3	77	53,3
Bolivia	46	52,0	48	67,0	60	41,3	25	52,8	64	57,8
Bulgaria	47	51,7	32	79,4	59	44,2	44	44,0	71	56,2
Rumanía	48	51,4	29	80,6	64	38,6	38	47,1	68	57,1
Eslovaquia	49	51,2	16	84,1	53	47,8	36	48,6	81	52,0
Lituania	50	50,7	47	67,6	52	48,2	16	59,5	83	51,6
Armenia	51	50,5	40	75,3	75	33,0	3	76,5	80	52,6
Tayikistán	52	49,8	50	66,2	79	31,3	28	51,1	50	62,4
Vietnam	53	49,4	64	47,5	36	59,8	75	24,9	32	69,7
Colombia	54	49,3	68	44,9	26	69,5	63	32,7	58	59,5
Nicaragua	55	49,0	74	35,8	42	56,7	65	32,5	28	70,8
México	56	48,9	70	41,0	35	60,7	58	36,0	51	62,0
Chipre	57	48,2	80	22,0	22	70,7	47	40,6	30	70,2
Grecia	58	47,4	25	81,2	47	54,1	61	33,4	82	51,6
El Salvador	59	46,7	72	38,9	34	62,7	72	28,2	46	64,1
Bielorrusia	60	46,6	44	72,1	80	31,0	57	37,6	52	61,9

**Figura 5.** Ranking del Índice Global del Envejecimiento

Fuente: HelpAge International Índice global del envejecimiento 2013, obtenido de <http://www.helpage.es/noticias/helpage-international-presenta-el-primer-ndice-global-del-envejecimiento/>.

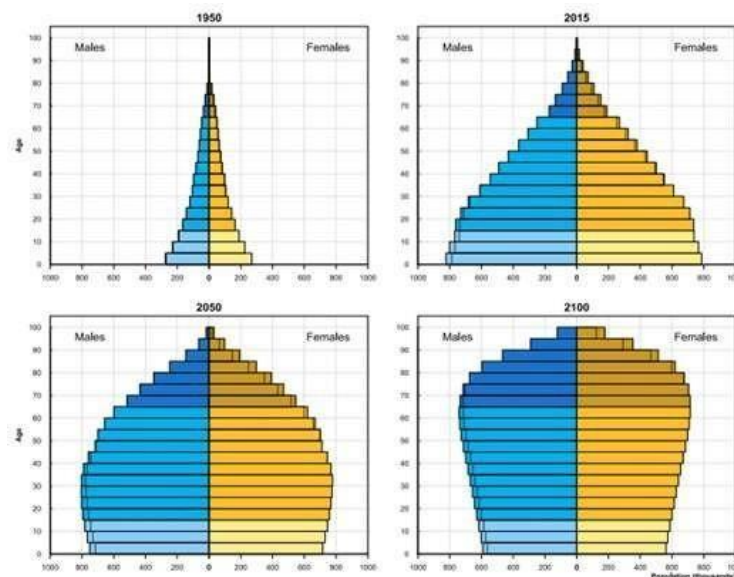
El ranking ilustra un medio para identificar la naturaleza multidimensional de la calidad de vida, el bienestar de las personas mayores y refuerza la idea que los recursos

limitados no deben ser una barrera para los países que ofrecen servicios a sus ciudadanos mayores.

#### 2.4.2. El Adulto Mayor en el Ecuador

Es evidente que los cambios poblacionales de los últimos años han sido apabullantes, haciendo preciso que los países adapten sus sistemas a las nuevas estructuras sociales. Sin embargo estos cambios producen siempre tensiones; y Ecuador todavía se encuentra en vías de desarrollo; en diversos sectores presenta varias dificultades a la hora de acoplar su sistema laboral, de seguridad social y de atención sanitaria a las necesidades de la población emergente.

Los últimos estudios demográficos a escala nacional demuestran que en las próximas décadas la pirámide poblacional perderá su forma triangular (con jóvenes en la base) siguiendo la tendencia mundial de pirámide invertida o adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de sociedades envejecidas (Naciones Unidas, 2015).

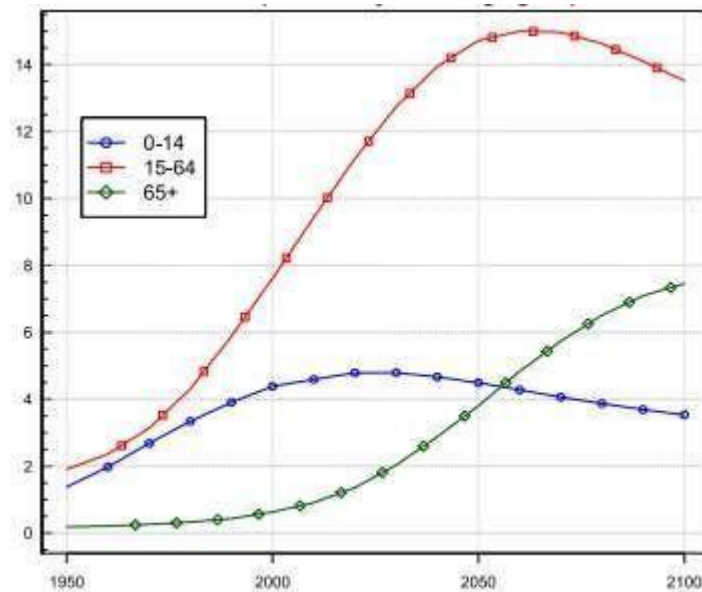


**Figura 6.** Pirámide de Edades en el Ecuador 1950, 2015, 2050, 2100

Fuente: Naciones Unidas. Departamento de Economía y Asuntos Sociales. División de Población (2015), obtenido de <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

### 2.4.2.1. Población del Ecuador por Grupos Etarios

De acuerdo a la ONU la población del Ecuador en el 2015 fue de 16.144.000 de habitantes, y la población mayor de 60 años representa el 6.7% de ese total, para el 2020 la población adulta mayor corresponderá al 7.5% de la población total del país, y para el 2050 representará el 18% (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2013).

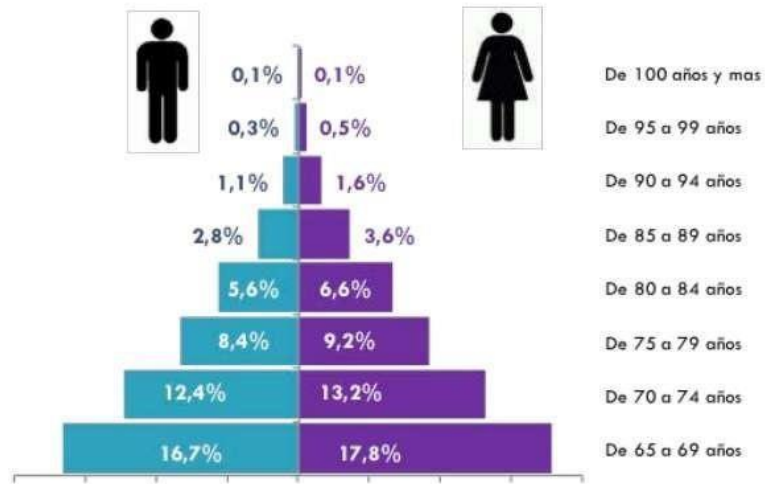


**Figura 7.** Población del país por grupo etario, proyectada hasta el 2100

Fuente: Naciones Unidas. Departamento de Economía y Asuntos Sociales. División de Población (2015), obtenido de <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

### 2.4.2.2. Población de Acuerdo al Sexo

De acuerdo al último Censo de Población y Vivienda, en el Ecuador existen 940.905 adultos mayores, las mujeres representan un porcentaje ligeramente superior siendo el 52.6%, mientras que los hombres el 47.7% (Padilla, 2012).



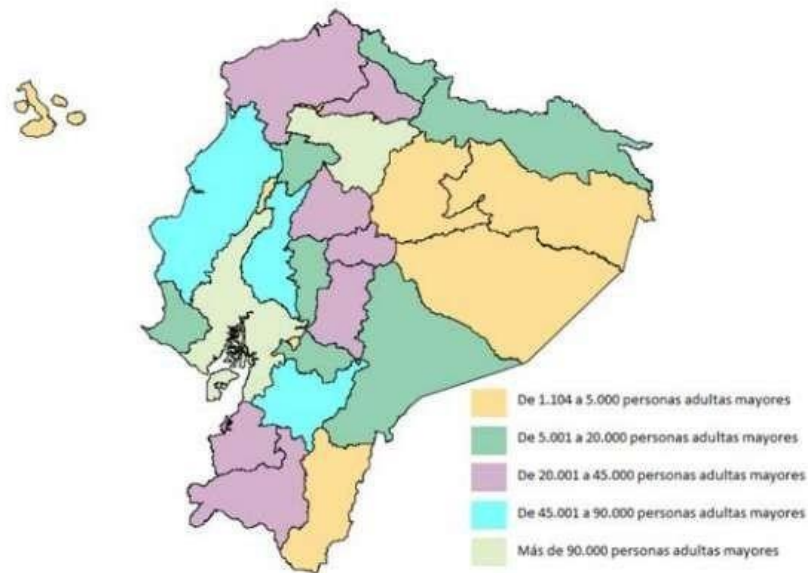
**Figura 8.** Diferentes grupos de edad de las personas adultas mayores.

Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010, obtenido de [http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)

### 2.4.2.3. Población de Acuerdo a la Distribución Geográfica

La provincia con población más longeva del Ecuador es Bolívar, que tiene 9,7% de personas adultas mayores, en relación a la totalidad de su población. Las Provincias con mayor población adulta son Pichincha y Guayas, superando los 90000 habitantes.

La distribución de la población adulta mayor en el Ecuador no es uniforme, las Provincias de la Sierra y Costa presentan un porcentaje de habitantes mayores de 60 años significativamente superior al de las provincias del Oriente (INEC, 2012).



**Figura 9.** Provincias que tienen mayor cantidad de personas adultas mayores

Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010

## 2.5. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Por el momento el proceso de envejecimiento es ineludible e irreversible; sin embargo, la vejez de la manera que desde el punto de vista social es concebida, puede ser retrasada y sus efectos relegados a los últimos años de vida (Abizanda & Rodríguez, 2015, pp. 22), y desde el punto de vista científico no solo toma importancia prolongar la vida, sino también mejorar la calidad de vida; con esto el ser humano en la actualidad a conseguido una cuarta fase en su evolución, la de bisabuelo, que con anterioridad no se conseguía por una baja esperanza de vida (d'Hyver & Gutiérrez, 2009, pp. 15).

Por ésta razón se ha puesto énfasis en comprender la naturaleza del envejecimiento con el fin de conseguir un envejecimiento libre de incapacidades y una vejez autónoma e independiente (Jin, 2010); por lo que se han propuesto un sin número de teorías para tratar de explicar la naturaleza del envejecimiento. Las teorías van desde la teoría

simple de desgaste o deterioro, hasta la teoría del error catastrófico; debido a la naturaleza multicausal del envejecimiento hay que tener en cuenta dos aspectos (AFAR, 2011).

1. El proceso de envejecimiento involucra muchos genes, más de 100; así mismo, ocurren gran cantidad de mutaciones continuamente, en consecuencia se ha producido un gran énfasis en un modelo de estudio celular, con lo que se ha llegado a identificar la senescencia celular que se trata de la capacidad limitada en la división celular la cual se produce por acortamiento gradual del telómero que se correlaciona con un declive del ciclo proliferativo de la célula in vitro (Goldsmith, 2014, pp.22).
2. El proceso del envejecimiento se observa en todos los niveles (moleculares, celulares, órganos y sistemas) (d'Hyver & Gutiérrez, 2009).

Hay factores perjudiciales, los cuales reducen la funcionalidad normal en los organismos y sistemas, estos pueden ser

- Progresivos: son intrínsecos, provienen del interior de la célula y no son modificables por el ambiente.
- Universales: todos los miembros de una misma especie van a presentarlos, de esta base se puede determinar varios tipos de teorías.

## **2.5.1. Teorías Moleculares**

### **2.5.1.1. Teoría de acumulación de productos de desecho**

Esta teoría menciona que las células posmitóticas presentan una acumulación de gránulos de lipofucina, que parecen provenir de los lisosomas y se ha identificado que no son dañinos. Por lo tanto el depósito de gránulos de lipofucina no causa el envejecimiento, pero pueden ser un marcador del mismo (Gray & Woulfe, 2005).

### **2.5.1.2. Teoría del entrecruzamiento**

Esta teoría se basa en un aumento de resistencia a la degradación de macromoléculas como ADN y proteínas, lo cual puede producir mutaciones, pérdida de la solubilidad y disminución de la permeabilidad y la elasticidad de la membrana. Se piensa que este efecto está producido por sustancias muy relativas producidas por el metabolismo celular, que favorecen la unión de estas macromoléculas (Richardson & Schadt, 2014).

### **2.5.1.3. Teoría de radicales libres**

En el año de 1956 se sugirió que los radicales libres producidos en la respiración aerobia causan daño oxidativo, el cual se acumula y produce alteraciones genéticas y con ello la muerte (Céspedes, Rodríguez, Llópiz, Cruz, 2000). Al momento esta teoría nos dice que el envejecimiento de la célula se produce por un daño oxidativo como consecuencia a la acumulación de radicales libres derivados de oxígeno, ya que los sistemas antioxidantes no pueden hacerle frente a todas las especies reactivas de oxígeno (Liochev, 2013).

### **2.5.1.4. Teoría mitocondrial del envejecimiento celular**

Esta teoría hace relación que la senescencia es producida por el ataque de los radicales de oxígeno al genoma mitocondrial de células posmitóticas; ya que éstas células consumen oxígeno a una gran velocidad y por lo tanto un exceso de radicales libres. Esto da como resultado un daño sobre el ADN mitocondrial, proteínas y lípidos, que produce disminución en la actividad respiratoria de las mitocondrias y alteración de proteínas transportadoras mitocondriales. El daño oxidativo también se asocia a daño en el ADN, por lo cual se ha calculado que los radicales libres de oxígeno

modifican cada día 10.000 bases de ADN por célula, muchas de las cuales son corregidas pero no todas (Sanz & Stefanatos, 2008).

#### **2.5.1.5. Teoría del Desgaste**

Un grupo de científicos relacionan el envejecimiento como un efecto secundario del trabajo fisiológico de las células somáticas (Goldsmith, 2014).

### **2.5.2. Teorías Celulares**

#### **2.5.2.1. Teoría del Límite de la Duplicación Celular**

Esta teoría indica que existe un número límite de duplicación celular; ya que se demostró en un experimento que las células fibroblásticas en vitro tienen menos número de divisiones celulares mientras más longevas sean (Abizanda & Rodríguez, 2015, pp. 103).

#### **2.5.2.2. Papel de Telómeros y Telomerasa**

Con estudios recientes se ha observado que existe una pérdida de secuencia de ADN terminal posterior a cada división celular, este fenómeno se produce hasta que el telómero se vuelve demasiado corto y dicha célula encuentra el fin de su capacidad de división celular; este efecto es contrarrestado por la actividad de las telomerasas las cuales son enzimas que impiden el acortamiento del telómero y con ello aumenta la capacidad de división celular (AFAR, 2011).

### **2.5.3. Teoría del Envejecimiento Programado**

#### **2.5.3.1. Programa Genético de Envejecimiento**

Esta teoría habla de un deterioro orgánico que inicia desde el nacimiento hasta la muerte del individuo y que está controlado genéticamente, viéndose al genoma nuclear como un reloj molecular, el cual controla los cambios del envejecimiento en el organismo (AFAR, 2011).

### **2.5.4. Teoría Evolutiva**

Esta teoría nos habla que cada especie animal tiene una determinada longevidad máxima o velocidad de envejecimiento y también encuentra una relación inversa entre el potencial reproductivo y longevidad (Fabian & Flatt, 2011).

### **2.5.5. Teorías Orgánicas**

#### **2.5.5.1. Teoría Inmunológica**

Esta teoría menciona que el envejecimiento es debido a una disminución de las defensas del organismo frente a infecciones y agentes extraños. También habla sobre un incremento de las reacciones de autoinmunidad con la edad lo cual produce cambios postraduccionales mutagénicos en las proteínas induciendo un reconocimiento del sistema inmune como extraño, y también produce clones de linfocitos que dan lugar a anticuerpos que reconocen al propio cuerpo como un antígeno (Fulop, Witkowski, Pawelec, Alan, Larbi, 2014).

#### **2.5.5.2. Teoría Neuroendócrina**

“Se basa en los cambios degenerativos que el cerebro y el sistema nervioso central muestran con la edad. El sistema nervioso y endócrino controlan la homeostasis, es

decir, mantienen estable el medio interno frente a todo tipo de perturbaciones” (Toescu, 2013, pp. 1311-1315).

## **2.6. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO**

“El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. La esperanza media de vida ha mejorado en el último siglo. Actualmente alrededor del 7% de la población mundial tiene 65 años de edad o más. En los países desarrollados este porcentaje es aún mayor (15%) y continúa creciendo” (Landinez, Contreras, Castro, 2012).

### **2.6.1. Sistema Cardiovascular**

Durante el envejecimiento existen diferentes tipos de cambios en estructuras cardíacas y vasculares, estos cambios se pueden observar tanto a nivel molecular como estructural. Una de las características del envejecimiento arterial es la rigidez de los grandes vasos por el depósito de grasa y calcio, proceso conocido como aterosclerosis (Bae et al., 2016); en los vasos pequeños este proceso se acompaña de dilatación y tortuosidad debido a la pérdida de fibras elásticas musculares (d'Hyver & Gutiérrez, 2009, pp. 21). También existe alteración en la vasoconstricción, principalmente por una disminución de la sensibilidad de receptores adrenérgicos (sobre todo  $\beta$  receptores); de igual manera se observa una disminución en la vasodilatación mediada por óxido nítrico, como consecuencia a la poca producción del mismo (Dai et al., 2015).

A nivel cardíaco se puede observar una alteración conductual y una disminución de la contracción ventricular, este último cambio se atribuye a la presencia de una especie de sarcopenia cardíaca que puede llevar a una disminución del gasto cardíaco y con ello a una disminución de la actividad física (Chin et al., 2013).

## **2.6.2. Sistema Respiratorio**

Los cambios respiratorios que se acompañan con el proceso de envejecimiento son una reducción del control ventilatorio, de los mecanismos de limpieza, de la fuerza de la musculatura respiratoria, del tejido conectivo y del intercambio de gases, esto provoca como resultado un aumento en la vulnerabilidad a estresores como el tabaco y las infecciones (Vaz & Gill, 2012).

Cambios en el control ventilatorio: Existe una reducción del control central de la hipoxemia y la hipercapnia, más un descenso de la sensibilidad periférica al CO<sub>2</sub>; ambos hallazgos están en relación con una reducción en el número de neuronas respiratorias en la médula ventral o una pérdida de sustancia gris en áreas cerebrales que controlan la respiración (Lalley, 2013).

Cambios en los mecanismos de limpieza: con el avance de la edad existe una inadecuada eliminación de partículas debido a un mal funcionamiento del transporte mucociliar, ya que la eliminación de partículas inhaladas es ineficaz y los cilios se paralizan a pequeños cambios de temperatura (Lowery, Brubaker, Kulhmann, Kovacs, 2013).

Cambios de la musculatura respiratoria: Se observa una disminución de la fuerza muscular respiratoria, ésta disminución se acentúa por la pérdida de movimiento del individuo; también existen cambios a nivel óseo donde se observa una calcificación gradual de las articulaciones costoesternales y vertebral, provocando menor distensibilidad del tórax (Vaz et al., 2016).

Cambios del tejido conectivo: el principal cambio es provocado por una disminución de la elastina y el incremento del colágeno, que causa una alteración en la elasticidad del sistema respiratorio y se presenta una alteración del intercambio gaseoso por engrosamiento de la membrana alveolar (Lalley, 2013).

Cambios en el intercambio de gases: "Existe a partir de los 20 años una desigualdad en la relación V/Q, caracterizada por una distribución heterogénea de unidades pulmonares con ratios altos y bajos. Esta desigualdad en la V/Q se asocia a cambios en la circulación pulmonar de tal manera que la presión arterial pulmonar sistólica aumenta 1mmHg por año de vida, con un límite superior de 40mmHg en mayores de 50 años. Esto coexiste con un descenso de la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) después de los 40 años, debido a una disminución en el área de superficie alveolar y en la densidad de los capilares pulmonares" (Abizanda & Rodríguez, 2015, pp. 575). Estos cambios inducen en el anciano a mantener una frecuencia respiratoria elevada para así mantener una ventilación alveolar adecuada.

### **2.6.3. Sistema Nervioso**

En los últimos años se ha prestado especial atención a la integración de los cambios anatómicos cerebrales y los cambios cognitivos del anciano, lo que ha dado paso al desarrollo de una nueva disciplina científica que se encarga de estudiar las modificaciones que el envejecimiento produce llamada Neurociencia Cognitiva del Envejecimiento (Grady, 2012).

"En la neurociencia cognitiva del envejecimiento existen dos grandes disciplinas que coexisten y funcionan de manera independiente e interrelacionada: la neurociencia del envejecimiento y la psicología cognitiva del envejecimiento. Cada una de éstas dos disciplinas aporta conceptos y diferentes medidas de las funciones cerebrales que interactúan entre sí, generando cambios una sobre la otra" (Abizanda & Rodríguez, 2015, pp. 183).

El envejecimiento cerebral es uno de los principales cambios que se presenta en el adulto mayor tanto a nivel central, periférico y autónomo. El cambio con mayor notoriedad se observa en el balance de neurotransmisores provocando una

disminución de la concentración de serotonina, dopamina y noradrenalina en comparación con personas más jóvenes, lo cual provoca que el adulto mayor sea más propenso a la depresión (Gutchess, 2014) (Mora, 2013). También se observa una disminución del peso del cerebro entre 15 al 20 %, principalmente pérdida cortical y subcortical, que se presenta en el 6 a 11% de la población y una disminución de las neuronas y sus interconexiones dendríticas (principalmente en la sustancia negra, locus ceruleus, núcleo basal de Meyner e hipocampo), se puede observar una disminución del 50% de células en la circunvolución temporal y un 10% en la circunvolución temporal inferior (Lin et al., 2014). En cuanto a nivel periférico se ha observado una disminución de respuesta a nivel simpático lo que conlleva a un enlentecimiento de la marcha, disminución del tamaño de los pasos e irregularidad de los pasos (d'Hyver & Gutiérrez, 2009, pp. 208) (Gutiérrez, et al., 2012, pp. 225).

**Tabla 1.** Cambios en neurotransmisores cerebrales en el envejecimiento

Neurotransmisor	Cantidad	Localización
Acetilcolina	Reducida	Núcleo caudado
Acetilcolinesterasa	Reducida	
Colina acetil transferasa Receptor	Reducida	
Muscarínicos	Reducida	Corteza e hipocampo
Nicotínicos		Corteza
Ácido Glutámico	Reducida	Corteza y tálamo
Catecolamina		
Noradrenalina	Reducida	Sustancia negra y locus cereus
Dopamina	Reducida	
Enzimas		
Monoamina oxidasa basales		Corteza frontal y ganglios
Catecol ortometil transferasa	Aumenta	Hipocampo
Receptor:		
D1	Sin cambio	
D2	Reducida	
$\beta$ noradrenérgico	Reducida	Cerebelo

Serotonina	Reducido	Corteza
Receptores		
Neuropéptido		
Sustancia P	Reducido	Putamen
Neurotensina		Sustancia negra
Polipéptido	Aumentado	Lóbulo Temporal

Fuente: d'Hyver, C. & Gutiérrez, L. M., (2009), pp. 29.

El envejecimiento cognitivo se debe a cambios bidireccionales con la estructura neuroanatómica, dentro de estas estructuras la que se ve más afectada es la corteza prefrontal, de tal manera, las funciones que dependen de ésta área, principalmente las funciones ejecutivas (FE) son las que presentan mayor disfunción; cognitivamente estos cambios en las FE afectan a diferentes procesos como la memoria operativa, la flexibilidad cognitiva, la atención dividida o la atención selectiva (Kensinger, 2009).

Además de la disfunción de las FE también se han descrito otras áreas afectadas como la velocidad de procesamiento de la información y la memoria episódica, ésta se relaciona con la disminución de las fibras del cuerpo calloso y el aumento de hiperintensidades en la sustancia blanca (Fling et al., 2011).

#### **2.6.4. Órganos de los Sentidos**

El proceso de envejecimiento en sí implicará cambios orgánicos de varia índole, pero muchos de ellos no interferirán en la evaluación cognitiva del individuo, sin embargo diversos cambios asociados a los órganos de los sentidos tienen relevancia en la valoración neuropsicológica del adulto mayor (Humes & Young, 2016).

El envejecimiento favorece la presencia de ojo seco y ardor ocular, esto se debe a una disminución de la secreción lagrimal y con ello a una disminución de la película precorneal (Lin, Tsubota, Apte, 2016).

En cuanto a la velocidad de acomodamiento pupilar existe una disminución de la misma que es consecuencia de la alteración de la laxitud pupilar. Por último uno de los cambios más importantes se evidencia en el cristalino, este conforme avanza la edad presenta una disminución de la capacidad de enfoque que comienza desde los 40 años conocidos como presbiopía (Nagaratnam, Nagaratnam, Cheuk, 2016, pp. 343-355).

A nivel auditivo también existen diversos cambios, entre ellos se observa el crecimiento del pabellón auditivo, disminución del canal auditivo externo con disminución del movimiento ciliar y aumento del cerumen. La audición puede decaer especialmente hacia los sonidos de alta frecuencia principalmente en personas que estuvieron expuestas a muchos sonidos, lo cual puede desatar problemas psicológicos y sociales (Mick, Kawachi, Lin, 2014) (Mener, Betz, Genther, Chen, Lin, 2013). Existe una disminución de la agudeza auditiva que comienza a partir de los 50 años quizá por alteración del nervio auditivo o por alteración del procesamiento cerebral de los sonidos; se ha observado una pérdida auditiva en el 30% de las personas mayores de 65 años (Lin, 2012).

En cuanto al gusto, los ancianos presentan un aplanamiento y pérdida de papilas gustativas, que principalmente altera el gusto por los sabores dulces y salados, esto conlleva a un aumento del consumo de estos productos y que como consecuencia se podría derivar en intolerancia a la glucosa, y aumento del riesgo de padecer hipertensión arterial. Se puede observar un gran incremento en la pérdida de piezas dentales debido a la rigidez de la mucosa gingival, por aumento de las fibras de colágeno (d'Hyver & Gutiérrez, 2009, pp. 19).

### **2.6.5. Sistema Endócrino**

Como consecuencia del envejecimiento, el ritmo y la frecuencia de la mayoría de hormonas secretadas por el hipotálamo, la pituitaria y los órganos endócrinos periféricos cambia de manera significativa. La edad también se acompaña con cambios en el número y sensibilidad de los receptores que puede alterar la respuesta de los tejidos diana a las hormonas y neurotransmisores (Jonas, Kuryłowicz, Puzianowska-Kuźnicka, 2015).

Sin embargo a veces es difícil distinguir entre los efectos de la edad per se en la fisiología endócrina de aquellos causados por enfermedades, ya que sus signos y síntomas pueden sobreponerse. Por ejemplo en pacientes mayores de 60 años el hipotiroidismo subclínico se presenta hasta en el 20% de las mujeres y 8% de los hombres (Jonas, Kuryłowicz, Puzianowska-Kuźnicka, 2015), pero como se mencionó, es posible que en realidad ésto sea un signo del envejecimiento fisiológico de la tiroides, mientras que los síntomas clínicos como la fatiga, disfunción cognitiva, depresión y complicaciones metabólicas se presentan en menos del 5% de los adultos mayores.

### **2.7. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

La depresión es una enfermedad muy frecuente en la gente mayor, afecta alrededor del 14% de los mayores de 65 años; y varios estudios demuestran un pronunciado aumento de su incidencia al avanzar la edad: a los 85 años (16.8%), a los 90 años (34.1%) y a los 95 años (32.3%) (Bergdahl et al., 2005). Representa el tercer motivo de consulta en atención primaria y sin embargo con frecuencia está infradiagnosticada (Sarró, Ferrer, Rando, Formiga, Rojas, 2013). La depresión conlleva a la aparición de síntomas físicos, conductuales, emocionales y cognitivos, mismos que se especifican a continuación:

### **2.7.1. Síntomas Físicos y Conductuales**

Se caracteriza por la presencia de llanto, fatiga, inquietud, ansiedad, aislamiento social, disminución de la actividad, aumento de la tensión muscular, exacerbación de dolencias preexistentes, disminución del sueño y del apetito, sin embargo, se ha evidenciado casos en lo que ocurre lo contrario, es decir se incrementa el sueño y el apetito, desencadenando subida de peso y largas horas de sueño (García, Noguerras, Muñoz, 2011, pp. 19).

### **2.7.2. Síntomas Emocionales**

Es frecuente la presencia de sentimientos de culpabilidad e inutilidad, pérdida de interés, no hay disfrute de las cosas propias de la vida cotidiana, pérdida de confianza, baja autoestima y falta de ilusión (García, et al., 2011, pp. 19).

### **2.7.3. Síntomas Cognitivos**

Se evidencia cuando existe la presencia de pensamientos rumiativos y enlentecimiento mental, menor concentración y atención, pesimismo y constantes pensamientos negativos respecto de sí mismo (García, et al., 2011, pp. 19).

### **2.7.4. Consecuencias de la depresión**

- Soledad o aislamiento social
- Menor confianza
- Diminución de la calidad de vida
- Aumento de las enfermedades debido a la edad
- Incremento en la demanda de servicios de salud
- Deterioro cognitivo

- Riesgo mayor de mortalidad general<sup>1</sup>
- Riesgo de cronicidad
- Incapacidad
- Posibilidad de pérdida funcional
- Alto riesgo de suicidio

Varios estudios han vinculado la depresión con la demencia; y la evidencia actual indica que una detección temprana de la depresión puede ser importante para definir la naturaleza de esta asociación (Chodosh, Kado, Seeman, Karlamangla, 2007) (Bunce, Batterhamb, Mackinnon, Mackinnon, 2012). Particularmente la depresión detectada a edades tempranas (o los síntomas depresivos) ha sido consistentemente asociada con un aumento de hasta el doble de riesgo para presentar demencia (Dotson, Beydoun, Zonderman, 2010). Un estudio de seguimiento realizado por 17 años que buscaba la relación entre síntomas depresivos como factor de riesgo para presentar demencia demostró que el 21.6% de los participantes con diagnóstico de depresión al inicio del estudio, desarrollaron demencia (Saczynski et.al, 2010).

Los mecanismos biológicos por los cuales la depresión puede llevar a demencia incluyen: enfermedad vascular, alteración en los niveles de glucocorticoides, atrofia hipocampal, cambios inflamatorios y déficit de factores de crecimiento nervioso (Byers, Yaffe, 2011).

Otros trastornos cognitivos que pueden ser influenciados por la depresión son el Alzheimer, la presencia de síntomas depresivos puede afectar la conversión de un leve deterioro cognitivo hasta una enfermedad de Alzheimer. Las placas neuríticas y los ovillos neurofibrilares, dos importantes hallazgos en la enfermedad de Alzheimer se

---

<sup>1</sup> Este dato es corroborado por Diniz et al., 2014.

encuentran más elevados en pacientes con Alzheimer que tienen depresión como comorbilidad comparado con aquellos que presentan Alzheimer sin depresión (Caraci, Copani, Nicoletti, Drago, 2010).

## **2.7.5. Clases de Depresión presentes en el Adulto Mayor**

### **2.7.5.1. Depresión Grave**

Conocida también como depresión profunda, es decir, se encuentra en una fase muy avanzada donde se evidencian severos síntomas que interfieren con la capacidad normal de desarrollar diversas actividades de la vida cotidiana como: trabajar, comer, dormir, disfrutar de diversas actividades. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) que se acompaña con síntomas marcados y angustiantes, tales como sentimientos de culpabilidad e inutilidad, pérdida de autoestima, lo cual conlleva a la presencia tanto de ideas como de acciones suicidas, lo cual suele ir acompañado de síntomas psicóticos (delirios, retardo psicomotor, alucinaciones) (Rafalafena, 2012, pp. 9).

Este tipo de depresión es característica de la combinación de síntomas que inciden en la capacidad laboral, estudiantil, de descanso, de comer, y disfrutar actividades que antes eran placenteras, impactando notablemente a la persona e impide el normal desenvolvimiento (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2014, pp. 14).

### **2.7.5.2 Trastorno depresivo persistente (distimia)**

Se trata de síntomas depresivos leves que tienen una larga duración; ésta aparece con un estado de ánimo melancólico, de tristeza, entre otros síntomas que no llega a ser depresión grave. Esta clase de depresión se caracteriza por la larga duración de sus síntomas y que a pesar de ser menos graves, no implican necesariamente incapacitar a una persona, sin embargo, puede impedirle desarrollar con normalidad

su vida o sentirse bien. Pueden sufrir uno o varios episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas, además ciertos casos de trastorno depresivo manifiestan características ligeramente diferentes a las anteriores e incluso, pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2014, pp. 14).

Para que se pueda catalogar como una distimia, el individuo debe experimentar estos síntomas durante por lo menos dos años, convirtiéndose en un problema crónico, caso contrario, no se trataría de una distimia (Pena, 2015).

#### **2.7.5.3. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento**

Se caracteriza por presentar síntomas de un trastorno depresivo que están asociados al consumo, la inyección o inhalación de una sustancia, los cuales pueden iniciar mientras el sujeto está consumiendo o durante la abstinencia. En este tipo de trastorno los síntomas depresivos duran más de lo que cabría esperar de los efectos fisiológicos o del período de intoxicación, claro está que este trastorno para ser clasificado como tal no debe explicarse por la presencia de un trastorno depresivo independiente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

#### **2.7.5.4. Trastorno depresivo debido a otra afección médica**

Como su nombre lo indica el rasgo esencial de este trastorno consiste en la presencia de síntomas depresivos por un período de tiempo importante, o una disminución notable del interés o del placer en las actividades que debe estar relacionado con los efectos fisiológicos directos de una afección médica. La lista de afecciones médicas que se dice que pueden inducir una depresión mayor nunca está completa y la esencia del diagnóstico es el buen juicio clínico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

#### **2.7.5.5. Otro trastorno depresivo no especificado.**

Conocida antes como depresión subclínica; está asociada con síntomas de deterioro de importancia clínica (Lyness et al., 2007), este tipo de depresión presenta características similares a la depresión grave y a la distimia, sin embargo se diferencia de estas por presentar síntomas menos severos y que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

### **2.8. VALORACION GERIATRICA INTEGRAL (VGI)**

Este concepto se elaboró gracias a la necesidad de obtener un modelo de atención dirigido hacia el adulto mayor, el cual debe seguir un proceso estructurado y multidisciplinario, mediante el cual se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que presenta el anciano (Fernández, Pardavila, Vivar, 2012), enfocándose hacia la rehabilitación de los pacientes, y con ello buscar una mejorar calidad de vida, lo cual tiene una estrecha relación con el buen vivir (Ramani, Furmedge, Reddy, 2014).

#### **2.8.1. Modelo de valoración geriátrica integral**

La VGI está compuesta por un equipo interdisciplinario el cual involucra un médico geriatra, trabajador social, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogo, terapeuta ocupacional, odontólogo y nutricionista, para optimizar el uso de recursos y reducir el tiempo de espera necesario para solucionar las necesidades de los pacientes. Donde el médico geriatra cumple las funciones de coordinador de dicho equipo, trabajo social coordina los aspectos relacionados a la situación social y familiar, el personal de enfermería se encarga de coordinar el cuidado del paciente, hasta en ocasiones entrenar al propio paciente o a sus familiares en procesos específicos que el paciente

necesite. Terapeutas físicos se encargan de mantener su nivel funcional y prevenir las discapacidades y con ello mantener la funcionalidad y la independencia del adulto mayor. Nutrición se encarga de establecer rutinas alimenticias balanceadas, sin alterar la calidad de vida del adulto mayor (Ellis, Whitehead, Robinson, O'Neil, Langhorne, 2011).

## **2.8.2. Dominios de la VGI**

### **2.8.2.1. Valoración Clínica**

La Historia Clínica es una de las herramientas más importantes para identificar el estado de salud del adulto mayor utilizada por el médico. Debido a la pluripatología y polifarmacia del adulto mayor, en ocasiones es necesario la recolección de información no solo a partir del adulto mayor, sino también por medio de sus familiares y con ello el médico puede elaborar una historia clínica apropiada y a profundidad. Para una buena utilización de esta herramienta es imprescindible tener en cuenta los síndromes geriátricos ya que estos funcionan como signos de alarma. (Dharmarajan, 2012, pp. 55-69)

**Tabla 2.** Grandes Síndromes Geriátricos

#### **Síndromes Geriátricos**

Alteraciones visuales  
Alteraciones auditivas  
Delirium  
Demencias  
Depresión  
Estreñimiento  
Fragilidad  
Incontinencia  
Inestabilidad

Infecciones  
Inmovilidad  
Desnutrición  
Pobreza  
Trastorno del Sueño  
Dolor

Fuente: Gutiérrez, et al. 2012, pp. 22

### **2.8.2.2. Valoración Funcional**

Es el punto central en la evaluación geriátrica, ya que el estado funcional se toma como un factor pronóstico y un factor de riesgo modificable con una gran importancia en la calidad de vida del adulto mayor (Coronado et al., 2016). El estado funcional se puede medir mediante las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), que determinan si una persona es independiente o no y se caracterizan por ser actividades de autocuidado; y por las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que son la capacidad de una persona para vivir en la comunidad independientemente (Dharmarajan, 2012, pp. 55-69).

La valoración de estos parámetros es fundamental en la valoración integral del adulto mayor, ya que se ha observado que un 25% de pacientes ancianos mayores de 65 años requieren ayuda en ABVD o AIVD y que en el 50 % de pacientes adultos mayores de 85 años necesitan ayuda de otra persona para ABVD, además existe una clara relación entre trastornos cognitivos y depresión con deterioro de las ABVD (Greenglass, Fiksenbaum, Eaton, 2006) (de Paula et al., 2015); por lo cual la valoración funcional se debe realizar a todo adulto mayor (Quinn, McArthur, Ellis, Stott, 2011).

También se evalúa un tercer dominio que es la capacidad de movilidad, y se refiere al nivel de funcionalidad de las extremidades inferiores, en las que se valora la marcha, paso, balanceo de pie y sentado (d'Hyver & Gutiérrez, 2009, pp. 35).

**Tabla 3.** Herramientas de valoración en el anciano

<b>Lista de actividades evaluadas en la valoración funcional y escalas validadas usadas en la valoración</b>	
<b>ABVD</b>	
Alimentarse	Índice de Barthel
Bañarse	Índice de Katz
Continencia o control de esfínteres	
Movilización	
Usar el sanitario y asearse	
Vestirse	
<b>AIVD</b>	
Cuidado y limpieza de la casa	Escala de Lawton
Hacer compras	Escala de Lawton modificada
Lavado de la ropa	
Manejo de finanzas personales	
Preparar alimentos	
Toma de medicaciones	
Uso de teléfono	
Utilización de medios de transporte	
<b>Actividades de funcionalidad física</b>	
Velocidad de la marcha	Tiempo de corrido de una distancia de 4 m
Fuerza de agarre	Tomas seriadas usado un dinamómetro
Equilibrio	SPPB (Short Physical Performance Battery)
Levantarse de una silla	Tiempo para levantarse de una silla y sentarse nuevamente
Alcance	Medida de alcance funcional

Fuente: Gutiérrez et al. 2012, pp. 22.

### 2.8.3. Valoración Mental

#### 2.8.3.1 Valoración Afectiva

La alteración del estado de ánimo en los adultos mayores es muy frecuente y suele afectar más a las mujeres (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman, Bruce, 2010). La depresión es la patología psiquiátrica más común en los ancianos. En un gran porcentaje de los pacientes no se hace el diagnóstico a tiempo con repercusiones muy importantes para la independencia funcional, calidad de vida y función cognitiva. Además, la depresión aumenta el riesgo de institucionalización y de desarrollar otros síndromes geriátricos, como las caídas (Dharmarajan, 2012, pp. 55-69).

**Tabla 4.** Valoración de la esfera afectiva.

<b>Puntos que deben analizarse en la evaluación de afecto</b>
Estado de ánimo
Ánimo lábil
Anergia
Anhedonia
Apetito
Trastorno de sueño
Ansiedad
Ideación/Intento suicida o auto lesivo
Dolor y otros síntomas somáticos
Pensamiento de muerte

Fuente: Gutiérrez, et al. 2012, pp. 23.

El diagnóstico de depresión es netamente clínico, en el adulto mayor los criterios del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) son aplicables (Birreri, Vemuri, 2004) pero también se han desarrollado diversas escalas de valoración como

la escala de Hamilton (Hamilton, 1960), la escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) (Kroenke, Spitzer, Williams, 2001), o la escala GDS-15 (Geriatric Depression Scale) (Yesavage et al., 1983) conocida en nuestro ámbito como la escala de Yesavage.

La GDS fue inicialmente introducida en 1983, ésta se elaboró específicamente con la finalidad de medir la depresión en el adulto mayor; durante su construcción se administró un cuestionario de 100 preguntas a adultos mayores sanos y profundamente deprimidos, las 30 preguntas que más se relacionaron con el score total "GDS-30" fueron escogidas y administradas a un nuevo grupo de adultos mayores, tras lo cual estos sujetos fueron clasificados como normales, medianamente deprimidos o severamente deprimidos, los resultados encontrados fueron similares a los arrojados por otras escalas de la época (Yesavage et al., 1983).

Sin embargo se habló mucho sobre los problemas únicos de medir la depresión en los adultos mayores, se consideró que factores no específicos como la fatiga o la falta de concentración pueden interferir con tal medición, haciéndola difícil para los adultos mayores al no poder mantener su atención mientras llenan escalas de larga duración; por lo que se replanteó la escala GDS para disminuir tales posibilidades, desarrollándose así una variación de la misma que contaba con 15 preguntas extraídas de la versión original (GDS-15), se identificó a aquellas preguntas que tenían la más alta correlación con los síntomas depresivos demostrado en los estudios de validación (Yesavage & Sheikh, 1986). Tanto la GDS-15 como su versión extendida han demostrado servir como un excelente método de screening para depresión, especialmente en aquellos con sus facultades cognitivas preservadas (Burke, Roccaforte, Wengel, 1991). Años más tarde se simplificó todavía más a esta escala, reduciéndola a un total de 4 preguntas (GDS-4) (Galaria, Casten, Rovner, 2000), sin embargo esta fue diseñada especialmente para pacientes con discapacidad, especialmente deterioro visual (De la Torre et al., 2006).

La evidencia científica demuestra que la GDS-15 es simple de administrar, incluso en grandes longevos (>85 años) (De Craen, Heeren, Gussekloo, 2003), puede ser llenada por el propio paciente en alrededor de cinco minutos, y es fácil de interpretar, además posee una sensibilidad y especificidad de alrededor del 90-95% para diagnosticar depresión en adultos mayores (Costa et al., 2016) (Wancata, Alexandrowicz, Marquart, Weiss, Friedrich, 2006). Sin embargo esta escala tiene ciertos puntos negativos, por ejemplo posee baja fiabilidad cuando se realiza más de una vez en el mismo paciente, y además no es precisa cuando se aplica a pacientes que tienen algún tipo de trastorno cognitivo (Marc, Raue, Bruce, 2008).

### **2.8.3.2. Valoración Cognitiva**

Los trastornos cognitivos afectan en gran medida la calidad de vida del adulto mayor; entre el 15 al 24% de ancianos mayores de 75 años tienen algún grado de deterioro cognitivo, y estas cifras aumentan en pacientes hospitalizados o institucionalizados, además el deterioro cognitivo per se es un factor que aumenta la duración de la estancia hospitalaria en estos pacientes (Lorén & Gascón, 2011).

Uno de los principales motivos de consulta al inicio de un trastorno cognitivo es la pérdida de memoria, aunque otros síntomas pueden aparecer en la primera etapa como apatía, episodios confusionales, ideas delirantes, depresión, trastornos de comportamiento y desorientación (Dharmarajan, 2012, pp. 55-69), por lo cual se debe realizar una valoración completa a partir de los siguientes datos.

**Tabla 5.** Valoración cognitiva

Datos que deben obtenerse en la valoración cognitiva
Grado de educación
Antecedentes personales (cardiovasculares, consumo de drogas u otras patologías psiquiátricas )
Antecedentes familiares (demencia, cardiovasculares, etc.)
Detalle de inicio de sintomatología y tiempo de evolución
Orientación tiempo/espacio/persona
Autopercepción de estado de la memoria
Contenido y construcción del lenguaje
Evaluación de juicio
Evaluación de capacidad de abstracción
Trastorno de la conducta (estados confusionales u otros trastornos psicóticos, alteración del sueño, desinhibición sexual, agresividad física/verbal o vagabundeo)
Problemas con personas/lugares previamente conocidos

Fuente: Gutiérrez, et al., 2012, pp. 23

## **2.9. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR**

Muestreos aleatorios han demostrado que hasta el 77% de adultos mayores de 75 años presentan riesgo o problema social (Yábar, Ramos, Rodríguez, Díaz, 2009). El bienestar social tiene una estrecha relación con el manejo de los problemas de salud y la preservación de la autonomía del individuo, a pesar de sus limitaciones funcionales (Rendón & Rodríguez, 2011).

Cabe recordar que los factores psicológicos y sociales pueden incidir en el estado de salud de cualquier persona (Holt-Lunstad, Smith, Layton, 2010), con un peso importante en los adultos mayores (Classon, Fallman, Wressle, Marcusson, 2016), a la larga provocando alteraciones negativas en su bienestar individual con la consecuente presencia de diversos trastornos psicoemocionales, entre ellos depresión, ansiedad, estrés (Chong, 2012), e ideación suicida (Vanderhorst, McLaren, 2005)

Los años de vida ganados por los adultos mayores no siempre son un signo de una buena salud, y esto varía para cada sociedad, por eso deben existir intervenciones efectivas en el sistema de salud para identificar trastornos sociofamiliares (Albala, Sánchez, Lera, Ángel, Cea, 2011); de tal manera es necesario primero conocer cuáles son los componentes que hay que tener en cuenta cuando realizamos una valoración social.

### **2.9.1. Cuidador Principal**

Ésta figura es la que se encarga de la mayoría de los cuidados del anciano, habitualmente es el cónyuge o el hijo/a, de igual manera es la que va a servir como intermediario entre la comunicación del paciente y el médico. Ya que en los cuidadores recaen más responsabilidades, están expuestos a un mayor trabajo, por lo que sus relaciones sociales se encuentran afectadas por las limitaciones de tiempo, estos problemas se pueden reflejar con aumento de la prevalencia de depresión en los cuidadores, como se observó en un estudio, éste grupo de personas presentan un 56% de depresión (Herrera, Flórez, Romero, Montalvo, 2012).

### **2.9.2. Soporte Social**

El soporte social se entiende a toda forma de ayuda que da la sociedad a los adultos mayores, ya sea material o emocional (Villareal & Month, 2012), existen diversos tipos de soporte social como por ejemplo

#### **2.9.2.1. Recursos Formales**

Servicio social comunitario: Estos servicios ayudan en la atención integral del adulto mayor dentro de la comunidad, esta ayuda engloba los servicios de ayuda a domicilio, la teleasistencia y los hogares de jubilados.

Servicio social institucional: Es el servicio que se presta en la residencia, se ofrece principalmente para dos tipos de pacientes para los válidos (pacientes que realizan las actividades de vida diaria) y para los asistidos (pacientes que tienen alguna dependencia en las actividades de la vida diaria); los diferentes ambientes residenciales que ofrecen dichos servicios son fuertes predictores para la aparición de síntomas depresivos en el anciano (Fastame, Hitchcott, Penna, 2015).

Servicio social intermedio: Es una forma de institucionalización parcial, la cual consigue que el paciente permanezca en su hogar, aquí principalmente se presentan las estancias diurnas, las estancias temporales en una residencia y las viviendas tuteladas. (Ruipérez, Baztán, Jiménez, Sepúlveda, 1998, p.31).

#### **2.9.2.2. Recursos Informales**

Es la atención por personal no remunerado, este personal principalmente son miembros de la familia, amigos, vecinos, asociaciones de voluntarios, etc.

#### **2.9.3. Relación social**

Es importante conocer con quién vive el anciano, el grupo de dependencia familiar, quiénes son los parientes más cercanos, a que distancia está de ellos, la implicación familiar o cuánto tiempo pasa solo. Algunos investigadores definen como aislamiento social a la presencia de 5 o menos contactos al mes con familia o amigos (Ruipérez, Baztán, Jiménez, Sepúlveda, 1998, p.32).

#### **2.9.4. Actividad social**

Aquí principalmente se toma en cuenta los intereses, las responsabilidades y las actividades del adulto mayor, estos aspectos se pueden investigar preguntando que

hace el anciano en un día o en una semana normal (Ruipérez, Baztán, Jiménez, Sepúlveda, 1998, pp. 32-33).

### **2.9.5. Recursos personales y entorno**

Se debe valorar los ingresos económicos del adulto mayor y las condiciones de su vivienda, como los servicios básicos, el material de la construcción, el tamaño, etc. (Ruipérez, Baztán, Jiménez, Sepúlveda, 1998, pp. 33).

### **2.9.6. Herramientas de valoración del apoyo social**

Las expectativas y necesidades de los adultos mayores han cambiado en los últimos años, lo que origina la creación de nuevas áreas de actuación para el profesional de la salud. Hoy en día se presta mayor atención a la relación entre el apoyo social y el estado de salud individual y colectiva de las personas; un adecuado apoyo social se acompaña de un buen estado de salud físico y mental (Suárez, 2011).

De tal manera es importante tener herramientas que puedan medir el apoyo social, para ello existen varias escalas como la Duke Functional Social Support *Questionnaire* (*DUFSS*) creada por Broadhead para medir el soporte social general (Broadhead, Gehlbach, De Gruy, Kaplan, 1988) la cual ha demostrado excelente utilidad para medir los efectos del soporte social en individuos que experimentan situaciones estresantes o adversas (Saracino, Kolva, Rosenfeld, Breitbart, 2015); otra escala que mide soporte social es la desarrollada por Sherbourne & Stewart (1991) en pacientes participantes del Medical Outcomes Study (MOS), la cual permite tener una visión multidimensional del apoyo social y conocer la red familiar y extrafamiliar (Revilla, Luna, Bailón, Medina, 2005). Si bien estas escalas han demostrado ser de utilidad en la práctica médica, con buenas propiedades psicométricas y evaluando distintas dimensiones del apoyo social, no fueron creadas con enfoque en la población adulta mayor.

Díaz et al., profesionales españoles en trabajo social desarrollaron una escala de valoración social específicamente para el anciano, la escala de valoración socio-familiar de Gijón, o SFES (Social-Familial Evaluation Scale) (Díaz, Domínguez, Toyos, 1993) (Díaz, Domínguez, Toyos, 1994) según sus siglas en inglés, la cual recoge elementos como condiciones de vivienda, situación económica, convivencia, relaciones y apoyos de la red social, catalogando así su riesgo social en bajo, riesgo social intermedio o riesgo social alto (Díaz, Domínguez, Toyos, 1993). La escala fue aplicada inicialmente en ancianos que residen en la comunidad, y brindó resultados útiles para la detección tanto de riesgo social como de problemática social ya establecida en ancianos; posteriormente García et al. (1999) demostraron su fiabilidad en la práctica sanitaria y como predictor de ingreso a centros de convalecencia (De Vicente, Miralles, Sabartés, 1996) (Alarcon, González, 1998).

Actualmente en nuestro país según las “Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores” (2010) se utiliza una versión abreviada de la SFES, la “Barcelona-SFES versión”, la cual es más corta y fácil de utilizar; validada por García et al. (2004), ésta sólo cuenta con los tres primeros ítems de su antecesora que corresponden a situación familiar, contactos sociales y asistencia de la red social con un puntaje que varía de 3 a 15 puntos, en el cual un score bajo identifica a pacientes adultos mayores que viven con su familiar, tienen buen contacto social y participan en actividades comunitarias; en contraste un score elevado identifica a adultos mayores que viven solos, tienen un pobre contacto social y poca participación con actividades de la comunidad. Las categorías de riesgo social establecidas en esta encuesta son: riesgo social bajo ( $\leq 7$  puntos), riesgo social intermedio (8-9 puntos) y riesgo social alto ( $\geq 10$  puntos) (Miralles et al., 2003).

## **CAPÍTULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. PROBLEMA DE ESTUDIO**

Resulta crucial efectuar una investigación que permita determinar la asociación que existe entre los factores de riesgo sociofamiliares y su prevalencia en la depresión en los pacientes geriátricos ya que en el adulto mayor la depresión se vuelve un problema, porque puede causar –un empeoramiento de las patologías de base-, además “los cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo por la gran prevalencia de depresión en enfermedades como Alzheimer y demencia subcortical e incluso a demencia a pocos años del inicio de los trastornos” (Dechent, 2008, pp. 340). Este estudio intenta obtener la identificación de factores sociofamiliares que influyan en la prevalencia de la depresión ya que existe escasa o nula bibliografía que relaciona estos factores. A pesar de que las razones para estar deprimidos parecen evidentes y frecuentes, no es una etapa normal de la vejez.

Un estudio realizado por la Universidad Central del Ecuador, en un posgrado de Psiquiatría en la ciudad de Quito determinó, de una muestra de 100 adultos mayores, que la prevalencia del episodio depresivo en el adulto mayor alcanzó un 13,4% ubicándose muy por encima de la media de la región que es el 4,9%, durante un período de doce meses que duró el estudio (El Comercio, 2012).

#### **3.2. OBJETIVOS**

##### **3.2.1. Objetivo General**

Conocer la asociación entre la depresión y los factores sociofamiliares en los pacientes adulto mayor del servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, en el período de julio y agosto de 2016.

### **3.2.2. Objetivos Específicos**

- Determinar el nivel de prevalencia en la depresión de los pacientes adultos mayores de la consulta externa del HEEE mediante la GDS-15.
- Identificar los factores sociofamiliares que llevan a la depresión en los pacientes adultos mayores de la consulta externa del HEEE de la ciudad de Quito.
- Establecer la asociación de los factores sociofamiliares con la depresión en los pacientes adultos mayores de la consulta externa del HEEE.
- Aplicar la escala de valoración socio-familiar de Gijón, con la finalidad de detectar situaciones de riesgo y problemas sociales en los pacientes adultos mayores de la consulta externa del HEE.

### **3.3. HIPÓTESIS**

Existe una notable asociación de falta de red de apoyo sociofamiliar con la presencia de depresión, en los pacientes adultos mayores de consulta externa del HEEE.

### **3.4. TIPO DE ESTUDIO**

La presente investigación corresponde a un diseño transversal analítico en el cual se analizó un conjunto de variables, las mismas que se asociaron para responder los objetivos del estudio, con muestra consecutivo, siendo de tipo descriptivo tipo entrevista.

### 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición	Dimensiones	Unidad de medida y/o categorización
Edad	Continua	Tiempo que ha vivido una persona, hasta la fecha actual.	A partir de los 60 años	1 = 60 – 74 años 2 = 75 – 90 años 3 = > de 90 años
Estado Civil	Cualitativa nominal	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Soltera/o</li> <li>– Divorciada/o</li> <li>– Casada/o</li> <li>– Unión libre</li> <li>– Viuda/o</li> </ul>	1 = Soltero 2 = Divorciado 3 = Casado 4 = Unión libre 5 = Viuda/o
Sexo	Cualitativa nominal	Tiempo que ha vivido una persona, hasta la fecha actual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Masculino</li> <li>– Femenino</li> </ul>	1 = Masculino 2 = Femenino
Situación familiar	Cualitativa nominal	Tipo de convivencia que mantiene una persona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vive con familia y/o pareja sin conflicto.</li> <li>– Vive con pareja de similar edad.</li> <li>– Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden atenderlo o no quieren atenderlo.</li> <li>– Vive solo, hijos y/o familia próximos que no cubre todas las necesidades.</li> <li>– Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.</li> </ul>	1 = Vive con familia y/o pareja sin conflicto. 2 = Vive con pareja de similar edad. 3 = Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden atenderlo o no quieren atenderlo. 4 = Vive solo, hijos y/o familia próximos que no cubre todas las necesidades. 5 = Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.
Relaciones Sociales	Cualitativa nominal	Son las múltiples interacciones que se dan entre dos o más personas en la sociedad, por las cuales los sujetos establecen vínculos laborales, familiares, profesionales, amistosos y deportivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mantiene relación social fuera del domicilio.</li> <li>– Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.</li> </ul>	1 = Mantiene relación social fuera del domicilio. 2 = Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solo se relaciona con familia, sale de casa.</li> <li>- No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (&gt;1 por semana).</li> <li>- No sale del domicilio, ni recibe visitas (&lt;1 por semana).</li> </ul>	<p>3 = Solo se relaciona con familia, sale de casa.</p> <p>4 = No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (&gt;1 por semana).</p> <p>5 = No sale del domicilio, ni recibe visitas (&lt;1 por semana).</p>
Apoyo a la red social	Cualitativa nominal	Es una estructura social compuesta por un conjunto de actores (tales como individuos u organizaciones) que están relacionados de acuerdo a algún criterio (relación profesional, amistad, parentesco, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No recibe ningún apoyo.</li> <li>- Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.</li> <li>- Recibe apoyo social formal suficiente (centro del día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)</li> <li>- Tiene soporte social pero es insuficiente.</li> <li>- No tiene soporte social y lo necesita.</li> </ul>	<p>1 = No recibe ningún apoyo.</p> <p>2 = Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.</p> <p>3 = Recibe apoyo social formal suficiente (centro del día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)</p> <p>4 = Tiene soporte social pero es insuficiente.</p> <p>5 = No tiene soporte social y lo necesita.</p>
Depresión	Cualitativa continua	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o de apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin depresión</li> <li>- Con depresión y probable depresión</li> </ul>	<p>1 = Si</p> <p>2 = No</p>

### 3.6. MUESTRA

Para efectos de la muestra, dentro del presente estudio se consideró que diariamente al servicio de consulta externa acuden 272 pacientes, por tanto en promedio mensual se atiende a 12.000 pacientes adultos mayores del servicio de consulta externa que maneja el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en sus 33 especialidades.

En tal virtud, considerando que el número de pacientes es representativo, el universo de la presente investigación comprende a aquellos pacientes adultos mayores del HEEE, que cumplan los criterios de inclusión.

- ✓ **n** = el tamaño de la muestra, lo que se va a calcular.
- ✓ **N** = tamaño de la población o universo, es decir, el promedio de pacientes al mes, el cual es de 12.000.
- ✓ **Z** = Valor constante que se obtiene a través de niveles de confianza, generalmente se considera el 95% de confianza que equivale a 1,96.
- ✓ **e** = Límite aceptable de error muestral que, se suele utilizar un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09). Para efectos de la presente investigación, se considera 0.09.
- ✓ **p** = Incidencia esperada del parámetro a evaluar, en caso de desconocerse ( $p = 0.5$ ).
- ✓ **q** =  $1 - p = 0,5$ .

$$n = \frac{z^2 (P \times Q) N}{e^2 \times N + z^2 + (P \times Q)}$$

---

n = 117 pacientes adultos mayores en el servicio de consulta externa del HEEE

### 3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas aplicadas que se utilizó para la obtención de datos, información y resultados de la investigación, fueron por medio de observación y la encuesta

- **Encuesta:** Se trata de una técnica destinada a obtener datos e información de un grupo representativo de personas “muestra”, cuyas opciones impersonales son relevantes para la investigación. Para ello, se utilizó un listado de preguntas escritas que se entregó a los sujetos de estudio.
- **Escala GDS-15:** Fue diseñada por Yesavage en 1982 específicamente para el anciano. Compuesta en principio de 30 ítems, de los 66 que ninguno es de tipo somático, sus respuestas son dicotómicas. Puede aplicarse entre cinco y siete minutos. Para puntuaciones de 5 o superiores, presenta una sensibilidad del 85,3% y una especificidad del 85%. La versión reducida, que incluye 15 preguntas, es la escala recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar la depresión en los ancianos. Evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida. Para la interpretación de esta escala, el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 4 puntos indica normalidad, la puntuación  $\geq 5$  se relaciona con depresión y probable depresión.

- **Escala de Gijón:** Creada a finales de los años noventa, se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en domicilio. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales. Evalúa cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. La puntuación oscila entre 0 y 20, indicando un puntaje elevado mayor riesgo social (tratado de geriatría para residentes, 2006, pag 67). El Ministerio de Salud Pública en el Manual de Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de Las y Los Adultos Mayores utiliza la escala de Gijón modificada que consta de 15 preguntas y evalúa tres áreas: situación familiar, relación y contacto social, y apoyo de red social, ésta debido a su simplicidad y la menor duración de su aplicación se recomienda sea utilizada en la población del adulto mayor del Ecuador. La puntuación oscila entre 0 y 15, indicando que un valor de 5-9 representa un riesgo social bajo, de 10-15 existe un riesgo social intermedio, y mayor a 15 un riesgo social alto.

### **3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### Criterios de inclusión

- Pacientes que acudan a consulta externa del HEEE de la ciudad de Quito.
- Se incluyeron a los pacientes mayores de 65 años de edad de ambos sexos.
- Paciente adulto mayor que concienta la realización del estudio

#### Criterios de exclusión

- Paciente adulto mayor con enfermedad aguda o crónica que les impida responder la encuesta.
- Paciente adulto mayor institucionalizado.

- Paciente con diagnóstico de enfermedades de neurona motora superior (Parkinson, Huntington, Demencia vascular, Demencia, Alzheimer) y pacientes con alteración de la conciencia
- Paciente con pérdida sensorial total de la audición y visión.
- Pacientes adultos mayores que no desearon participar en el estudio

### **3.9. ANÁLISIS DE DATOS**

Para la tabulación y codificación de datos se utilizó el programa Excel. Los análisis estadísticos fueron realizados en el paquete estadístico SPSS v.23 (Statistical Package for the Social Sciences), con el cual se realizaron tanto los estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, moda), así como los análisis de asociación las variables correspondientes a los factores de riesgo y entre la variable depresión y probable depresión. Para la comprobación de la hipótesis de dependencia entre variables, se procedió a calcular  $\chi^2$  (tablas n x k) y Fisher (tablas 2 x 2), mientras que para conocer el nivel de asociación se utilizó el estadístico *Coefficiente de contingencia* (CC). La significancia de los datos, está determinada por parámetros internacionales, tomando como base un intervalo de confianza mayor a 95% y una  $p < 0,05$ .

### **3.10. ASPECTOS BIOÉTICOS**

La bioética es parte indisoluble del actuar de los médicos profesionales, en virtud de lo cual la presente investigación fue desarrollada en apego a las reglamentaciones y principios que rigen las normas de conducta de los derechos humanos, respetando los principales aspectos bioéticos: dignidad, autonomía y responsabilidad ineludibles a todas y cada una de las decisiones tomadas en virtud de una actuación correcta en los aspectos relacionados a la vida.

Se utilizó consentimiento informado, en el cual se informa sobre la investigación (Anexo 4).

### **3.11. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

Se elabora una relación de las personas que van a participar en la investigación en calidad de entrevistados, para lo cual se aplican los criterios de inclusión y exclusión a los pacientes de consulta externa del HEEE de Quito. Además, se aplicará el Formulario de Consentimiento Informado para hacer referencia al perfil y la responsabilidad de los pacientes adultos mayores implicados en la investigación.

Se ha presupuestado un valor de 500,00 dólares, necesarios para asumir los distintos gastos de fotocopias, impresiones, esferos, pasajes, alimentación de los investigadores, entre otros gastos vinculados al estudio.

## **CAPÍTULO VI**

### **4. RESULTADOS**

#### **4.1. TAMAÑO DE LA MUESTRA**

La muestra estuvo compuesta por 117 pacientes que acudieron a consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo (HEEE), este tamaño de muestra se obtuvo de un universo estimado de 12000 pacientes que se promedió que acuden a consulta externa de todas las especialidades ofrecidas por el HEEE en los meses de Julio y Agosto del 2016, a los cuales posterior a la información del tema, aprobación verbal y firma de consentimiento informado se inició las encuestas. El número de encuestados fue de 117 pacientes, pero se excluyeron a 5 participantes basándonos en los criterios de exclusión ya mencionados.

#### **4.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA**

##### **4.2.1. Variables Sociodemográficas**

###### **4.2.1.1. Edad**

Para la clasificación por la edad se subdividió en grupos etarios los cuales fueron obtenidos de la OMS, dividiéndose en tres grupos, el primero de 60-74 años, el segundo de 75-90 años y el tercero >90 años. Donde se obtuvo que el 74,11% (83/112) de los pacientes adultos mayores se encontraban en el grupo de 60 a 74 años, mientras que el 25.89% (29/112) restante se encontraba entre los rangos de 75 a 90 años, no existió ningún participante que supere los 90 años (Tabla 6). Con un promedio de edad de 71.9 años.

#### **4.2.1.2. Estado civil**

De los 112 participantes, 5.36% (6/112) eran solteros, 8.04% (9/112) divorciados, el grupo mayoritario 62.50% (70/112) estaba comprendido por aquellos pacientes que estaban casados, y por último tenemos un 24.11% (27/112) de pacientes que eran viudos (Tabla 7).

#### **4.2.1.3. Género**

Del total de participantes, 60.71% (68/112) fueron de sexo femenino y 39.29% (44/112) de sexo masculino (Tabla 8).

#### **4.2.1.4. Situación familiar**

El porcentaje de adultos mayores que viven con familia y/o pareja sin conflicto fue del 60.71% (68/112), el 9.82% (11/112) vivía con pareja de similar edad, un porcentaje significativo 28.57% (32/112) no reciben una atención adecuada por parte de su familia o la misma no alcanza a cubrir sus necesidades, y existió un único participante 0.89% (1/112) que vivía solo y desatendido (Tabla 9).

#### **4.2.1.5. Relación social**

Salir de casa es un comportamiento habitual en los adultos mayores entrevistados 91.96% (103/112), sin embargo no todos tienen relaciones sociales fuera de su hogar, un grupo significativo 24.11% (27/112) sale de casa pero no se relaciona con personas ajenas a su círculo familiar; y un 8.03% (9/112) prefiere no salir de su domicilio en lo absoluto (Tabla 10).

#### **4.2.1.6. Apoyo de red social**

Un importante porcentaje de adultos mayores 44.64% (50/112) no recibía ningún apoyo y sentía que no lo necesitaba, el resto de participantes presentaron una distribución variada; aquellos que recibían apoyo informal por parte de familiares o vecinos representaban el 25% (28/112) de la población, mientras que el 6.25% (7/112) recibían apoyo formal. Un grupo significativo 24.11% (27/112) presentaron necesidades que no alcanzan a ser cubiertas ya que no recibían soporte social suficiente o no lo tenían en lo absoluto (Tabla 11).

### **4.2.2. Índices y Escalas**

#### **4.2.2.1. Depresión**

Se encontró que más de la mitad de los adultos mayores 55.36% (62/112) presentaron una depresión o probable depresión según la escala de GDS-15 (1986); y el 44.64% (50/112) no presentaron signos de depresión (Tabla12).

#### **4.2.2.2. Escala de Gijón**

Se realizó la interpretación usando puntos de corte indicados por los autores de la escala socio familiar de Gijón, por medio de estos indicadores se obtuvo que el 75.89% (85/112) tenían un riesgo social bajo, el 11.61% (13/112) un riesgo social intermedio, y se encontró un riesgo social alto en el 12,50% (14/112) (Tabla 13).

### **4.3. ASOCIACIONES ENTRE VARIABLES**

#### **4.3.1. Asociación entre depresión y probable depresión y sexo**

El total de participantes que presentó depresión y probable depresión fue del 55.40% (62/112), de los cuales 67.70% (42/62) eran de sexo femenino y 32.30% (20/62) de sexo masculino; de la misma manera se observó que los pacientes encuestados sin depresión correspondían al 44.6% (50/112), los cuales se dividían en 52.00% (26/50) para el sexo femenino y 48.00% (24/50) para el sexo masculino, estos resultados no presentaron significancia estadística ( $\chi^2_{gl:1} = 2.876, p = 0.90$ ) (Tabla 14).

#### **4.3.2. Asociación entre depresión y probable depresión, sexo y grupo etario**

Se encontró que los adultos mayores que están en el grupo de edad de 60-74 años fueron el 74.10% (83/112), de los cuales se encontró depresión y probable depresión en el 56.6% (47/83), de este grupo el 16.86% (14/47) fueron de sexo masculino y el 39.75% (33/47) de sexo femenino; mientras que el grupo de 75-90 años representó el 25.9% (29/112), de los cuales se encontró depresión y probable depresión en el 51.70% (15/29), de este grupo el 20.68% (6/15) fueron de sexo masculino y el 31.03% (9/14) de sexo femenino; esta asociación no fue estadísticamente significativa ( $\chi^2_{gl:1} = 0.209, p = 0.648$ ) (Tabla 15).

#### **4.3.3. Asociación entre depresión y probable depresión, sexo y estado civil**

En la asociación de depresión y estado civil se pudo identificar que los participantes de sexo masculino representaron el 39.28% (44/112) de la muestra, de éstos son solteros el 4.54% (2/44) de los cuales ninguno tiene depresión; los divorciados representaron el 4.54% (2/44) ambos presentaron depresión o probable depresión; aquellos casados eran el 70.45% (31/44) de los cuales el 38.71% (12/31) presentó depresión o probable depresión; los viudos fueron el 20.45% (9/44) de los cuales el 66.66% (6/9) presentó

depresión. Mientras que las participantes de sexo femenino representaron el 60.71% (68/112) de la muestra, de éstas son solteras el 4.54% (2/44) de las cuales ninguna tiene depresión, las divorciadas representan el 5.88% (4/68) de las cuales el 50.00% (2/4) presentó depresión o probable depresión; aquellas casadas representan el 57.35% (39/68) de las cuales el 69.23% (27/39) presentó depresión; las divorciadas son el 10.29% (7/68) de las cuales el 28.57% (2/7) presentó depresión o probable depresión; las viudas son el 26.47% (18/68) de las cuales el 61.11% (11/18) presentó depresión o probable depresión. Estos resultados no tienen una significancia estadística ( $\chi^2_{gl:1} = 2.247, p = 0.523$ ) (Tabla 16).

#### **4.3.4. Asociación entre probable diagnóstico de depresión y escala de valoración socio familiar de Gijón**

En nuestro estudio se observó que el 75.89% (85/112) de los encuestados presentó un riesgo social bajo, de éstos el 42.35% (36/85) son de sexo masculino y presentaron depresión o probable depresión el 36.11% (13/36), mientras que dentro de este grupo el sexo femenino representó el 57.64% (49/85) de las cuales el 51.02% (25/49) presentó depresión o probable depresión; aquellos participantes que tenían un riesgo social intermedio representaron el 11.61% (13/112), de los cuales el 23.08% (3/13) fueron de sexo masculino y se encontraban con depresión o probable depresión el 66.67% (2/3), mientras que el grupo de sexo femenino representó el 76.92% (10/13) y presentó depresión o probable depresión el 61.54% (8/13); por último aquellos participantes que se encontraban con riesgo social alto fueron el 12.5% (14/112), de los cuales el 35.71% (5/14) pertenece al sexo masculino y presentaron depresión o probable depresión el 100% (5/5), mientras que el sexo femenino representó el 64.29% (9/14) de este grupo, encontrándose depresión en el 100% (9/9). Se demostró

estadísticamente una asociación elevada ( $CC = 0.369$ ,  $p \leq 0.001$ ) y que es estadísticamente significativa ( $X^2_{gl:1} = 17.639$ ,  $p \leq 0.001$ ) (Tabla 17).

#### **4.3.5. Asociación entre depresión y probable depresión, sexo y situación familiar de la escala de valoración socio familiar de Gijón**

En esta asociación se observó que aquellos que viven con familia y/o pareja sin conflicto representaron el 60.71% (68/112) de la población, de este grupo el 42.65% (29/68) perteneció al sexo masculino, de los cuales el 31.03% (9/29) presentó depresión o probable depresión, dentro de este mismo grupo el sexo femenino representó el 57.35% (39/68), de las cuales el 51.28% (20/39) presentó depresión o probable depresión; aquellos que viven con pareja de similar edad representaron el 9.82% (11/112) del total de encuestados, de los cuales el 45.45% (5/11) pertenecía al sexo masculino, presentando depresión el 40% (2/5), mientras que el sexo femenino representaba el 54.55% (6/11) de este grupo, presentando depresión o probable depresión el 66.67% (4/6) de ellas; los pacientes que viven con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden atenderlos o no quieren atenderlos fueron el 16.96% (19/112), de los cuales el 31.58% (6/19) eran de sexo masculino, presentando depresión el 100% (6/6) de ellos, dentro de este grupo el sexo femenino representó el 68.42% (13/19), presentando depresión o probable depresión el 92.31% (12/13) de ellas; los participantes que viven solos, hijos y/o familia próximos que no cubre todas las necesidades fueron el 11.61% (13/112), de los cuales el 23.08% (3/13) pertenecía al sexo masculino y presentaban depresión o probable depresión el 100% (3/3), en este mismo grupo el sexo femenino representó el 76.92% (10/13), presentando depresión o probable depresión el 60% (6/10); y se encontró un único paciente 0.83/ (1/112) que vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia, éste pertenecía al sexo masculino y no presentaba depresión. En el análisis estadístico se observó una

asociación leve ( $CC = 0.378$ ,  $p = 0.001$ ), y es estadísticamente significativa ( $X^2_{gl:1} = 18.623$ ,  $p \leq 0.001$ ) (Tabla 18).

#### **4.3.6. Asociación entre probable diagnóstico de depresión y relación social de la escala de valoración socio familiar de Gijón**

En esta asociación se observó que aquellos que mantienen relación social fuera del domicilio representaron el 32.14% (36/112) de la población, de este grupo el 50% (18/36) perteneció al sexo masculino, de los cuales el 27.78% (5/18) presentó depresión o probable depresión, dentro de este mismo grupo el sexo femenino también representó el 50% (18/36), de las cuales el 44.44% (8/18) presentó depresión o probable depresión; aquellos que solo se relacionan con familia/vecinos/otros, salen de casa representaron el 35.71% (40/112), de los cuales el 35% (14/40) pertenecía al sexo masculino, presentando depresión el 64.29% (9/14), mientras que el sexo femenino representaba el 65% (26/40) de este grupo, presentando depresión o probable depresión el 61.54% (16/26); los participantes que solo se relacionan con familia, salen de casa fueron el 24.11% (27/112), de los cuales el 29.63% (8/27) pertenecían al sexo masculino y presentaban depresión o probable depresión el 50% (4/8), en este mismo grupo el sexo femenino representó el 70.23% (19/27), presentando depresión o probable depresión el 68.42% (13/19); los participantes que no salen de su domicilio, reciben familia o visitas (>1 por semana) fueron el 3.57% (4/112), de los cuales el 25% (1/4) fue de sexo masculino y presentaba depresión o probable depresión (1/1), dentro de este grupo el sexo femenino representó el 75% (3/4), presentando depresión o probable depresión el 100% (3/3); los participantes que no salen del domicilio, ni reciben visitas (<1 por semana) representaron el 4.46% (5/112), de este grupo el 60% (3/5) perteneció al sexo masculino, de los cuales el 33.33% (1/3) presentó depresión o probable depresión, dentro de este mismo grupo el sexo femenino representó el 40% (2/5), de las cuales el 100% (2/2) presentó depresión o probable depresión. Basándonos en el  $CC = 0.288$  con una  $p = 0.038$  se

observó una asociación leve entre probable diagnóstico de depresión y relación social de la escala de valoración socio familiar de Gijón siendo estadísticamente significativo ( $\chi^2_{gl:1} = 10.123$ ,  $p = 0.38$ ) (Tabla 19).

#### **4.3.7. Asociación entre depresión y probable depresión, sexo y apoyo de red social de la escala de valoración socio familiar de Gijón.**

En esta asociación se observó que aquellos que no reciben ningún apoyo representaron el 44.64% (50/112) de la población, de este grupo el 42% (21/50) perteneció al sexo masculino, de los cuales el 23.81% (5/21) presentó depresión o probable depresión, dentro de este mismo grupo el sexo femenino representó el 58% (29/50), de las cuales el 55.17% (16/29) presentó depresión o probable depresión; aquellos que reciben apoyo de la familia y/o vecinos representaron el 25% (28/112) del total de encuestados, de los cuales el 39.29% (11/28) pertenecía al sexo masculino, presentando depresión o probable depresión el 63.64% (7/11), mientras que el sexo femenino representaba el 60.71% (17/28) de este grupo, presentando depresión o probable depresión el 47.06% (8/17); los participantes que reciben apoyo social formal suficiente, (centro del día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.) fueron el 6.25% (7/112) de los encuestados, de los cuales el 28.57% (2/7) pertenecían al sexo masculino y presentaban depresión o probable depresión el 50.00% (1/2), en este mismo grupo el sexo femenino representó el 71.43% (5/7), presentando depresión o probable depresión el 80.00% (4/5); los participantes que tienen soporte social pero es insuficiente fueron el 8.93% (10/112) de los encuestados, de los cuales el 50.00% (5/10) fue de sexo masculino y presentaban depresión o probable depresión el 80.00% (4/5), dentro de este grupo el sexo femenino representó también el 50.00% (5/10), presentando depresión o probable depresión el 80.00% (4/5); los participantes que no tienen soporte social y lo necesitan representaron el 15.18% (17/112) de la población, de este grupo el 29.41% (5/17) perteneció al sexo masculino, de los cuales el 80.00% (4/5) presentó depresión o probable depresión, dentro de este mismo grupo el sexo

femenino representó el 70.59% (12/17), de las cuales el 83.33% (10/12) presentó depresión o probable depresión. Se demostró estadísticamente que la asociación entre diagnóstico de depresión o probable depresión y apoyo de red social de la escala de valoración socio familiar de Gijón es estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 9.901$ ,  $p = 0.42$ ) y que existe una asociación elevada ( $CC = 0.285$ ,  $p = 0.042$ ) (Tabla 20).

#### **4.3.8. Asociación entre estado civil y relación familiar de la escala de valoración socio familiar de Gijón**

En esta asociación se observó que aquellos que viven con familia y/o pareja sin conflicto representaron el 60.71% (68/112) de la población, de este grupo el 2.94% (2/68) eran solteros, 10.29.% (7/68) divorciados, 67.75% (46/68) casados y 19.12% (13/68) viudos; aquellos que viven con pareja de similar edad representaron el 9.82% (11/112), de los cuales el 81.82% (9/11) estaban casados y el 18.18% (2/11) eran viudos, en este grupo no existieron participantes solteros ni divorciados; los participantes que viven con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden atenderlo o no quieren atenderlo fueron el 16.96% (19/112) de los encuestados, de los cuales el 57.89% (11/19) estaban casados, y el 42.11% (8/19) eran viudos, en este grupo no existieron participantes solteros o divorciados; los participantes que viven solos, hijos y/o familia próximos que no cubre todas las necesidades fueron el 11.61% (13/112) de los encuestados, de los cuales el 23.08% (3/13) eran solteros, el 15.38% (2/13) divorciados, el 30.77% (4/13) casados y el 30.77% (4/13) viudos; los participantes que viven solos, familia lejana, desatendidos, sin familia representaron el 0.89% (1/112) de la población, encontrándose sólo un participante soltero (1/1). Se demostró estadísticamente que la asociación entre estado civil y relación familiar de la escala de valoración socio familiar de Gijón es estadísticamente significativa ( $\chi^2_{1,1} = 38.109$ ,  $p \leq 0.001$ ) y que existe una asociación elevada ( $CC = 0.504$ ,  $p = 0.000$ ) (Tabla 21).

## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN

La investigación fue realizada en el HEEE, específicamente en el área de consulta externa de dicho hospital, donde en promedio se atendieron aproximadamente 6000 pacientes mensualmente dentro de sus 33 especialidades. El estudio se enfocó en identificar si existe una asociación entre la prevalencia de depresión y los factores de riesgo sociofamiliares.

En nuestro estudio se observó que el sexo femenino fue el grupo mayoritario, representado por el 60.71% de la muestra, resultados similares se observaron en el estudio de Ruiz, Campos & Peña (2008), realizado en Callao-Perú, donde se obtuvo que el 69.7% de los participantes eran de sexo femenino. Esta misma distribución se evidenció en dos estudios realizados en Latinoamérica (Villarreal & Month, 2012) (Sarró, Ferrer, Formiga, Rojas, 2013). Es importante mencionar que un estudio realizado por la American Academy of Family Physicians (Birrner, Vemuri, 2004) donde describen que los factores de riesgo para presentar depresión en mayores de 65 años es entre otros pertenecer al sexo femenino siendo la proporción mujeres hombres 1.4:1.

En el estudio de Villarreal & Month (2012) realizado en Colombia se encontró que un gran porcentaje de pacientes que ingresaron al estudio se encontraban en el grupo de edad de 65-74 años. Similares resultados se obtuvieron en nuestro estudio donde se presentó una media de edad de 71,90 años y el 74,11% se encontraban en el grupo de 60-74 años. Con lo cual se puede concluir que nuestra muestra es similar a las muestras utilizadas en diferentes investigaciones realizadas en América Latina.

Los adultos mayores del HEE objeto de estudio presentan un perfil sociodemográfico similar a los descritos por Ruiz, Campos & Peña (2008) realizado en Perú, éstos

adultos mayores en su mayoría eran casados representando un 47.8%, una similar proporción encontrada en el HEE (62.50% de los adultos mayores eran casados), en comparación a estudios realizados en España y Colombia donde se observó que éste mismo grupo representaban al 43,2% y 24.7% respectivamente y el grupo más representativo pertenecía a los pacientes viudos (Sarró, Ferrer, Formiga, Rojas, 2013) (Villarreal & Month, 2012). Cuando se realizó la asociación entre estado civil y depresión o probable depresión se encontró que los pacientes de sexo masculino que se encontraban viudos y divorciados presentaban más depresión o probable depresión con respecto a los casados y solteros, lo cual está descrito que sucede en todas las franjas de edad, y podría estar relacionado con la falta de cuidador por la ausencia de un cónyuge, mientras que en el grupo de sexo femenino se obtuvo que las pacientes que se encontraban casadas y viudas presentaban más depresión o probable depresión, lo que podría relacionarse con los problemas sociales que presentaba este grupo, ya que en una cultura machista como la nuestra es normal encontrar violencia doméstica y alcoholismo por parte del cónyuge, ésta información fue revelada durante la entrevista a los participantes. Dichos resultados son corroborados en el estudio de Olivera et al., (2008).

Uno de los objetivos de esta investigación fue observar la prevalencia de depresión utilizando la GDS-15 en el adulto mayor, dándonos como resultado que los pacientes que presentaban depresión o probable depresión correspondía a un 55.36% de la población, mientras que estudios realizados por Sarró, Ferrer, Formiga, & Rojas (2013), y Olivera et al., (2008) se encontró que el 34,5%, 14% y 26% de los participantes presentaban depresión respectivamente, lo que se contrapone a nuestros resultados. Es probable que nuestros datos describan un probable supradiagnóstico de depresión, principalmente porque el 100% de nuestros participantes eran usuarios de este servicio de salud, lo que conlleva a que nuestros participantes tenían una salud deteriorada y también se debe tener en cuenta que nuestro estudio son varios

los pacientes con una probable depresión, la cual debe ser confirmado su diagnóstico con los criterios clínicos del DMS V, sin embargo éstos estaban fuera de nuestro manejo y requieran la realización de una entrevista exhaustiva y especializada.

En nuestro trabajo encontramos que el 75.89% de los adultos mayores presenta un riesgo social bajo, el 11.61% riesgo social intermedio y el 12.50% tenían riesgo social alto, la situación familiar más frecuente de los adultos mayores que viven con familia o conyugue sin conflictos es similar a la encontrada por Corrales, Palomo, Magariño, Alonso, Torrico, Barroso y Merchan, (2004) que utilizaron el mismo instrumento para la valoración social. A diferencia de lo que ocurre en otros países como Colombia en donde se observó que el 40.4% de los adultos mayores está en riesgo social alto; un 27.3% tiene riesgo sociales intermedio y sólo el 32.3% tiene un riesgo sociofamiliar bajo, la situación familiar más frecuente consiste en que los adultos mayores de 65 años viven con familiares y sin conflicto en un 32.4%, y viven con el cónyuge de similar edad el 25 %; sin embargo el 8% se encuentra en situación de abandono familiar (Villarreal & Month, 2012). Esta discordancia de resultados en la situación sociofamiliar de nuestros participantes con otros estudios se puede deber a que en los estudios anteriormente mencionados utilizaron la escala de Gijón completa en la cual se toma en cuenta el aspecto económico ya que con mayor frecuencia se asocian al estado de salud y calidad de vida de las personas mayores con el empobrecimiento o la pérdida de poder adquisitivo. Otra razón por la cual se observaron resultados diferentes al comparar nuestro estudio con otros se puede deber a la implementación de políticas de inclusión social propuestas por el gobierno y el Ministerio de Salud del Ecuador, ya que en nuestro estudio se encontró que los pacientes que mantenían una relación social fuera de su domicilio presentaban menos depresión y esta asociación fue estadísticamente significativa, ayudando a tener una mejor situación socio-familiar, lo que se correlaciona a los datos obtenidos en una investigación los cuales concluyeron

que aquellos pacientes que presentan soporte social se adaptan fácilmente a su situación, además los protege contra el estrés y mejora la capacidad del paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella (Herrera, Flórez, Romero, Montalvo, 2010).

En nuestro estudio se observó que el 100% de la población que tiene riesgo social alto presentó depresión o probable depresión, lo que evidencia que la salud mental se ve afectada por factores socioculturales como lo demostró un estudio realizado en Italia, el cual evidenció que residir en un ambiente desfavorable es un fuerte predictor para presentar depresión o probable depresión en adultos mayores ( $p \leq 0.001$ ) (Fastamea, Hitchcott, Penna, 2015).

## **CAPÍTULO VI**

### **6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

#### **6.1. CONCLUSIONES**

Analizando los resultados obtenidos en este estudio se pudo responder la hipótesis planteada al inicio de la investigación la cual hace referencia a que existe una notable asociación entre un riesgo social alto con la prevalencia de en los pacientes adultos mayores de la consulta externa del HEEE, esta hipótesis es correcta ya que se confirmó que los pacientes que se catalogaron en riesgo social intermedio o riesgo social alto según el puntaje propuesto por la escala sociofamiliar de Gijón presentaban una mayor prevalencia de depresión y probable depresión, también se pudo resaltar que los pacientes que acuden a consulta externa del HEEE presentan una prevalencia elevada de depresión o probable depresión, los cuales no se encontraban en tratamiento, con lo que se puede recomendar realizar un mejor tamizaje de depresión en este grupo etario por parte del personal médico de dicha casa de salud, para identificar los casos con depresión, poder tratarlos a tiempo y mejorar la calidad de vida en este grupo de pacientes.

#### **6.2. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda al personal de salud realizar más investigación en temas relacionados con geriatría para poder determinar acciones que conlleven a mejorar la atención y el manejo de los adultos mayores.
- A los servicios de salud en general se les recomienda muy respetuosamente el uso de la escala sociofamiliar de Gijón para el manejo diferenciado de este grupo de pacientes, y tener presente que los pacientes con problemas sociales tienen una alta prevalencia de depresión, lo cual puede ayudar a que ésta enfermedad

psiquiátrica no avance y con ello mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Además se podría crear un servicio de psicólogos para que puedan intervenir en los problemas sociales del adulto mayor.

- Una recomendación que se puede realizar para estudios futuros acerca de la asociación de la prevalencia de depresión en el adulto mayor y los factores socio familiares, es que en éstas investigaciones se use la escala completa de la valoración sociofamiliar de Gijón ya que ésta escala investiga la situación económica del adulto mayor, la cual no fue tomada en cuenta en este estudio. Por otro lado se puede sugerir que la elección de los participantes sea de forma aleatoria y que también estos participantes no sean usuarios de algún servicio de salud, para poder extrapolar los resultados a la población general.

### **6.3. LIMITACIONES**

Se pudo identificar diferentes limitaciones entre ellas:

- Muchos de los participantes no contestaron algunas de las preguntas fehacientemente, ya que se condicionaban por el hecho de tener que firmar un consentimiento informado.
- Una limitación fue que el lugar donde se realizó las encuestas no fue el apropiado para tratar las preguntas acerca de las situación sociofamiliar de los participantes, por lo cual algunos de los pacientes no contestaban con honestidad a la encuesta.
- Uno de los problemas de nuestro estudio, radica en que los participantes, acudieron voluntariamente al establecimiento de salud (Hospital Eugenio Espejo), por lo que los resultados no son representativos de la población general, así mismo, el ir a una consulta médica implica una necesidad de salud y por tanto las prevalencias de depresión y probable depresión pueden ser mayores a lo que se encuentra en la población general. También se concluyó que el sexo femenino

presenta una mayor prevalencia de depresión y probable depresión pero éstos datos no fueron estadísticamente significativos, esto podría deberse a la limitación de nuestro estudio, ya que la muestra es pequeña por haber trabajado con un error del 0.09% al realizar el cálculo estadístico de la muestra.

- Otra limitación está asociada a la escala GDS-15, que fue utilizada en este estudio ya que fue la versión modificada de 15 ítems, la misma que aplica el Ministerio de Salud Pública en su Manual de Atención del Adulto Mayor (2010); si bien esta escala se encuentra estandarizada para su uso en la comunidad, puede presentar sesgos al ser usada en la población hospitalaria, ya que preguntas como “Cree que es estupendo estar vivo?” o “Se siente inútil tal como está ahora?” pueden ser inaceptables para pacientes que están cursando una enfermedad aguda.
- La última limitación que se pudo evidenciar, radica en el estigma de los pacientes, ya que en estos en varias ocasiones era necesario ahondar en las preguntas debido a que sus respuestas variaban o eran dubitativos en las mismas, muchas veces en esmero de ocultar una posible depresión o la necesidad de recurrir a ayuda especializada, la cual muchos deseaban evitar.
- Uno de los principales criterios de exclusión impedía la participación en el estudio a los pacientes que tenían demencia, sin embargo la demencia leve puede pasar por alto ya que éstos pacientes son capaces de contestar preguntas sobre su autopercepción como las que integran nuestras encuestas, por lo cual se recomienda realizar un screening más ampliado para identificar posibles casos de deterioro cognitivo que a la vista del investigador no son evidentes.

## 7. LITERATURA CITADA

- Abizanda, P. & Rodríguez, L. (2015). *Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*, Barcelona, España: Elsevier España, S.L.U.
- AFAR. (2011). *Biology of Ageing Theories of Aging*. Infoaging Guides, New York, USA, recuperado de <http://www.afar.org/>.
- Alarcon, M.T., González, J.I. (1998). *The Gijon social-family scale, a useful instrument in the General Hospital*. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 33, 175-179.
- Albala, C., Sánchez, H., Lera, L., Ángel, B., Cea, X. (2011). *Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor. Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros)*. Revista Médica de Chile, 139, 1276-1285.
- Álvarez, P., Pazmiño, L., Villalobos, A., Villacís, J., (2010), *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*, Quito, Ecuador: Smart Marketing.
- Artículo 36. Constitución del Ecuador. *Sección primera adultas y adultos mayores*. Quito, Ecuador, 2008.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bae, J. H., Kim, W. S., Lee, M. S., Kim, K. S., Park, J. B., Youn, H. J., Park, C. G., Hong, K. S., Kim, J. Y., Jeong, J. W., Park, J. C., Lim, D. S, Kim, M. H., Woo, J. T. (2016). *The Changes of Individual Carotid Artery Wall Layer by Aging and Carotid Intima-Media Thickness Value for High Risk*. Cardiovascular Therapeutics, doi:10.1111/1755-5922.12209
- Bergdahl, E., Gustavsson, J. M., Kallin, K., von Heideken Wågert, P., Ludman, B., Bucht, G., Gustafson, Y. (2005). *Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study*. International Psychogeriatrics, 17(4), 557-575.
- Birrer, R. B. & Vemuri, S. P. (2004). *Depression in Later Life: A Diagnostic and Therapeutic Challenge*. American Family Physician, 69(10), 2377-2382.
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V., Kaplan. (1988). *The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire*. Medical Care, 26(7), 709-723

- Bunce, D., Batterhamb, P. J., Mackinnon, A. J., Mackinnon, H. (2012). *Depression, anxiety and cognition in community-dwelling adults aged 70 years and over*. Journal of Psychiatric Research, 46, 1662-1666.
- Burke, W. J., Roccaforte, W. H., Wengel, S. P. (1991). *The Short Form of the Geriatric Depression Scale: A Comparison With the 30-Item Form*. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 4, 173-176.
- Byers, A. L. & Yaffe, K. (2011). *Depression and risk of developing dementia*. Nature Reviews | Neurology, 7, 323-331.
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., Bruce, M. L. (2010). *High Occurrence of Mood and Anxiety Disorders among Older Adults: The National Comorbidity Survey Replication*. Archives of General Psychiatry, 67(5), 489–496.
- Caraci, F., Copani, A., Nicoletti, F., Drago, F. (2010). *Depression and Alzheimer's disease: Neurobiological links and common pharmacological targets*. European Journal of Pharmacology. 626, 64-71.
- Céspedes, E., Rodríguez, K., Llópiz, N., Cruz M, N., (2000). *Un acercamiento a la teoría de los radicales libres y el estrés oxidativo en el envejecimiento*. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 19(3), 186-190.
- Chin, S. O., Rhee, S. Y., Chon, S., Hwang, Y. C., Jeong, I. K., Oh, S., Ahn, K. J., Chung, H. Y., Woo, J. T., Kim, S. W., Kim, J. W., Kim, Y. S., Ahn, H. Y. (2013). *Sarcopenia Is Independently Associated with Cardiovascular Disease in Older Korean Adults: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES) from 2009*. PLoS ONE, 8(3), 1-6.
- Chodosh, J., Kado, D. M., Seeman, T. E., Karlamangla, A. S. (2007). *Depressive Symptoms as a Predictor of Cognitive Decline: MacArthur Studies of Successful Aging*. American Journal of Geriatric Psychiatry, 15(5), 406-413.
- Chong, A. (2012). *Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 28(2), 79-86.
- Classon, E., Fallman, K., Wressle, E., Marcusson, J. (2016). *Relations between Concurrent Longitudinal Changes in Cognition, Depressive Symptoms, Self-Rated Health and Everyday Function in Normally Aging Octogenarians*. PLoS ONE, 11(8), doi:10.1371/journal.pone.0160742

- Coronado, V., Casto, M. M., Martínez, T., Cortés, I. D., Galbarro, J., Ibáñez, C. (2016). *Evaluation of the impact of clinical, functional and social factors on the readmission of patients with pluripathologies*. Journal of Ageing Research and Healthcare.
- Corrales, D., Palomo, L., Magariño, M., Alonso, G., Torrico, P., Barroso, A., Merchan, V. (2004). *Capacidad funcional y problemas socioasistenciales de los ancianos del área de salud de Cáceres*. Atención Primaria, 33(8), 426-433.
- Costa, M. V., Diniz, M. F., Nascimento, K. K., Pereira, K. S., Dias, N. S., Malloy-Diniz, L. F., ... Diniz, B. S. (2016). *Accuracy of three depression screening scales to diagnose major depressive episodes in older adults without neurocognitive disorders*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 38, 154–156.
- d'Hyver, C. & Gutiérrez, L. M., (2009). *Geriatría*, México DF, México: Manual Moderno.
- Dai, X., Hummel, S. L., Salazar, J. B., Taffet, G. E., Zieman, S., Schwartz, J. B. (2015). *Cardiovascular physiology in the older adults*. Journal of Geriatric Cardiology, 12, 196-201.
- De Craen, A. J., Heeren, T. J., Gussekloo, J. (2003). *Accuracy of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, 63–66.
- De la Torre, J., Shimabukuro, R., Varela, L., Kruger, H., Huayanay, L., Cieza, J., ... Gálvez, M. (2006). *Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Acta Médica Peruana, 23(3), 144-147.
- de Paula, J., Diniz, B. S., Bicalho, M. A., Rodríguez, M., Nicolato, R., N de Morales, E., Romano-Silva, M. A., ... Malloy-Diniz, L. F. (2015). *Specific cognitive functions and depressive symptoms as predictors of activities of daily living in older adults with heterogeneous cognitive backgrounds*. Frontiers in Aging Neuroscience, 7(139), 1-9.
- De Vicente, I., Miralles, R., Sabartés, O., (1996). *Utilidad de una escala de valoración social como factor predictivo de institucionalización en pacientes ancianos*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 31, 291–296.
- Dechent, C., (2008). *Depresión geriátrica y trastornos cognitivos*. Rev Hosp Clín Univ Chile, 19, 339-346

- Díaz, M. E., Domínguez, O., Toyos, G. (1993). *Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio familiar en atención primaria*. Trabajo Social y Salud, 16, 137-156.
- Díaz, M. E., Domínguez, O., Toyos, G. (1994). *Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio familiar en atención primaria*. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 29, 239-45.
- Diniz, B. S., Reynolds III, C. F., Butters, M. A., Dew, M. A., Firmo, J. O., Lima-Costa, M. F., ... Castro-Costa, E. (2014). *The effect of gender, age, and symptom severity in late-life depression on the risk of all-cause mortality: The Bambuí Cohort Study of Aging*. Depression and Anxiety, 31(9), 787–795.
- Dotson, V. M., Beydoun, M. A., Zonderman, A. B. (2010). *Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment*. Neurology, 75, 27-32.
- Ellis, G., Whitehead, M., Robinson, D., O'Neill, D., Langhorne, P. (2011). *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials*. BMJ, 343:d6553, doi: 10.1136/bmj.d6553
- Fabian, D. & Flatt, T. (2011) *The Evolution of Aging*. Nature Education Knowledge, 3(10):9
- Fastame, M. C., Hitchcott, P. K., Penna, M. P. (2015). *Do self-referent metacognition and residential context predict depressive symptoms across late-life span? A developmental study in an Italian sample*. Aging & Mental Health, 19(8), 698-704.
- Fernández, J., Pardavila, M. I., Vivar, C. G. (2012). *Valoración geriátrica global del anciano por los servicios de urgencias extrahospitalarias. Caso clínico*. Gerokomos, 23(4), 162-168.
- Fling, B. W., Chapekis, M., Reuter, P. A., Anguera, J., Bo, J., Langan, J., ... Seidler, R. D. (2011). *Age differences in callosal contributions to cognitive processes*. Neuropsychologia, 49, 2564-2569.
- Fulop, T., Witkowski, J. M., Pawelec, G., Alan. C., Larbi, A. (2014). *On the Immunological Theory of Aging*. Interdiscipl Top Gerontol, 39, 163-176.

- Galaria, I.I., Casten, R. J., Rovner, B. W. (2000). *The development of a shorter version of the geriatric depression scale (GDS) for visually impaired older patients.* International Psychogeriatrics, 12(4), 435-443.
- García, B. M., Nogueras, E. V., Muñoz, F., Morales, J. M. (2011). García, B., Nogueras, E., Muñoz, F. (2011). *Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria.* Andalucía, España: Guía para el estudio de la depresión en Atención Primaria.
- García, J. V., Díaz, E., Salamea, A., Cabrera, D., Menéndez, A., Fernández, A., ... Acebal, V. (1999). *Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano.* Atención Primaria, 23, 434-440.
- García, P., Miralles, R., Arellano, M., Torres, R. M., Aguilera, A., Pi-Figueras, M., Cervera, A. M. (2004). Validation of a modified version of the *Gijón's social-familial evaluation scale (SFES): The "Barcelona SFES version", for patients with cognitive impairment.* Archives of Gerontology and Geriatrics. Supplement, 9, 201–206.
- Goldsmith, T. (2014). *An Introduction to Biological Aging Theory Second Edition,* Maryland, USA: Azinet Press.
- Grady, C. (2012). *The cognitive neuroscience of ageing.* Nature Reviews|Neuroscience, 13, 491-501.
- Gray, D. A., W, J. (2005). *Lipofuscin and Aging: A Matter of Toxic Waste.* Sci. Aging Knowl. Environ, 2005 (5), re1, doi: 10.1126/sageke.2005.5.re1.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., Eaton, J. (2006). *The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly.* Anxiety, Stress, & Coping, 19(1), 15-31.
- Gutchess, A. (2014). *Plasticity of the aging brain: New directions in cognitive neuroscience.* Science, 346(6209), 579-582.
- Gutiérrez, L. M., García, M. C., Arango, V. E., Pérez, M. U., (2012), *Geriatría para el médico familiar,* México DF, México: Manual Moderno.
- Hamilton, M. (1960). *A rating scale for depression.* Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 23(56), 56-62.

- Help Age International. (2013, Septiembre). *Índice Global del Envejecimiento 2013 Resumen*. Recuperado el 20 de Agosto de 2016 desde <http://www.helpage.org/global-agewatch/>
- Herrera, A., Flores, I. E., Romero, E., Montalvo, A. (2012). *Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena*. *Aquichan*, 12(3), 286-297.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Layton, J. B. (2010). *Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review*. *Plos Medicine*, 7(7).
- Humes, L. E. & Young, L. A. (2016). *Sensory–Cognitive Interactions in Older Adults*. *Humes and Young / Ear & Hearing*, 37(1), 52–61.
- Jin, K. (2010). *Modern Biological Theories of Aging*. *Aging and Disease*, 1(2), 72-74.
- Jonas, M., Kurylowicz, A., Puzianowska, M. (2015). *Aging and the endocrine system*. *Postępy Nauk Medycznych*, 28(7), 450-456.
- Kensinger, E. A., College, B., Hill, C. (2009). *Cognition in Aging and Age-Related Disease*. Elsevier, 1055-1061.
- Kotzé, M., Roomaney, R., Suffla, S., Ratele, K., Taliep, N. (2013). *Successful Aging in the Elderly*. MRC-UNISA Safety & Peace Promotion Research Unit, recuperado de <http://www.mrc.ac.za/crime/SuccessfulAging.pdf>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613
- Lalley, P. M. (2013). *The aging respiratory system-Pulmonary structure, function and neural control*. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 187, 199- 210.
- Landinez, N. S., Contreras, K., Castro, A. (2012). *Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.
- Laslett, P. (1989). *A fresh map of life: The emergence of the third age*. London: Weidenfeld and Nicolson
- Lin, F. R. (2012). *Hearing Loss in Older Adults. Who's Listening?*. *The Journal of the American Medical Association*, 307(11), 147-148.
- Lin, J. B., Tsubota, K., Apte, R. S. (2016). *A glimpse at the aging eye*. *npj | Aging and Mechanisms of Disease*, doi:10.1038/npjamd.2016.3.

- Liochev, S. I. (2013). *Reactive oxygen species and the free radical theory of aging*. Free Radic. Biol. Med, <http://dx.doi.org/10.1016/j.freeradbiomed.2013.02.011>
- Lorén, L. & Gascón, A. (2011). *Variables biopsicosociales relacionadas con la duración de la estancia hospitalaria en personas mayores*. Revista Latino Americana de Enfermagem, 19(6).
- Lowery, E. M., Brubaker, A. L., Kuhlmann, E., Kovacs, E. (2013). *The aging lung*. Clinical Interventions in Aging, 8, 1489–1496.
- Lyness, J. M., Kim, J., Tang, W., Tu, X., Conwell, Y., King, D. A., Caine, E. (2007). *The Clinical Significance of Subsyndromal Depression in Older Primary Care Patients*. The American Journal of Geriatric. Psychiatry, 15, 214-223.
- Marc, L. G., Raue, P. J., Bruce, M. L. (2008). *Screening Performance of the Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a Diverse Elderly Home Care Population*. The American Journal of Geriatric. Psychiatry, 16(11): 914–921.
- Mener, D. J., Betz, J., Genter, D. J., Chen, D., Lin, F. R. (2013). *Hearing Loss and Depression in Older Adults*. Journal of the American Geriatrics Society, 61(9), 1627-1629.
- Mick, P., Kawachi, I., Lin, F. R. (2014). *The Association between Hearing Loss and Social Isolation in Older Adults*. Otolaryngology–Head and Neck Surgery, 150(3), 378-384.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013*. Recuperado el 20 de Agosto de 2016, desde [http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas\\_ADULTOS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf)
- Miralles, R., Sabartés, O., Ferrer, M., Esperanza, A., Llorach, I., García-Palleiro, P., Cervera, A. M. (2003). *Development and Validation of an Instrument to Predict Probability of Home Discharge from a Geriatric Convalescence Unit in Spain*. American Geriatrics Society, 51, 252-257.
- Mora, F. (2013). *Successful brain aging: plasticity, environmental enrichment, and lifestyle*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 15(1), 45-50.
- Nagaratnam, N., Nagaratnam K., Cheuk, G. (2016), Diseases in the Elderly, Cham, Suiza: Springer International Publishing AG.

- Olivera, J., Benabarre, S., Lorente, T., Rodríguez, M., Pelegrín, C., Calvo, JM., ... Arnal, S. (2008). *Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 915–921.
- OMS. (2001). *El Abrazo Mundial Envejecimiento y Ciclo de vida*, Ginebra, Suiza. Recuperado desde <http://www.who.int/hpr/globalmovement>
- Padilla. D. (2012, Octubre). *El Adulto Mayor y la Jefatura en el Hogar. e-Análisis*, 5, 4-8. Recuperado el 20 de Agosto de 2016 desde <http://www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis4.pdf>
- El Comercio. (10 de junio de 2012). *Sólo el 10% de pacientes es diagnosticado con depresión*. El Comercio. Recuperado el 03 de Septiembre de 2016: <http://www.elcomercio.com/tendencias/10-pacientes-diagnosticado-depresion.html>
- Prb.org. (2016). *How Many People Have Ever Lived on Earth?*. Recuperado el 14 de Agosto de 2016 desde <http://www.prb.org/Publications/Articles/2002/HowManyPeopleHaveEverLivedonEarth.aspx>
- Quinn, T. J., McArthur, K., Ellis, G., Stott, D. J. (2011). *Functional assessment in older people*. *British Medical Journal*, 343, d4681.
- Ramani, L., Furmedge, D. S., Reddy, S. P. (2014). *Comprehensive geriatric assessment*. *British Journal of Hospital Medicine*, 75(8), 122-125.
- Rendón, M. & Rodríguez, M. (2011). *Valoración clínica geriátrica integral en medicina familiar*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(2), 171-177.
- Revilla, L., Luna, J., Bailón, E., Medina, I. (2005). *Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria*. *Medicina de Familia*. 1, 10-18.
- Richardson, A. G. & Schadt, E. E. (2014). *The Role of Macromolecular Damage in Aging and Age-related Disease*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 69(1), 28-32, doi:10.1093/gerona/glu056.
- Ruiz, L., Campos, M., Peñas, N. (2008). *Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del*

- primer nivel de atención, Callao 2006. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 25(4), 374-79.*
- Saczynski, J. S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S., Wolf, P. A., Au, R. (2010). *Depressive symptoms and risk of dementia. Neurology, 75, 35-39.*
- Saracino, R., Kolva, E., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2015). *Measuring social support in patients with advanced medical illnesses: An analysis of the Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Palliative & Supportive Care, 13(5), 1153-1163.*
- Sanz, A. & Stefanatos, R. K. (2008). *The Mitochondrial Free Radical Theory of Aging: A Critical View. Current Aging Science, 1, 10-21.*
- Sarró, M., Ferrer, A., Rando, Y., Formiga, F., Rojas, S. (2013). *Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. Semergen, 39(7), 354-360.*
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). *The MOS social support survey. Social Science & Medicine, 32(6), 705-714.*
- Suárez, M. A. (2011). *Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. Revista Médica La Paz, 17(1), 60-67.*
- Toescu, E. C. (2013). *Encyclopedia of Behavioral Medicine. Neuroendocrine Theory of Aging. New York, USA: Springer New York.*
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume II: Demographic Profiles.* Recuperado el 20 de Agosto de 2016 desde <https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/>
- Vanderhorst, R. K. & McLaren, S. (2005). *Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. Aging & Mental Health, 9(6), 517-525.*
- Vaz, C. A. & Gill, T. M. (2012). *Respiratory Impairment and the Aging Lung: A Novel Paradigm for Assessing Pulmonary Function. Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 67(3), 264-275.*
- Vaz, C. A., Beavers, D. P., Anton, S. D., Liu, C. K., McDermott, M. M., Newman, A. B., ... Gill, T. M. (2016). *Effect of Structured Physical Activity on Respiratory*

- Outcomes in Sedentary Elderly Adults with Mobility Limitations*. Journal Compilation. The American Geriatrics Society, 64, 501–509.
- Villarreal, G. & Month, E. (2012). *Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)*. Salud Uninorte, 28(1), 75-87.
- Viña, J., Borrás C., Miquel, J. (2007). *Critical Review Theories of Ageing*. IUBMB Life, 59(4-5), 249-254.
- Wancata, J., Alexandrowicz, R., Marquart, B., Weiss, M., Friedrich, F. (2006). *The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 114, 398–410.
- World Health Organization. (2016). *Definition of an older or elderly person*. Recuperado el 20 de Agosto de 2016 desde <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Yábar, C., Ramos, W., Rodríguez, L., Díaz, V. (2009). *Prevalencia, características clínicas, sociofamiliares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote. Octubre 2006 - abril 2007*. Revista Peruana de Epidemiología, 13(3).
- Yesavage, J. A. & Sheikh, J. I. (1986). *9/Geriatric Depression Scale (GDS)*. Clinical Gerontologist. 5(1-2), 165-173.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Huakc, V., Adfy, M. L., Leirer, V. O. (1983). *Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report*. Journal of Psychiatric Research, 17(1), 37-49.

## 8. TABLAS

**Tabla 6.** Frecuencias y porcentajes de los grupos etarios observados en el estudio.

<b>Grupos etarios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
60-74 años	83	74,11
75-90 años	29	25,89
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 7.** Frecuencias y porcentajes del estado civil observados en el estudio.

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera/o	6	5,36
Divorciada/o	9	8,04
Casada/o	70	62,50
Viuda/o	27	24,11
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 8.** Frecuencias y porcentajes del tipo de sexo observados en los pacientes que participaron en el estudio.

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	44	39,29
Femenino	68	60,71
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 9.** Frecuencias y porcentajes de la situación familiar observados en los pacientes que participaron en el estudio.

<b>Situación Familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Vive con familia y/o pareja sin conflicto	68	60,71
Vive con pareja de similar edad	11	9,82
Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden atenderlo o no quieren atenderlo	19	16,96
Vive solo, hijos y/o familia próximos que no cubre todas las necesidades	13	11,61
Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia	1	0,89
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 10.** Frecuencias y porcentajes de la relación social observados en los pacientes que participaron en el estudio.

<b>Relación Social</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mantiene relación social fuera del domicilio	36	32,14
Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa	40	35,71
Solo se relaciona con familia, sale de casa	27	24,11
No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 por semana)	4	3,57
No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana)	5	4,46
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 11.** Frecuencias y porcentajes del apoyo de red social observados en los pacientes que participaron en el estudio.

<b>Apoyo de red social</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No recibe ningún apoyo	50	44,64
Recibe apoyo de la familia y/o vecinos	28	25,00
Recibe apoyo social formal suficiente (centro del día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)	7	6,25
Tiene soporte social pero es insuficiente	10	8,93
No tiene soporte social y lo necesita	17	15,18
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 12.** Frecuencias y porcentajes de depresión más probable depresión observados en los pacientes que participaron en el estudio.

<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	62	55,36
No	50	44,64
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 13.** Frecuencias y porcentajes de la situación familiar según Gijón en los pacientes que participaron en el estudio.

<b>Puntuación Gijón</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Riesgo social bajo	85	75,89
Riesgo social intermedio	13	11,61
Riesgo social alto	14	12,50
<b>Total</b>	<b>112</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 14.** Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión y sexo.

<b>Sexo Depresión tabulación cruzada</b>						
		Depresión		Total		
		Si	No			
Sexo	Masculino	Recuento	20	24	44	
		% dentro de Sexo	45,50%	54,50%	100,00%	
			% dentro de Depresión	32,30%	48,00%	39,30%
	Femenino	Recuento	42	26	68	
		% dentro de Sexo	61,80%	38,20%	100,00%	
				% dentro de Depresión	67,70%	52,00%
Total			Recuento	62	50	112
			% dentro de Sexo	55,40%	44,60%	100,00%
			% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%

(Fisher  $p = 0,120$ )

**Tabla 15.** Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión, sexo y grupos etarios.

		<b>Grupos etarios/Depresión/Sexo tabulación cruzada</b>			
		Sexo	Depresión		Total
			Si	No	
Masculino		Recuento	14	15	29
	60-74 años	% dentro de Grupos etarios	48,30%	51,70%	100,00%
		% dentro de Depresión	70,00%	62,50%	65,90%
		Recuento	6	9	15
	75-90 años	% dentro de Grupos etarios	40,00%	60,00%	100,00%
		% dentro de Depresión	30,00%	37,50%	34,10%
		Recuento	20	24	44
	Total	% dentro de Grupos etarios	45,50%	54,50%	100,00%
		% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%
	Femenino		Recuento	33	21
60-74 años		% dentro de Grupos etarios	61,10%	38,90%	100,00%
		% dentro de Depresión	78,60%	80,80%	79,40%
		Recuento	9	5	14
75-90 años		% dentro de Grupos etarios	64,30%	35,70%	100,00%
		% dentro de Depresión	21,40%	19,20%	20,60%

		Recuento	42	26	68
Total		% dentro de Grupos etarios	61,80%	38,20%	100,00%
		% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%
		Recuento	47	36	83
60-74 años		% dentro de Grupos etarios	56,60%	43,40%	100,00%
		% dentro de Depresión	75,80%	72,00%	74,10%
		Recuento	15	14	29
Grupos etarios	75-90 años	% dentro de Grupos etarios	51,70%	48,30%	100,00%
		% dentro de Depresión	24,20%	28,00%	25,90%
		Recuento	62	50	112
Total		% dentro de Grupos etarios	55,40%	44,60%	100,00%
		% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%

(Masculino: *Fisher p* = 0,752; Femenino: *Fisher p* = 1; Total: *Fisher p* = 0,67)

**Tabla 16.** Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión, sexo y estado civil.

<b>Estado Civil Depresión Sexo tabulación cruzada</b>						
	Sexo		Depresión		Total	
			Si	No		
Masculino	ESTADO CIVIL	Recuento	0	2	2	
		Soltera/o	% dentro de Estado Civil	0,0%	100,0%	100,0%
			% dentro de Depresión	0,0%	8,3%	4,5%
		Recuento		2	0	2
		Divorciada/o	% dentro de Estado Civil	100,0%	0,0%	100,0%
			% dentro de Depresión	10,0%	0,0%	4,5%
		Recuento		12	19	31
		Casada/o	% dentro de Estado Civil	38,7%	61,3%	100,0%
			% dentro de Depresión	60,0%	79,2%	70,5%
		Recuento		6	3	9
		Viuda/o	% dentro de Estado Civil	66,7%	33,3%	100,0%
			% dentro de Depresión	30,0%	12,5%	20,5%
		Recuento		20	24	44
		Total	% dentro de Estado Civil	45,5%	54,5%	100,0%
			% dentro de Depresión	100,0%	100,0%	100,0%

Femeni 10	Estado Civil		Recuento	2	2	4
		Soltera/o	% dentro de Estado Civil	50,0%	50,0%	100,0%
			% dentro de Depresión	4,8%	7,7%	5,9%
		Divorciada/o	Recuento	2	5	7
			% dentro de Estado Civil	28,6%	71,4%	100,0%
			% dentro de Depresión	4,8%	19,2%	10,3%
			Recuento	27	12	39
		Casada/o	% dentro de Estado Civil	69,2%	30,8%	100,0%
			% dentro de Depresión	64,3%	46,2%	57,4%
		Viuda/o	Recuento	11	7	18
			% dentro de Estado Civil	61,1%	38,9%	100,0%
			% dentro de Depresión	26,2%	26,9%	26,5%
			Total	Recuento	42	26
			% dentro de Estado Civil	61,8%	38,2%	100,0%
% dentro de Depresión	100,0%		100,0%	100,0%		
Total	Estado Civil		Recuento	2	4	6
		Soltera/o	% dentro de Estado Civil	33,3%	66,7%	100,0%
			% dentro de Depresión	3,2%	8,0%	5,4%
		Divorciada/o	Recuento	4	5	9
			% dentro de Estado Civil	44,4%	55,6%	100,0%

	% dentro de Depresión	6,5%	10,0%	8,0%
	Recuento	39	31	70
Casada/o	% dentro de Estado Civil	55,7%	44,3%	100,0%
	% dentro de Depresión	62,9%	62,0%	62,5%
	Recuento	17	10	27
Viuda/o	% dentro de Estado Civil	63,0%	37,0%	100,0%
	% dentro de Depresión	27,4%	20,0%	24,1%
	Recuento	62	50	112
Total	% dentro de Estado Civil	55,4%	44,6%	100,0%
	% dentro de Depresión	100,0%	100,0%	100,0%

(Masculino:  $X^2_{gl:3} = 6,269$ ,  $p = 0,099$ ; Femenino:  $X^2_{gl:3} = 4,424$ ,  $p = 0,219$ ; Total:  $X^2_{gl:3} = 2,247$ ,  $p = 0,523$ )

**Tabla 17.** Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión, sexo y escala de valoración socio familiar de Gijón.

Puntuación Gijón*Depresión*Sexo tabulación cruzada						
	Sexo		Depresión		Total	
			Si	No		
Masculino	Puntuación Gijón	Recuento	13	23	36	
		Riesgo social bajo	% dentro de Puntuación Gijón	36,11%	63,89%	100,00%
			% dentro de Depresión	65,00%	95,83%	81,82%
			Recuento	2	1	3
		Riesgo social intermedio	% dentro de Puntuación Gijón	66,67%	33,33%	100,00%
			% dentro de Depresión	10,00%	4,17%	6,82%
			Recuento	5	0	5
		Riesgo social alto	% dentro de Puntuación Gijón	100,00%	0,00%	100,00%
			% dentro de Depresión	25,00%	0,00%	11,36%
			Recuento	20	24	44
		Total	% dentro de Puntuación Gijón	45,45%	54,55%	100,00%
			% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%

Femenino	Puntuación Gijón	Riesgo social	Recuento	25	24	49
			% dentro de Puntuación Gijón	51,02%	48,98%	100,00%
			% dentro de Depresión	59,52%	92,31%	72,06%
			Recuento	8	2	10
			% dentro de Puntuación Gijón	80,00%	20,00%	100,00%
			% dentro de Depresión	19,05%	7,69%	14,71%
	Riesgo social alto	Recuento	9	0	9	
		% dentro de Puntuación Gijón	100,00%	0,00%	100,00%	
	Total		% dentro de Depresión	21,43%	0,00%	13,24%
			Recuento	42	26	68
% dentro de Puntuación Gijón			61,76%	38,24%	100,00%	
Total	Puntuación Gijón	Riesgo social bajo	Recuento	38	47	85
			% dentro de Puntuación Gijón	44,71%	55,29%	100,00%
			% dentro de Depresión	61,29%	94,00%	75,89%
			Recuento	10	3	13
		Riesgo social intermedio	% dentro de Puntuación Gijón	76,92%	23,08%	100,00%
			% dentro de Depresión	16,13%	6,00%	11,61%
		Recuento	14	0	14	
		% dentro de Puntuación Gijón	100,00%	0,00%	100,00%	
	Total		% dentro de Depresión	22,58%	0,00%	12,50%
			Recuento	62	50	112
		% dentro de Puntuación Gijón	55,36%	44,64%	100,00%	
		% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%	

(Masculino:  $X^2_{gl:2} = 7,269$ ,  $p = 0,020^*$ ,  $CC = 0,388$ ,  $p = 0,020^*$ ; Femenino:  $X^2_{gl:2} = 9,722$ ,  $p = 0,009^{**}$ ,  $CC = 0,348$ ,  $p = 0,009^{**}$ ; Total:  $X^2_{gl:2} = 12,639$ ,  $p \leq 0,001^{***}$ ,  $CC = 0,369$ ,  $p \leq 0,001^{***}$ )

**Tabla 18.** Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión, sexo y situación familiar de la escala de valoración socio familiar de Gijón.

<b>Situación Familiar*Depresión*Sexo tabulación cruzada</b>						
	Sexo		Depresión		Total	
			Si	No		
Masculino	Situación Familiar*		Recuento	9	20	29
		SF1	% dentro de Situación Familiar	31,03%	68,97%	100,00%
			% dentro de Depresión	45,00%	83,33%	65,91%
		SF2	Recuento	2	3	5
			% dentro de Situación Familiar	40,00%	60,00%	100,00%
			% dentro de Depresión	10,00%	12,50%	11,36%
			SF3	Recuento	6	0
		% dentro de Situación Familiar		100,00%	0,00%	100,00%
			% dentro de Depresión	30,00%	0,00%	13,64%
			SF4	Recuento	3	0
		% dentro de Situación Familiar		100,00%	0,00%	100,00%
			% dentro de Depresión	15,00%	0,00%	6,82%
			SF5	Recuento	0	1
		% dentro de Situación Familiar		0,00%	100,00%	100,00%
			% dentro de Depresión	0,00%	4,17%	2,27%
Total	Recuento		20	24	44	
	% dentro de Situación Familiar	45,45%	54,55%	100,00%		
	% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%		
Femenino	Situación Familiar	SF1	Recuento	20	19	39
			% dentro de Situación Familiar	51,28%	48,72%	100,00%
		SF2	% dentro de Depresión	47,62%	73,08%	57,35%
			Recuento	4	2	6
			% dentro de Situación Familiar	66,67%	33,33%	100,00%
% dentro de Depresión	9,52%	7,69%	8,82%			

Total	Situación Familiar		Recuento	12	1	13
		SF3	% dentro de Situación Familiar	92,31%	7,69%	100,00%
			% dentro de Depresión	28,57%	3,85%	19,12%
			Recuento	6	4	10
		SF4	% dentro de Situación Familiar	60,00%	40,00%	100,00%
			% dentro de Depresión	14,29%	15,38%	14,71%
			Recuento	42	26	68
		Total	% dentro de Situación Familiar	61,76%	38,24%	100,00%
			% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%
			Recuento	29	39	68
		SF1	% dentro de Situación Familiar	42,65%	57,35%	100,00%
			% dentro de Depresión	46,77%	78,00%	60,71%
			Recuento	6	5	11
		SF2	% dentro de Situación Familiar	54,55%	45,45%	100,00%
			% dentro de Depresión	9,68%	10,00%	9,82%
			Recuento	18	1	19
		SF3	% dentro de Situación Familiar	94,74%	5,26%	100,00%
			% dentro de Depresión	29,03%	2,00%	16,96%
			Recuento	9	4	13
		SF4	% dentro de Situación Familiar	69,23%	30,77%	100,00%
	% dentro de Depresión	14,52%	8,00%	11,61%		
	Recuento	0	1	1		
SF5	% dentro de Situación Familiar	0,00%	100,00%	100,00%		
	% dentro de Depresión	0,00%	2,00%	0,89%		
	Recuento	62	50	112		
Total	% dentro de Situación Familiar	55,36%	44,64%	100,00%		
	% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%		

\* SF1: Vive con familia y/o pareja sin conflicto, SF2: Vive con pareja de similar edad, SF3: Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden atenderlo o no quieren atenderlo, SF4: Vive solo, hijos y/o familia próximos que no cubre todas las necesidades, SF5: Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.  
(Masculino:  $X^2_{gl:4} = 14,126$ ,  $p = 0,007^{**}$ ,  $CC = 0,493$ ,  $p = 0,007^{**}$ ; Femenino:  $X^2_{gl:3} = 7,024$ ,  $p = 0,071^{NS}$ ; Total:  $X^2_{gl:2} = 18,623$ ,  $p = 0,001^{***}$ ,  $CC = 0,378$ ,  $p = 0,001^{***}$ )

**Tabla 19.** Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión, sexo y relación social de la escala de valoración socio familiar de Gijón.

Relaciones Sociales Depresión Sexo tabulación cruzada							
	Sexo		Depresión		Total		
			Si	No			
Masculino	Relaciones Sociales*	Recuento	5	13	18		
		RS1	% dentro de Relaciones Sociales	27,78%	72,22%	100,00%	
			% dentro de Depresión	25,00%	54,17%	40,91%	
			Recuento	9	5	14	
		RS2	% dentro de Relaciones Sociales	64,29%	35,71%	100,00%	
			% dentro de Depresión	45,00%	20,83%	31,82%	
			Recuento	4	4	8	
		RS3	% dentro de Relaciones Sociales	50,00%	50,00%	100,00%	
			% dentro de Depresión	20,00%	16,67%	18,18%	
			Recuento	1	0	1	
		RS4	% dentro de Relaciones Sociales	100,00%	0,00%	100,00%	
			% dentro de Depresión	5,00%	0,00%	2,27%	
			Recuento	1	2	3	
		RS5	% dentro de Relaciones Sociales	33,33%	66,67%	100,00%	
			% dentro de Depresión	5,00%	8,33%	6,82%	
				Recuento	20	24	44
			Total	% dentro de Relaciones Sociales	45,45%	54,55%	100,00%
				% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%

Femenino	Relaciones Sociales*		Recuento	8	10	18
		RS1	% dentro de Relaciones Sociales	44,44%	55,56%	100,00%
			% dentro de Depresión	19,05%	38,46%	26,47%
		RS2	Recuento	16	10	26
			% dentro de relaciones Sociales	61,54%	38,46%	100,00%
			% dentro de Depresión	38,10%	38,46%	38,24%
			RS3	Recuento	13	6
		% dentro de relaciones Sociales		68,42%	31,58%	100,00%
			% dentro de Depresión	30,95%	23,08%	27,94%
			RS4	Recuento	3	0
		% dentro de relaciones Sociales		100,00%	0,00%	100,00%
			% dentro de Depresión	7,14%	0,00%	4,41%
			RS5	Recuento	2	0
		% dentro de relaciones Sociales		100,00%	0,00%	100,00%
			% dentro de Depresión	4,76%	0,00%	2,94%
Total	Recuento		42	26	68	
	% dentro de relaciones Sociales	61,76%	38,24%	100,00%		
	% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%		
Total	Relaciones Sociales*	RS1	Recuento	13	23	36
			% dentro de relaciones Sociales	36,11%	63,89%	100,00%
			% dentro de Depresión	20,97%	46,00%	32,14%
			RS2	Recuento	25	15
		% dentro de relaciones Sociales		62,50%	37,50%	100,00%
			% dentro de Depresión	40,32%	30,00%	35,71%
RS3	Recuento		17	10	27	
	% dentro de relaciones Sociales	62,96%	37,04%	100,00%		

		% dentro de Depresión	27,42%	20,00%	24,11%
		Recuento	4	0	4
	RS4	% dentro de relaciones Sociales	100,00%	0,00%	100,00%
		% dentro de Depresión	6,45%	0,00%	3,57%
		Recuento	3	2	5
	RS5	% dentro de relaciones Sociales	60,00%	40,00%	100,00%
		% dentro de Depresión	4,84%	4,00%	4,46%
		Recuento	62	50	112
	Total	% dentro de relaciones Sociales	55,36%	44,64%	100,00%
		% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%

\*RS1: Mantiene relación social fuera del domicilio, RS2: Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa, RS3: Solo se relaciona con familia, sale de casa, RS4: No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 por semana), RS5: No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana). (Masculino:  $\chi^2_{gl:4} = 5,715$ ,  $p = 0,221$ <sup>NS</sup>; Femenino:  $\chi^2_{gl:3} = 5,739$ ,  $p = 0,220$ <sup>NS</sup>; Total:  $\chi^2_{gl:2} = 10,123$ ,  $p = 0,038^*$ ,  $CC = 0,288$ ,  $p = 0,038^*$ )

**Tabla 20.** Resumen del análisis tablas de contingencia entre depresión más probable diagnóstico de depresión y red social de la escala de valoración socio familiar de Gijón.

<b>Apoyo a la red social Depresión Sexo tabulación cruzada</b>							
	Sexo		Depresión		Total		
			Si	No			
Masculi o	Apoyo a la red social		Recuento	5	16	21	
		ARS1	% dentro de Apoyo a la red social	23,81%	76,19%	100,00%	
			% dentro de Depresión	25,00%	66,67%	47,73%	
				Recuento	7	4	11
		ARS2	% dentro de Apoyo a la red social	63,64%	36,36%	100,00%	
			% dentro de Depresión	35,00%	16,67%	25,00%	
				Recuento	1	1	2
		ARS3	% dentro de Apoyo a la red social	50,00%	50,00%	100,00%	
			% dentro de Depresión	5,00%	4,17%	4,55%	
				Recuento	4	1	5
		ARS4	% dentro de Apoyo a la red social	80,00%	20,00%	100,00%	
			% dentro de Depresión	20,00%	4,17%	11,36%	
				Recuento	3	2	5
		ARS5	% dentro de Apoyo a la red social	60,00%	40,00%	100,00%	
			% dentro de Depresión	15,00%	8,33%	11,36%	
				Recuento	20	24	44
		Total	% dentro de Apoyo a la red social	45,45%	54,55%	100,00%	
			% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%	

Femenino	Apoyo a la red social		Recuento	16	13	29	
		ARS1	% dentro de Apoyo a la red social	55,17%	44,83%	100,00%	
			% dentro de Depresión	38,10%	50,00%	42,65%	
				Recuento	8	9	17
		ARS2	% dentro de Apoyo a la red social	47,06%	52,94%	100,00%	
			% dentro de Depresión	19,05%	34,62%	25,00%	
				Recuento	4	1	5
		ARS3	% dentro de Apoyo a la red social	80,00%	20,00%	100,00%	
			% dentro de Depresión	9,52%	3,85%	7,35%	
				Recuento	4	1	5
		ARS4	% dentro de Apoyo a la red social	80,00%	20,00%	100,00%	
			% dentro de Depresión	9,52%	3,85%	7,35%	
				Recuento	10	2	12
		ARS5	% dentro de Apoyo a la red social	83,33%	16,67%	100,00%	
			% dentro de Depresión	23,81%	7,69%	17,65%	
		Recuento	42	26	68		
Total	% dentro de Apoyo a la red social	61,76%	38,24%	100,00%			
	% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%			
Total	Apoyo a la red social		Recuento	21	29	50	
		ARS1	% dentro de Apoyo a la red social	42,00%	58,00%	100,00%	
			% dentro de Depresión	33,87%	58,00%	44,64%	
				Recuento	15	13	28
		ARS2	% dentro de Apoyo a la red social	53,57%	46,43%	100,00%	
			% dentro de Depresión	24,19%	26,00%	25,00%	
		ARS3	Recuento	5	2	7	

	% dentro de Apoyo a la red social	71,43%	28,57%	100,00%
	% dentro de Depresión	8,06%	4,00%	6,25%
	Recuento	8	2	10
ARS4	% dentro de Apoyo a la red social	80,00%	20,00%	100,00%
	% dentro de Depresión	12,90%	4,00%	8,93%
	Recuento	13	4	17
ARS5	% dentro de Apoyo a la red social	76,47%	23,53%	100,00%
	% dentro de Depresión	20,97%	8,00%	15,18%
	Recuento	62	50	112
Total	% dentro de Apoyo a la red social	55,36%	44,64%	100,00%
	% dentro de Depresión	100,00%	100,00%	100,00%

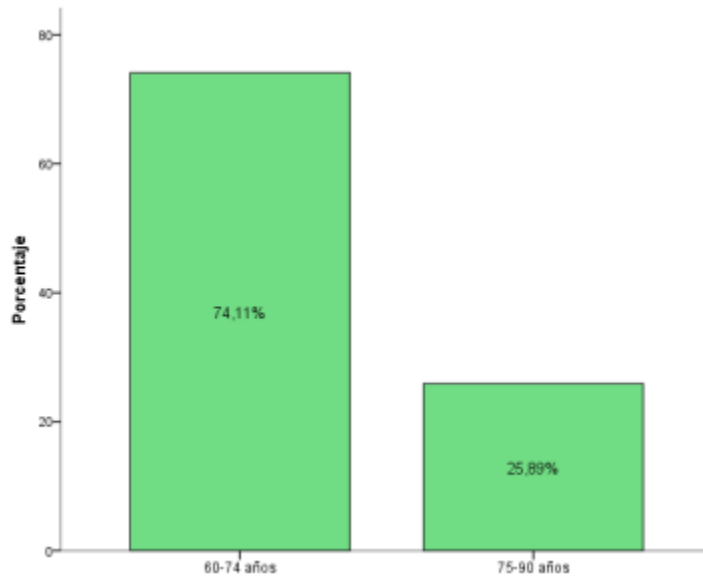
\*ARS1: No recibe ningún apoyo, ARS2: Recibe apoyo de la familia y/o vecinos, ARS3: Recibe apoyo social formal suficiente (centro del día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.), ARS4: Tiene soporte social pero es insuficiente, ARS5: No tiene soporte social y lo necesita. (Masculino:  $X^2_{gl:4} = 8,285$ ,  $p = 0,082$ <sup>NS</sup>; Femenino:  $X^2_{gl:3} = 5,862$ ,  $p = 0,210$ <sup>NS</sup>; Total:  $X^2_{gl:2} = 9,901$ ,  $p = 0,042^*$ ,  $CC = 0,285$ ,  $p = 0,042^*$ )

**Tabla 21.** Resumen del análisis tablas de contingencia entre estado civil y relación familiar de la escala de valoración socio familiar de Gijón.

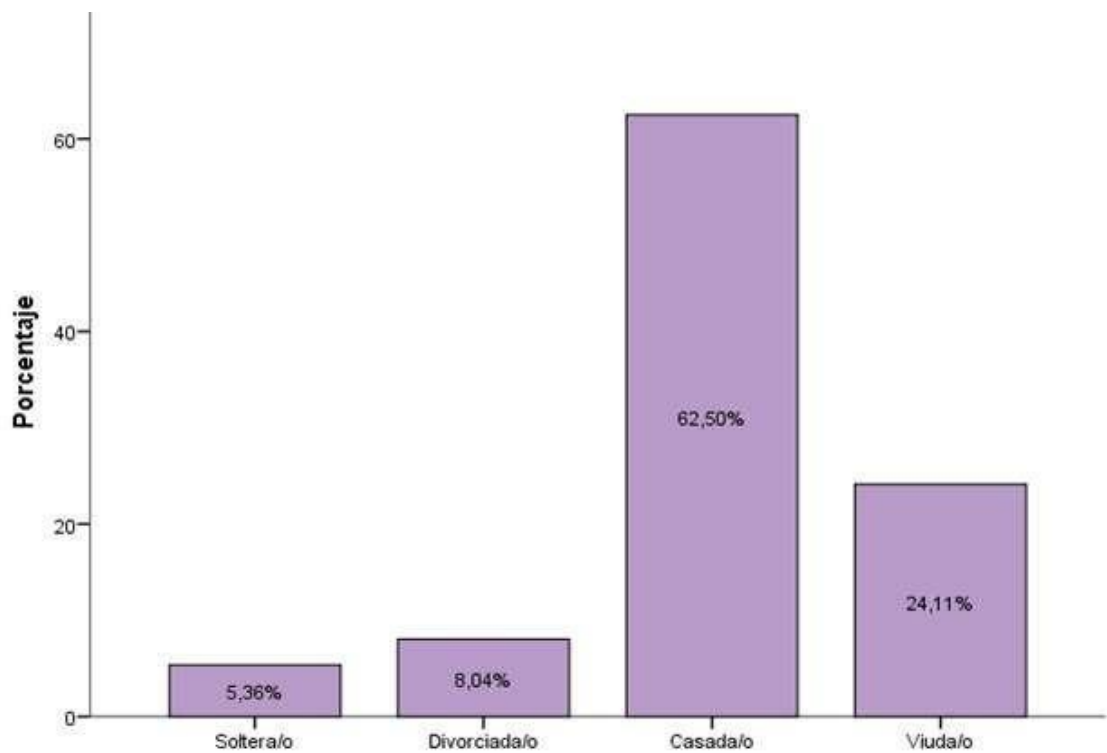
		Estado Civil				Total	
		Soltera/o	Divorciada/o	Casada/o	Viuda/o		
Situación Familiar		Recuento	2	7	46	13	68
	SF1	% dentro de Situación Familiar	2,94%	10,29%	67,65%	19,12%	100,00%
		% dentro de Estado Civil	33,33%	77,78%	65,71%	48,15%	60,71%
		Recuento	0	0	9	2	11
	SF2	% dentro de Situación Familiar	0,00%	0,00%	81,82%	18,18%	100,00%
		% dentro de Estado Civil	0,00%	0,00%	12,86%	7,41%	9,82%
		Recuento	0	0	11	8	19
	SF3	% dentro de Situación Familiar	0,00%	0,00%	57,89%	42,11%	100,00%
		% dentro de Estado Civil	0,00%	0,00%	15,71%	29,63%	16,96%
		Recuento	3	2	4	4	13
	SF4	% dentro de Situación Familiar	23,08%	15,38%	30,77%	30,77%	100,00%
		% dentro de Estado Civil	50,00%	22,22%	5,71%	14,81%	11,61%
		Recuento	1	0	0	0	1
	SF5	% dentro de Situación Familiar	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
		% dentro de Estado Civil	16,67%	0,00%	0,00%	0,00%	0,89%
	Recuento	6	9	70	27	112	
Total	% dentro de Situación Familiar	5,36%	8,04%	62,50%	24,11%	100,00%	
	% dentro de Estado Civil	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	

\*SF1: Vive con familia y/o pareja sin conflicto, SF2: Vive con pareja de similar edad, SF3: Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden atenderlo o no quieren atenderlo, SF4: Vive solo, hijos y/o familia próximos que no cubre todas las necesidades, SF5: Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.  
 $(X^2_{gl:12} = 38,109, p \leq 0,001^{***}, CC = 0,504, p \leq 0,001^{***})$

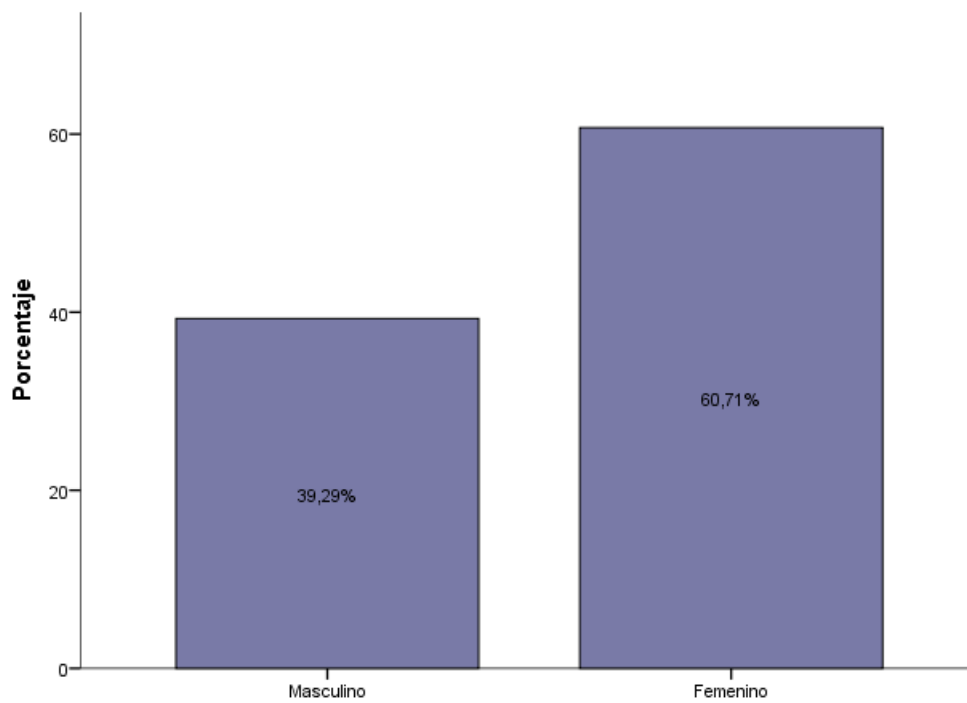
## 9. FIGURAS



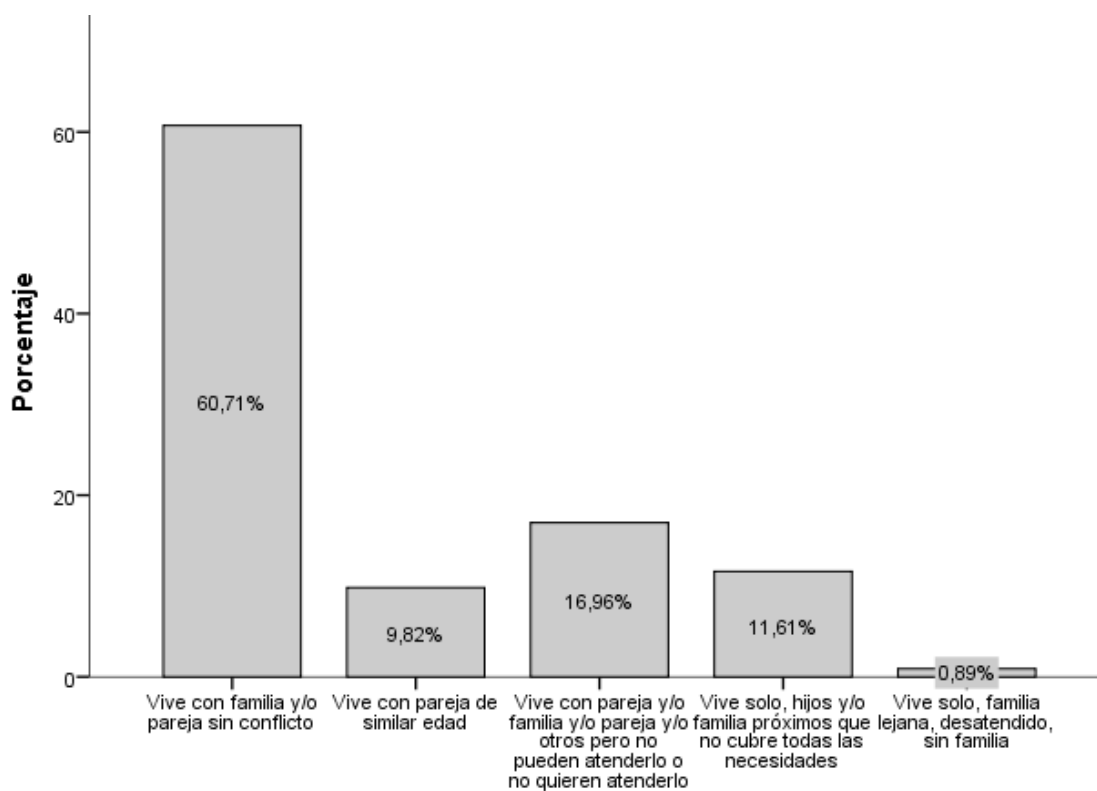
**Figura 10.** Distribución observada para grupos etarios.



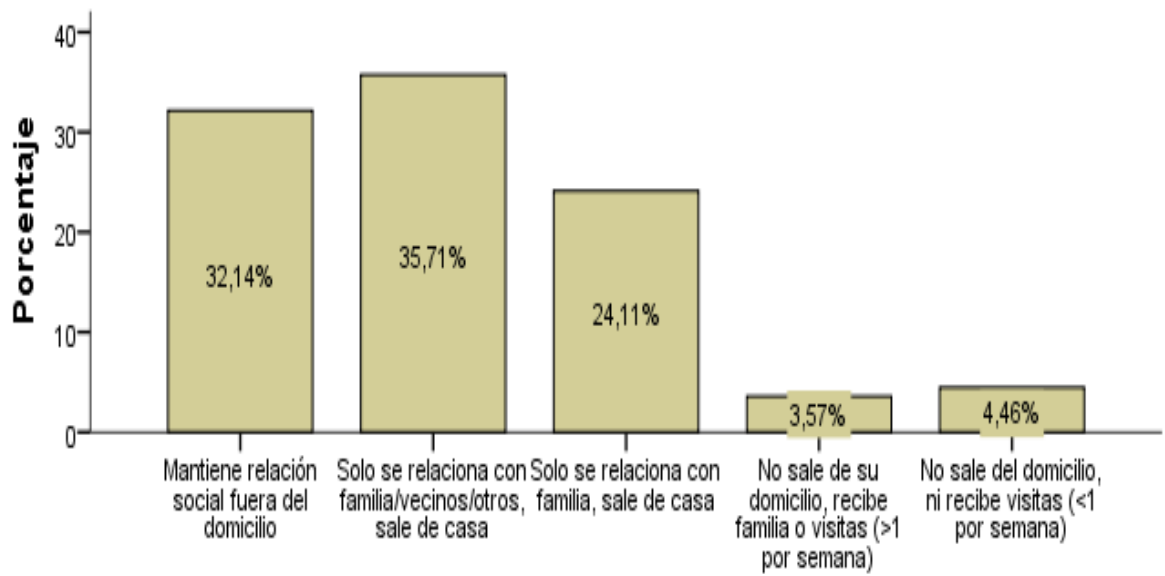
**Figura 11.** Distribución observada para estado civil.



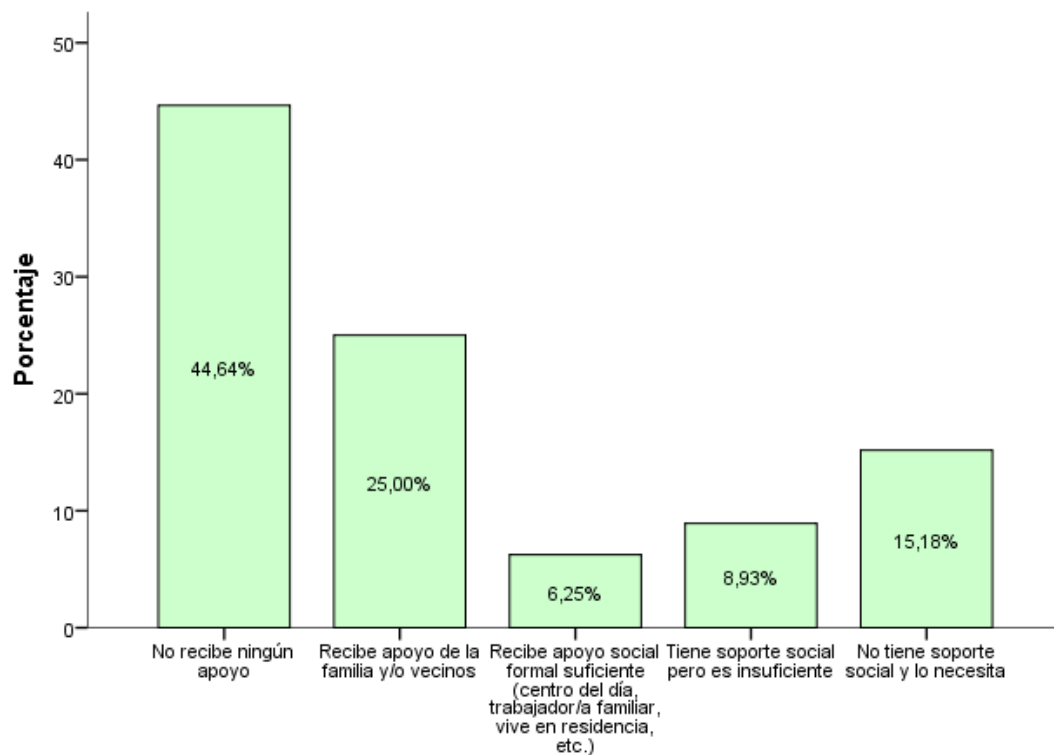
**Figura 12.** Distribución observada para sexo.



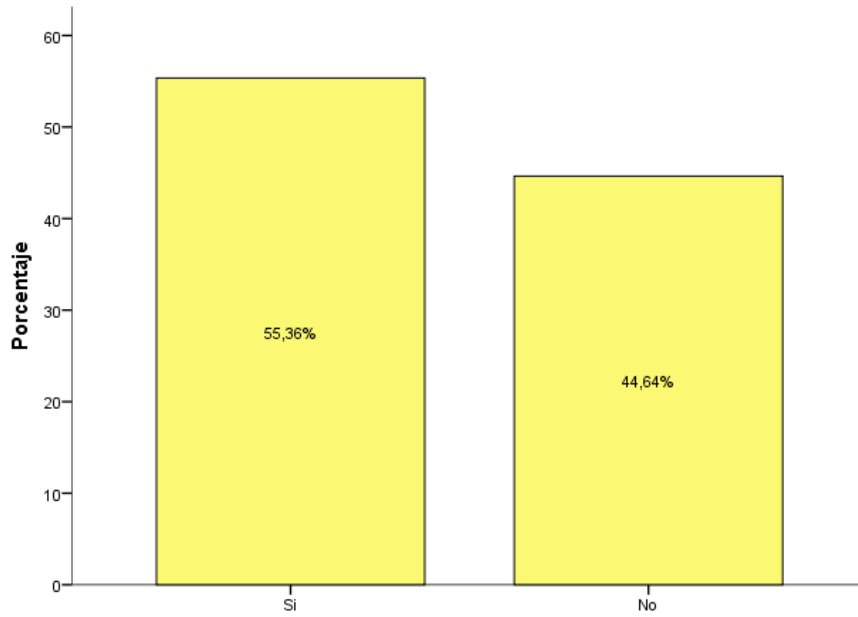
**Figura 13.** Distribución observada para Situación Familiar.



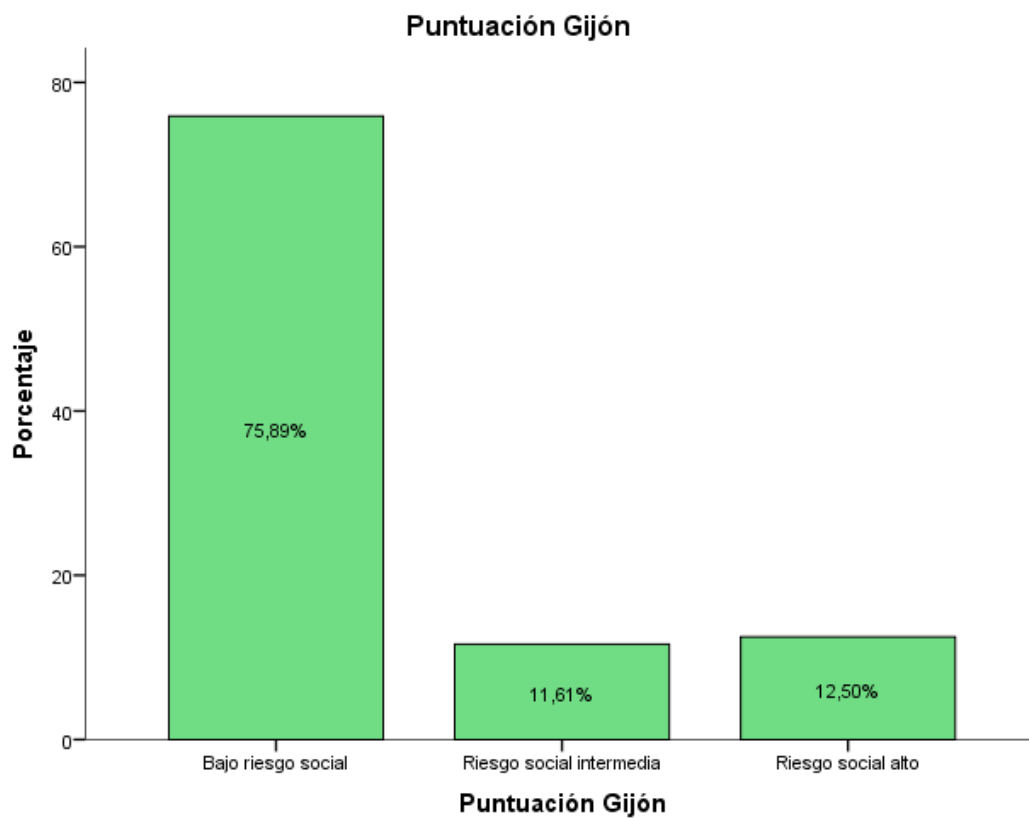
**Figura 14.** Distribución observada para Relaciones Sociales.



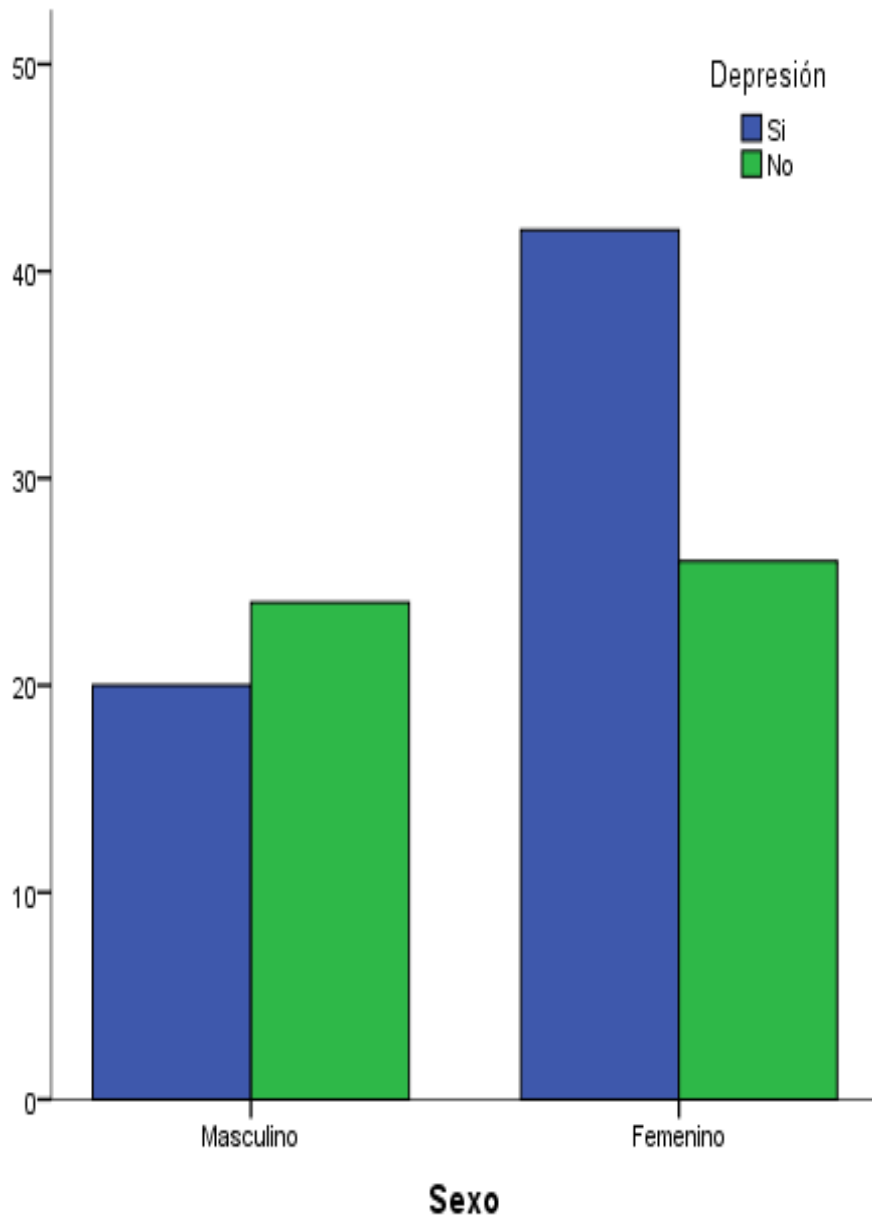
**Figura 15.** Distribución observada para Apoyo a la red social.



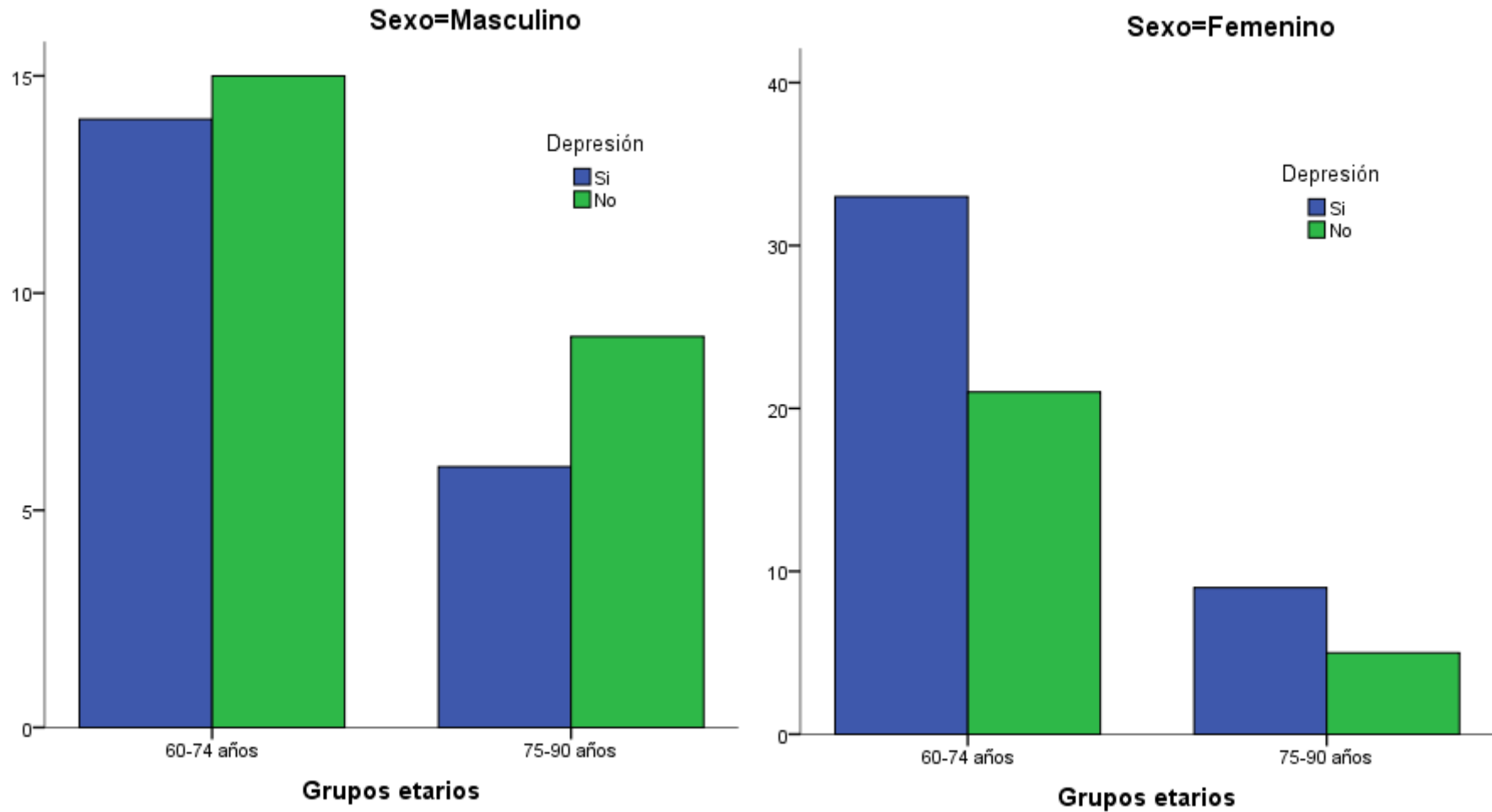
**Figura 16.** Distribución observada de depresión más probable diagnóstico de depresión.



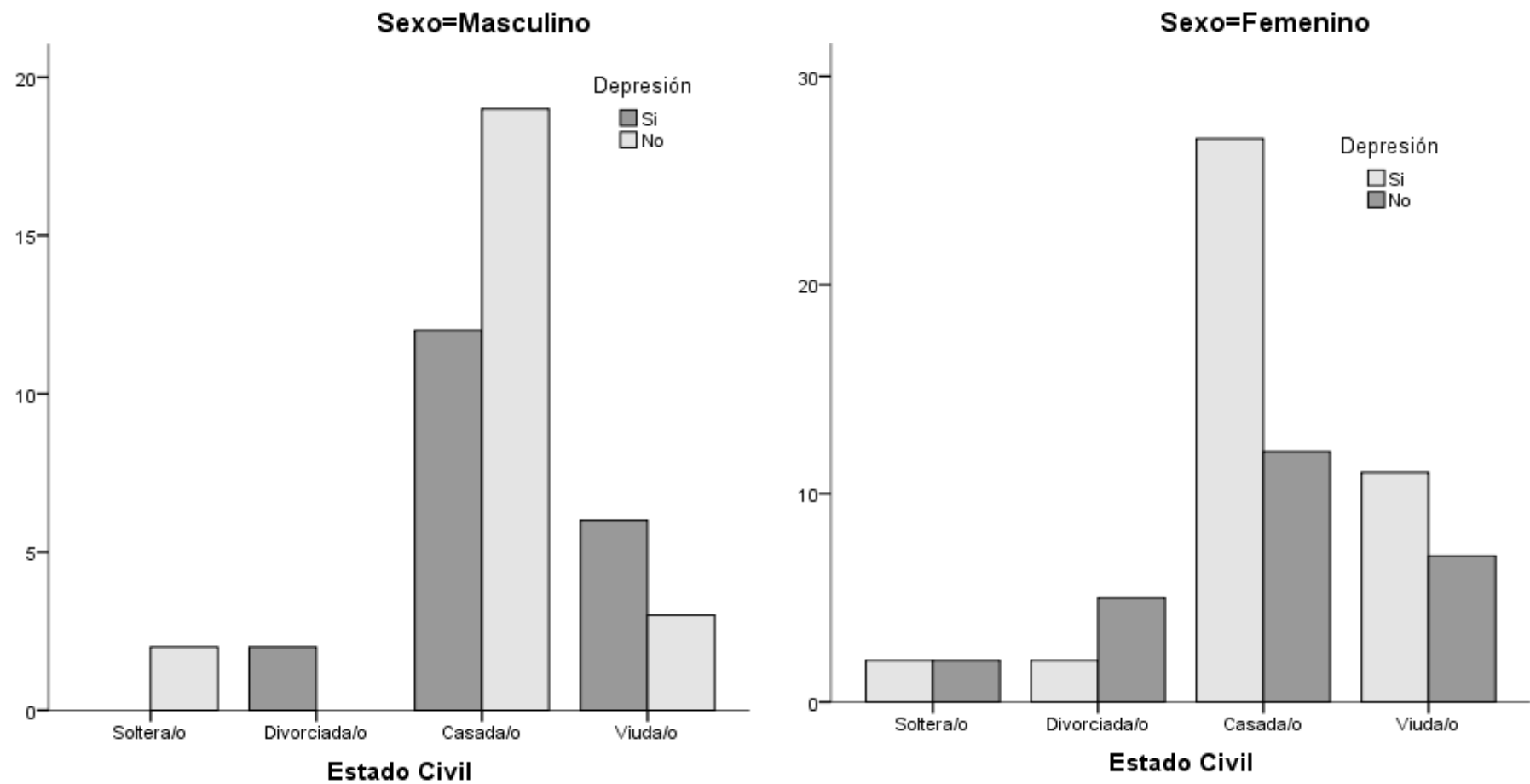
**Figura 17.** Distribución observada para situación familiar según la escala de Gijón.



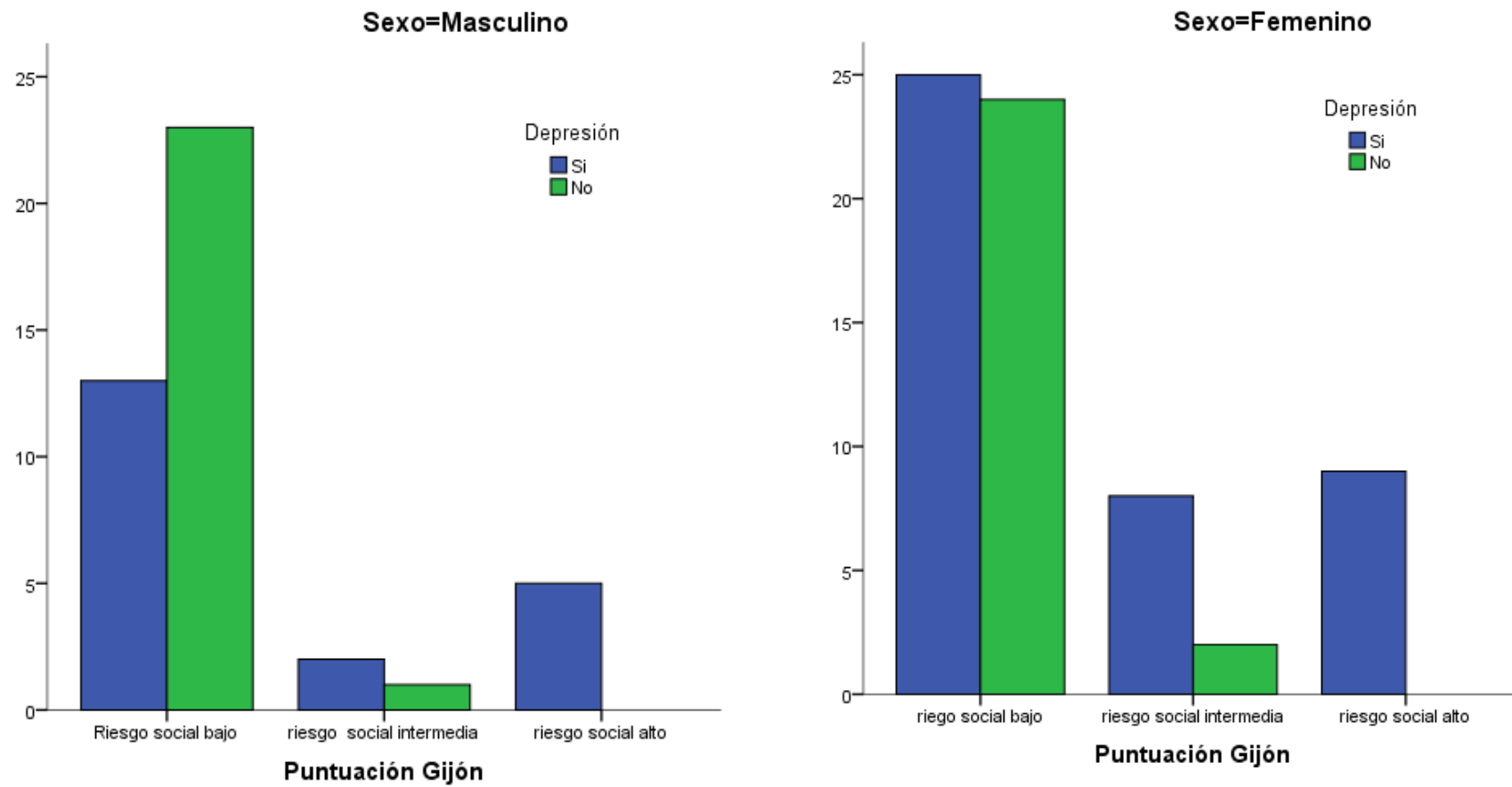
**Figura 18.** Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función del sexo.



**Figura 19.** Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función del sexo y grupos etarios.



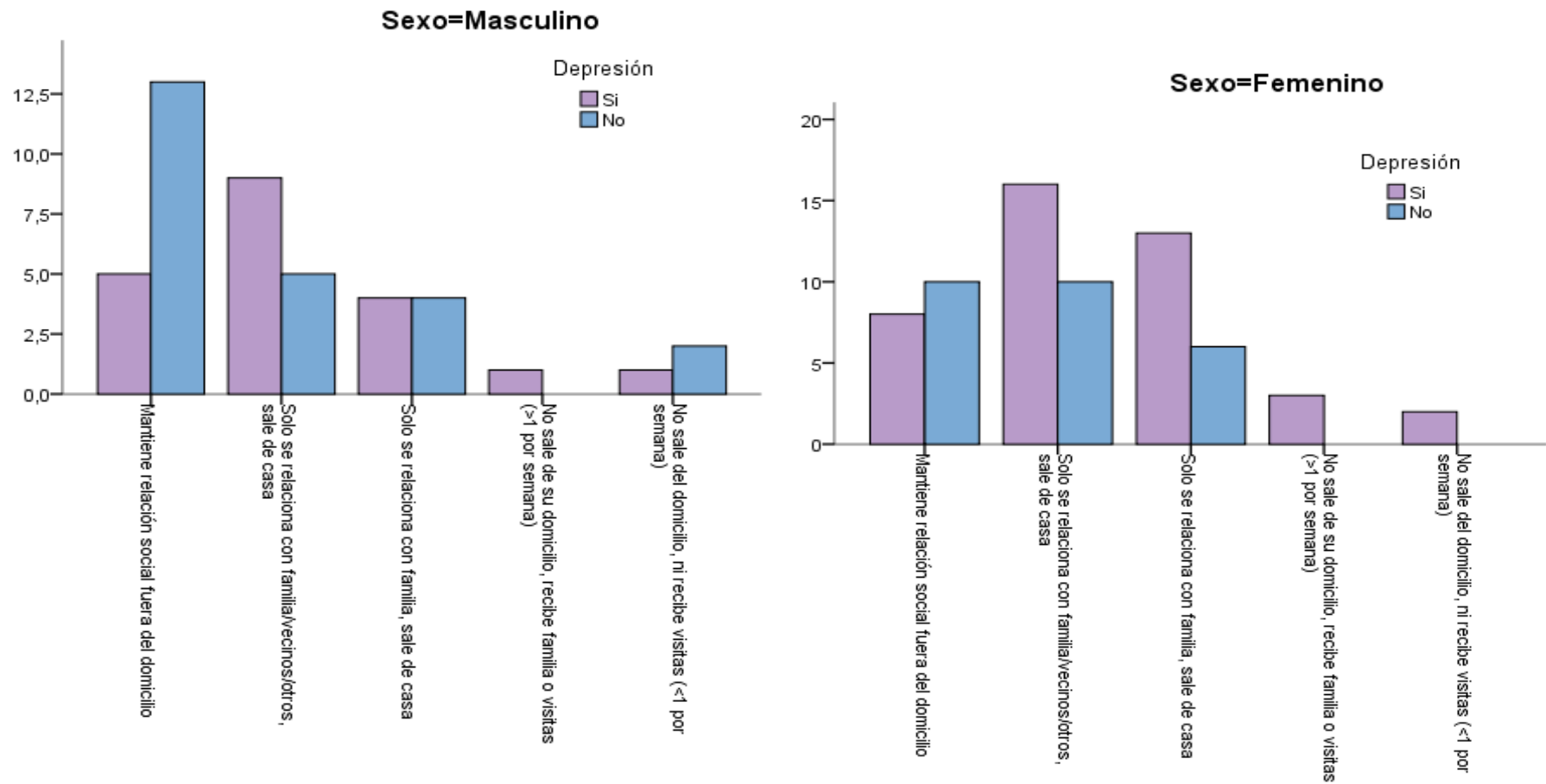
**Figura 20.** Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función del sexo y estado civil.



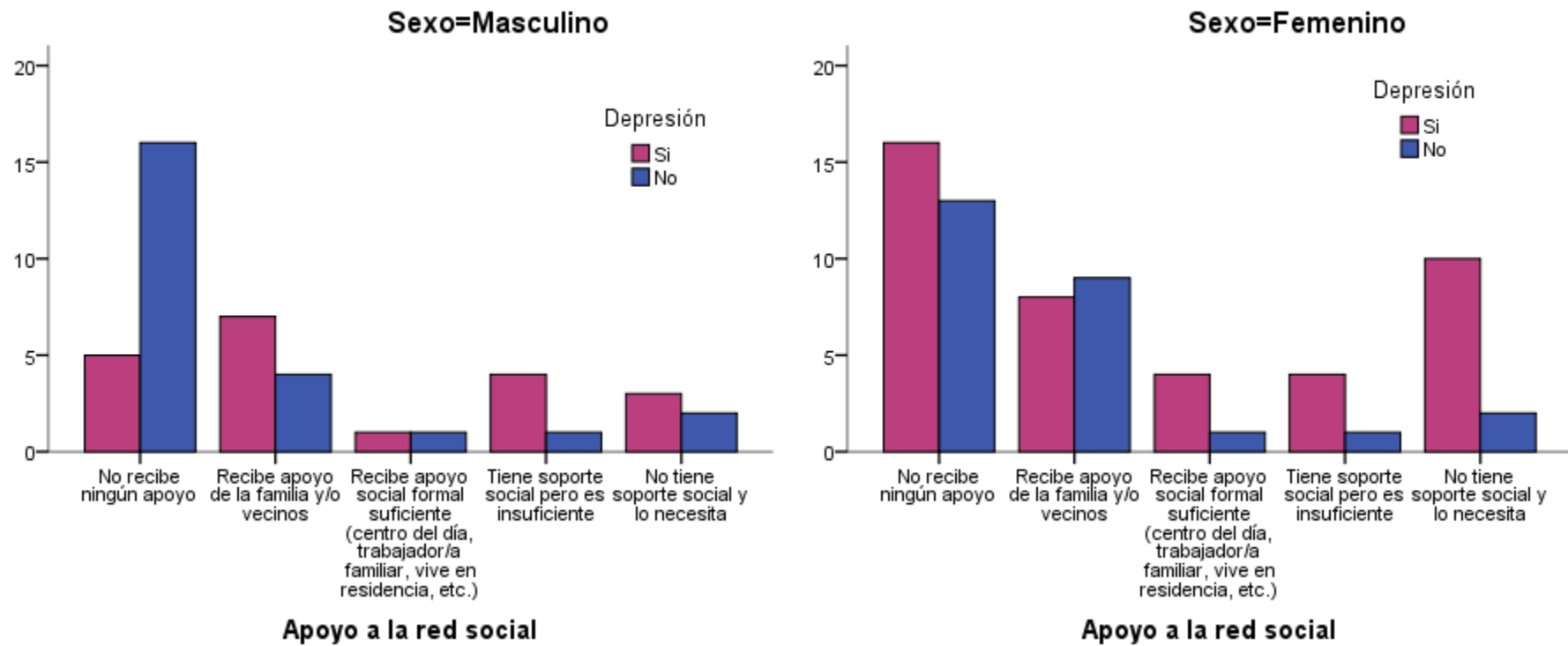
**Figura 21.** Distribución de depresión más probable diagnóstico depresión en función del sexo y Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.



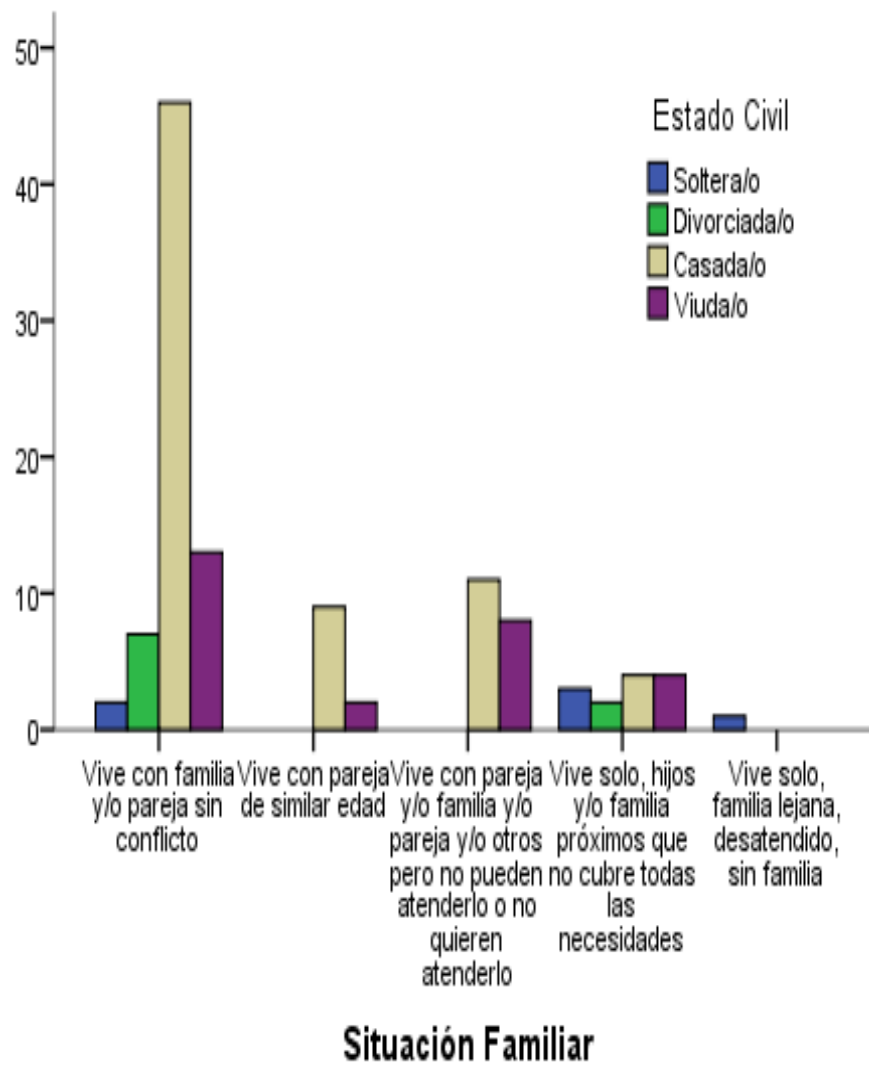
**Figura 22.** Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función del sexo y situación Familiar de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón.



**Figura 23.** Distribución de depresión más probable diagnóstica de depresión en función del sexo y relación social de la escala de valoración socio familiar de Gijón.



**Figura 24.** Distribución de depresión más probable diagnóstico de depresión en función de red social de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón.



**Figura 25.** Distribución de estado civil en función de la relación familiar de la escala de valoración sociofamiliar de Gijón.

## 10. ANEXOS

**Anexo 1.** Encuesta aplicada a los pacientes adultos mayores del servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito.

### Encuesta a los pacientes adultos mayores del servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito período julio - agosto de 2016



Estimado paciente, la presente encuesta se orienta a identificar factores de riesgo sociofamiliares y su prevalencia en la depresión en los pacientes adulto mayor del servicio de consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en el período de julio y agosto de 2016", donde su opinión es importante.

Marque con una (X) la opción seleccionada.

**1. Seleccione su sexo**

Masculino  Femenino

**2. Escriba su fecha de nacimiento (dd/mm/año)**

-----

**3. ¿Cuál es su estado civil?**

Soltero  Casado  Viudo  Divorciado

**4. ¿Toma usted algún tipo de medicamento?**

Si

No

**5. La medicina que usted toma, procede de:**

Toda la medicina la compro

Toda la medicina la obtengo de forma gratuita

Parte de la medicina la compro y parte la recibo de forma gratuita

***¡¡¡¡....Gracias por su colaboración....!!!!***

**Anexo 2.** Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Modificada (GDS-15).

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Modificada (GDS-15)		
Interrogar al paciente acerca de las siguientes cuestiones y escoger la respuesta más adecuada sobre cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas. Marcar con un círculo la respuesta escogida y al final sumar la puntuación.		
	SI	NO
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. Nota que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que otros están mejor que Ud.?	1	0
Nota: Normal (0-5), Probable depresión (6-9), Depresión estable (10 o más)		

Fuente: Álvarez, et al. 2010. *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores*, pp. 250

**Anexo 3.** Escala de valoración socio-familiar de Gijón (versión modificada y abreviada).

<b>Escala de valoración socio-familiar de Gijón (versión modificada y abreviada)</b>
<b>Situación familiar</b>
1. Vive con familia y/o pareja sin conflicto.
2. Vive con pareja de similar edad.
3. Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden atenderlo o no quieren atenderlo.
4. Vive solo, hijos y/o familia próximos que no cubre todas las necesidades.
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia.
<b>Relaciones y contacto social</b>
1. Mantiene relación social fuera del domicilio.
2. Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa.
3. Solo se relaciona con familia, sale de casa.
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 por semana).
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana).
<b>Apoyo de red social</b>
1. No recibe ningún apoyo.
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro del día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)
4. Tiene soporte social pero es insuficiente.
5. No tiene soporte social y lo necesita.
<b>Nota: Puntuación</b>
≤7 puntos riesgo social bajo.
De 8 a 9 riesgo social intermedio.
≥10 puntos riesgo social alto .

Fuente: Álvarez, et al. 2010. *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores*, pp. 250

#### **Anexo 4. Consentimiento Informado**

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres adultos mayores que son atendidos en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito que se les invita a participar en la investigación: ASOCIACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO SOCIOFAMILIARES Y SU PREVALENCIA EN LA DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES ADULTO MAYOR DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO DE LA CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO DE JULIO Y AGOSTO DE 2016.

**Investigadores.-** Jorge Santiago Chávez Escalante - Pablo Andrés Delgado Salazar egresados de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

#### **Datos personales.-**

Santiago Chávez

Celular.-0987693453

Mail.- [jorgechaveze@hotmail.com](mailto:jorgechaveze@hotmail.com)

Pablo delgado

Celular.- 0984059662

Mail.- [pandy\\_9013@hotmail.com](mailto:pandy_9013@hotmail.com)

Estamos investigando sobre la Asociación entre factores de riesgo sociofamiliares y su prevalencia en la depresión en los pacientes adulto mayor de consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en el período de julio y agosto de 2016.

Le vamos a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me detiene según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar a los investigadores del grupo

La depresión en el adulto mayor es una entidad muy común por distintos factores biopsicosociales que intervienen en esta enfermedad por lo que queremos determinar el nivel de influencia de cada uno de estos en esta entidad

Estamos encuestando a adultos mayores (mayores de 65 años) que asisten a la consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir

participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este hospital y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Nuestra investigación incluye una entrevista con preguntas dirigidas al adulto mayor y sus condiciones biopsicosociales, la entrevista dura aproximadamente 20 minutos y se le explicará cada una de las preguntas.

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

***He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.***

***Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.***

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

***He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.***

Nombre del Investigador Santiago Chávez- Pablo Delgado

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_