



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

TEMA:

RELACIÓN ENTRE DEPENDENCIA, VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR
Y LA DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR CONSULTORIO 3. CENTRO
DE SALUD SAUCES III. AÑO 2021.

AUTORA:

DANIELA PATRICIA GALLEGOS LOZANO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTOR:

DARÍO MESÍAS ORTÍZ HIDALGO

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



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

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la *Dra. Daniela Patricia Gallegos Lozano*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

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

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Darío Mesías Ortiz Hidalgo

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Daniela Patricia Gallegos Lozano

DECLARO QUE:

El trabajo de investigación “Relación entre dependencia, valoración socio-familiar y la depresión en adulto mayor consultorio 3. Centro de Salud Sauces III. año 2021” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

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

LA AUTORA:

Dra. Daniela Patricia Gallegos Lozano



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

AUTORIZACIÓN:

Yo, Daniela Patricia Gallegos Lozano

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “Relación entre dependencia, valoración socio-familiar y la depresión en adulto mayor consultorio 3. Centro de Salud Saucos iii. año 2021”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

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

LA AUTORA:

Dra. Daniela Patricia Gallegos Lozano

Original

Document
Information

Analyzed document	DANIELA PATRICIA GALLEGOS LOSANG.pdf (3129797675)
Submitted	2022-03-08T20:28:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	daniela.gallegos@pcu.ucsg.edu.ec
Similarity	0%
Analysis address	scriter-scriter.ucsg@analysis.uband.com <i>3/8/22</i>

Sources included in the
report

Agradecimiento

Agradezco a Dios por haberme permitido confiar en mis capacidades y tener el valor de salir de mi zona de confort, al arriesgarme a iniciar esta etapa maravillosa en mi vida profesional.

A mis padres, ya que sin ellos nada soy. Gracias por todo el apoyo y el amor durante toda mi vida y en mis momentos más duros.

A mis hermanos por sus consejos y enseñanzas.

A mi estimado tutor Dr. Darío, por su paciencia y dedicación al guiarme con sus orientaciones y confianza.

Y a ti, Miguel, por ser mi compañero y darme en éste último año el motivo más grande de motivación y esperanza en mi vida.

Dedicatoria

Le dedico este trabajo que con mucho cariño y esfuerzo he realizado, a todos y cada uno de las personas que día a día enfrentan los momentos más duros de su realidad, aquellos que sufren en silencio y muchas veces son incomprensidos por su propia sociedad. A ellos, mi empatía, apoyo y el más ferviente deseo de que la salud mental sea tan importante como la física. Pero sobretodo te lo dedico a tí, pequeño corazón que ya late dentro de mí.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
COHORTE

ACTA DE CALIFICACIÓN

TEMA:						
POSGRADISTA:						
FECHA:						
No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

INDICE GENERAL

Agradecimiento.....	VI
Dedicatoria	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN	IX
INDICE GENERAL	X
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT	XIV
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA	4
2.1 Identificación, valoración y planteamiento.....	4
2.2 Formulación	5
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	6
3.1 General.....	6
3.2 Específicos.....	6
4. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 Marco conceptual.	7
4.2 Antecedentes investigativos.	23
5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	25
6. MÉTODOS.....	26
6.1 Nivel de la investigación.	26

6.2	<i>Tipo de investigación.</i>	26
6.3	<i>Diseño de investigación.</i>	26
6.4	<i>Justificación de la elección del método.</i>	26
6.5	<i>Población de estudio.</i>	27
6.5.1	Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.	27
6.5.2	Criterios de inclusión.	27
6.5.3	Criterios de exclusión	27
6.6	Procedimiento de recolección de la información	27
6.7	Técnicas de recolección de información	29
6.8	Técnicas de análisis estadístico	29
6.8.1	Operacionalización de variables	30
7.	<i>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN</i>	32
8.	<i>CONCLUSIONES</i>	41
9.	<i>VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN</i>	42
10.	<i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	43

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla: 1 Distribución de adultos mayores según edad y sexo en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.</i>	32
<i>Tabla: 2 Distribución de adultos mayores según sexo y escolaridad en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.</i>	33
<i>Tabla: 3 Distribución de adultos mayores según sexo y estado civil en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.</i>	33
<i>Tabla: 4 Distribución de adultos mayores según sexo y ocupación en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.</i>	34
<i>Tabla: 5 Distribución de adultos mayores según sexo y etnia en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.</i>	35

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1 Consentimiento informado</i>	48
<i>Anexo 2 Encuesta de variables sociodemográficas</i>	48
<i>Anexo 3 Escala de Lawton y Brody</i>	50
<i>Anexo 4 Escala de Gijón</i>	50
<i>Anexo 5 Escala de depresión Yesavage</i>	52

RESUMEN

Antecedentes: La depresión es una enfermedad que afecta en gran medida al grupo de edad de 65 años y más, los factores que mayormente se han identificados que la propician es la dependencia, la valoración familiar y social que maneja. **Métodos:** Se realizó un estudio de nivel relacional; de tipo observacional, transversal, prospectivo y analítico en la población de adultos mayores del consultorio 3 del Centro de Salud Sauces 3, para determinar la relación entre la depresión y el grado de dependencia, valoración socio familiar. **Resultados:** Las variables sociodemográficas predominantes con un 70,3% fueron de raza mestiza, sexo femenino, el grupo etario fue de 65 a 59 años de edad. La escolaridad es superior con un 44,6%, el estado civil, casado, con un 48,6% y ocupación jubilado con un 52,2%. La distribución de adultos mayores según la dependencia y el sexo demostró ser que, la que necesita cierta ayuda para ambos sexos es la de mayor representación con un 67,3%. La distribución de adultos mayores según la depresión y sexo demostró ser normal con predominio de ambos sexos con 77,2%.

No existe asociación alguna entre la variable dependencia y depresión. La variable socio familiar con la variable depresión, no tienen asociación alguna.

Conclusiones: Las personas que necesitan cierta ayuda, no tienen relación alguna con la depresión por predominio de estado normal en encuestados. Y que la mayoría de los encuestados tenga un nivel de situación socio familiar aceptable no depende de que la mayoría de los encuestados han dado resultado normal.

Palabras Clave: DEPRESIÓN, ADULTO MAYOR, DEPENDENCIA FÍSICA, APOYO SOCIAL

ABSTRACT

Background: Depression is an illness that affects to a great extent the age group of 65 years and over, the factors that have been identified as most conducive to it are dependence, family and social value that manages.

Methods: A study of relational level; of observational, cross-sectional, prospective and analytical type in the population of older adults of the Saucedo 3 Health Center's office 3, to determine the relationship between depression and the degree of dependency, social and family assessment and socioeconomic level. **Results:** The predominant sociodemographic variables with 70.3% were of mixed race, female sex, the age group was 65 to 59 years of age. Schooling is higher with 44.6%, marital status, married, with 48.6% and retired occupation with 52.2%. The distribution of older adults according to family dependency and sex showed that the one that needs some help for both sexes is the one with the highest representation with 67.3%. The distribution of older adults according to depression and sex proved to be normal with a predominance of both sexes with 77.2%.

There is no association between the dependency variable and depression. The socio-family variable with the depression variable have no association whatsoever.

Conclusions: People who need some help have no relationship with depression due to the predominance of normal state in respondents. And that the majority of the respondents have an acceptable level of socio-family situation does not depend on the fact that the majority of the respondents have given normal results.

Keywords: DEPRESSION, OLDER ADULT, PHYSICAL DEPENDENCY, SOCIAL SUPPORT.

1. INTRODUCCIÓN

La depresión está conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un grupo de sintomatología de tipo afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza) decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida y además pueden estar síntomas de tipo cognitivos, volitivos y somáticos, que indica daño psíquico y físico.

Según las últimas estimaciones de la OMS posiciona a la depresión como la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo, más de 300 millones de personas viven con depresión esto es un incremento de más del 18% entre los años 2005 al 2015. Se estima que en la Región de las Américas 50 millones de personas viven con depresión en el 2015, alrededor de un 5% de la población. Es el tercer trastorno mental más común, después del abuso y la dependencia del alcohol. (1)

Las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación económica, social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. Existe una predisposición a padecer depresión en ambos sexos, cuando la persona se encuentra expuesta a la soledad. Un estudio en Perú encontró asociación de depresión con problemas físicos e incapacidad.(2)

En Ecuador el grupo poblacional de los adultos mayores está cursando por un crecimiento progresivo, debido a los cambios de comportamiento en las tasas de natalidad, mortalidad e incremento en la esperanza de vida, esto es característico de la fase de transición demográfica (3). El envejecimiento, a nivel del ser humano individual, es considerado como un fenómeno de desgaste orgánico global, espontáneo, en el que coinciden edad cronológica e involución biológica.(4) Según la OMS un adulto mayor sano es considerado capaz de enfrentar una adaptabilidad tanto funcional y personal, sin embargo, la depresión es una de las enfermedades que mayormente afecta a este grupo poblacional. (5) El informe al 54º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) insiste en que los gobiernos respondan con políticas que faciliten a las personas mayores seguir participando en la sociedad y que eviten reforzar las inequidades que frecuentemente sustentan la mala salud en la edad avanzada. (6)

A partir de los antecedentes mencionados, se desarrolla la presente investigación, con el objetivo de determinar la relación entre la depresión en el adulto mayor y el grado de dependencia y la valoración socio familiar, para tener una visión de los factores que están favoreciendo la depresión en la población de adultos mayores asignada al consultorio 3 del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud Saucés 3, en el periodo en que se realizó el estudio, lo cual facilitará implementar estrategias de trabajo para disminuir los factores en este sector poblacional vulnerable al desarrollo de la depresión.

El documento se encuentra conformado por el resumen, índice, introducción, planteamiento del problema marco teórico con los siguientes capítulos: depresión, diagnóstico, clasificación, factores de riesgo, envejecimiento y adulto mayor, la dependencia, la valoración socio familiar, además consta de método, presentación de resultados, discusión, conclusiones, valoración crítica y las referencias bibliográficas.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, valoración y planteamiento

La depresión afecta a personas en todo el mundo, de todas las edades y condiciones sociales, se estimó que para el 2020 sería el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos para este grupo de edad (7).

Según la OMS la depresión está catalogada como una de las principales causas de problemas de salud mental y discapacidad en todo el mundo.

A nivel regional, se sitúa a la depresión como primera causa de discapacidad, con 7,8% de la discapacidad total. Se evidencia un patrón subregional de mayor discapacidad en América del Sur, situando a Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia como los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión.(8)

En el Ecuador, existen estudios que han determinado el nivel de depresión de los adultos mayores de 65 años, oscilando éste entre el 64 y el 95 % de los pacientes estudiados (9). La depresión afecta más comúnmente al sexo femenino, de las personas atendidas en el sistema de salud el 64% corresponde a mujeres. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) para el año 2015 fueron atendidas 2088 personas por depresión.(10)

El mayor riesgo de esta enfermedad en episodios de depresión mayor es el suicidio, en el año 2015 según el INEC se suicidaron 1073 personas con predominio del sexo masculino.

Las estadísticas demuestran un incremento cada vez más notorio del grupo poblacional del adulto mayor (la transición demográfica) a nivel mundial, regional y del Ecuador, y ser la depresión el problema de salud más común en la población adulta mayor, condicionado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales; además de ser a su vez el síndrome geriátrico más frecuente en la consulta externa de los pacientes mayores de 60 años, produciendo alto grado de discapacidad y representando un problema socio-familiar y de salud pública, sobretodo la necesidad de conocer los factores que están relacionados que describen este problema, enfocado en la población de adultos mayores del consultorio 3 del Centro de Salud Sauces 3.

Los beneficios de esta investigación se definen con la obtención de información sobre los determinantes sociales que estén favoreciendo la depresión, para

actuar con la implementación de estrategias elaboradas en función de la prevención y la disminución de los síntomas de esta enfermedad, con la participación del equipo multidisciplinario creando programas para incorporar a estas personas a la vida social de acuerdo a las posibilidades de cada uno, estos resultados estarían propuestos para generalizarlos en otros centros de salud con similares condiciones. Se beneficiarán los adultos mayores, así como las familias y la sociedad, disminuyendo los gastos en medicamentos y aumentando la participación activa a la vida diaria de estas personas.

Resulta necesario conocer si las condiciones sociales, el grado de dependencia y la valoración socio familiar que tiene el adulto mayor en este sector de la salud, están relacionados con el diagnóstico de depresión.

2.2 Formulación

¿Cuál es la relación existente entre la dependencia y la valoración socio familiar con la depresión en el adulto mayor?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Asociar la dependencia, la valoración socio-familiar con la depresión en adulto mayor del consultorio N° 3, del Centro de Salud Sauces III, en el año 2021.

3.2 Específicos

1. Caracterizar a los adultos mayores según variables sociodemográficas.
2. Determinar la dependencia en la población de adultos mayores.
3. Determinar la valoración socio-familiar en la población de estudio.
4. Identificar el nivel de depresión en la población de adultos mayores.
5. Establecer la posible asociación entre la dependencia y la valoración socio familiar con la depresión en la población de estudio.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

Depresión

La depresión es un trastorno mental que se presenta frecuentemente en la población, caracterizado por diversas alteraciones del sueño, del apetito, cansancio y dificultad para la concentración, así como la presencia de sentimientos de culpa, falta de autoestima, tristeza, pérdida de placer o pérdida de interés. Este trastorno que varía entre episódico o desarrollar cronicidad, ocasionando alteraciones en las actividades de la vida diaria, alterar las relaciones afectivas, laborales, sociales. (11)

A nivel de la atención primaria, las tasas de recuperación varían entre un 50 al 80% con una estimación de remisión a los 12 meses. (12).

Aproximadamente más de un 20% de personas mayores de 60 años sufren algún tipo de trastorno mental o neural, el 6,6 % de la discapacidad en este grupo de edad corresponde a trastornos mentales o del sistema nervioso. Esto quiere decir que corresponde a un 17,4% en la población adulto mayor la cantidad de años vividos con esta discapacidad. (13).

En referencia al documento de la OPS “La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018” menciona que “los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad y, cuando se considera la discapacidad junto con la mortalidad, suponen 3,4% del total de años de vida de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y 7,8% del total de años perdidos por discapacidad” (APD).(8)

Se está empezando a considerar a las enfermedades mentales como una prioridad mundial en materia de salud, cada vez con más importancia y relevancia; debido a la carga económica, y se las está empezando a considerar como prioridad de desarrollo mundial.(8)

La Asociación Americana de Psiquiatría define a la depresión como una enfermedad médica común que afecta negativamente el estado anímico de la persona, lo cual provoca sentimientos de tristeza y pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba, desencadenando problemas físicos y emocionales, disminuyendo la capacidad del individuo en el ámbito profesional y personal.(14)

Según el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V) (15) el trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios de al menos 2 semanas de duración, en el cual se evidencien alteraciones en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas.

Criterios Diagnósticos del trastorno depresivo mayor

- a) Al menos cinco (o más) de los síntomas mencionados a continuación estarán presentándose en el transcurso de dos semanas:
 - 1. Durante la mayor parte del día presenta un estado de ánimo característico de depresión.
 - 2. Pérdida del interés, anhedonia por las actividades que antes le interesaban.
 - 3. Pérdida de peso, o aumento de peso sin seguir ningún régimen específico.
 - 4. Alteración del sueño ya sea insomnio o hipersomnia.
 - 5. Agitación o disminución de las funciones psicomotoras.
 - 6. Pérdida de energía o fatiga casi todos los días.
 - 7. Sentimientos de culpa o de incompetencia.
 - 8. Desconcentración y dificultad para la toma de decisiones.
 - 9. Pensamiento de muerte recurrente. Ideas suicidas, intento de suicidio.
- b) Los síntomas causan malestar en el ámbito laboral, social.
- c) El episodio no debe responder a efectos de consumo de alguna sustancia o alguna causa médica.

Los adultos mayores con más frecuencia sufren síntomas depresivos considerables sin llegar a cumplir los criterios de diagnóstico de un trastorno depresivo. Esta afección a menudo se conoce como depresión subclínica, y afecta a casi 1 de cada 10 adultos mayores.(16)

Características diagnósticas

Estado depresivo mayor

Para apoyar el diagnóstico de depresión mayor debe presentarse los síntomas a diario, con predominio de a lo largo del día, exceptuando la pérdida de peso y las ideas suicidas. Como mínimo dos semanas.

El ánimo en el episodio depresivo mayor la persona se encuentra triste, deprimido, desesperanzado, desanimado.

El estado depresivo mayor tiene una alta tasa de mortalidad, es muy común el suicidio, sin llegar a ser la única causa. También es causante de una alta tasa de morbilidad física, lo cual se traduce a asiduas visitas a la consulta médica, acarreando un alto costo en el presupuesto de salud.(17).

El paciente con depresión va a presentar una mala calidad de vida. Es frecuente encontrar en los pacientes llanto, irritabilidad, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor.

Factores de riesgo de depresión

Varios factores pueden influir en la depresión:

- Sexo: la relación hombre/mujer es de 1:2 o 3
- Edad: En el anciano, puede presentar alteraciones somáticas, y cognoscitivos por ejemplo disminución de la atención, episodios de pérdida de memoria.
- Acontecimientos vitales: varían de acuerdo a las circunstancias del individuo y de la situación y la agudeza del estrés.
- Factores sociales: aquellos que van a incrementar la vulnerabilidad del individuo para desarrollar trastornos psiquiátricos.
- Situaciones de desestructuración familiar o social.
- Otros factores predisponentes que se encuentran en el entorno físico y social.(15)

Factores contribuyentes:

- Socioeconómicos
- Dinámica familiar
- Grado de educación
- Actividades laborales y de recreación
- Etnia

- Comorbilidad orgánica y mental (18)

Factores etiológicos:

- Bioquímicos: alteración en ciertas sustancias químicas del cerebro pueden contribuir a presentar depresión. Neurotransmisores involucrados como la norepinefrina, serotonina y dopamina. (19)
- Genética: la depresión puede ser hereditaria.
- Personalidad: las personas que tienen baja autoestima, con tendencia al estrés o pesimistas podrían tener más probabilidad de desarrollar depresión.
- Factores ambientales: una continua exposición a la violencia, la negligencia, el abuso o la pobreza puede hacer a ciertas personas más vulnerable a la depresión. (14)

Clasificación en función de la etiología

Se clasifica según su etiología en:

- Endógena: de causa desconocida, pero ligada a la constitución biológica el individuo.
- Psicógena: asociada a la personalidad o ligada a acontecimientos vitales.
- Orgánica: secundaria a un fármaco o enfermedad médica.(20)

Síntomas principales de la depresión en geriatría

En el paciente anciano o de la tercera edad, presenta diferentes síntomas que se relacionan con alteraciones del estado del ánimo, nivel somático y cognitivo. Es importante determinar la depresión de inicio temprano con la de inicio tardío. Ya que el primer episodio se podría producir a partir de los 60 años de edad, no se la relaciona mucho con antecedentes familiares psiquiátricos, podría existir asociación con factores de riesgo vascular o presencia de comorbilidades médicas. (21)

La recurrencia de la depresión es alta, se estima que las personas que presentaron un episodio, tienen una probabilidad del 50% de presentar en el futuro más episodios con riesgo incrementado del 70% después del segundo episodio y un 90% después del tercer episodio. (22)

La depresión en el anciano ocasiona consecuencias negativas que se relacionan directamente con las comorbilidades y su funcionalidad. Va a producir una alta

tasa de morbilidad física y social, un uso de recursos hospitalarios y de servicios de salud.

La depresión como un estado que puede preceder la demencia, la combinación de la depresión mayor y del deterioro cognoscitivo, como un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.(23)

Los síntomas depresivos en el adulto mayor pueden provocar alteraciones para la alimentación, provocando una serie de trastornos en el paciente, además que puede intervenir en la participación de actividades al aire libre o involucrarse en actividades con su familia o su círculo cercano, lo que va a ocasionar deterioro de la salud. Por lo que es importante la detección precoz mediante el uso de test como el de Yesavage. Para el abordaje temprano y el inicio de tratamiento para tratar de retrasar su evolución.

El diagnóstico de la depresión en el paciente de la tercera edad y ancianos se lo realiza de forma clínica, es importante la realización de anamnesis, y la exploración física pertinente para descartar causas médicas.(24)

Para apoyar el diagnóstico se utiliza la escala de Yesavage, que sirve como un método de tamizaje del estado de depresión y valoración del estado de salud mental del anciano. (25)

El envejecimiento

Existen diferentes factores que intervienen en el proceso de envejecimiento que son: el biológico, psicológico y social.

El envejecimiento biológico tiene relación con los órganos y funciones que se producen a diferentes niveles: molecular, celular, tisular y sistémico. A nivel celular va a producirse una alteración de las funciones metabólicas, síntesis de proteínas enzimáticas, así como incapacidad para nutrir y reparar el daño celular provocado por la etapa de senectud, siendo esto un proceso progresivo e irreparable, lo cual ocasiona una vulnerabilidad frente a patologías más frecuentes en este rango de edad.(26)

Una de las condiciones de alteración funcional del organismo es la arterioesclerosis, el endurecimiento de las paredes arteriales, que arriesga el aporte de oxígeno a los tejidos.(27)

Existe evidencia que expresa que la disminución en la eficacia del ajuste homeostático acarrea en la vejez a la insuficiencia en los mecanismos

adaptativos, por ende se conoce que en el proceso de envejecimiento se encuentran afectadas las funciones de los tres grandes sistemas controladores: nervioso, endócrino e inmune, los cuales actúan de manera integrada, alteran los procesos corporales de manera general, como el aporte de los nutrimentos, el metabolismo, la inmunidad, metilación de genes, tasa de reparación de DNA, producción de los radicales libres de oxígeno y la entropía del sistema, lo que aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades.(28)

Por esta razón el adulto mayor forma parte de un grupo demográfico importante, debido a que por condiciones clínicas estaría predispuesto a enfermedades.

Psicológicamente el envejecimiento altera de diferente forma a cada individuo, la pérdida de funciones es el denominador común en todos los adultos mayores, pero esta va a variar independientemente de las actitudes en diferentes magnitudes (29). El anciano o anciana siente la etapa del envejecimiento a medida que se van presentando ciertas limitaciones de las funciones o actividades que realizaba sin problemas en otras etapas de su vida, siendo esto un factor predisponente para provocar reacciones diferentes en el adulto mayor, que van desde la aceptación de ciertas etapas hasta el rechazo de las mismas, lo que en podría ocasionar en ciertos ancianos comportamientos o conductas adoptadas de su juventud.

En un grupo determinado que presenten los factores predisponentes, al momento que se vayan presentando las pérdidas de las funciones podría ser un detonante para la depresión en el paciente de la tercera edad y anciano.

Socialmente la persona que envejece se encuentra frente a un gran reto por condiciones que son cambiantes tanto con su propio organismo como en el medio social en el que se desenvuelve y vive. (30) Por esto es de vital importancia que se mantenga activa las redes sociales y comunitarias para evitar que se desarrolle un patrón de depresión por la falta de este apoyo emocional en este grupo vulnerable, sobre todo si no se cuenta con una buena red familiar o si es un anciano que vive en una residencia o habita solo.

El adulto mayor va a experimentar unos cambios profundos que se relacionan con sus roles en los que se venía desempeñando, tanto en la productividad laboral, va a presentar mayor dependencia económica, afectiva en relación a los miembros de la familia. (31) Para muchos adultos mayores el traspaso de una vida productiva y en donde aportaba tanto económicamente como

productivamente dentro del hogar puede causar un trastorno de la autoestima y este cambio de roles dentro del núcleo familiar podría sensibilizar al anciano, creando en él una sensación de inutilidad frente a su familia, por esto es importante que al anciano, que ha presentado un cambio de su rutina(jubilación, enfermedad, viudez) se le asigne un rol que sea de importancia dentro del hogar para crear en él un sentido de pertenencia y responsabilidad, el cual crearía una rutina que es importante para evitar que se desarrolle alteración en su salud mental.

La pérdida de amigos y personas cercanas, los cónyuges. Redefinir el sentido de la vida y los objetivos que se trazan en esta etapa, causan una carga emocional muy fuerte en el adulto mayor.

La sociedad anteriormente tenía una perspectiva diferente hacia el adulto mayor, gozaban de una posición influyente en el marco social, económico, académico, entre otras. Se lo veía con respeto y admiración, eran los que portaban el conocimiento y la experiencia siendo así que eran los merecedores de cargos políticos, institucionales, y los consejeros por experiencia.

Existen obstáculos para poder formular buenas estrategias de salud pública sobre el envejecimiento, son los estereotipos anticuados y suposiciones erróneas y generalizados de los adultos mayores. (32)

En la actualidad se ha creado una serie de argumentos que contradice a las tradiciones anteriores, asociando al adulto mayor como alguien incapaz, frágil y vulnerable, alguien que no está acorde con los cambios y actualizaciones de la era moderna. Por lo que se han visto desplazados y reemplazados por alguien más joven. Creando de esta forma un estereotipo que se jacta de catalogar al anciano como alguien que no produce, sino que consume.

Según el enfoque bioético el envejecimiento es un proceso que forma parte de la vida humana, es un estado multicausal, un proceso dinámico, multifactorial e inherente de los seres humanos.(33)

Suena paradójico el hecho que “los ancianos de hoy fueron los fueron jóvenes que contribuyeron a crear la sociedad actual, que ahora los rechaza, los jóvenes de hoy serán los ancianos de mañana, de lo que se haga en beneficio por los ancianos de hoy, lo estarán haciendo para su propio futuro.”(34)

El anciano atraviesa cambios que ocurren a medida que avanza esta etapa de envejecimiento en el cual desarrolla cierta capacidad de ajuste personal a la

edad avanzada. Desarrolla la capacidad de adaptación a las pérdidas que sufre, ya sea de tipo emocional (pérdidas de familiares, amigos y pareja) como la pérdida de su autonomía (económica, jubilación) esto le ayuda a desarrollar mecanismos de compensación para adaptarse a su nueva condición sin perder su dignidad ni autonomía.(26).

Es importante entender como las condiciones de vida asociadas al envejecimiento no están relacionadas únicamente con el aspecto físico o patológico que puedan causar las enfermedades o la vulnerabilidad que presenten como tal sino también los factores de tipo sociales, psicológicos y cognitivos que podrían estar condicionados de una forma positiva tanto en el envejecimiento, la salud, y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.(35). Por esta razón es importante la identificación de cada factor que se comporte como una acción protectora en este grupo de edad, siendo de vital importancia mantenerlos y saber clasificarlos en relación a la magnitud que se los requiera utilizar.

Adulto mayor

La OPS considera como personas de la tercera edad, a aquellas que tienen 60 años a más, teniendo en cuenta la expectativa de vida de la población en la región y las formas físicas en las que se presenta el envejecimiento. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) considera personas de la tercera edad a aquellas que tengan más de 60 años para quienes viven en subdesarrollados y de 65 años a los que viven en países del primer mundo. En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública considera al grupo de edad de 65 años y más como adulto mayor.(36)

En el Ecuador existen: 1 049 824 población mayores de 65 años (6,5% de la población total).(37)

En el año 2010 se realizó un censo en la provincia del Guayas (último censo realizado) que dio como información que existe una población de población de la tercera edad de 195 444(38) La proyección que se realizó para el año 2020 de la población de tercera edad en la provincia del Guayas es de 315 509según datos estadísticos obtenidos con este censo. (38)

En el año 2010 según datos obtenidos mediante una investigación sobre salud, bienestar y envejecimiento (encuesta SABE) coordinada por el ministerio de

inclusión económica y social (MIESS) entre los años 2009 y 2010 en el Ecuador(39) esta encuesta tuvo como finalidad realizar un análisis y descripción de las condiciones de estado funcional, salud, nutrición, y cognitivo el uso de medicación, la ventaja de contar con redes de apoyo familiar y comunitario, el acceso de servicios básicos, y las buenas condiciones de vivienda de la población Ecuatoriana de la población de la tercera edad y población geriátrica. En este estudio se estimó que para el 2020 la población de la población de la tercera edad y geriátrica sería de 1 192 475 con una población en situación de abandono de 132 365 con una condición de indigente.

Según la caracterización de la población de la tercera edad y geriátrica en el Ecuador, el 45% viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza, el 42% vive en sector rural, el 14,6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo, el 14,9% son víctimas de negligencia y abandono, el 74,3% no accede a seguridad social de nivel contributivo. (40)

Perfil demográfico y epidemiológico

La mayoría de la población mundial se encuentra envejeciendo rápidamente, se estima que entre el año 2000 y 2050 los habitantes mayores a 60 años se duplicarán, siendo del 11% al 22% este grupo de edad y pasará a ser aproximadamente de 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Entre el 2025 y el 2030, en América latina y el Caribe la esperanza de vida se incrementará a 80,7 años para el sexo femenino y 74,9 años para el sexo masculino.(41)

Existen diferentes factores asociados al incremento de la esperanza de vida como la disminución de la tasa de fecundidad, la creación de vacunas que se usan en la infancia lo que conlleva a la disminución de la mortalidad en niños, la creación de programas para evitar la mortalidad materna, y la mortalidad de personas mayores.(42)

Existe preocupación en relación al incremento en la expectativa de vida, sobretodo en el sector de gobierno, debido a que se deberán crear políticas en las cuales la persona de la tercera edad, forme parte de una sociedad activa, pero al ser un grupo de edad que por lo general se lo cataloga como vulnerable, crea la sensación de una carga para el estado en el sector económico, de salud, político y social.

El fundamento legal considerando la constitución de la república del Ecuador del año 2008, en la cual reconoce a la población adulta mayor, como un grupo que requiere atención prioritaria. (43)

En el capítulo tercero, sección primera de la Constitución del Ecuador expresa que: Art. 36 “Las personas adultas 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.”(43)

Art. 37.- “El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos”:

1. gratuidad en la atención de salud y acceso en la medicación.
2. en caso de realizar un trabajo este debe ser remunerado, tomando en cuenta las capacidades y en caso de existir limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Descuentos en servicios básicos, en transporte y espectáculos.
5. Exenciones tributarias.
6. Exoneración del pago en procesos de notaría y registros, todo dentro del marco de la ley.
7. Es importante que tengas acceso a una vivienda digna.

En el Art. 38 “Establece que el estado establecerá políticas públicas y programas de atención a los adultos mayores teniendo en cuenta las diferencias entre áreas rurales y urbanas, desigualdad de género, la cultura, la etnia las diferencias entre comunidades, pueblos y nacionalidades”.

En el año 2002, fue elaborado un plan de acción internacional, por medio de la OMS, que tomaba en consideración el envejecimiento activo y el envejecimiento en general. En este plan se hace hincapié en el aumento de la expectativa de vida tomando en cuenta la importancia de la población longeva en el futuro. El beneficio de este plan es garantizar una mejora en la calidad de vida de esta población de edad avanzada. (36)

Se reconocen tres prioridades de acción: la buena salud y bienestar en la etapa de vida de la tercera edad, proporcionar mejoras del entorno para favorecer en base a la población mayor.

La finalidad de este plan señala algunas recomendaciones clave como:

- La promoción de salud y el bienestar durante toda la vida.

- garantizar el acceso universal y equitativo a la salud
- accesibilidad para la atención de personas mayores con VIH o SIDA.
- capacitación permanente al personal de la salud
- accesibilidad en la atención de salud mental de las personas mayores.
- prestar los servicios adecuados a las personas mayores con discapacidad.
- proporcionar atención y apoyo a los cuidadores; y prevenir la negligencia, la violencia y el maltrato contra las personas mayores.
- la importancia de envejecer en la comunidad donde se ha vivido

Sin embargo, a la actualidad estudios a nivel mundial, revela que lo que concierne a políticas de salud relacionados, los cambios demográficos tienen baja prioridad. Además, que no se evidencia que existan profesionales de la salud que se estén formando en geriatría o gerontología a pesar del notable crecimiento demográfico de población mayor. No se lo ve como un objetivo prioritario en temas gubernamentales.

El proceso de envejecimiento es una etapa en donde se debe reforzar las actividades, como promoción de salud, una estrategia de envejecimiento activo, va a producir oportunidades para la participación de la población mayor, de esta forma se mejoraría la calidad de vida durante este proceso.

Con la finalidad de que los adultos mayores sigan siendo productivos para sus familias, la economía y la comunidad. se requiere una competencia multisectorial. (44)

Existe seis determinantes clave del envejecimiento activo reconocidos por la OMS que son: los personales, los económicos, los conductuales, los sociales, los que se relacionan con los sistemas sanitarios, sociales y con el entorno físico.(44).

Frente a estos determinantes existen políticas propuestas para la respuesta de los sistemas de salud:

1. Reducir las complicaciones y discapacidades de enfermedades crónicas y mortalidad prematura.
2. Es esencial la formación de los cuidadores.
3. accesibilidad y cobertura de los servicios de salud.
4. Detección y reducción de los factores de riesgo y la integración de factores protectores.

Determinantes sociales

Los determinantes de la salud se caracterizan por ser factores que puede brindar protección o causar daño tanto para la salud individual y colectiva, son factores que combinados van a determinar los niveles de salud de los individuos y la comunidad. (45)

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en que las personas nacen, crecen, laboran, y envejecen. Esto está incluido en su sistema de salud. Estas condiciones se ven relacionadas con la distribución del dinero o las riquezas, el poder, los recursos a nivel mundial, nacional y local. A nivel de salud se expresa con la inequidad de la distribución de recursos.(46)

En un informe final de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la salud se tomó en cuenta como prioridad las necesidades clave como:

- Formar estrategias para las personas mayores independientemente de su edad, teniendo en cuenta sus experiencias
- Eliminar las inequidades.
- Evitar los estereotipos y prejuicios discriminatorios por motivos de edad
- Empoderar a los adultos mayores para que puedan ser capaces de adaptarse a los cambios sociales y que influyan de manera positiva en su edad.
- Cuidar el entorno donde viven los adultos mayores.
- Tener en cuenta la salud desde la perspectiva de la trayectoria de funcionamiento de la persona mayor, en lugar de la enfermedad o las comorbilidades que presenten en un momento de su vida.

Es posible que exista una predisposición a desarrollar depresión en individuos que no toleren una situación que les demande psicológicamente o cause estrés psicosocial y actúe como un factor precipitante o predisponente de la depresión. (47)

En un entorno individual que conforma a la autonomía personal, funcionamiento familiar, redes o apoyo social, son consideradas un vínculo de la depresión. (48)
La salud mental, como las alteraciones mentales podrían estar determinados por factores de los determinantes sociales.

Estos determinantes están clasificados en cuatro categorías que son:

- Biología humana
- Medio ambiente
- Estilo de vida
- Sistema sanitario

La biología humana como determinante de salud se relaciona con la carga genética y los factores hereditarios, siendo posiblemente este determinante un factor no modificable, en torno a la evaluación de las políticas de salud para la prevención de mortalidad. (49)

La multimorbilidad es la presencia de varias enfermedades crónicas al mismo tiempo en una persona, es más frecuente que esto se presente al envejecer. Esto causa una interacción de tratamientos y recomendaciones de diferentes trastornos que padezca el adulto mayor. El impacto que puede provocar la multimorbilidad en el funcionamiento y la calidad de vida es que el riesgo de mortalidad se incremente y sea mayor en relación a los efectos individuales de las afecciones que padezca. (50)

El medio ambiente son los factores que afectan el entorno del hombre que tienen una gran influencia en su salud, dentro de este grupo se identifica tanto el medio ambiente natural y el medio ambiente social, teniendo una especial importancia este último.

El medio ambiente natural implica lo relacionado con la contaminación ambiental, que puede ser ocasionada por factores biológicos como los microorganismos, los factores físicos como las radiaciones y ruidos, factores químicos como el uso de plaguicidas y metales pesados, y los cambios climáticos.

El medio ambiente social incluye las condiciones de trabajo, vivienda, nivel de escolaridad, nivel de ingresos económicos, y las condiciones culturales.

Los estilos de vida y hábitos, este determinante tiene mucha influencia sobre todo por los comportamientos y hábitos de vida que pueden estar condicionando negativamente la salud del individuo.

Se trata de conductas que son adaptadas por la influencia del entorno y los grupos sociales que se frecuentan, el individuo toma la decisión personal de hacerlas parte de sus hábitos.

Entre estos hábitos o comportamientos incluyen el consumo de ciertas sustancias nocivas, la alimentación inadecuada, las conductas de riesgo en sexualidad, el sedentarismo.

Los condicionantes en el proceso de salud- enfermedad están relacionados con los hábitos sanos o insanos que adopte la sociedad.

La realización de actividad física tiene un efecto protector muy positivo en la vejez. Ya que mejora la capacidad física y cuida la salud mental, al preservar la fuerza muscular y la función cognitiva, reducir la ansiedad y la depresión con una mejoraría en la autoestima; previene y reduce los riesgos de enfermedades, el riesgo de cardiopatía coronaria, diabetes y accidente cerebrovascular y mejora la respuesta social, al facilitar una mayor y mejor participación en el ambiente comunitario y el mejoramiento de redes sociales y vínculos intergeneracionales.(51)

Cuando se realiza una mejora en los mismos se logra una mejoría en el estado de salud del individuo un todo su entorno.

El sistema sanitario este determinante se lo cataloga como a todos los centros, recursos humanos, medios materiales y económicos, tecnologías, etc.

La accesibilidad a los servicios de salud, la cobertura, eficacia y eficiencia, los recursos y la buena práctica médica.

Los sistemas de salud de nuestro país no están adecuadamente adaptados para cumplir con las necesidades de la población de edad avanzada que se atiende, resulta en ocasiones peligroso y poco práctico que una persona mayor salga de su hogar a hacerse atender. La mayoría de los adultos mayores cuentan con cuidadores que por lo general son algún miembro de su familia con quien vive y en caso que sea un adulto mayor que viva solo, tendrá la ayuda de un vecino o amigo de la comunidad. En muchas ocasiones los cuidadores, no están debidamente capacitados, y los adultos mayores suelen ser víctimas de alguna forma de maltrato. (52).

Las variables sociodemográficas, según las ONU son: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, lengua hablada, nivel de instrucción, nivel económico y fecundidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que el estado civil es un indicador que sirve para medir el apoyo social del individuo, que por lo general es similar para ambos sexos.(53)

Entre los principales factores que influyen en la salud de las personas son:

Dependencia: La fragilidad se podría considerar como un deterioro progresivo que se relaciona con la edad de los sistemas fisiológicos el cual podría provocar disminución de las reservas de capacidad intrínseca, ocasionando estrés y aumento de los factores de riesgo a nivel sanitario.(54) La fragilidad es común que se evidencia más en países subdesarrollados y en personas con nivel socioeconómico bajo. (55)

La capacidad intrínseca según la OMS, es el uso de las capacidades mentales y físicas que el individuo puede usar a través del tiempo. Esto implica que mantenga su autonomía y conservar la capacidad de tomar decisiones sobre asuntos de su interés.(56)

Dependencia de cuidados y pérdida considerable de la capacidad funcional
Esto sucede cuando la capacidad funcional ha presentado una disminución considerable a tal punto que la persona mayor ya no tiene la capacidad de llevar a cabo sin ayuda las tareas básicas de la vida cotidiana.

A pesar de recibir ciertas ayudas las personas mayores pueden conservar su autonomía, por el hecho de que conservan la capacidad de la toma de decisiones y pueden ejecutar sus decisiones.

Las escalas de valoración funcional valoran la capacidad del individuo de desarrollar sus actividades de manera independiente, estas son las actividades de la vida diaria.(57) Están clasificadas en actividades básicas, instrumentales y avanzadas.

La valoración de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) toma en cuenta la funcionabilidad más elemental, como usar un retrete, comer, control de esfínteres, vestirse, el aseo personal, andar solo que forman parte del autocuidado.

La valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son las actividades que se desarrollan dentro de una comunidad, mide la independencia del adulto mayor. La valoración avanzada de las actividades de la vida diaria (AAVD) mide funciones más complejas como la realización de deporte, actividades de ocio y distracción, trabajo y transporte.(58)

Estas medidas resultan útiles para determinar la necesidad de atención asociada y para predecir las afecciones o grupos de afecciones sobre el funcionamiento más general o la futura dependencia de la atención de terceros. (59). Tiene como limitación que reconoce a las personas que padecen graves pérdidas de funcionamiento. Evalúan el desempeño en el ámbito real, tomando en cuenta el entorno en el que vive el adulto mayor.(60).

Valoración socio familiar: la familia representa una base fundamental en el cuidado y apoyo a los adultos mayores tanto de tipo emocional, físico y si se cuenta con una familia funcional o disfuncional es relevante para la generación o prevención de enfermedades, sirven de soporte social.

La primera red de apoyo social constituye la familia, la que se considera como un factor protector muy importante a lo largo de la vida del individuo. Es donde se obtiene el apoyo, bienestar, y amor sin embargo existen relaciones inestables que causan estrés y una gran insatisfacción al no lograr lo que se espera obtener del grupo familiar. Este déficit de emociones puede provocar en la persona una alteración emocional, que puede afectar su salud mental.

El ser humano es un ser social por ende debe desarrollarse en un medio comunitario para evitar la soledad, ya que esta es un factor de riesgo para desarrollar trastornos físicos y mentales. (61)

Las redes de apoyo para los adultos mayores tienen un gran valor. Esto es porque las redes de apoyo social y familiar pueden contribuir al mantenimiento de estilos de vida más sanos y ayuda a disminuir el estrés, y todo lo que provoca el mismo. Las medidas de apoyo social como la satisfacción marital y frecuencia de contacto con amigos, familiares y su integración en la comunidad se asocian con el bienestar, la felicidad y la satisfacción de una vida plena en las personas mayores, mejorando así su calidad de vida. (62).

Los adultos mayores a menudo sufren de maltrato por parte de personas en quienes confían, por lo general familiares o personas de su comunidad.

Se define como maltrato a las personas mayores como un acto que causa sufrimiento, daño o la ineficacia para evitar que suceda, que puede ser un solo acto o de forma repetida. (52). Los tipos de maltrato son de carácter físico, psicológico, sexual, emocional, financiero y material. Puede ocurrir tanto en el hogar como en alguna institución de asistencia, ya sea residencia o servicio de

salud. Este maltrato tiene consecuencias graves tanto físicas como psicológicas que pueden desencadenar estrés o depresión. Además de incrementar el riesgo de que el anciano sea hospitalizado y requiere frecuentemente de atención médica.

Un estudio determinó que entre el 28 al 62% de los adultos mayores que padecían demencia sufrían de maltrato psicológico y en un 3,5% al 23% maltrato físico. (63)

4.2 Antecedentes investigativos.

En un estudio efectuado en Colombia y publicado en el 2015 para explorar la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores, se determinó que el riesgo de depresión se asoció con la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y el cigarrillo; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias, la percepción de mala calidad de vida y la pérdida de capacidad funcional. Por lo que se concluye que el riesgo de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica del padecimiento; situación que se podría prevenir si se refuerzan los lazos familiares y se defiende un envejecimiento más activo y funcional. (64)

Características demográficas

En este estudio obtuvo como resultados que la edad promedio de los adultos mayores fue de 71,1 años (DE=8,21 años), con variación de edad entre 60 y 112 años. El 68,6 % de los adultos mayores oscilaba las edades entre 60 y 74 años. El 62,0 % fueron mujeres a razón de 1:1,63; el estado civil en su mayoría predominaba los casados con un 29,5 %; con respecto a la escolaridad el 61,8 % presentaron estudios de primaria o inferior y con una ubicación geográfica en el área urbana.

Las características sociales de los adultos mayores el 62,1 % no mantienen actividad comunitaria, el 15,6 % si realizan algún tipo de actividad el cual se inclinan por actividades con grupos religiosos. El 54,1 % de los adultos mayores describió su calidad de vida como buena.

La capacidad funcional, el 95,6 % mencionó ser capaz de alimentarse solos, y el 90,7 % no requieren ayuda para su movilización.

Factores asociados al riesgo de depresión

La condición anímica de los adultos mayores, fue medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se categorizo en dos grupos (con y sin riesgo). El 29,5 % presento riesgo de padecer depresión y el 70,5 % se muestra sin riesgo.

Como conclusión se tomó en consideración los aspectos como ser mayor de 90 años, tener una baja instrucción educativa, vivir solo, una baja puntuación en la calidad de vida, contar con una mala red social, ser mujer y presentar dependencia para la realización de las actividades cotidianas, pueden aumentar la probabilidad de padecer síntomas depresivos en el adulto mayor.

En un estudio llevado a cabo en la Universidad Autónoma de Tamaulipas (México) (65), se seleccionó una muestra de personas mayores de 60 años que presentaran alguna enfermedad crónica de más de un año de evolución y que estuvieran orientados temporo-espacialmente. Partiendo del Modelo de Adaptación de Roy se estudiaron las variables relacionadas con el envejecimiento activo. La aceptación de los cambios del envejecimiento y de los acontecimientos vitales fueron predictores de envejecimiento activo. Además, se encontró una relación negativa entre padecer depresión y el apoyo social percibido.

Los resultados obtenidos de este estudio relacionados con la edad la media fue de 68.9 años, con predominio del sexo femenino (64%) la escolaridad promedio fue nivel primario, la relación con pareja el 54.5%viven en pareja, el 29% tiene como pasatiempo ver televisión, y actividades sociales que se relacionan más a los servicios religiosos. El 97.5% refirió tomar medicamentos.

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La dependencia y la valoración socio familiar baja están relacionadas con la depresión en los adultos mayores.

6. MÉTODOS

6.1 Nivel de la investigación.

El nivel de la investigación es relacional, se investiga si existe asociación entre dos variables, la variable de supervisión y la variable de asociación, ambas cualitativas, determinando si existe asociación entre ellas.

6.2 Tipo de investigación.

Según la intervención del investigador, es de tipo observacional, porque el investigador no interviene, los datos muestran los eventos tal como ocurren de forma natural; según la planificación de la toma de datos, el estudio es prospectivo, la información se recoge para resolver el problema de investigación planteado, por lo que la naturaleza de los datos es primaria. Por el número de ocasiones que se miden las variables, es transversal, se miden en un solo momento y teniendo en cuenta el número de variables, el estudio es analítico, el análisis estadístico es bivariado.

6.3 Diseño de investigación.

El diseño de investigación es de un estudio de corte transversal, los datos se recogen en el periodo en que se realiza la investigación, una sola vez, esto incluye a todas las variables tanto de caracterización sociodemográfica de los adultos mayores como la de supervisión y las de asociación, para el cumplimiento de los objetivos planteados.

6.4 Justificación de la elección del método

El método se seleccionó de manera que permitiera la planificación y organización de cada uno de los acápites necesarios para el cumplimiento del propósito de la investigación, teniendo en cuenta que el mismo es determinar la relación entre la depresión en los adultos mayores y la dependencia, la valoración socio familiar, la investigadora determinó que el método es el más apropiado para el cumplimiento de los objetivos e hipótesis planteados.

6.5 Población de estudio.

La población de estudio está formada por 101 adultos mayores de ambos sexos asignados al consultorio 3 del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Sauces 3, de Guayaquil en el periodo correspondiente al año 2021.

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

Para los criterios de selección de los participantes en el estudio se tuvieron en cuenta: las normas éticas y las características de la población de estudio que no se adecuaron al desarrollo de la investigación y evitar errores tanto de selección como de medición.

6.5.2 Criterios de inclusión.

1. Adultos mayores que firmen el consentimiento para participar en la investigación.

6.5.3 Criterios de exclusión

1. Adultos mayores que presenten discapacidad que le impida llenar la encuesta.
2. Adultos mayores que en dos citas no acudan al consultorio y no se encuentren en su domicilio.

6.6 Procedimiento de recolección de la información

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para su realización se cumplieron las normas éticas vigentes en el Reglamento de Ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki en su última revisión en el año 2013.

Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los pacientes de la población de estudio. (Anexo 1)

Para caracterizar a los adultos mayores según variables sociodemográficas, se aplicó un cuestionario elaborado por la autora de la investigación y validada por los especialistas de Medicina Familiar utilizando los Criterios de Moriyama, se aplicó en el centro de salud en condiciones de privacidad, con el tiempo suficiente para revisar la información escrita por los adultos mayores. (Anexo 2)

Para determinar la dependencia se aplicó la escala de Lawton y Brody modificada (66) (Anexo 3), esta escala permite evaluar la realización de las

actividades instrumentales de la vida diaria si el adulto mayor las realiza con independencia o no.

Resultados de la escala varían entre:

Hasta 8 puntos: Independiente

De 9 a 20 puntos: Necesita cierta ayuda

Más de 20 puntos: Necesita mucha ayuda

La valoración socio familiar con la escala de Gijón (versión abreviada y modificada) (60) (Anexo 4) Se realiza la valoración socio familiar, la cual va a permitir evaluar la situación de con quien vive, las relaciones sociales y los contactos, si tiene y cuenta con apoyo de red social y al final obtiene una puntuación para tener la valoración socio familiar.

Dando un puntaje de:

Bueno o aceptable con puntaje de 5-9 puntos

Existe riesgo social con puntaje de 10 – 14 puntos

Existe problema social con puntaje de 15 a más.

Para determinar la depresión del adulto mayor se aplicó la escala modificada de Depresión Geriátrica de Yesavage, de 15 ítems (60) (Anexo 5). Su contenido centrado en aspectos cognitivo-conductuales que se relaciona con las características específicas de la depresión en el adulto mayor.

El cuestionario consta de respuestas dicotómicas si/no, puede ser realizado independientemente por el paciente o bien el médico en la consulta le puede consultar realizándole las preguntas y marcando la respuesta que reciba.

Cada ítem tiene la puntuación de 0/1, los resultados afirmativos coinciden con los síntomas de trastorno afectivo y las negativas para estado de normalidad. El sumatorio total nos da el resultado final. La versión modificada de 15 ítem realiza un corte donde:

- Normal de 0- 5 puntos
- Depresión leve de 6-9 puntos
- Depresión establecida de 10- 15 puntos

6.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Etnia	Encuesta
Dependencia	Encuesta (Escala de Lawton y Brody)
Valoración socio familiar	Encuesta (Escala de Gijón)
Depresión	Psicometría (Escala de Yesavage)

6.8 Técnicas de análisis estadístico

Los datos recogidos a través de las encuestas y en la aplicación de las escalas e índices propuestos se entraron al programa Microsoft Office Excel 2013, se colocaron las variables en las columnas y las unidades de estudio en las filas, se codificaron las categorías y se transportaron al programa SPSS versión 22, donde se procesaron.

La estrategia de análisis estadístico se realizó a través de la prueba de Chi cuadrado para determinar la relación estadística existente dependencia, valoración socio-familiar y la depresión.

Se consideró un valor de $p = <0,05$ como una relación estadísticamente significativa.

Variables

6.8.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Grupo etáero	<ol style="list-style-type: none"> 1. 65-69 2. 70-74 3. 75-79 4. 80-84 5. 85-89 6. 90-94 7. 95-99 	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo biológico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino 	Cualitativa nominal dicotómica
Escolaridad	Escolaridad (Según niveles terminados)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeto 2. Primaria 3. Bachiller. 4. Superior 5. Posgrado 	Cualitativa ordinal
Estado civil	Estado civil (Situación actual relacionada con la pareja)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero (a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 	Cualitativa nominal politómica
Situación laboral	Ocupación (Según actividad laboral que desempeña)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Activo 2. Jubilado 3. Ama de casa 	Cualitativa nominal politómica
Etnia	Etnia (Según auto identificación étnica)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mestizo 2. Indígena 3. Blanco 4. Afro ecuatoriano 	Cualitativa nominal politómica
Dependencia	Escala de Lawton y Brody modificada Más de 20 9-20	<ol style="list-style-type: none"> 1. Necesita cierta ayuda 2. Necesita mucha ayuda 3. Independiente 	Cualitativa ordinal

	Hasta 8		
Valoración socio familiar	Escala de Gijón 5-9 10-14 Más de 15	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bueno o aceptable 2. Existe riesgo social 3. Existe problema social 	Cualitativa ordinal
Depresión	Escala de Yesavage: 0-5 6 o más	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normal 2. Depresión 	Cualitativa ordinal

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla: 1 Distribución de adultos mayores según edad y sexo en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.

GRUPO ETARIO	SEXO				Total	%
	FEMENINO		MASCULINO			
	N	%	N	%		
De 65 a 69	31	53,4%	20	46,5%	51	50,5%
De 70 a 74	12	20,7%	14	32,6%	26	25,7%
De 75 a 79	5	8,6%	4	9,3%	9	8,9%
De 80 a 84	3	5,2%	3	2,3%	4	4,0%
De 85 a 89	5	8,6%	3	7,0%	8	7,9%
De 90 a 94	1	1,7%	0	0,0%	1	1,0%
De 95 a 99	1	1,7%	1	2,3%	2	2,0%
TOTAL	58	100,0%	43	100,0%	101	100,0%

La distribución de adultos mayores según su edad y sexo mostró que el 50,5% de la muestra, pertenecen al grupo etario entre 65 a 69 años, dentro de este grupo el sexo femenino es de mayor representación con el 53,40%. Muy cerca a nivel general, ya que, de las 101 personas encuestadas, 58 (57,42%) son de sexo femenino y 43 (42,57%) de sexo masculino.

En un estudio del autor Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo Perla De los Santos y Sandra Emma Valdés Población y Salud en Mesoamérica. Volumen 15, número 2, Artículo 5, enero-junio 2018. Los resultados: La población entre 60 y 69 años de edad representó el 9%, el 64.6% de la población entrevistada tenía entre 70 y 79 años de edad y el grupo de 80 años y/o más fue el 26.4%; en total, la muestra estuvo integrada por un 44.8% de hombres y 55.1% mujeres.

Tabla: 2 Distribución de adultos mayores según sexo y escolaridad en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.

Escolaridad	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%		
Primaria	10	17,2%	3	7,0%	13	12,9%
Bachiller	21	36,2%	15	34,9%	36	35,6%
Superior	23	39,7%	22	51,2%	45	44,6%
Posgrado	4	6,9%	3	7,0%	7	6,9%
Total	58	100,0%	43	100,0%	101	100,0%

En el estudio formado por 101 adultos mayores en los cuales se identificó que el nivel de escolaridad superior es mayor en ambos sexos alcanzando en conjunto el 44.6%, que representa 23 adultos mayores entre ambos sexos.

En comparación con el estudio realizado por el autor: Giacomani, Claudia; Título: Depresión y escolaridad en adultos mayores Año: 2015

Las puntuaciones de los participantes en la escala de depresión se ubican dentro del rango normal, lo que sugiere que factores independientes a la escolaridad, tales como el estilo de vida y la salud, tienen efectos favorables en el estado emocional del adulto mayor.

Tabla: 3 Distribución de adultos mayores según sexo y estado civil en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.

Estado Civil	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%		
Casado	32	35,0%	30	66,7%	62	48,6%
Soltero	8	13,8%	5	11,6%	13	12,9%
Viudo	13	22,4%	5	11,6%	18	17,8%
Divorciado	5	8,6%	3	7,0%	8	7,9%
Total	58	100,0%	43	100,0%	101	100,0%

El estudio identificó que el estado civil que predominó fue el de casado, con un 48,6% entre ambos sexos, de estos el 35% son de sexo femenino y el 66,7% de sexo masculino.

En comparación con el estudio del autor: Serra Taylor. Título: Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores. Año: 2015 se encontraron mayores niveles de depresión y menores niveles de autoeficacia en quienes habían enviudado. Los resultados sugieren que altos niveles de escolaridad y autoeficacia son factores protectores de la depresión en los adultos mayores, mientras que la viudez es un factor de riesgo para la depresión.

Tabla: 4 Distribución de adultos mayores según sexo y ocupación en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.

Ocupación	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%		
Jubilado	21	36,2%	32	74,4%	53	52,5%
Activo	13	22,4%	11	25,6%	24	23,8%
Ama de casa	24	41,4%	0	0,0%	24	23,8%
Total	58	100,0%	43	100,0%	101	100,0%

Se logró identificar un predominio de ocupación jubilados en ambos sexos con un 52.5%

En comparación con el estudio de la autora: Paula Hermida, Título: Actitudes y significados acerca de la jubilación: revisita Liberabit, año 2016

Los resultados denotan que las mujeres, en comparación con los varones, presentan actitudes más favorables hacia la jubilación y la significan más como un «Descanso», «Comienzo» o «Continuidad». Esta diferencia podría deberse al impacto diferencial que generaría la pérdida del «rol» laboral de acuerdo al género.

Tabla: 5 Distribución de adultos mayores según sexo y etnia en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.

Etnia	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Mestizo	39	67,2%	32	74,4%	71	70,3%
Blanco	18	31,0%	10	23,3%	28	27,7%
Afro ecuatoriano	1	1,7%	1	2,3%	2	2,0%
Total	58	100,0%	43	100,0%	101	100,0%

En
el

estudio realizado se identificó la etnia mestiza con predominio total de la población estudiada.

Tabla: 6 Distribución de adultos mayores según sexo y dependencia en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.

Dependencia	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Necesita mucha ayuda	7	12,1%	4	9,3%	11	10,9%
Necesita cierta ayuda	34	58,6%	34	79,1%	68	67,3%
Independiente	17	29,3%	5	11,6%	22	21,8%
Total	58	100,0%	43	100,0%	101	100,0%

La distribución de adultos mayores según la dependencia y sexo demostró ser que la de necesita cierta ayuda para ambos sexos es la de mayor representación con 67,3%.

En comparación con el estudio realizado por autor: Runzer-Colmenares. Título: Asociación entre depresión y dependencia funcional adultos mayores. Año: 2017. Los resultados mostraron que la mayoría de adultos mayores mostró independencia para A.B.V.D. (72%) y A.I.V.D. (64.5%). La gran mayoría

presenta un cuadro probable de Depresión (52.7%), con tendencia a la ausencia de esta misma (47.3%).

Tabla: 7 Distribución de adultos mayores según sexo y valoración socio familiar en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.

Valoración socio familiar	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Aceptable situación familiar	56	96,6%	42	97,7%	98	97,0%
riesgo social	2	3,4%	1	2,3%	3	3%
Total	58	100,0%	43	100,0%	101	100,0%

En el comportamiento de la variable socio familiar con el sexo para ambos sexos el de mayor representación es el de “Aceptable situación familiar” con un 97% en total.

En comparación con el estudio de Villareal Amaris, Month Arrieta, condición socio familiar, asistencial y funcionabilidad del adulto mayor de 65 años que obtuvo resultados; El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las mujeres ($p < 0,05$). La valoración funcional se deterioró con la edad ($p < 0,05$). Los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad

Tabla: 8 Distribución de adultos mayores según sexo y depresión en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.

Depresión	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%		
Normal	44	75,9%	34	79,1%	78	77,2%
Depresión	14	24,1%	9	20,9%	23	22,8%
Total	58	100,0%	43	100,0%	101	100,0%

La distribución de adultos mayores según la depresión y sexo demostró ser normal con predominio de ambos sexos con 77,2%.

La dependencia y la valoración familiar baja, están asociados con la depresión en el adulto mayor.

En comparación con el estudio realizado por autor Carlos Ruvalcaba título indicadores de Depresión en Adultos Mayores de 60 a 75 años, Journal of Negative and No Positive Results, vol. 4, núm. 10

De las 57 personas encuestadas, la mayor participación con 75% corresponde a las mujeres y 25% a los hombres, donde el mayor impacto en cuanto a indicadores de depresión con 35% corresponde al género femenino y 7% al género masculino.

Tabla: 9 Distribución de adultos mayores según Dependencia y Depresión en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.

Prueba de hipótesis:

H₀: La dependencia no está relacionado con la depresión.

H₁: La dependencia está relacionada con la depresión.

Dependencia	Depresión				Total	
	Si		No		N	%
	N	%	N	%		
Necesita mucha ayuda	5	21.7	6	7.7	11	10.9
Necesita cierta ayuda	14	60.9	54	69.2	68	67.3
Independiente	4	17.4	18	23.1	22	21.8
TOTAL	23	100.0	78	100.0	101	100.0

Prueba de Chi- Cuadrado

Resultado:

$\chi^2 = 3.66$ $P = 0.160$

Interpretación:

Como el valor Sig. (valor crítico observado) 0.160 es mayor a 0.05 no se rechaza a la hipótesis nula, por lo que, las variables dependencia y depresión del adulto mayor del consultorio 3 del Centro de Salud Sauces 3 no se asocian significativamente, es decir, son independientes.

En comparación con el estudio realizado por autor: Lema Aguirre, Título: Dependencia Funcional y Depresión en Adultos Mayores del Servicio de Geriatría del Hospital III Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú 2018.

Dio como resultado que el análisis de la prueba de Lawton y Brody, junto con el de Yesavage, mostró una relación estadística significativa (KS 21.917; $p < 0.05$), (KS 21.125; $p < 0.05$). Sí existe una relación estadística significativa entre dependencia funcional para actividades de la vida diaria y depresión en adultos mayores.

Tabla: 10 Distribución de adultos mayores según Valoración socio familiar y Depresión en el consultorio 3 del Centro de Salud Sauces III.

Prueba de hipótesis:

H₀: La valoración socio familiar no está relacionada con la depresión

H₁: La valoración socio familiar está relacionada con la depresión

Valoración Socio familiar	Depresión				Total	
	Si		No		N	%
	N	%	N	%		
Aceptable situación familiar	21	91.3	77	98.7	98	97.0
Riesgo social	2	8.7	1	1.3	3	3.0
TOTAL	23	100.0	78	100.0	101	100.0

Prueba de Chi- Cuadrado

$\chi^2 = 3.387$ $P = 0.066$

Interpretación:

Como el valor Sig. (valor crítico observado) 0.066 es mayor a 0.05 no se rechaza la hipótesis nula, por lo que, las variables valoración socio familiar y depresión del adulto mayor del consultorio 3 del Centro de Salud Sauces 3 no se asocian significativamente, es decir, son independientes.

En comparación con el estudio del autor Jorge Chávez, Título: Asociación entre factores de riesgo socio familiares y su prevalencia en la depresión Año 2016. Dio como resultados que el 55.36% de la población encuestada presentó depresión y probable depresión, en la valoración socio familiar se encontró que el 75.89% de la población presentaba un riesgo social bajo, el 11.61% un 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. El riesgo socio familiar alto es un fuerte predictor de depresión en los adultos mayores.

8. CONCLUSIONES

El predominio de etnia es la raza mestiza en mayor porcentaje el sexo femenino, el nivel de escolaridad más numeroso fue el superior, el estado civil casado, ocupación jubilado, todos estos resultados calculados independientemente.

Además, la distribución de adultos mayores según la dependencia y sexo demostró ser que, la de necesita cierta ayuda para ambos sexos es la de mayor representación.

La distribución de adultos mayores según valoración socio familiar y sexo demostró ser que, aceptable, para ambos sexos.

La distribución de adultos mayores según la depresión y sexo demostró ser normal con predominio de ambos sexos.

Se realizó una prueba de Chi cuadrado para verificar si existe alguna asociación entre la variable dependencia y depresión obteniendo como resultado que no existe asociación alguna, es decir, son independientes. Se realizó una prueba de Chi cuadrado entre la variable valoración socio familiar y depresión, con el fin de observar si esta variable tiene alguna asociación con la variable depresión, dando como resultado que no tienen asociación alguna, es decir, son independientes.

9. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Podría considerarse como factores protectores los resultados obtenidos como el estado civil casado, la jubilación, el nivel de instrucción de estudios superiores, lo que da a evidenciar que estar casado, tener un ingreso económico; como en el caso de jubilación, la escolaridad avanzada, son considerados como un factor positivo para evitar la depresión, el hecho de necesitar cierta ayuda, es decir demostrar autonomía en la toma de decisiones y en las actividades de la vida diaria da un factor de protección adicional. Y no se detectó problemas de tipo social, dando a entender, al no encontrar en la población el factor de abandono o soledad, afirma el hecho que es importante la presencia de este factor de riesgo para asociarlo con posible depresión.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. depresion. [Internet].; 2017 [citado 2020 agosto. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
2. D C. Epidemiología de la depresion en el adulto mayor. [Internet].; 2018 [citado 2020 julio. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>.
3. Ecuador Rd. Instituto nacional de estadistica censo de poblacion y vivienda. mujeres y hombres del Ecuador en cifras III. [Internet].; 2010 [citado 2020 julio 26. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wpcontent/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf.
4. Aj RC. Asistencia clinica al adulto mayor. In. La Habana: ECIMED; 2012. p. 1-77.
5. MS P. researchGate. [Internet].; 2005 [citado 2020 Julio. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262480545_ADULTOS_MAYORES_FUNCIONALES_UN_NUEVO_CONCEPTO_EN_SALUD.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Luxemburgo: OMS; 2015.
7. (Senplades). Ecuador hoy y en el 2025. Apuntes sobre la evolucion demografica. Quito: Snplades; 2008.
8. Organización Panamericana de la Salud (. La carga de los trastornos mentales en la region de las Americas, 2018. [Internet].; 2018 [citado 2020 07. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y.
9. E KR. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en atención primaria. 2015 Oct;; p. 616-625.
10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos I. Infografía de depresión. [Internet].; 2015 [citado 2020 07. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>.
11. Organización mundial de la salud (OMS). temas de salud ; depresión. [Internet].; 2020 [citado 2020 julio. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
12. Pence B, O'Donnell J, Gaynes B. The depression treatment cascade in primary care: a public. Curr Psychiatry Rep. 2012; 14(35): p. 328.
13. Organización Mundial de la Salud. Salud mental y adultos mayores. [Internet].; 2017 [citado 2020 08. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
14. Association Ap. Depression. [Internet].; 2017 [citado 2020 julio. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>.

15. Asociación Americana de psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5th ed. Arlington; 2014.
16. Meeks T, Vahia I, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste D. A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*. 2011 Mar; 129(1-3).
17. Kessler R. The Costs of Depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2012; 35(1): p. 1-14.
18. Tinajero C. Depresión en el adulto mayor. [Internet].; 2005 [citado 2020 julio]. Disponible en: <http://medicinadefamilia.wordpress.com/temas-medicos/Depresión-en-el-adulto-mayor/>.
19. Dunlop B, Nemeroff C. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(3): p. 327-37.
20. Guía de actuación en atención primaria. SEMFYC. 2002; 2da ED.
21. Arranz L, Perez F, Petidier R. Depresión en el anciano ¿Otra epidemia del siglo XXI? Sociedad Española de geriatría y gerontología. 2008; Capítulo II.
22. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane*. 2012.
23. Andreescu C, Reynolds C. Depresión a una edad avanzada: tratamiento basado en la evidencia y nuevos cambios prometedores para la investigación y la práctica clínica. *Psiquiatría biológica*. 2012; 19(4): p. 116-126.
24. Navarro S, Avila J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica México*. 2007; Vol. 143(2).
25. Yesavage J, Brink T, Rose T. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1982; 17(1): p. 37-49.
26. Villanueva L. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. *Revista Hospital general Dr. Manuel Gea Gonzalez*. 2000; 3(107-14).
27. Barzilai N, Huffman D, Muzumdar R, Bartke A. The Critical Role of Metabolic pathways in aging. *Diabetes*. ; 61(6): p. 1315-22.
28. Miller R. the aging immune system. *Primer and Prospectus Science*. 1996; 273(70).
29. Reyes T, Herrera C. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia y la sociedad. *Revista Cubana de investigación Biomédica*. 2011; 30(3): p. 454-459.
30. Tavares A. Derechos de los ancianos y fortalecimiento de su poder. *La atención en los ancianos*. 2003; 546.
31. Alvarado G, Salazar M. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014; 25(2): p. 57-62.
32. Butler R. Ageism: a foreword. [Internet].; 1980 [citado 2020 08]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>.
33. Gomez J, Curcio C. Valoración integral del anciano sano. *Artes graficas*. 2002;: p. 500.

34. Villanueva E. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Revista Hospital Gral. M Gea Gonzalez. 2000; 3(3): p. 107-114.
35. Fontes A, Neri A. Resiliencia y vejez: revisión de literatura. Ciencia & Saúde Coletiva. 2015; 20(5).
36. OMS , Organización mundial de la salud. Informe mundial sobre envejecimiento y salud. ; 2015.
37. Ministerio de inclusión económica y social. Dirección Población Adulta Mayor. [Internet].; 2013 [citado 2020 julio. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>.
38. Ecuador en cifras I. Resultados del censo 2010 de población y vivienda Ecuador. [Internet].; 2010 [citado 2020 08. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/guayas.pdf>.
39. Davila F. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR ECUATORIANO. [Internet].; 2009 [citado 2020 08.
40. Instituto ecuatoriano de estadística y censos I. Población y demografía. [Internet].; 2013 [citado 2020 julio. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>.
41. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida. [Internet]. [citado 2020 julio. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/es/>.
42. Ministerio de salud pública del Ecuador. Normas y protocolos de atención integral de salud a los adultos mayores. [Internet].; 2010 [citado 2020 julio. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20DE%20ATENCIÓN%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>.
43. Asamblea constituyente. Constitución del Ecuador 2008. ; 2008.
44. Organización Mundial de la salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet].; 2015 [citado 2020 08. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1.
45. Ministerio de salud pública del Ecuador M. MANUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL. [Internet]. Quito; 2012 [citado 2020 julio. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
46. Organización mundial de la salud O. Determinantes sociales de la salud. [Internet].; 2012 [citado 2020 julio. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/.
47. Monroe S, Harkness K. Is depression a chronic mental illness? Psychol Med. 2012 May; 42(5): p. 899-902.
48. Thompson S, Cochran , Barczyk A. Family Functioning and Mental health in runaway youth. 2012; 25(5): p. 598-601.

49. Acevedo G, Martinez D, Utz L. Manual de Medicina Preventiva y Social I. [Internet].; 2013 [citado 2020 08. Disponible en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>.
50. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011 Sep; 10(4).
51. Tak E, Chorus A, Kuiper R, Hopman-Rock M. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Research Reviews.* 2013 Jan; 12(1): p. 329-338.
52. Organización mundial de la Salud. Elder abuse. [Internet].; 2014 [citado 2020 08. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.
53. Pineda JA. Trabajo de cuidado de la vejez en una sociedad en envejecimiento. 2014; 9(1).
54. Cesari M, Prince M, Bernabei R, Chan P, Gutierrez R. Frailty – an emerging public health priority. *Gerontologist.* 2016.
55. Alvarado B, Zunzunegui M, Beland F, Bamvita J. M. Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES.* 2008; 63(12).
56. Organización mundial de la Salud. Atención integrada para personas mayores. [Internet].; 2017 [citado 2020 08. Disponible en: https://www.who.int/ageing/publications/WHO-ALC-ICOPE_brochure_sp.pdf?ua=1.
57. Cruz A. Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. libro impreso ed. Barcelona : Prous Science ; 2006.
58. William B, Blass J, Williams F. Instruments for the functional assesment of older patients. *New Eng Journal Med.* 1990; 322(1207-1214).
59. Organización mundial de la salud SogAaah(. Health statistics and information systems. [Internet].; 2015 [citado 2020 08. Disponible en: (<http://www.who.int/healthinfo/sage/en/>).
60. Ministerio de salud publica del Ecuador M. Guías clínicas geronto geriátrica de atención primaria de salud para el adulto mayor. MSP.
61. Garcia M, Martin S, Vicario E, Vergara A. Antidepresivos en la tercera edad. *SEMERGEN-Medicina de Familia.* 2016; 42(7).
62. Gutiérrez MR, TFC, ADL, A. Chile y sus mayores: análisis de la encuesta nacional calidad de vida en la vejez. *Sociologia e Politiche Sociali.* 2014; 17(3).
63. Dong X, Chen R, Simon M. Elder abuse and dementia: a review of the research and health policy. *Health Af.* 2014 Apr; 33(4).
64. Segura Cardona CASC. riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. *Revista Salud pública.* 2012;: p. 184-194.
65. Salazar B, Lillo M, Hernandez P, Villareal M, Gallegos E. Factores que contribuyen al Envejecimiento Activo en los adultos mayores, desde el

- marco del Modelo de Adaptación de Roy. Invest. educ. enferm. 2018 May; 36(2).
66. Ministerio de Salud Pública. Guías Clínicas Geronto- Geriátricas , De Atención Primaria de salud. [Internet].; 2008 [citado 2020 08. Disponible en: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>.
 67. Organización mundial de la salud. Depresión. [Internet].; 2017 [citado 2020 08. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es.
 68. Kohn R, Levav I, De Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo A. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. Rev Panam Salud Publica. 2005; 18(40): p. 229.
 69. Banco m. Enendiendo la pobreza, panorama general. [Internet].; 2020 [citado 2020 08. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/overview>.

Anexo 1 Consentimiento informado

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: relacionar los determinantes sociales con la depresión en el adulto mayor

He recibido la información por el médico: Daniela Patricia Gallegos Lozano postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0924683683 y número de teléfono: 0992350033

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en aplicación de una serie de cuestionarios a llenar
4. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es 1 hora
5. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
7. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
8. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
9. Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.
10. Paciente: Firma _____
11. Cédula de identidad No. _____
12. Fecha.....

Anexo 2 Encuesta de variables sociodemográficas

Nombre:

Edad:

MARQUE CON UNA (X) SU RESPUESTA

Indique su sexo:

M _____

F _____

¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero _____
2. Casado _____
3. Viudo _____
4. Divorciado _____

¿Cuál es su grado académico?:

1. Ninguno _____
2. Primaria _____
3. Secundaria _____
4. Superior _____
5. Posgrado _____

Indique su situación Laboral:

1. Activo _____ O EMPLEADO
2. Jubilado _____
3. Ama de casa _____

Indique su etnia:

1. Indígena _____
2. Afro ecuatoriano _____
3. Montubio _____
4. Blanco _____
5. Mestizo _____

Anexo 3 Escala de Lawton y Brody

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)3 CUADRO. ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADA

Cuidar la casa		Uso del teléfono	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	Sólo para lugares muy familiares	2
Tareas ligeras únicamente	3	Puede contestar pero no llamar	3
Necesita ayuda para todas las tareas	4	Incapaz de utilizarlo	4
Incapaz de hacer nada	5		
Lavado de ropa		Uso del transporte	
Lo realiza personalmente	1	Viaja en trans.; público o conduce	1
Solo lava pequeñas prendas	2	Sólo en taxi, no en autobus	2
Es incapaz de lavar	3	Necesita acompañamiento	3
		Es incapaz de usarlo	4
Preparación de la comida		Manejo del dinero	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	3
Tienen que darle la comida hecha	4		
Ir de compras		Responsable de los Medicamentos	
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	2	Hay que preparárselos	2
Tienen que acompañarle	3	Incapaz de hacerlos por sí mismo	3
Es incapaz de ir de compras	4		

NOTA: Grado de dependencia: hasta 8 puntos = Independiente
 De 8 a 20 puntos; Necesita cierta ayuda
 Más de 20 puntos; Necesita mucha ayuda.

Anexo 4 Escala de Gijón

ESCALA DE VALORACION SOCIAL GUIJON

Escala de valoración socio-familiar de Gijón (Versión abreviada y modificada)

Situación familiar

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 o no quieren atenderlo
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubre todas las necesidades.
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia

Relaciones y contactos sociales

1. Mantiene relaciones sociales 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)

Apoyos red social

1. No recibe ningún apoyo
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)
4. Tiene soporte social pero es insuficiente
5. No tiene soporte social y lo necesita

NOTA: Puntuación

- De 5 a 9: aceptable situación social
- De 10 a 14: Existe riesgo social
- Más de 15: Problema social.

Anexo 5 Escala de depresión Yesavage

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

Preguntas			Respuesta	Puntaje
*1 ¿Se considera satisfecho (a) de su vida?	SI	NO		
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO		
3 ¿Se aburre a menudo?	SI	NO		
4 ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO		
*5 ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
6 ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO		
*7 ¿Está contento (a) la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
8 ¿Se siente a menudo desvalido (a) ?	SI	NO		
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO		
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO		
*11 ¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a) ?	SI	NO		
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO		
*13 ¿Se siente lleno (a) de energías?	SI	NO		
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO		
15 ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI	NO		
PUNTAJE TOTAL				

Puntuación: Un punto cuando responde "NO" a las respuestas marcadas con asterisco.

Un punto cuando corresponda "SI" al resto de las preguntas.

Escala:

Normal	0-5
Depresión Leve	6-9
Depresión Establecida	> 10

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Daniela Patricia Gallegos Lozano**, con C.C: # 0924683683 autor/a del trabajo de titulación: Relación entre dependencia, valoración socio-familiar y la depresión en adulto mayor consultorio 3. Centro de Salud Sauces III. año 2021. Previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **20 de noviembre de 2021**

f. _____

Nombre: **Gallegos Lozano Daniela Patricia**

C.C: **0924683683**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Relación entre dependencia, valoración socio-familiar y la depresión en adulto mayor consultorio 3. Centro de Salud Sauces III. año 2021.		
AUTOR(ES)	Daniela Patricia Gallegos Lozano		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Darío Mesías Ortiz Hidalgo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre de 2021	No. DE PÁGINAS:	(# de páginas)
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Geriátrica Psiquiatría		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Depresión, Adulto mayor, Dependencia física, Apoyo social, Fragilidad, Autonomía.		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: La depresión es una enfermedad que afecta en gran medida al grupo de edad de 65 años y más, los factores que mayormente se han identificados que propician es la dependencia, la valoración familiar y social que maneja. Métodos: Se realizó un estudio de nivel relacional; de tipo observacional, transversal, prospectivo y analítico en la población de adultos mayores del consultorio 3 del Centro de Salud Sauces 3. Resultados: Las variables sociodemográficas predominantes con un 70,3% fueron de raza mestiza, sexo femenino, el grupo etario fue de 65 a 59 años de edad. La escolaridad es superior con un 44,6%, el estado civil, casado, con un 48,6% y ocupación jubilado con un 52,2. No existe asociación alguna entre la variable dependencia y depresión. La variable socio familiar con la variable depresión, no tienen asociación alguna. Conclusiones: Las personas que necesitan cierta ayuda, no tienen relación alguna con la depresión por predominio de estado normal en encuestados. Y que la mayoría de los encuestados tenga un nivel de situación socio familiar aceptable no depende de que la mayoría de los encuestados han dado resultado normal.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0992350033	E-mail: danielagallegos33@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas		
	Teléfono: 043804600 ext. :1830-1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			