



Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

“Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador 2016”

Tesis previa a la obtención del título de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

AUTOR: Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado, Mg.Sc.

DIRECTORA: Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo, Esp.

Loja – Ecuador
2017

CERTIFICACIÓN

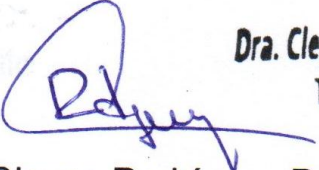
Dra. Esp. Cleyne Rodríguez Pardo

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes el desarrollo de la tesis intitulada **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR, FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES, REGIÓN 7 DEL ECUADOR 2016”**, de la autoría de la Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado, la misma que cumple a satisfacción los requisitos de fondo y forma, exigidos por la Institución para los procesos de graduación de postgrado, por tal motivo autorizo su presentación y defensa ante el tribunal designado para el efecto.

Loja, 27 de diciembre de 2016


Dra. Cleyne Rodríguez Pardo
1756652564

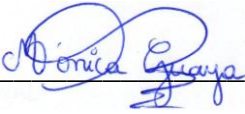
Dra. Cleyne Rodríguez Pardo
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo Mónica Janeth Guaya Delgado declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor : Mónica Janeth Guaya Delgado

Firma :  _____

Cédula : 1103354286

Fecha : 13 febrero de 2017

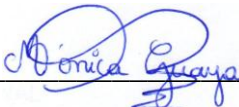
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Mónica Janeth Guaya Delgado declaro ser autora de la tesis titulada: “Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, Región 7 del Ecuador 2016” como requisito para optar al grado de: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 13 días del mes de febrero del dos mil diez y siete, firma el autor.

Firma:  _____

Autor: Mónica Janeth Guaya Delgado

Cédula: 1103354286

Dirección: Yantzaza, calle Zamora y 22 de noviembre, esquina.

Correo electrónico: monicajanethguaya@gmail.com

Teléfono: 2300-918

Celular: 0981752429

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Cleyne Rodríguez Pardillo Esp.

Tribunal de Grado: Dr. Patricio Aguirre Aguirre Mg.Sc.

Dra. Karina Flores Mg.Sc.

Dr. Luis Pacheco Correa Mg. Sc.

DEDICATORIA

Con mucho aprecio para las presentes y futuras generaciones de profesionales médicos que tengan en lo más profundo de su corazón las ganas de servir, de comprender que se puede crear una cultura donde lo más valioso sea el talento humano sobre el capital y empezar por ese cambio de conductas que nos lleven a un sano envejecimiento, a trascender en la vida siendo congruentes con lo que decimos y hacemos.

A mis padres: Herminio y Piedad por haberme guiado en el sendero de la educación; siempre presente que “la educación que nace en la cuna, termina en la tumba”

A la hermandad Guaya Delgado: Diego, Lenin, Richar, hombres consientes que la familia, la sociedad y la madre tierra, influyen en la salud-enfermedad, siendo fuentes de energía y vida.

A las Señoritas: Universitaria y Colegiala; Micaela y Valeria, futuras profesionales, para que reflexionen que “no hay obstáculos más grandes que los que están en nuestros propios pensamientos”, solo la dedicación, el esfuerzo y las ganas de ser mejores seres humanos, perfectibles, guiarán nuestros actos conscientes e inconscientes hacia la adquisición y fomento de espacios saludables con una cultura de paz en medio de tanta violencia y mentira.

Mónica Janeth Guaya Delgado

AGRADECIMIENTO

- A la Universidad Nacional de Loja, a través del Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, bajo la coordinación del Dr. Jorge Reyes Jaramillo M.Sc., quien ha hecho todo lo posible por llevar a buen puerto este navío en medio de arrecifes.
- Al Dr. Ernesto Miguel Granda Marín, amigo y colega, quien supo orientar este trabajo de investigación con sus valiosos aportes
- Al Ministerio de Salud Pública, Hospital Básico Yantzaza, que me dio la oportunidad de participar en las Becas de Especialización del Nivel Primario de Atención.
- A mis compañeros y compañeras, docentes y autoridades de la Especialidad, por haberme colaborado y apoyado en todo el proceso investigativo.
- A las personas de Yantzaza, usuarios del servicio de salud, quienes abrieron sus puertas y nos acogieron, permitiéndonos ser parte del conocimiento de sus fortalezas y debilidades.
- A los adultos mayores de la región sur del país, Loja, Zamora Chinchipe y EL Oro, quienes nos acogieron para compartir vivencias, parte de las cuales quedan plasmadas en la base de datos que reposa en la UNL., línea de base para futuras investigaciones que apunten a crear políticas públicas orientadas a una mejor calidad de vida de la población geriátrica.

Y, en general, a todas las personas que de una u otra manera aportaron para concluir con éxito este aporte investigativo.

Mónica Janeth Guaya Delgado

ÍNDICE GENERAL

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	VI
ÍNDICE GENERAL.....	VII
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
4.1. ADULTO MAYOR.....	7
4.1.1. DEFINICIÓN.....	7
4.1.2. Población Adulta Mayor.....	7
4.1.3. Envejecimiento.....	8
4.1.4. Teorías del envejecimiento.....	10
4.1.5. Ciclo de vida.....	11
4.1.6. Cambios durante el proceso de envejecimiento.....	11
4.1.7. Determinantes de la Salud del Adulto Mayor.....	11
4.1.8. Calidad de vida.....	12
4.2. FAMILIA.....	12
4.2.1. Definición.....	12
4.2.2. Familia como sistema.....	13
4.2.3. Funciones Universales de la familia.....	13
4.2.4. Subsistemas familiares.....	14
4.2.5. Tipología de la familia.....	15
4.2.7. Crisis familiares.....	16
4.2.8. Familia y salud mental.....	16
4.2.9. Evaluación de la Funcionalidad Familiar FF-SIL.....	16
4.3. DEPRESIÓN.....	17
4.3.1. Definición.....	17
4.3.2. Fisiopatología.....	18
4.3.3. Sintomatología.....	18
4.3.5. Diagnóstico.....	18
4.3.6. Tratamiento.....	19
4.3.7. Factores relacionados con la depresión en población Adulta Mayor.....	20
4.5. ZONA 7 DEL ECUADOR.....	23
4.5.1. Consideraciones Generales.....	23
4.5.2. Localización.....	23
4.5.3. División Política.....	24
4.5.4. Niveles Administrativos de Planificación.....	24

4.5.5. Extensión	24
4.5.6. Población	24
4.5.7. La conectividad.....	25
4.5.8. El Plan Nacional del Buen vivir 2013-2017	25
4.5.9. Base Legal.....	26
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	27
5.1. METODOLOGÍA.....	27
6. RESULTADOS	34
7. DISCUSIÓN	38
8. CONCLUSIONES	43
9. RECOMENDACIONES	44
10. BIBLIOGRAFÍA	46
11. ANEXOS	50
ANEXO 1. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MACROPROYECTO: “CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR”	51
ANEXO 2: FORMULARIO DE PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	52
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)	53
ANEXO 5. HOJA DE RUTA	55
ANEXO 6. ARCHIVO FOTOGRÁFICO	56
ANEXO 7. TABLAS DEL SPSS	59
ANEXO 8. PROYECTO DE TESIS.....	98
ANEXO 9. CERTIFICADO DE LA TRADUCCIÓN DEL RESUMEN AL IDIOMA INGLÉS	133

1. Título

Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, Región 7 del Ecuador 2016

2. Resumen

Los avances tecnológicos, el control de la natalidad han provocado aumento de la longevidad con mayor probabilidad de pasar a la cuarta edad en relación de dependencia donde la depresión es el trastorno mental más frecuente. Desde la Medicina Familiar y Comunitaria, se contribuirá a detectar y tratar oportunamente no solo con medicamentos sino también con abordaje bio-psico-social. Evaluar la funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores de la zona 7, Ecuador 2016. Estudio prospectivo, descriptivo, analítico y transversal, entre enero a diciembre 2016 a través de entrevista personal casa a casa a 1146 adultos mayores de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe, con instrumento de recolección de información sociodemográfica, el test de funcionalidad familiar FF-SIL y la escala geriátrica de depresión de Yesavage modificada, como parte del estudio macro: "Calidad de vida del adulto mayor zona 7", utilizando el programa SPSS, versión 16. La funcionalidad familiar se relacionó con depresión donde el 39% de adultos mayores que viven en familias disfuncionales presentan depresión; también con los factores de riesgo en orden de prevalencia: vivir sin pareja 57,31%, pertenecer a la cuarta edad, 53,21%, padecer de enfermedades crónicas, 48,83%, con el sexo femenino 48,38%; y autoidentificarse como mestizo 47,12%. La funcionalidad familiar se relaciona con los factores protectores y de riesgo.

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento, escala Yesavage, salud mental, calidad de vida, familia.

Abstract

Family function, protective and risk factors for depression in the elderly, zone 7
Ecuador

Technological advances, birth control have led to increased longevity with greater probability of moving to the fourth age in dependency relationship where depression is the most frequent mental disorder. From Family and Community Medicine, it will contribute to detect and treat opportunely not only with medicines but also with a bio-psycho-social approach. To evaluate family functionality, protective and risk factors for depression in older adults in zone 7, 2016. A prospective, descriptive, analytical and cross-sectional study, from January to December 2016, through a personal house-to-house interview with 1146 elderly adults from Loja, El Oro and Zamora Chinchipe, with a sociodemographic information collection instrument, the FF-SIL family functional test and the modified Yesavage geriatric depression scale, as part of the macro study: "Quality of life of the older adult zone 7" using the SPSS program, version 16. Family functionality was associated with depression where 39% of older adults living in dysfunctional families had depression. Also with risk factors in order of prevalence: living without a partner 57,31%, belong to the fourth age 53,21%, to suffer from chronic diseases 48,83%, with the female sex 48,38%, self-identify as mestizo 47,12%. Family functionality is related to protective and risk factors.

KEYWORDS: Aging, Yesavage scale, mental health, quality of life, family

3. Introducción

La inversión de las pirámides poblacionales evidenciada por ensanchamientos en sus extremos superiores según los demuestran los datos demográficos de cada país 2010, es parte de la transición demográfica, avances tecnológicos y descensos en la tasa de fecundidad (Hernández & Lazcano, 2013); en los últimos 25 años, la esperanza de vida en las Américas se ha incrementado en 17 años, el 79% llegarán a la tercera edad, y casi un 40% vivirán hasta los 80 años (Waters & Gallegos, 2010) con mayor probabilidad de que los adultos mayores pasen la última etapa de sus vidas en relación de dependencia (Pearlin et Zarit, 1993); en América Latina, la población adulta mayor se aproxima a 600 millones y para el 2050 se triplicará; en México el crecimiento porcentual de las personas de 80 años y más comenzó a manifestarse a partir de 1940, como consecuencia del descenso de la mortalidad, que se aceleró a partir de 1980, como efecto de los adelantos tecnológicos o sociosanitarios de las décadas anteriores (Redondo, 2015).

El Ecuador, está en un proceso de transición demográfica, para lo cual debemos prepararnos, la población de adultos mayores representa el 6,49%, (Vázquez, Ecuador su realidad, 2014), en la zona 7 es de 7.9 %, mayor a la nacional (SEMPLADES, Agenda Zona 7 Sur 2013-2017) y para el año 2050 será del 18%. La Constitución de la República del Ecuador, menciona en su artículo 36, sobre las y los adultos mayores aquellas personas que hayan cumplido los 65 años de edad; la Sociedad Americana de Médicos de Familia clasifica al adulto mayor en ancianos jóvenes y muy ancianos, nuestra población en estudio en su mayor parte son ancianos jóvenes, es decir, de la tercera edad, (65 a 79 años) edad productiva a la que deben encaminarse las políticas de envejecimiento saludable, sin embargo los adultos mayores que se encuentran en la cuarta edad (mayor a 80 años) están más propensos a presentar depresión.

Además son las enfermedades crónico-degenerativas y el fenómeno del envejecimiento conjuntamente con la feminización del envejecimiento el éxito obtenido por las políticas públicas pero también es un reto para la sociedad ya que debe garantizar una salud física y mental funcional (Rubinstein, 2006), el incremento de esta población genera gastos sociosanitarios, en España el 40% del gasto global es consumido por ellos (Zurro, 2014).

La Constitución de la República del Ecuador del 2008, sentó las bases de transformaciones económicas, sociales y la modificación de patrones culturales, de ahí que nace el Consejo para la Igualdad Intergeneracional, con la finalidad de promover y proteger los derechos de niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, donde la familia, la sociedad y el estado se comprometan mancomunadamente, para ello se plantean lineamientos políticos que permitan alcanzar el buen vivir de los ecuatorianos.

La prevalencia de depresión en población adultos mayores, varía en diferentes trabajos realizados según la población escogida, las características metodológicas y las escalas utilizadas, así el estudio Psicotard y el realizado en Leiden(Holanda) coinciden con el 14%, el estudio europeo con el 26%, el estudio Octabaix con el 34,5% (Sarró Maluquer, Ferrer Feliu, Rando Matos, Formiga, & Rojas Farrera, 2013) frente al 37% (Zurro, 2014).

Según la OPS (2012), la depresión es el trastorno mental más frecuente, considerado un problema de salud pública, afecta a 300 millones de personas en el mundo, menciona que 5 de cada 10 causas importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo; en las estadísticas nacionales la depresión no se encuentra registrada entre las 10 primeras causas de morbilidad, ya sea por la presentación atípica, enmascaramiento de esta patología en el adulto mayor, por los infradiagnósticos, por el enfoque netamente biológico del médico, así las patologías crónicas no transmisibles ocupan el primer lugar de causas de morbimortalidad en adultos mayores (Zurro, 2014) siendo la depresión la principal causa de discapacidad física y social, con peor pronóstico para el restablecimiento de la salud y utilización de servicios hospitalarios pudiendo llevar al suicidio, de esta manera en términos humanos significa sufrimiento y en términos económicos importantes costos para la familia, sociedad y el estado.

Las mujeres adultas mayores presentaron mayor riesgo de depresión en relación a los hombres (Sánchez González , 2015), en otro estudio también fueron las mujeres (Sarabia Cobo, 2012), generalmente son ellas, las que presentan una baja autoestima. Feingold y Mazzala, observaron que en general los hombres se sienten satisfechos con sus cuerpos a pesar de la edad. Las parejas disfuncionales, los que viven solos y los divorciados, (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012) , tienen mayor probabilidad de presentar depresión ya que las mujeres tienden a ser más emocionales que los hombre, éste al experimentar menos emociones, constituye una barrera para tener relaciones íntimas y satisfactorias causando problemas de salud como la depresión (Coon & Mitterer, 2016).

La situación de las mujeres sobre todo en países en desarrollo sigue siendo de extrema desigualdad (Vázquez & Saltos, Ecuador su realidad, 2011), ellas al igual que los hombres son sensibles al afecto por lo que no debería existir mucha diferencia lo que las hace más propensas a la depresión sumado a esto el descenso de hormonas sexuales en esta etapa del ciclo vital o la terapia hormonal sustitutiva, entonces se deben analizar de manera individualizada los casos que estrictamente ameriten estas terapias, sin dejarnos llevar por el bum de la comercialización de los medicamentos que son los causantes del “vejismo” en el presente siglo, además que sea el hombre parte activa de las actividades hogareñas de desarrollo individual, familiar y social, todo este fomento de interrelación y participación entre personas del sexo masculino y femenino a

través de la adhesión a grupos comunitarios haría más llevadera esta etapa del ciclo vital.

La presente investigación fue realizada en la zona 7 de planificación del Ecuador, la muestra estuvo compuesta por 1146 adultos mayores pertenecientes a las provincias de Loja (395), El Oro (366) y Zamora Chinchipe,(385). El estudio se enfocó en evaluar la funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores de la zona 7 del Ecuador, 2016, de donde se desglosaron cuatro objetivos específicos: Determinar la funcionalidad familiar, la depresión, variables socio-demográficas y clínicas; establecer la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adultos mayores; identificar los factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores y su asociación; establecer la relación entre la funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, identificados; donde las dos hipótesis nulas son “la funcionalidad familiar no se relaciona con depresión en adulto mayores”; “la funcionalidad familiar no se relaciona con los factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores”

4. Revisión de literatura

“Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube, las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre y la vista más amplia y serena”. Ingmar Bergman

4.1. Adulto Mayor

4.1.1. Definición

La OMS, considera a las personas adultas mayores desde los 60 años; de los 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. De acuerdo a la Constitución Política de la República del Ecuador una persona adulta mayor se la considera a partir de los 65 años de edad, constituyendo de los 65 a 79 años la tercera edad y mayores de 80 años cuarta edad (Sánchez, 1996). La Socióloga Argentina Mercedes Jones, integrante del movimiento Viva la Longevidad y presidenta del Foro del Sector Social, 2015, hace referencia a una quinta edad a partir de los 100 años.

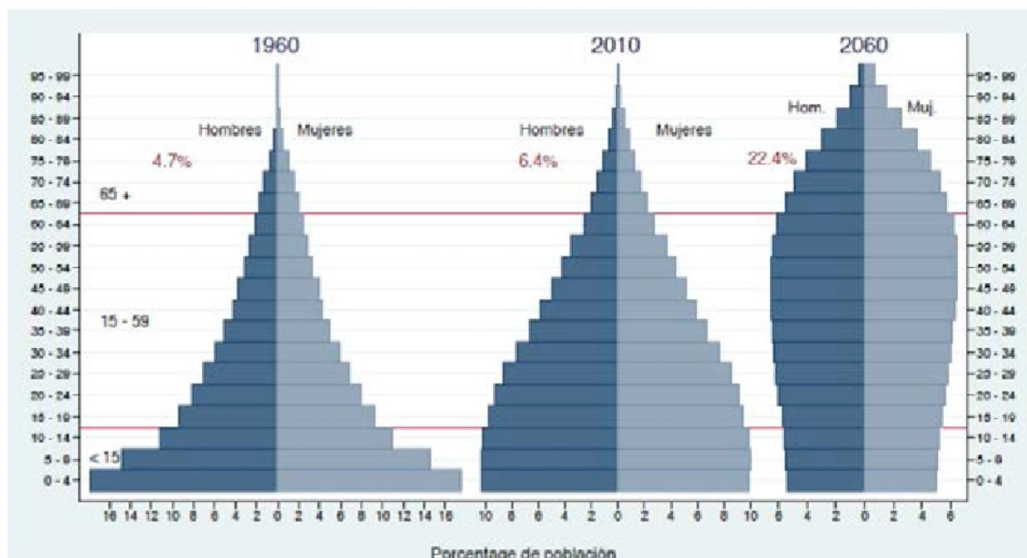
4.1.2. Población Adulta Mayor

En América Latina la esperanza de vida al nacer fue de 70 años para el año 2000, mientras que para América del Norte fue de 77, la expectativa de edad media para el 2050, será de 10 años más (Rubinstein, 2006). Las Naciones Unidas proyectan para América Latina un crecimiento del 9% para el 2020, para Ecuador 8.9% y para Uruguay el 15% (Estrada Restrepo, y otros, 2013). Para el año 2000, a nivel mundial aproximadamente el 10% de la población era adulta mayor de 60 años, se espera para el 2050 un aumento al 21%. Según la CEPAL Comisión Económica para América Latina, para el 2030, los adultos mayores serán la mitad de la población de niñez y adolescencia y que para el 2050 habrán más adultos mayores que población joven, en el Ecuador según proyección poblacional INEC 2015, existen 1'108.991, de adultos mayores de 65 años, que corresponde al 6,8%, el promedio en la zona 7 es de 7% discretamente más elevada que a nivel nacional correspondiendo a Zamora, Loja y El Oro, en promedio existe un crecimiento anual del 1%, las mujeres corresponden en mayor proporción a los hombres, y la población indígena de adultos mayores es de 61.000 en el Ecuador¹.

La población adulta mayor por regiones en el Ecuador es mayor en la sierra 7,9%, costa 6,7% y menor para la amazonía 4,4%. La inversión de las pirámides poblacionales evidenciada por ensanchamientos en sus extremos superiores según los demuestran los datos demográficos de cada país 2010 se debe a disminución de las tasas de natalidad, 2,5 niños por familia, disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas avances tecnológicos y científicos que han ido de la mano con la longevidad así como también las enfermedades

¹ Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional 2013-2017. Quito 2014

crónico-degenerativas, el fenómeno del envejecimiento conjuntamente con la feminización del envejecimiento pueden ser la causa del éxito obtenido por las políticas públicas pero también es un reto para la sociedad ya que debe garantizar una salud física y mental funcional (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012), las mujeres adultas mayores en relación a los varones son mayoría con una diferencia de 5000, esto confirma el fenómeno de feminización en la vejez.



Fuente: CEPAL. Proyecciones de población.

FIGURA 1. Historial y proyección de la población adulta mayor en el Ecuador hasta el 2060

Fuente: Proyecciones de población 1950-2005, octubre 2003. Elaboración: DIPES, EPV
http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf

4.1.3. Envejecimiento

Es un proceso que se vive desde el nacimiento, se caracteriza por cambios en lo físico, mental, individual y colectivo. El envejecimiento ² “Es un proceso progresivo, intrínseco, universal, asociado a modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurren en todo ser vivo como consecuencia de la interacción genética del individuo y su medio ambiente”. La edad cronológica, es la edad del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento y la edad biológica corresponde con el estado funcional de nuestros órganos sería el envejecimiento real. En la antigua Grecia y Roma la vejez era considerada como una desdicha y morir joven una virtud por que no debía soportar la pérdida de la funcionalidad. Platón y Cicerón hacen referencia a la vejez como la experiencia recogida de las etapas anteriores y de las facultades intelectuales de los ancianos. El envejecimiento en los seres humanos, es un proceso que está caracterizado por la diversidad, entre los factores significativos se encuentra: la herencia genética, el estado de salud, status socioeconómico, las influencias

² Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de APS para el Adulto Mayor, MSP, 2011

sociales, la educación, la ocupación laboral desempeñada, las diferencias generacionales y la personalidad.

Esperanza de vida y tasa global de fecundidad de la población (1970 - 2010)

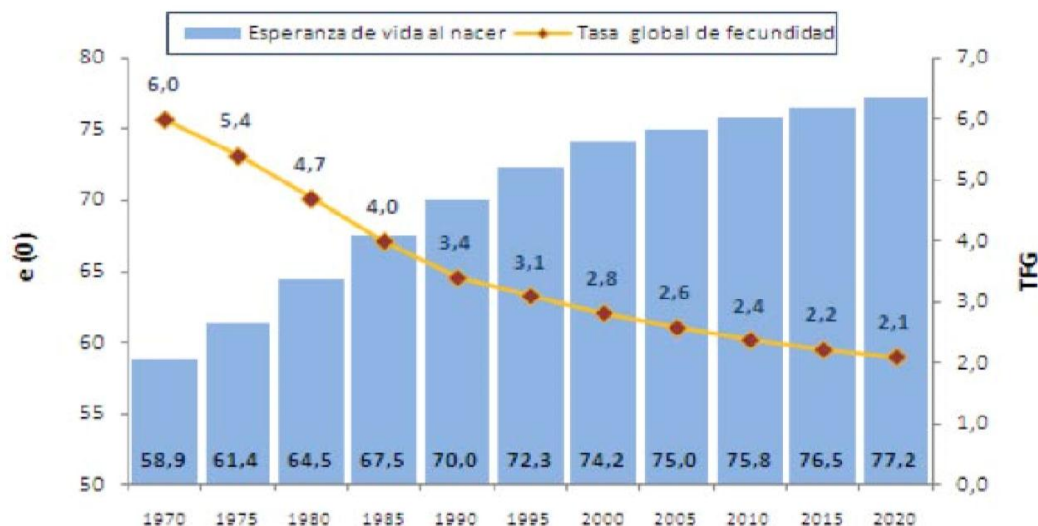


Figura 2. Esperanza de vida al nacer en el Ecuador

Fuente: Proyecciones de población 1950-2005, octubre 2003. Elaboración: DIPES, EPV.
http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Agendas_ADULTOS.pdf

Sánchez, C, identifica tres formas de envejecer a la que le sumamos la propuesta del envejecimiento activo.

4.1.3.1. Envejecimiento Normal. Es estar sano mientras permita disfrutar de una buena calidad de vida, cursa sin discapacidades ni problemática .

4.1.3.2. Envejecimiento Patológico. Enfermo, cuando al proceso fisiológico se suman una o varias enfermedades crónicas que modifican el curso del mismo.

4.1.3.3. Envejecimiento Competente. Donde la satisfacción, el éxito y la superación son lo fundamental.

4.1.3.4. Envejecimiento activo. Como estrategia creada con la finalidad de contrarrestar la problemática general de la población de personas mayores, incluye intervenciones desde diferentes sectores que influyen positivamente en los determinantes del envejecimiento; así la actividad física sobre todo a esta edad donde el sedentarismo es muy frecuente, convirtiéndose en una estrategia efectiva y de bajo costo; la participación social es otra estrategia de promoción de la salud en la población adulta mayor. La OMS, lo define como el proceso de optimización de oportunidades para el bienestar físico, social y mental en el transcurso de la vida con el objeto de ampliar la esperanza de vida sana, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

4.1.4. Teorías del envejecimiento

Las teorías basadas en factores externo (nutrición, virus, radiación, contaminantes, etc.), se denominan “ambientalistas” toman en cuenta factores del medio ambiente que actúan sobre el organismo, reduciendo la capacidad para sobrevivir a las agresiones y otras sustentadas en factores internos (teorías neuro-endocrinológicas, inmunológicas y metabólicas). (Pardo, 2003)

4.1.4.1. Teoría inmunológica. Sostiene que a medida que avanzan los años, el sistema inmunológico resulta menos efectivo para proteger o defenderse de las enfermedades, llega un momento en que el sistema pierde la capacidad de distinguir entre los agentes invasores externos de los propios del organismo.

4.1.4.2. Teoría Celular. Que el envejecimiento es causado por la pérdida de información acerca del metabolismo y reproducción celular contenida en el ADN, por este motivo las células dejan de dividirse, envejecen y pierden su función.

4.1.4.3. Teoría Endocrinológica. Es el resultado de los cambios que se producen en la liberación de hormonas del cuerpo humano, por ejemplo la pérdida de estrógenos durante la menopausia en las mujeres.

4.1.4.4. Teoría Genética. Todas las especies tienen una cantidad de vida programada y las condiciones ambientales participan modificando en más o en menos los años que nos fueron genéticamente asignados al momento de nacer. Refiere que éstos programan a las células para que se deterioren y mueran con el tiempo, el hallazgo reciente de un gen parece estar relacionado con la longevidad lo que ratifica el papel que juega la herencia en el envejecimiento; la teoría de los telómeros que después de 100 duplicaciones los telómeros disminuyen y ya no son capaces de realizar una duplicación precisa.

4.1.4.5. Teoría de los radicales libres. Los radicales libres son moléculas con un electrón libre o no apareado, este radical libre va reduciendo la eficacia celular y provoca la acumulación de productos de desecho en la célula, puede producirse por la radiación, el extremo calor o por reacciones oxidativas, su acumulación afecta la membrana celular y otros componentes de la célula acelerando el proceso de envejecimiento. El radical libre, hace que dentro de las células se acumulen moléculas de oxígeno que con el tiempo causan su envejecimiento por daño al ADN, dando lugar a una variedad de trastornos que acompañan al envejecimiento como artritis, cáncer, alteraciones cognitivas. (Kail & Cavanaugh, 2006)

4.1.4.6. Teoría del error catastrófico. A medida que avanza la edad se van produciendo errores en la síntesis proteica que con el tiempo a la célula se hace inviable. Podríamos decir, que el envejecimiento es una consecuencia de interacción entre factores intrínsecos y extrínsecos que interactúan a lo largo del tiempo sobre un organismo con una carga genética determinada debilitando la homeostasis que conduce a la muerte.

4.1.5. Ciclo de vida

El ciclo de vida, es una condición humana que fluye a lo largo de la vida, no es estática, y no se pasa de una etapa a otra solo por cumplir años, sino que en cada etapa se enfrentan situaciones y relaciones que pueden ser satisfactorias o de dominación que facilitan la violación de derechos. Explica el tránsito de la vida como un continuo y propone que el crecimiento y desarrollo social es producto de la sucesión de experiencias en el orden biológico, psicológico y social, existiendo un proceso continuo desde el nacimiento hasta la vejez y por esta razón las condiciones de una etapa de vida condicionan la siguiente, así las necesidades y los problemas pueden ser previstos, agravados o superados en la etapa anterior. De acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador (MAIS 2012), la atención en salud, se entrega a las personas y las familias considerando las especificidades y necesidades de cada grupo etario y con enfoque de género, garantizando una atención integral durante todo el ciclo vital.

4.1.6. Cambios durante el proceso de envejecimiento.

4.1.6.1. Cambios Físicos. Son inevitables el cambio de la apariencia y funcionamiento de todos los órganos el cabello se adelgaza se vuelve blanco o gris, la piel se arruga, los huesos frágiles, los músculos pierden la fuerza y las articulaciones se endurecen desgastan, la circulación se hace lenta, la presión aumenta y debido a que los pulmones tienen menos cantidad de oxígeno hay menor energía, los órganos reproductores se atrofian, los trastornos del sueño son frecuentes, los órganos de los sentidos pierden la agudeza.

4.1.6.2. Cambios sociales. Tienen mayor tiempo para dedicarse a actividades preferidas que disipen su mente y su cuerpo, fomentar las relaciones familiares y de amistad, algunos investigadores piensan que se trata de una separación psicológica del mundo social pero más bien a esta edad la gente hace elecciones sensatas.

4.1.6.3. Cambios cognitivos: En la gente saludable que permanece activa intelectualmente mantiene un elevado nivel de funcionamiento mental en la vejez lejos del mito de que las células encefálicas en el anciano mueren con rapidez, el encéfalo de la persona promedio disminuye en tamaño solo alrededor del 10% entre los 10 y 70 años, esto significa que para la mayoría de adultos mayores las habilidades cognitivas permanecen intactas. (Morris & Maista, 2005)

4.1.7. Determinantes de la Salud del Adulto Mayor

A más de estar influenciado biológicamente, también intervienen otros determinantes sociales, políticos y culturales (Martínez, 2013)

4.1.7.1. Determinantes conductuales. Estilos de vida, como el consumo de tabaco, alcohol, ejercicio físico, la dieta, el cuidado personal, las actividades diarias, los contactos sociales y el tipo de trabajo.

4.1.7.2. Determinantes de género. La diferencia entre la esperanza de vida entre hombres y mujeres que conduce a una "feminización de la tercera edad".

4.1.7.3. Determinantes culturales. Las diferencias culturales asignan diferentes valores a los papeles que desempeñan las personas adultas mayores

en la sociedad. En los países industrializados los adultos mayores van a clínicas geriátricas o residencias para ancianos, este cambio de entorno puede llevarlos a un estado de deterioro tanto físico como psicológico, aumentando las tasas de suicidios.

4.1.7.4. Determinantes políticos. Las decisiones políticas inciden sobre el entorno social y económico teniendo un efecto importante sobre la salud, por ejemplo programas de seguridad social y legislación laboral.

4.1.7.5. Determinantes espirituales. Pueden tener consecuencias ante la enfermedad, constituyendo grandes ayudas a la hora de enfrentarse positivamente que a la final queda como única opción cuando ningún tratamiento biomédico es efectivo en enfermedades terminales sobre todo.

4.1.7.6. Determinantes Socioeconómicos. Abarcan una gran variedad de factores como la situación laboral, condiciones y seguridad del trabajo, el nivel de educación alcanzado, el entorno, las circunstancias familiares y la edad de la jubilación.

4.1.8. Calidad de vida

La OMS, Organización Mundial de la Salud, propuso la definición de calidad de vida según como el individuo perciba su vida “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. (Flores Villavicencio, Troyo Sanromán, González Pérez, Cruz Ávila , & Muñoz de la Torre, 2013) este concepto complejo engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales, y la relación con las características sobresaliente del entorno, no considera el monto de los ingresos, sino como esos ingresos proporcionan grado de satisfacción (Estrada Restrepo, y otros, 2013).

4.2. Familia

4.2.1. Definición

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, menciona que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y el Estado; es el grupo social básico organizado para satisfacer sus necesidades. Para Fishman(1945), la familia como Institución es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo con una relación que se mantiene a lo largo de la vida, lo que la convierte en una instancia con mayores recursos para producir cambios, contexto natural para crecer y recibir auxilio, un sistema vivo que intercambia información interna y externa. (Pérez, 2013).

La Organización de Naciones Unidas reconoce a la familia nuclear que vive en el mismo hogar, pero si consideramos la evolución que esta ha tenido y desde una dimensión social y afectiva se reconoce como familia a todas las personas unidas entre sí por grados de consanguinidad, adopción, parentesco y afecto, ya sea que convivan en un mismo espacio físico o que vivan en distintas

unidades habitacionales, influenciados por los valores socio-culturales en los cuales se desenvuelve, sería la unidad social básica en donde sus integrantes cooperan con actividades económicas, sociales y protectoras (Armas & Díaz, 2007). La Constitución Ecuatoriana en su Art. 37 menciona; El Estado reconocerá y protegerá a la familia como célula fundamental de la sociedad y garantizará las condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines, ésta se constituirá por vínculos jurídicos o de hecho y se basará en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes. “Las familias no son un problema son una oportunidad” (Francisco, 2016)

4.2.2. Familia como sistema

La tecnología y sociedades modernas se han vuelto complejas por lo que se imponen actitudes de naturaleza holística o de “sistemas”, como un nuevo paradigma científico, el mundo como una gran organización con cuidado humanístico; así el enfoque sistémico (Ludwing, 1989) plantea que la obtención de objetivos requiere del especialista en sistemas o del equipo de especialistas que considere las soluciones posibles y elija las más óptimas con máxima eficacia y mínimos costos, tomando en cuenta la interrelación entre todos los elementos y constituyentes de la sociedad, así problemas de contaminación, de educación, socioeconómicos, políticos, de congestión del tráfico, plagas, delincuencia, todos ellos son problemas de “sistemas” o sea problemas de interrelación entre gran número de variables. El hombre como robot es la expresión de una sociedad industrializada donde la tensión y el estrés incrementan las alteraciones de la salud mental así un organismo mecanizado sería incapaz de reaccionar frente a las condiciones incesantes del mundo exterior.

Jorge Maldonado, terapeuta familiar expresa las dimensiones holísticas del mundo sin desconocer lo específico sino más bien complementarlos para que se potencialicen, considerar que el ser humano como ser social se desenvuelve en un medio donde existen normas que deben de respetarse caso contrario se quebranta la salud, desaparece la homeostasis, la misma que decae en pacientes mentales, se desigualan las energías, así un paciente que presente uno o varios síntomas debe ser manejado desde la generalidad a la especificidad a las subespecialidades, por ello la atención primaria de salud es la puerta de entrada hacia la prevención. La familia es un sistema vivo que forma parte de un macro sistema social a través de estrechas interrelaciones armónicas con otros actores sociales. La familia como organización social integrada por seres biológicos que son seres sociales con una interacción psicológica sustentada por vínculos espirituales y afectivos que la hacen única e irrepetible (Síntes, 2008)

4.2.3. Funciones Universales de la familia

En la Guía para el trabajo con familias de Médicos Familiares (Díaz, 2007) nos menciona:

4.2.3.1. Función Socializadora. Propicia a que niños y niñas se desarrollen como miembros de una nación y de un grupo social con sentido de pertenencia, respetando la cultura de cada grupo. Aquí se reafirman los valores, actitudes y conductas de los seres humanos, es el primer núcleo de contacto social, es capaz de reproducir en su núcleo lo que sucede en el macro sistema ámbito social, pero también es capaz de ser la generadora de los cambios que requiere la sociedad. Los roles de género pueden aprenderse y desaprenderse en el interior de la familia, los líderes se forjan en el interior de las familias y sociedades.

4.2.3.2. Función Protectora. Compartida con otras instituciones sociales, incluye la seguridad. La familia protegerá a sus miembros hasta que el logro de las actividades individuales le permitan a cada uno ir logrando independencia y seguridad en su desenvolvimiento dentro del macro sistema social.

4.2.3.3. La Reproductora.- Permitiendo la procreación de más individuos y continúen las generaciones, garantizando la existencia de la humanidad, la reproducción de la vida humana se inicia con la pareja y se mantienen con la formación y cuidado de los hijos.

4.2.3.4. Función Afectiva.- El amor y los afectos son puntales importantes en el interior de las familias, así como se satisfacen las necesidades orgánicas(alimento, vestido, etc.) también se deben satisfacer las necesidades afectivas.

De la Revilla, propuso en 1994, otras funciones que las podemos complementar en relación a tareas internas que responden al propio proceso de desarrollo:

4.2.3.5. Función de la Comunicación. Es el eje que permite el cumplimiento de las demás tareas ya que el silencio, una caricia, los gritos también comunican, toda conducta y expresión corporal comunican.

4.2.3.6. Función de Apoyo. La solidaridad familiar permite el desarrollo de todos sus miembros

4.2.3.7. Función Autónoma. Debe ser capaz de promover el respeto y la autonomía de cada uno de sus integrantes

4.2.3.8. Función de las reglas y normas. Regulación para la organización, donde los roles sean claros para cada miembro y modelos de jerarquía para moldear el funcionamiento

4.2.4. Subsistemas familiares

Según Salvador Minuchi, Terapeuta Familiar, hace relación al holón para referirse a que la familia constituye un todo y a la vez una parte del sistema social.

4.2.4.1. Holón Conyugal. (matrimonio)cundo la pareja se une para formar una familia debe desarrollar pautas, en donde cada esposo apunala la acción del otro en muchas áreas. Debe marcar límites que lo proteja de otros subsistemas principalmente al inicio del matrimonio, debe diferenciarse claramente sin desvincularse de sus familias de origen ni sus amistades.

4.2.4.2. Holón parental. (padres) para un funcionamiento eficaz se requiere que padres e hijos acepten la diferencia de autoridad que requiere negociación por la desigualdad de poder. Aparece cuando nacen los niños y así se desintegra el matrimonio éste se debe mantener.

4.2.4.3. Holón Fraternal. (hermanos) es el laboratorio social en donde experimentan los niños relaciones con sus iguales para negociar y colaborar. Si el niño no es preparado para la llegada del hermano se generan conflictos en los hermanos mayores, superado este, la convivencia fraternal es una de las más enriquecedoras. Este debe proteger a los niños de la interferencia adulta.

4.2.4.4. Holón Individual. Donde cada individuo pertenece a diferentes subsistemas de donde adquiere habilidades diferentes a fin de no perder de vista su propio desarrollo privado y personal, en medio de los roles que le demandan los otros subsistemas.

4.2.5. Tipología de la familia

4.2.5.1. Por el tamaño. Sola, con la presencia de 1 sola persona que por situaciones propias del desarrollo familiar le ha tocado desenvolverse alejada de sus parientes. Pequeña, con la presencia de al menos 3 miembros de la familia. Mediana, cuenta con la presencia de 4 a 6 miembros. Grande, constituyen en el seno de la familia más de 6 integrantes (Galbán, Milagro, Hernández, 2003)

4.2.5.2. Por la Ontogénesis. Nuclear, adultos emparejados con o sin hijos; Extensa, se refiere a la parentela, pertenecientes a distintas generaciones. Mixta, o Ampliada; incluyen amistades, empleadas/os (Osorio & Alvarez, 2004)

4.2.5.3. Por el Ciclo Vital familiar. Se compone de 4 etapas: Formación, desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo; por Extensión, desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo sale del hogar; por contracción, desde que el primer hijo sale del hogar hasta la muerte del primer cónyuge; disolución, desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo cónyuge **Fuente especificada no válida.**

4.2.6. Funcionalidad familiar

Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. La homeostasis familiar, es el equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas de tal forma que las fuerzas del grupo le permiten progresar, resolviendo las crisis de manera que se promueva el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. Jackson 1965, lo que le hace funcional a una familia es la capacidad de resolver problemas. Salvador Minuchin 1970, la función adecuada se debe a la existencia de límites claros

4.2.6.1. Familia Funcional. Familias en donde las relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica, donde los roles de

todos los miembros están establecidas y sin ostentar posiciones de supremacía y donde todos trabajan y contribuyen por el bienestar colectivo, la familia funcional es aquella que satisfecha y voluntariamente desempeña sus funciones de manera permanente según el ciclo de vida presente, sin rebasar sus límites y fronteras, respetando la jerarquía establecida y sus funciones específicas que no modifiquen su estructura e identidad (Villalobos 2009),

4.2.6.2. Familia disfuncional. La familia disfuncional puede manifestarse a través de síntomas en los integrantes, donde existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades básicas de cada uno de los miembros, aparece también cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía. Familia donde no se valora al otro, no se cumplen con los roles correspondientes, ni tampoco se delegan responsabilidades

4.2.7. Crisis familiares

Son eventos traumáticos personales o interpersonales dentro o fuera de la familia que conducen a un estado de alteración

4.2.7.1. Crisis Normativas. Situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar, son cambios obligados.

4.2.7.2. Paranormativas. Son experiencias adversas o inesperadas, impredecibles para la familia.

4.2.8. Familia y salud mental

La salud mental está ligada a la conducta, La OMS 2001, menciona que la salud mental está presente cuando el ser humano se da cuenta de sus aptitudes, de sus cualidades y defectos en donde el o ella puedan fortalecer a otros o fortalecerse de otros individuos tanto dentro de la familia como fuera de ella. Para ello se requieren algunos requisitos de tolerancia, respeto, comprensión, amor.

El Ministerio de Salud pública de Cuba, elaboró un manual de intervención de salud familiar haciendo referencia a la intervención dinámica del funcionamiento de la familia, las condiciones materiales de vida familiar y la salud de sus integrantes, se trata de una adecuada interrelación familia, ambiente natural y social, posible a la medida en que la familia cumpla con las funciones y satisfaga las necesidades de sus integrantes que el devenir histórico, social y cultural le tiene encomendado. La salud mental y las enfermedades mentales están determinada por muchos factores sociales, biológicos, económicos, asociados a bajos niveles de pobreza, de educación, etc.

4.2.9. Evaluación de la Funcionalidad Familiar FF-SIL

El test de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), ideado para medir el funcionamiento familiar, diseñado y valorado en Cuba con el objetivo de evaluar el funcionamiento familiar, consta de 14 proposiciones y 7 categorías que definen el funcionamiento familiar. La puntuación se obtienen por la suma de los ítems y se considera: De 70 a 42 familia funcional, de 42 a 14 familia disfuncional (Ortiz, 2005). Según el test psicológico cubano de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) propuesto por Ortega Veitia (1999), considera 14 situaciones que pueden ocurrir o no en las familias evaluando así 7 variables que se determinan en las siguientes áreas: *Cohesión*, (preguntas 1 y 8) relacionada con la unión familiar física y emocional al enfrentar diversas situaciones; *armonía*, (preguntas 2 y 13) correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia; *comunicación*, (preguntas 5 y 11), los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa; *permeabilidad*, (7 y 12) capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones; *afectividad*, (4 y 14) capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros; *roles*, (3 y 9) donde cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar; *adaptabilidad*, (6 y 10) habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. La escala cualitativa: casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces, casi siempre y la escala cuantitativa le da una puntuación de 1 punto, 2 puntos, 3 punto, 4 puntos y 5 puntos respectivamente.

Para cada situación existen 5 respuestas cualitativas, cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (X) en la escala de valores cualitativa, según su percepción como miembro familiar, al final se suma los puntos que corresponde a la escala de categorías para describir en 4 intervalos, el funcionamiento familiar de la siguiente manera: Funcional: De 70 a 57 puntos;

Moderadamente Funcional: De 56 a 43 puntos; Disfuncional: De 42 a 28 punto y Severamente Disfuncional: De 27 a 14 puntos.

4.3. Depresión

4.3.1. Definición

Es una enfermedad frecuente en todo el mundo, es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la salud cotidiana, puede convertirse en problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración y no se lo identifica a tiempo ni por el personal de salud ni en la familia, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades dentro del trabajo, académicas y familiares pudiendo agravarse y desembocar en el suicidio. Es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria, la psicomotilidad de las personas, puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo, es una pandemia en este siglo, unida a los duelos que se hacen frecuentes en la consulta de atención primaria.

4.3.2. Fisiopatología

La unión de la serotonina a los receptores 5HT, influyen en la fisiopatología de la depresión, este proceso disminuye con el envejecimiento, tiene un efecto sistémico y los ancianos tienen mayor susceptibilidad puesto que ocasiona alteraciones neurológicas, hormonales e inmunológicas de esta manera favorece el aumento del tono simpático, disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales, la hipersecreción de hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol se encuentra en el adulto mayor deprimido. Otras causas que disminuyen los neurotransmisores son las infecciones subclínicas o la reactivación de virus latentes en el cerebro. (Gerrig & Zimbardo, 2005)

4.3.3. Sintomatología

Presenta sensación de fracaso, cambios en la imagen corporal, alteraciones del sueño, del apetito, en definitiva se observan 3 patrones cognitivos principales el primero es la visión negativa de sí mismo, el segundo la interpretación negativa de sus experiencias y tercero la visión negativa del futuro, la somatización es frecuente a esta edad (Guías Gerontogerítricas del Adulto Mayor Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

4.3.4. Depresión en el Adulto Mayor

La depresión es el principal problema relacionado con la esfera emocional en los adultos mayores, la prevalencia varía de acuerdo a las características de la población, metodológicas, a las escalas aplicadas, así el estudio Psicotard y el de Leiden (Holanda) coinciden con el 14% de su prevalencia, el estudio Europeo con el 26%, el estudio Octabaix con el 34,5% (Sarró Maluquer, Ferrer Feliu, Rando Matos, Formiga, & Rojas Farrera, 2013) hasta el 37% (Zurro, 2014), a nivel nacional en la parroquia Cañaribamba, Cuenca, reporta una prevalencia del 14,7 (Palomeque Flores & Pedralta Miranda, 2013)

4.3.5. Diagnóstico

El diagnóstico de la depresión es eminentemente clínico, se propone dos preguntas clave de escrutinio con alta sensibilidad del 97% y son si durante el mes pasado, se ha sentido deprimido o sin esperanza? Y si se ha sentido con poco interés o placer en hacer sus cosas? , si el paciente afirma estar triste o deprimido, se aplica la escala de Yesavage.

4.3.5.1. La Escala de Yesavage. Existe la escala de 30 y de 15 ítems, constituye la herramienta más útil en adultos mayores, se considera positiva cuando en la de 15 ítems, 6 preguntas son afirmativas, se deberá referir cuando el puntaje es igual o mayor a 6, las preguntas afirmativas de 15 ítems son: las de numeración 2-3-4-6-8-9-10-12-14-15, es decir 10 preguntas y las negativas son la

1-5-7-11-13, osea 5 preguntas. ³ En un estudio de Costa Rica se determinó, 56% de adultos mayores sin riesgo de depresión, 31% con riesgo de depresión y el 13% depresión ya establecida, utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage, diseñada exclusivamente para adultos mayores que tiene una sensibilidad del 84 al 86% y especificidad del 95 al 100% (Sánchez González , 2015) en la población española tiene una sensibilidad del 0,99% y una especificidad del 0,57, un valor predictivo positivo de 0,75 y un negativo de 0,98, por lo que está considerada una herramienta útil en el cribado de la depresión (Sarró Maluquer, Ferrer Feliu, Rando Matos, Formiga, & Rojas Farrera, 2013). La escala de Yesavage, está recomendada por la Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria, diseñada propiamente para la población anciana que solo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, muy práctica para la atención primaria reduciendo la fatiga y pérdida de la atención que podría darse en este grupo de edad (Martínez de la Iglesia J, 2002). Los parámetros de categorización de depresión según la normativa del MSP del Ecuador: 0-5: Normal, 6-10: probable depresión y mayor de 10 depresión establecida. Los puntos de corte son 0-4 Normal; mayor a 5 depresión. (Greenberg, 2012), también plasmada la depresión a partir de una puntuación de 5 en la Valoración Geriátrica Integral de la Universidad de Alicante 2012.

4.3.6. Tratamiento

Es tratable en el 65 al 75% de los casos, el manejo requiere abordaje bio-psico-social combinando farmacoterapia y psicoterapia que mejore la calidad de vida, la longevidad y disminuya los costos. Los ancianos obtienen mejor respuesta con la psicoterapia con baja frecuencia de recaídas y más respuestas positivas. La terapia cognitiva conductual disminuye la severidad de la depresión en quienes ya han tenido más de 3 episodios, igualmente de efectiva la terapia interpersonal y la terapia por resolución de problemas (duelo, divorcio), también de efectiva la reminiscencia, biblioterapia, medidas de higiene del sueño (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012). Tiene buen pronóstico si se trata a tiempo, hay presentaciones ligeras, moderadas y severas que constituyen el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, sin embargo se ha creído que toda depresión requiere tratamiento medicamentoso, los casos ligeros y algunos moderados, pueden ser solucionados con apoyo social, familiar y psicoterapias realizados por médicos de APS o por organizaciones de la comunidad que brindan apoyo. OMS. La participación apoya a mejorar la calidad de vida porque hace que el adulto mayor se sienta activo e independiente (Urzúa & Bravo, 2011)

4.3.6.1. La Terapia conductual. Basada en la idea de que las personas deprimidas experimentan muy pocas recompensas o refuerzos del entorno entonces se persigue incrementar los acontecimientos positivos y minimizar los negativos (Lewin Sohn, 1975) que se logra animando a las personas a aumentar sus actividades, busca que la gente aprenda a evitar cosas negativas por ejemplo vistas a amistades o lugares en donde pueda conocer nuevas personas. La

³ Guías de práctica Clínica de Depresión en Adultos Mayores. México.2011

Terapia cognitiva se basa en la idea de que las creencias o cogniciones de inadaptación personal son responsables de la depresión piensan que el futuro es sombrío, esta terapia es el enfoque psicoterapéutico preferido para tratar la depresión en adultos mayores. (Sánchez González , 2015) La espiritualidad y la religión parecen desempeñar un papel importante en adultos mayores, así el estudio Ecológico Multinacional EURODEP, encontró que la práctica religiosa se asocia con menor depresión en los ancianos europeos.

4.3.6.2. Tratamiento medicamentoso. Se cuenta algunos fármacos como los antidepresivos heterocíclicos, los inhibidores selectivos de la monoaminoxidasa, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, siendo estos últimos los que menos efectos secundarios presentan y estimulan los niveles de serotonina. El Médico de familia debe considerar la fisiología en el adulto mayor su menor eliminación de medicamentos, el aumento del tejido adiposo, la disminución del volumen intravascular y la unión de los medicamentos con las proteínas plasmáticas se traduce en concentraciones superiores de ciertos medicamentos que no se ven en el adulto joven. (Sánchez González , 2015)

4.3.7. Factores relacionados con la depresión en población Adulta Mayor. Vallejo 1998. Clasifica a los factores en:

4.3.7.1. Factores Biológicos. Como aspectos genéticos, marcadores bioquímicos, síndrome premenstrual.

4.3.7.2. Factores Socio-demográficos. Como el sexo, la edad, estado civil, nivel de educación, religión, trabajo.

4.3.7.3. Psico-sociales. Donde se incluye la personalidad, pérdidas parentales o significativas, grado de relación interpersonal, acontecimientos relevantes de la vida. (Cerquera Córdova & Meléndez Merchán, 2010)

Todos estos factores los podemos englobar en dos grandes grupos los que protegen y los que predisponen a la enfermedad.

4.3.7.4. Factores protectores. Son los entornos capaces de favorecer el desarrollo de los individuos, contrarrestar los riesgos y reducir los efectos de las circunstancias desfavorables. Los factores externos como la familia extensa, apoyo de un adulto significativo o par, integración social y laboral. Los factores internos como la estima, seguridad y confianza en sí mismos, la facilidad para comunicarse y lograr empatía permiten clasificar a los factores protectores en: personales, aquí podemos incluir los biológicos y psicosociales, los primeros corresponden a un buen estado de salud corporal, ausencia de predisposición genética a las enfermedades mentales, temperamento bien equilibrado; los segundos tienen que ver con el adecuado estilo de vida, con actitudes acertadas y optimistas ante la vida, con educación y nivel cultural idóneos, buena adaptación familiar y social, madurez personal, ímpetu de desarrollo, autoestima, resiliencia que es la capacidad de utilizar los factores protectores misma que permitirá enfrentar situaciones adversas, centrarse en los factores protectores y fortalecer

la personalidad es desarrollar un enfoque de resiliencia, el cual complementa y no sustituye el enfoque de riesgo.

4.3.7.5. Factores de riesgo. La presencia de factores de riesgo aumenta la probabilidad de daño a su salud, su ausencia la disminuye. (Síntes, 2008). Los principales factores de riesgo para la depresión en la vejez constituye la edad muy avanzada edad, bajos ingresos económicos, bajo nivel educativo, soledad y ausencia de cuidadores pero de todos ellos el principal es la soledad (Rubinstein, 2006), también la carencia de apoyo familiar, el duelo de menos de 1 años de evolución, la pobreza, la malnutrición, y patologías crónicas invalidantes (Zurro, 2014), las mujeres tienen mayor participación y relaciones sociales más fuertes que los hombres favoreciendo la salud mental, el apoyo social de la familia, en la comunidad, las relaciones sociales activas podrían amortiguar posibles relaciones estresantes, así el reforzar la participación en los hombres podría mejorar las habilidades funcionales; la percepción de la enfermedad se vería influenciada por factores de tipo educativo, socio-económicos y culturales (Urzúa, Bravo, Ogalde, & Vargas, 2011). Así la autoaceptación y el apoyo social serían dos puntales claves a considerar en los programas de promoción de la salud mental en adultos mayores.

Las mujeres adultas mayores presentaron mayor riesgo de depresión en relación a los hombres, del total de depresiones, el 76,5 % fueron mujeres (Sarabia Cobo, 2012) generalmente son las mujeres las que presentan una baja autoestima, una imagen corporal pésima. Feingold y Mazzala observaron que en general los hombres se sienten satisfechos con sus cuerpos a pesar de la edad. En otro estudio 30, 5% de mujeres tuvieron más riesgo de presentar depresión frente al 27,8% en los hombres mayores de 75 años , la viudez constituye un factor de riesgo así como el estado civil casado con relaciones de pareja disfuncionales, los que viven solos y los divorciados, (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012) , se constituiría un factor protector mientras se manejen relaciones armónicas en el núcleo familiar. Cuando la red personal es sensible, activa, confiable protege a la persona contra las enfermedades, acelera los proceso de curación y acelera la sobrevida, es decir, es “salutogénica” (Roizblatt, 2009).

Según el perfil epidemiológico en el Ecuador dentro de las 10 principales causas de morbilidad están la neumonía pero si sumamos los casos de Insuficiencia cardíaca, Infarto de miocardio, crisis hipertensivas se concluye que las enfermedades no transmisibles crónicas son la primera causa de mortalidad en los adultos mayores , de ahí la importancia de fortalecer el nivel primario de atención que es básicamente preventivo. Estudios realizados en países desarrollados hace 30 años relacionan los trastornos depresivos con enfermedades cardíacas por lo que las personas adultas mayores que padecen depresión tienen mayor riesgo de presentar enfermedades del corazón que los que no tienen depresión (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012), existen 8 factores que predisponen a enfermedad coronaria cambios degenerativos en la íntima, hipertensión, tabaquismo, infecciones, hemocisteína, colesterol elevado, radicales libres, reacción a sustancias relacionadas con la

obesidad y factores mediados por mecanismos inmunológicos (Cardona , Segura, & Segura, 2015)

Los riesgos sociales incluyen los socioeconómicos, los de “marginalidad” como la miseria, desempleo, falta de vivienda, de acceso a la salud, familiares, educacionales, laborales y de comunidad, de trabajos informales, hogares disfuncionales, medio violento. Los riesgos comunitarios son aquellas situaciones conflictivas entre vecinos, mal uso del tiempo libre, ausencia de áreas culturales, deportivas, recreativas, discriminación por razones raciales, de sexo, edad, sexuales, económicas. Los riesgos personales por accidentes y suicidio. La relación entre el bajo estatus socio-económico y los síntomas depresivos está bien descrito en las personas adultas mayores. (Groffen , Koster, & Bosma, 2013), si consideramos los resultados realizados en 18 países de diversas regiones del mundo las tasas mas bajas se observan en países de ingresos bajos como México, la India, Sudáfrica, mientras que las tasas mas altas se observaron en países de ingresos altos Francia, Holanda, Estados Unidos, sin embargo para el último año fueron similares entre países ricos y pobres (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012)

4.4. Atención Primaria de Salud

Son dos los objetivos de la atención primaria en los ancianos: el aportar un cuidado que favorezca una larga vida de bienestar y favorecer que acontezca una muerte digna en el domicilio (Zurro, 2014), los sistemas sanitarios han empezado a girar la brújula con el norte hacia la salud, la misma que la encontramos ahí donde vivimos el día a día y nos desarrollamos en íntima relación con la naturaleza, sociedad y el estado, asegurando el derecho a la salud que es fundamental en las personas que para lograrlo se requiere de la colaboración y coordinación de distintos sectores técnicos y sociales, así se debe integrar la atención primaria a la hospitalaria hospitalaria, individual y comunitaria, de esta manera la APS forma parte del desarrollo político, social y económico de un país, es el primer nivel de contacto, así la OMS-UNICEF definió a la APS” como la asistencia esencial” y sus elementos son : integral, continuada, permanente, activa, trabajo en equipo, participativo, accesible, programado y evaluable, docencia e investigación para resolver el 90% de los problemas de salud.

La depresión en adultos mayores es subdiagnosticada y subtratada (Mühlenbrock, y otros, 2011), encuesta en 14 países encontraron que el 76 y 85% de los trastornos mentales graves no recibieron atención en los países con menor desarrollo y entre el 35 y 50% en los países con mayor grado de desarrollo, o sea, que independientemente del grado de desarrollo de un país igualmente existió infradiagnóstico e infratratamiento. Otro estudio de la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de los que tuvieron contacto nunca recibieron ayuda al menos el 30%, solo 16 recibieron tratamiento en el primer año y el tiempo que se demora en buscar la atención fue de 14 años (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012)

4.5. Zona 7 del Ecuador

4.5.1. Consideraciones Generales

El ayllu considerado como la célula de la sociedad primitiva que agrupa a personas unidas por lazos de consanguinidad, consolidados por el trabajo común, la comunidad de intereses, de lenguaje de las costumbres de las tradiciones y de otros rasgos culturales, es a consecuencia del desarrollo de las fuerzas productivas que las relaciones de parentesco se tornan en la mayor garantía de la cooperación en la que han de emprender los aborígenes ecuatorianos, siendo el interés común el que normaba el interés en esta sociedad cuya salvaguardia se entregaba a determinados individuos pero bajo la custodia de toda la colectividad, al tener iguales deberes y derechos los mantenía cohesionados internamente. A partir de la invención de la agricultura provocó una verdadera revolución social, luego la actividad ganadera fue utilizada fundamentalmente para la provisión de carne, además tuvieron conocimiento sobre el laboreo de metales lo que presupone la extracción de minerales apareciendo la minería que actualmente es muy cuestionable por parte de sectores sociales y los dirigentes estatales. También los shamanes fueron grandes curanderos que protegían a su pueblo con un gran prestigio dentro de la comunidad hasta el presente siglo, considerados y aceptados como maestros de la medicina tradicional inscritos dentro del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, así mismo como la convivencia con otras medicinas alternativas que se complementan a la occidental para el fomento del equilibrio en mantener la salud. La Costa Ecuatoriana fue muy propicia para actividades de pesca, las poblaciones de la sierra estuvieron ligados a pueblos del oriente sobre todo por el intercambio de productos. (Báez , y otros, 1995).



Figura 3. Zona 7 de planificación del Ecuador

Fuente: <http://www.policiaecuador.gob.ec/zonas-y-subzonas>

4.5.2. Localización

La Zona de Planificación 7 ubicada entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste. Los límites de esta zona son: Al norte con

las zonas 5 y 6, al sur y oriente con Perú, al occidente con Perú y el océano Pacífico.

4.5.3. División Política

Está conformada por tres provincias: El Oro: 14 cantones y 49 parroquias; Loja: 16 cantones y 78 parroquias; Zamora Chinchipe: 9 cantones y 28 parroquias. Tiene una extensión de 27491,9 Km², distribuido entre las tres provincias, lo cual representa el 11% del territorio ecuatoriano.

4.5.4. Niveles Administrativos de Planificación.

Según el Registro Oficial No. 290, del 28 de mayo del 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la función ejecutiva se han conformado 19 distritos (6 en el Oro, 9 en Loja y 4 en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en el Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe). Niveles establecidos para garantizar la distribución y provisión de bienes y servicios públicos de calidad y calidez para la ciudadanía, implementados en el territorio Nacional por los diferentes Ministerios y Secretarías (Agenda Zonal Zona 7 Sur, 2013-2017. Secretaría Nacional de Planificación y desarrollo)

4.5.5. Extensión

Posee una superficie de 27 491.9 Km², que representa el 11% del territorio ecuatoriano distribuido en sus tres provincias Loja 11 065,6 km², Zamora Chinchipe 10 559,7 km² y El Oro 5 866,6 km² (Datos obtenidos de la cartografía proporcionada por el CONALI, 2014)

4.5.6. Población

En el 2010 según el INEC, la población fue de 1 141001 habitantes, que corresponde al 7,9% del total nacional; 65,7% es urbana y 34,3% rural. El Oro aglutina el 52,6% del total zonal; seguida de Loja con 39,4% y Zamora Chinchipe con 8,0%, considerando su auto identificación el 84,9% de la población asume ser mestiza; el 5,4% blanca; el 3,0% indígenas y el 2,9% afroecuatorianos. La población indígena representa el 3,1% del total indígena nacional, con una importante presencia en la zona de las etnias Saraguro (1,41%) y Shuar (0,5%) en las provincias de Loja y Zamora Chinchipe, respectivamente. La densidad poblacional es de 42 habitantes/ Km², en el Oro 104 habitantes/ Km², Zamora Chinchipe 9 habitantes/ Km² siendo evidente la concentración poblacional en el litoral, según el área de residencia el 65,7% es urbana y 34,3% rural. La distribución poblacional por provincia es: El Oro 52,6%; Loja con 39,4% y Zamora Chinchipe con 8,0%.

La distribución de la población por rangos de edad es: Menores de 14 años el 31.3% de la población; entre 15-64 años, el 61.3% de la población; 65 y más años, el 7.3% de la población. La población femenina representa el 49.8% y la masculina el 50.2%. La pirámide poblacional de la zona 7 es de base ancha, desde la perspectiva demográfica social si la tendencia se mantiene, en poco tiempo la población de la tercera edad se verá incrementada y disminuirá la

población económicamente activa. Los asentamientos humanos se estructuran alrededor de núcleos, Machala junto a las cabeceras cantonales de Huaquillas, Santa Rosa y el Guabo conforman el mayor núcleo concentrador de población con el 36%; Loja y Catamayo, el segundo, con el 22%; y Zamora y Yantzaza, el tercero, con el 4% del total de población zonal a 2010 (INEC, 2010)

4.5.7. La conectividad

Los asentamientos poblacionales se desarrollan mediante las redes de infraestructura vial terrestre. Los ejes más importantes son las vías Machala-Guayaquil, Machala-Cuenca y Loja-Cuenca, pues conectan con la Costa y el resto del país. Internamente, las vías de mayor flujo son Machala-Loja, Loja-Catamayo, Loja-Macará y Zamora-Loja. En un segundo nivel de jerarquía, se ubican otras vías internas que comunican a las tres provincias entre sí y a los cantones con sus cabeceras provinciales. En este conjunto, se sitúa la vía Zamora-Macas, menos transitada pero de gran importancia para la conexión entre las provincias de la Amazonía. Existen varios pasos fronterizos que constituyen los ejes de relación más importantes con el vecino país del Perú. Los más importantes en cuanto al flujo de personas y comercio son los ubicados en Huaquillas y Macará. A estos se suman los pasos de Zapotillo (Lalamor), Zumba (La Balsa) y Espíndola (Jimtura), que tienen un flujo pequeño y son utilizados, sobre todo, para actividades ilegales. Los ejes viales más importantes a nivel zonal son: Binacionales: eje vial 1: Guayaquil - Piura, eje vial 2: Arenillas – Sullana, eje vial 3: Loja – Sullana, eje vial 4: Loja - Sarameriza. Nacionales: Machala-Cuenca, Loja-Cuenca, Machala-Loja, Loja-Macará, Loja-Zumba, Zamora-Loja y Zamora-Gualaquiza. La zona posee dos aeropuertos, en Catamayo de conexión nacional con destino a las principales ciudades del país y en Santa Rosa de conexión nacional y proyección internacional hacia el Perú, además de una terminal aérea de Cumbaratza en la provincia de Zamora Chinchipe

4.5.8. El Plan Nacional del Buen vivir 2013-2017

Es el horizonte de la actuación pública para construir un ambiente de derechos de las personas y las agendas zonales territorializan proponiendo acciones conjuntas entre los niveles de gobierno, actores públicos y privados con una mirada más cercana a las particularidades de la demarcación territorial. En relación a la problemática de la depresión, las recaídas en adultos mayores corresponden al 15% en relación a los jóvenes del 6,7% (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012) el suicidio es la consecuencia más seria, su tasa es el doble que en el grupo más joven, el 60 al 70% de los adultos mayores de 75 años que se suicidan sufren de depresión diagnosticada clínicamente. Al instalarse el trastorno existe la probabilidad de cronificarse y de recaídas (Vásquez & Herva's, 2013). Si bien se han realizado estudios en el tema de depresión en adultos mayores autores refieren que hace falta recorrer un largo camino en la investigación exploratoria e interpretativa con el fin de identificar percepciones, vivencias, mecanismos y formas de afrontamiento de esta etapa de la vida (Cordero Sánchez, García, & Baez, 2014). Otros estudios sugieren que se deben realizar estudios interdisciplinarios con Psiquiatras, Médicos, Rehabilitadores, etc.

Para evaluar el estado de salud general, donde se integre a la familia, su tipo de relación y percepción del cuidado (Rubinstein, 2006). Existe escasa investigación en este grupo de personas en nuestro medio (Arias, Yopez, Nuñez, & Oblitas, 2013). En esta oportunidad hemos considerado conveniente realizar una base de datos que contenga información de la realidad de la población adulta mayor de la zona 7 que contribuya para este y los futuros trabajos investigativos y de intervención a la política pública en este ciclo de vida trascendental para la humanidad. Por lo que el presente tema de investigación está relacionado con la “Funcionalidad Familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores zona 7 Ecuador 2016”

4.5.9. Base Legal

La Constitución de la República del Ecuador menciona en sus artículos: art. 66 Derechos de libertad; numeral 3 sobre el derecho a la integridad personal, que incluye: a) Integridad física, psíquica, moral y sexual. El art. 81. La ley juzgará y sancionará los delitos de violencia intrafamiliar, sexual, crímenes de odio y los que se cometan contra niñas/niños, adolescentes, jóvenes, personas con discapacidad, adultas mayores y personas que, por sus particularidades, requieren de una mayor protección. Art. 83. Numeral 16, asistir, alimentar, educar y cuidar a las hijas e hijos, este deber es corresponsabilidad de madres y padres en igual proporción, y corresponderá también a las hijas e hijos cuando las madres y padres lo necesiten; art. 85 en relación a las políticas públicas y a la prestación de bienes y servicios públicos se orientarán a hacer efectivos el buen vivir y todos los derechos a partir del principio de solidaridad. art. 347 numeral 7. Erradicar el analfabetismo puro, funcional y digital. Art. 363 numeral 2. Universalizar la atención en salud de calidad y ampliar la cobertura, numeral 4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos. Numeral 6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y reproductiva garantizando la salud integral y la vida de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto. (Constitución de la república del ecuador, 2009)

Otras leyes nacionales como las del Anciano de 1991 donde se contemplan beneficios como exoneraciones de impuestos con el 50% de descuento. El código penal en el art. 29. Numeral 2. considera como atenuante a las personas mayores de 65 años, en el art. 171 la prisión preventiva sustituida por arresto domiciliario. Ley de derecho y amparo al paciente, ley de seguridad social y dentro del marco normativo internacional tenemos el Plan de acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento donde se dictaron 62 recomendaciones que se refieren fundamentalmente a la vivienda, medio ambiente, del cuidado, la familia, el bienestar social, la educación. (García, 2011)

5. Materiales y Métodos

5.1. Metodología

5.1.1. El tipo de investigación realizada

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo, analítico y transversal

5.1.1.1. Investigación Prospectiva. Este tipo de investigación permitió la observación de ciertas causas presumibles y avanzar longitudinalmente en el tiempo hasta encontrar sus consecuencias y/o la aparición del efecto. La investigación prospectiva comienza, por lo común, después de que la investigación retrospectiva ha producido evidencia importante respecto a determinadas relaciones causales. En este tipo de investigación, una vez planteada la hipótesis, se definió la población participante en el estudio, que fueron los adultos mayores de 65 años de edad que viven en la zona 7. La recopilación de la información se realizó mediante la aplicación de un cuestionario.

5.1.1.2. Investigación descriptiva. Mediante este tipo de investigación, que utiliza el método de análisis, se logró caracterizar el objeto de estudio o situación concreta, pudiendo señalar sus características y propiedades. De igual forma, combinada con ciertos criterios de clasificación sirvió para ordenar, agrupar o sistematizar los objetos involucrados en este trabajo indagatorio. Al igual que la investigación descrita anteriormente, podrá servir de base para investigaciones que requieran un mayor nivel de profundidad. En esta etapa se realizó un examen minucioso de toda la información recogida, con el fin de hacer una reducción en calidad para su posterior análisis.

5.1.1.3. Investigación Analítica. Al ser un tipo de investigación descriptiva y estar más ligada a los datos de estadística y control, con el fin de generar una hipótesis sobre un hecho ocurrido, o por ocurrir, predecir fallas o acontecimientos, fue fundamental en este proceso investigativo. De igual forma, este tipo de investigación consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. El análisis es la observación y examen de un hecho en particular. Es necesario conocer la naturaleza del fenómeno y objeto que se estudia para comprender su esencia. Así mismo, este tipo de investigación nos permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías.

5.1.1.4. Investigación transversal. Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan la información o los datos en un solo momento, en un tiempo único. Tiene como propósito describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede. Los diseños de investigación transeccionales pueden dividirse en dos: descriptivos y correlacionales /causales. Los diseños transeccionales correlacionales / causales tienen como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata

también de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones, sean éstas puramente correlacionales o relaciones causales. En estos diseños lo que se mide es la relación entre variables en un tiempo determinado. Esta investigación pretendió indagar la relación entre la Familia, su funcionamiento y la aparición de depresión frente a la exposición a ciertos factores individuales, sociales, ambientales.

5.1.2. Diseño metodológico

5.1.2.1. Investigación Documental. Esta investigación se apoyó en fuentes de carácter documental, esto es, especialmente en información que tiene que ver, por ejemplo, con la disfuncionalidad familiar y las alteraciones psicoafectivas en los adultos mayores de la zona 7 del Ecuador; así mismo, la implementación u operativización de herramientas e instrumentos en las entidades de educación a nivel parroquial en los procesos de recopilación de datos que permitió tener información de la realidad auténtica de la problemática que se pretende investigar. Como subtipos de esta investigación se tuvo el apoyo en la investigación bibliográfica, hemerográfica y archivística; al utilizar la primera, se remitió a la consulta de libros sobre la temática y problema a investigar, la segunda se relaciona con artículos o ensayos de revistas y periódicos en referencia al tema de investigación, y la tercera en documentos o archivos, cartas, oficios, circulares, expedientes, etc., dentro de la zona de influencia.

5.1.2.2. Investigación de campo

Este tipo de investigación se utilizó en el desarrollo de este proyecto al requerir el apoyo de informaciones que proviene de varias fuentes, entre ellas: entrevistas, cuestionarios, encuestas y observaciones directas, aplicadas o dirigidas a los participantes e involucrados en las zonas seleccionadas o identificadas de acuerdo al muestreo que se aplicaron en la zona 7. Como es compatible desarrollar este tipo de investigación junto a la investigación de carácter documental, primero se consultaron las fuentes de carácter documental, a fin de evitar una duplicidad de trabajo.

5.1.3. Unidad de estudio

Población Adulta Mayor de la Zona 7 del Ecuador.

5.1.4. Universo

Se definió como universo a la población de 65 años y más de la región sur del Ecuador que según la población del último censo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) del año 2010 fue de 40.960 ancianos en Loja, 38.073 en El Oro y 1.112 en Zamora Chinchipe.

5.1.5. Muestra

El tamaño de la muestra se refiere a las unidades de muestreo que se deben tomar para realizar la estimación o verificación de hipótesis. La determinación del tamaño de la muestra dependerá de tres aspectos:

1.- La variabilidad intrínseca (varianza) de la variable medida. 2.- La precisión que el investigador requiere para su estimado; y 3.- La limitación en tiempo o dinero para muestrear las muestras.

Para determinar la variabilidad de las variables se realizó un muestreo preliminar o piloto que permita tener un primer estimado de la varianza. Respecto a la precisión de su estimado, ésta se fijó por el investigador, a través del tamaño deseado del intervalo de confianza. Una vez definidos esos dos valores (varianza y tamaño del intervalo), se aplicaron fórmulas para calcular el tamaño de muestra, para un grado específico de precisión, se empleó la proporción error estándar de la media / media aritmética como índice de precisión (D).

$$n > 2 \left(\frac{T}{d} \right)^2 (t \alpha (v) + t \beta (1 - p)(v))^2$$

Para calcular el tamaño de muestra, se tomó como fuente la base de datos del IV Censo Poblacional y V de Vivienda (2010), para las tres provincias que conforman la zona 7 en nuestro país. Se cruzó esta información con la base de datos de personas a las cuales se dirigió la investigación, Adultos Mayores, esta información estuvo disponible en la Coordinación Zonal 7 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la que constan distribuidas en todas las parroquias de la provincia de Loja.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó entre otros los software EPI INFO v. 7, EPIDAT v. 3.2; Minitab v. 17; SPSS v. 18 r; OPEN Epi, EXCEL, GPower, entre otros, o la fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Dónde:

- n** = El tamaño de la muestra que queremos calcular
- N** = Tamaño del universo.
- Z** = Valor del Nivel de confianza: Nivel de confianza 95% -> **Z=1,96**
- e** = Límite aceptable de error muestral e: **0,03 (3%)**
- p** = Es la proporción que esperamos encontrar. Valor aproximado del parámetro que queremos medir. p: **0,07 (7 %)**

5.1.6. Muestreo

En este tipo de muestreo se divide a la población en subgrupos o estratos que tienen alguna característica común (altitud, clima, población, necesidades básicas insatisfechas, etc.); e interesa mantener estos estratos en la muestra, para que mantenga la misma composición que la población. La selección de sujetos dentro de cada estrato se realizará aleatoriamente utilizando hojas de cálculo previamente diseñadas en el software Excel. La estratificación se suele hacer en función de diferentes variables o características de interés. Para la investigación

se tomó la base de datos de personas adultas mayores de la Zona 7 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cada una de estas parroquias tiene características ambientales particulares, por lo que se consideraron cuatro características de interés: altitud, temperatura, precipitación y necesidades básicas insatisfechas. Cada característica de interés será dividida en rangos con el propósito de que cada estrato cumpla con al menos un rango dentro de cada características de interés.

Una vez finalizado el proceso de estratificación y aleatorización se elaboró la hoja de ruta para la aplicación del instrumento en campo y la consabida recopilación de información. Para ordenar los datos numéricos en intervalos, se dividió el rango de la serie de interés personas adultas mayores en n intervalos que se desea establecer. Para ello se ordenan los datos de menor a mayor con el fin de detectar los valores extremos, luego se obtiene la diferencia entre el mayor valor y el menor valor. El valor resultante de la esta diferencia servirá para determinar la amplitud que tendrá cada intervalo. Partiendo de toda esta información, se cruzarán los datos y se obtuvo el número de estratos. Dentro de cada estrato se agruparon las parroquias con características de los criterios discriminantes similares. Dentro de cada estrato se aleatorizó la o las parroquias que se deben visitar para completar el número de encuestas.

5.1.7. Criterios de inclusión y exclusión

5.1.7.1. Criterios de inclusión. Todos los adultos de 65 años y más años, al momento del estudio.

5.1.7.2. Criterios de exclusión. Personas que se nieguen a participar en el estudio o sin el consentimiento del cuidador o familiar.

5.1.8. Técnica(s)

La recopilación de la información Primaria, en primera instancia se efectuó una encuesta semiestructurada, dirigida a los participantes e involucrados de la investigación; aquí se solicitó den contestación a los ítems planteados en forma objetiva y concreta. La técnica fue pertinente porque contribuyó a recolectar la información de la realidad familiar, socioeconómica, clínica que vive el adulto mayor a la vez que fue un espacio de terapia para compartir experiencias.

5.1.9. Instrumento

5.1.9.1. La Encuesta. Para obtener una mejor información y de primera mano de parte de los participantes e involucrados se diseñó (ver anexos) una encuesta semiestructurada, en relación a la temática. La utilización de estos instrumentos permitió alcanzar los objetivos planteados en esta investigación.

La información fue recolectada mediante tres instrumentos: 1) Un instrumento dirigido al adulto mayor o informante con datos sociodemográficos. 2) La prueba de percepción de la funcionalidad familiar (FF-SIL) dirigido al adulto mayor o informante para la valoración de la funcionalidad familiar. 3) Valoración del estado emocional aplicada al informante o cuidador mediante la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) que consta de 15 ítems que define depresión con un corte de 6 puntos o más.

Los instrumentos fueron diseñados de forma estructurada con preguntas abiertas y cerradas. Cada formulario contenía un instructivo que fue manejado por los entrevistadores. El control de calidad de la información se efectuó mediante una prueba piloto por los investigadores. Con base a la prueba se realizaron ajustes a los formularios previos a la impresión. También se incluyó el consentimiento informado, considerando respeto, autodeterminación y el derecho del investigado a participar o dejar la investigación en cualquier momento. Se informó también la confidencialidad de toda la información obtenida. Se anexa la nota de consentimiento informado que firmaron los adultos mayores o informantes involucrados en el estudio.

5.1.9.2. Test:

5.1.9.2.1. Un instrumento con datos sociodemográficos, familiares y clínicos. En donde consta edad, el sexo, autoidentificación étnica, estado civil, área geográfica de residencia, instrucción, actividad laboral, si es jubilado, si recibe bono, presencia o no de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, enfermedades osteomusculares, neoplasias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, número de integrantes de la familia, tipo de familia, ciclo vital.

5.1.9.2.2. La prueba de percepción de la funcionalidad familiar (FF-SIL) dirigido al adulto mayor o informante para la valoración de la funcionalidad familiar, consta de 14 ítems, valora las 7 dimensiones de la funcionalidad familiar: cohesión (1 y 8); armonía (2 y 13); comunicación (5 y 11); permeabilidad (7 y 12); afectividad (4 y 14); roles (3 y 9); adaptabilidad (6 y 10). El puntaje final clasifica la familia en funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. Existen variables cualitativas y cualitativa dentro de las primeras tenemos La escala cualitativa: casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces, casi siempre y la escala cuantitativa le da una puntuación de 1 punto, 2 puntos, 3 punto, 4 puntos y 5 puntos respectivamente, para cada situación existen 5 respuestas cualitativas, cada situación es respondida por el usuario mediante una cruz (X) en la escala de valores cualitativa, según su percepción como miembro familiar, al final se suma los puntos que corresponde a la escala de categorías para describir en 4 intervalos. La puntuación de Funcional va desde 70 a 57 puntos, la moderadamente Funcional de 56 a 43 puntos, la disfuncional de 42 a 28 puntos y severamente disfuncional de 27 a 14 puntos.

5.1.9.2.3. La Escala de Yesavage. Hay de 30, de 15 y de 5 ítems. constituye la herramienta más útil en adultos mayores, se considera positiva cuando en la de 15 ítems, 6 preguntas son afirmativas, se deberá referir cuando el puntaje es igual o mayor a 6, las preguntas afirmativas de 15 ítems son: las de numeración 2-3-4-6-8-9-10-12-14-15, es decir 10 preguntas y las negativas son la 1-5-7-11-13, ósea 5 preguntas. La escala de depresión geriátrica de Yesavage, diseñada exclusivamente para adultos mayores, recomendada por la Sociedad española de Medicina Familiar, tiene una sensibilidad del 84 al 86% y especificidad del 95 al 100% (Sánchez González , 2015), la versión corta de la escala de Yesavage de 5 ítems está validada en múltiples estudios y ha demostrado ser tan útil como las versiones largas, en la población española tiene una sensibilidad del 0,99% y una especificidad del 0,57, un valor predictivo

positivo de 0,75 y un negativo de 0,98, por lo que está considerada una herramienta útil en el cribado de la depresión (Sarró Maluquer, Ferrer Feliu, Rando Matos, Formiga, & Rojas Farrera, 2013)

Algunas de las limitaciones que podríamos plasmar es el hecho de contar en algunos hogares únicamente con el adulto mayor a quien se le indagó sobre la funcionalidad familiar considerando que está solo no comparte con otros miembros de la familia entonces las decisiones son propias de él/ella. Considerando que esta recolección de datos formó parte de una investigación como parte del Macroproyecto “Calidad de vida del Adulto Mayor”, la información cualitativa de la comunicación paralingüística no se la ha plasmado, pero podría formar parte de la discusión del presente estudio.

5.1.10. Procedimiento

Una vez realizada la prueba piloto se tabularon los datos en el programa SPSS, donde se estableció el libro de códigos, fijándose en el tipo, etiqueta y medida de las variables, tomando escalas adecuadas para cada caso, como primera instancia se realizaron las siguientes operaciones: Para el análisis no se consideraron los datos generales del instrumento aplicado, únicamente la variables útiles para cada investigación ya que constituimos parte de un Macroproyecto. Se obtuvo la suma de todas las variables útiles, se realizó un análisis de varianza entre todas las variables útiles y el total; se realizó un análisis de correlación “r” de Pearson entre las variables útiles y el total, el índice varió entre 0 y 1, mientras más alto fue, mayor correlación. Posteriormente se procedió al análisis de confiabilidad del instrumento a través del Alfa de Cronbach. Luego de la prueba piloto y realizando las respectivas rectificaciones procedimos en dos semanas una en mayo y otra en junio 2016, luego de haber presentado la hoja de ruta a movilizarnos a las diferentes parroquias y cantones de las tres provincias

Para el Alfa de Cronbach se sigue el procedimiento: Una vez que todos los ítems tengan buena correlación con el total, se calcula el índice de validez o consistencia para instrumentos denominado Alfa de Cronbach. En el caso de obtener valores menores a 0,8 donde incluso cada uno de los ítems tuvo correlación con el total del instrumento, se identificarán los ítems con menor grado de correlación y se los podrá eliminar para que el índice aumente. Para la reducción de ítems ¿qué criterios utilizamos? Se los ordena según el índice de correlación con el resultado total de mayor a menor para eliminar los últimos 10 ítems. No podemos seguir eliminando ítems, por lo que la opción es incrementar el valor del Alfa de Cronbach. Para ello se ordenará nuevamente los ítems, pero no en función del índice de correlación sino según su varianza. Se identificarán y eliminarán los ítems que expresan menor grado de variabilidad, empezando por el último, a medida que se modifique, se calculará nuevamente el Alfa de Cronbach, sucesivamente. Si aun así no se incrementa el Alfa de Cronbach, se reescribirán las preguntas o ítems que tengan menor grado de variabilidad expresado en términos de varianza comenzando por aquel que tenga el menor grado de variabilidad y se reescribirán los últimos 10 ítems, aquellos que tienen menor

grado de variabilidad, con la finalidad de ampliar el abanico de respuestas reales de la población, para que el Alfa de Cronbach incremente.

5.1.11. Equipo y materiales

Se utilizaron materiales de escritorio como lápiz, esfero, almohadilla digital, las copias de encuestas, ropa adecuada para las largas jornadas de sol y de lluvia.

5.1.12. Análisis estadístico

Conjuntamente con el cálculo del tamaño de muestra, se realizó el análisis de potencia estadística, con el fin de que dicho tamaño no sea ni demasiado alto ni demasiado bajo. Ya que al ser demasiado bajo, el experimento carece de precisión para proporcionar respuestas fiables a las preguntas que se está investigando, mientras que al ser demasiado grande, el tiempo y los recursos serán en vano. De manera general, la potencia deberá ser razonablemente alta para detectar desviaciones mínimas de la hipótesis nula. De lo contrario, el experimento no valdría la pena, por lo que se trabajará con una potencia deseada mínima del 80 %. Para la verificación de la potencia de la muestra se utilizará el software GPower v. 3.1; Minitab v. 17 y Excel (Pita Fernández) y paquete estadístico SPSS., luego de haber obtenido la información de frecuencias, tablas de contingencia, se elaboraron propias tablas en Excel y Word para proceder a la discusión.

Dentro de los métodos estadísticos utilizados tenemos El Chi cuadrado que sirve para ver si dos variables están o no asociadas, pero no nos dice si es alta o baja la asociación por lo que nos apoyamos de la V de Cramer, que es una correlación que nos permite tener un índice con valores máximos que indica la mayor asociación entre variables y 0 no hay asociación, cuando más próximo a 0 se encuentre más independientes serán las variables cuando más próximo a 1 sea el número más asociadas estarán las variables que se estudian para ello se requiere previamente tener calculado el chi cuadrado, entonces constituye la fuerza de asociación.

El riesgo relativo, es la razón entre la incidencia de enfermedad en el grupo de expuestos y la incidencia de la enfermedad en los grupos de no expuestos, indica cuanta más probabilidad tienen las personas expuestas de desarrollar la enfermedad respecto a los no expuestos, un $RR=1$ significa que la incidencia en los expuestos es igual a la incidencia de los no expuestos, no hay asociación entre enfermedad y los no expuestos, el valor es nulo. Un RR mayor a 1 significa que la incidencia en el grupo de expuestos es mayor que la incidencia en el grupo de los no expuestos, entonces existe una asociación más directa entre la exposición y la enfermedad. Un RR menor a 1 donde la incidencia en el grupo de expuestos es menor que la incidencia en el grupo de no expuestos, se observa asociación negativa e inversa entre exposición y enfermedad. Entonces el Odds ratio indica cuantos odds más o menos tienen las personas expuestas de desarrollar la enfermedad respecto a los no expuestos.

6. Resultados

6.1. Caracterización del adulto mayor

Tabla 1. Variables sociodemográficas, familiares y clínicas

Variables	Características	Frecuencia de depresión	Total de adultos mayores	Tasa/1000 ancianos	Intervalo al 95%	
					LCi	LCs
Sociodemográficas						
Edad	Cuarta edad	120	327	104,71	97,49	111,93
	Tercera Edad	232	819	202,44	195,22	209,66
Sexo	Hombre	158	590	137,87	135,55	140,19
	Mujer	194	556	169,28	166,96	171,6
Autoidentificación étnica	Mestizo	335	1059	292,32	271,82	312,82
	No mestizo	17	87	14,83	5,66	35,33
Estado Civil	Sin pareja	203	527	177,14	173,66	180,62
	Con pareja	149	619	130,02	126,54	133,5
Familiares						
Tamaño de la familia	Pequeña	248	769	322,5	319,83	325,17
	Mediana	82	300	273,33	270,66	276
	Grande	22	77	285,71	283,04	288,39
Tipo de familia	Nuclear	244	760	321,05	318,45	323,65
	Extensa	82	301	272,43	269,83	275,02
	Ampliada	26	85	305,88	303,28	308,48
Ciclo vital	Disolución	131	331	395,77	383,9	407,64
	Contracción	200	764	261,78	249,91	273,65
	Extensión	8	26	307,69	295,82	319,57
	Formación	13	25	520	508,13	531,87
Funcionalidad familiar	Severa disfuncionalidad	84	167	502,99	490,02	515,97
	Disfuncionalidad Moderada	119	353	337,11	324,14	350,08
	funcionalidad Moderada	92	396	232,32	219,35	245,3
	Funcional	57	230	247,83	234,85	260,8
	Clínicas					
Enfermedades Crónicas	Si tiene E.C.	177	512	345,7	340,56	350,85
	No tiene E.C.	175	634	276,03	270,88	281,17

Fuente: Base de datos: Macroproyecto: Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Zona 7. 2016
Elaborado por: Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado. Postgrado MFC-UNL

Análisis e interpretación:

En la tabla 1, se observa la relación de la depresión en adultos mayores de la zona 7 del Ecuador, con las variables: edad, sexo, estado civil, autoidentificación étnica, tamaño de la familia, tipo, ciclo vital familiar, funcionalidad familiar y enfermedades crónicas donde la mayor tasa específica por 1000 ancianos se encuentra: en los adultos mayores de la tercera edad en comparación con la cuarta edad; según el sexo, es mayor en las mujeres; según la autoidentificación étnica es mayor en los adultos mayores que se autoidentifican como mestizos; considerando la variable estado civil es mayor en los los adultos mayores que viven sin su pareja conyugal; en cuanto a la familia según el número de

integrantes es mayor en las familias pequeñas; según el tipo de familia, es mayor en las familias nucleares; según el ciclo vital familiar es mayor en las familias que se encuentran en formación; en relación a la variable funcionalidad familiar es mayor en las familias que se encuentran en la categoría de severa disfuncionalidad. Podemos observar que en relación a las variables enfermedad crónica y depresión la mayor tasa específica corresponde a los adultos mayores que presentan enfermedad crónica, en comparación con los ancianos que no presentan enfermedad crónica. Los límites de confianza inferior y superior de estas categorías, no se solapan entre sí, por lo que son estadísticamente significativos a un nivel del 95% de confianza.(ver tabla 1)

6.2. Relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores

Tabla 2. Relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores zona 7, 2016

		DEPRESIÓN RANGO YESAVAGE		
		DEPRESION	NORMAL	Total
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Familia Disfuncional	39,00%	61,00%	100,00%
	Familia Funcional	23,80%	76,20%	100,00%
Total		30,70%	69,30%	100,00%
Valor de p		0,000		

Fuente: Base de datos: Macroproyecto: Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Zona 7. 2016
Elaborado por: Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado. Postgrado MFC-UNL

Análisis e interpretación:

En la tabla 2, tabla de contingencia al cruzar las variables funcionalidad familiar del FF-SIL, con los dos rangos de depresión de la escala geriátrica del adulto mayor (GDE Escala de Depresión Geriátrica), que para una mejor interpretación la hemos resumido en dos categorías: familia funcional con el más alto porcentaje (puntuación de 43 a 70 del FF-SIL) y familia disfuncional con la puntuación más baja (de 14 a 42) y los deprimidos con una puntuación mayor a 5 y los no deprimidos con una puntuación menor a 5, donde observamos que el 39% de los adultos mayores de la zona 7, del Ecuador, que viven en familias disfuncionales, tienen mayor presencia de depresión y que los porcentajes de la misma van disminuyendo conforme mejora la funcionalidad de la familia, se puede observar que existe asociación estadísticamente significativa con un valor de Chi cuadrado de 46,86 mayor al Chi-cuadrado tabulado (3,84), lo cual nos indica que es estadísticamente significativo, al 95% del nivel de confianza, con 1 grado de libertad y un valor de $p < 0.05(0,000)$, encontrándose en el área de rechazo de la H_0 ; aceptando la hipótesis alterna que dice: "la funcionalidad familiar se relaciona con depresión en adultos mayores de la zona 7" en cuanto la fuerza de asociación entre las variables depresión y funcionalidad familiar esta es baja (V de Cramer = 0,14).

6.3. Relación entre la funcionalidad familiar factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores

Tabla 3. Funcionalidad Familiar y pareja en adultos mayores zona 7, 2016

Pareja	FF-SIL		Total	Valor de p
	Familia disfuncional	Familia Funcional		
Sin pareja	57,30%	42,70%	100,00%	0,000
Con pareja	35,20%	64,80%	100,00%	
Total	45,40%	54,60%	100,00%	

Fuente: Base de datos: Macroproyecto: Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Zona 7. 2016
Elaborado por: Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado. Postgrado MFC-UNL

Análisis e interpretación:

El 57,30% de adultos mayores que viven sin pareja, tienen familias disfuncionales; el valor de p para esta relación es menor a $<0,05$ ($p<0,000$), lo cual corrobora la relación entre las variables consideradas, por lo que no tener pareja conyugal predispone a disfuncionalidad familiar (ver tabla 3).

Tabla 4. Funcionalidad Familiar y edad en adultos mayores zona 7

Edad	FF-SIL		Total	Valor de p
	Familia disfuncional	Familia Funcional		
Cuarta edad	53,20%	46,80%	100,00%	0,000
Tercera edad	42,20%	57,80%	100,00%	
Total	45,40%	54,60%	100,00%	

Fuente: Base de datos: Macroproyecto: Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Zona 7. 2016
Elaborado por: Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado. Postgrado MFC-UNL

Análisis e interpretación:

El 53,20% de adultos mayores de la cuarta edad, viven en familias disfuncionales. El valor de p para esta relación es menor a $<0,05$ ($p<0,000$), lo cual corrobora la relación entre las variables consideradas (ver tabla 4)

Tabla 5. Funcionalidad Familiar y enfermedades crónicas en adultos mayores zona 7

Enfermedad Crónica	FF-SIL		Total	Valor de p
	Familia disfuncional	Familia Funcional		
Si tiene enfermedad	48,80%	51,20%	100,00%	0,035
No tiene enfermedad	42,60%	57,40%	100,00%	
Total	45,40%	54,60%	100,00%	

Fuente: Base de datos: Macroproyecto: Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Zona 7. 2016
Elaborado por: Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado. Postgrado MFC-UNL

Análisis e interpretación:

Funcionalidad Familiar con enfermedades crónicas del adulto mayor, se puede observar que el 48,80% de personas ancianas que presentan algún tipo de enfermedad crónica, viven dentro de familias disfuncionales. El valor de p para

esta relación es menor a $<0,05$ ($p<0,035$), lo cual corrobora la relación entre las variables consideradas (ver tabla 5).

Tabla 6. Funcionalidad Familiar y sexo en adultos mayores zona 7, 2016

Sexo	FF-SIL		Total	Valor de p
	Familia disfuncional	Familia Funcional		
Mujer	48,40%	51,60%	100,00%	0,047
Hombre	42,50%	57,50%	100,00%	
Total	45,40%	54,60%	100,00%	

Fuente: Base de datos: Macroproyecto: Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Zona 7. 2016
Elaborado por: Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado. Postgrado MFC-UNL

Análisis e interpretación:

Mayor disfuncionalidad familiar con ancianos del sexo femenino; el valor de p para esta relación es menor a $<0,05$ ($p<0,047$), lo cual corrobora la relación entre las variables consideradas(ver tabla 6).

Tabla 7. Funcionalidad Familiar y autoidentificación étnica en adultos mayores zona 7, 2016

Autoidentificación étnica	FF-SIL		Total	Valor de p
	Familia disfuncional	Familia Funcional		
Mestizo	47,10%	52,90%	100,00%	0,000
No mestizo	24,10%	75,90%	100,00%	
Total	45,40%	54,60%	100,00%	

Fuente: Base de datos: Macroproyecto: Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Zona 7. 2016
Elaborado por: Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado. Postgrado MFC-UNL

Análisis e interpretación:

Funcionalidad Familiar con autoidentificación étnica del adulto mayor, se puede observar que el mayor porcentaje de familias disfuncionales se encuentra en personas ancianas que se autoidentifican como mestizas; el valor de p para esta relación es menor a $<0,05$ ($p<0,000$), lo cual corrobora la relación entre las variables consideradas (ver tabla 7)

7. Discusión

La transición demográfica, descensos en la tasa de fecundidad aumentan la esperanza de vida (Hernández & Lazcano, 2013), en los últimos 25 años, la esperanza de vida en las Américas se ha incrementado en 17 años. Según la Organización Mundial de la Salud, O.M.S.,(2012) la depresión es un trastorno mental frecuente en los mayores de 65 años, está considerado un problema de Salud Pública con serias implicaciones en la calidad de vida. Los adultos mayores constituyen el grupo más diverso de la población mundial lo que contradice la estereotipación homogenizante que tantas veces se pretende hacer de las personas (Plata, Leal, & Mendoza, 1997).

En el estudio realizado en Colombia en el 2007 (Castillo, 2010), la familia extensa constituye el 81,3% y en menor porcentaje la nuclear, así mismo en la población adulta mayor mexicana la familia extensa tiene mayor presencia, no así en Argentina predominan las familias nucleares (Redondo, 2015), coincidiendo con el presente estudio, Guaya (2016); así como también lo menciona Miguel Bruna y Zoila Reinoso en su ensayo publicado en Tendencias en Salud Pública, salud familiar y comunitaria, con el tema el “abandono una problemática en el adulto mayor”, refiriéndose a las características de la sociedad actual en Chile donde predomina la familia nuclear, en una sociedad altamente competitiva y acelerada, en nuestro país, la familia nuclear, básica que nace de un matrimonio heterosexual, está reconocida por la Constitución de la República del Ecuador.

El ciclo vital es una condición humana, no es permanente sino, que fluye a lo largo de la vida; estudios realizados en Ecuador indican que la mayor parte de adultos mayores se encuentran en etapa de nido vacío 43,64% y de salida de los hijos en un 40% similares a los estudios de Herrera y cols,(2007); Valadez y cols, (1993) en donde el 49,5% de ancianos se encontraba en las últimas etapas del ciclo vital. En el estudio realizado por Elizabeth Fajardo para caracterizar el riesgo familiar con adultos mayores en Colombia, (2005), la etapa más frecuente fue la de contracción 43,18% o “plataforma de lanzamiento” que empieza con la salida de los miembros del hogar, esta etapa está cercana a la “nido vacío” descrita por Laslett, (1995) como una condición exclusiva del envejecimiento demográfico. A diferencia de estos estudios, en el presente se obtiene una tasa específica mayor que corresponde al ciclo vital en formación que se correlaciona con el fenómeno de la “feminización en la edad adulta mayor”.

La funcionalidad familiar se relaciona con depresión en adultos mayores, en el presente estudio, Guaya, (2016) el 39% de adultos mayores que viven en familias disfuncionales presentan depresión, mientras mejora la funcionalidad familiar disminuyen los porcentajes de depresión en adultos mayores, teniendo el 105% de probabilidades que el adulto mayor que vive en familias disfuncionales presente cuadros depresivos, constituyendo la disfuncionalidad familiar un factor de riesgo en el apareamiento de depresión en adultos mayores en la zona 7 del Ecuador, en el año 2016, este estudio coincide con otros actualizados (Balcázar, Ramírez, & Rodríguez, 2015), otros realizados en México no relacionan la funcionalidad familiar con la depresión en adultos mayores (Saavedra, Rangel, & García, 2016), otro estudio donde el 56,2% de adultos mayores perciben un funcionamiento familiar alto (Escalona & Ruiz, 2016).

La funcionalidad familiar solo se relaciona con los factores de riesgo identificados, de depresión, en adultos mayores de acuerdo a las pruebas estadísticas de la estimación de riesgo como el no tener pareja, pertenecer a la cuarta edad, presentar algún tipo de enfermedad crónica, ser mujer y autoidentificarse como mestizo, sin embargo podemos deducir que siendo un factor de riesgo el no tener pareja, con el 98% probabilidad que presenten depresión quienes no tienen pareja, entonces el tener pareja con quien mantenga llevaderas relaciones interpersonales constituye un factor protector como lo menciona el estudio realizado en Puerto Rico, 2015; que la depresión es frecuente en los adultos mayores que viven solos, solteros o que han enviudado, por su peor percepción de la calidad de vida, igualmente lo mencionan los estudios realizados por Fernández, (2006); Goel, Muzammil, Kumar y Raghav, (2014) (Serra & Irizarry, 2015). La depresión es más frecuente entre las viudas y solteros (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013), en el estudio reportado por Tapia, (2000), donde el mayor riesgo está en los casados por los problemas de pareja, por lo que muchos terapeutas piensan que el fortalecimiento de la relación marital es la base para la consolidación familiar de las familias disfuncionales (Ayora, 2001); Bennett, (1996) en el estudio longitudinal de viudas, encontró cambios significativos en la salud mental y en la moral después de la muerte del esposo, así, en los que se encuentran solos, existe, mayor riesgo de presentar depresión, compartido también con el presente estudio.

El 36,70% de adultos mayores que pertenecen a la cuarta edad (mayores de 80 años) predisponen a presentar cuadros depresivos, con el 47% probabilidad que los adultos mayores que pasan a la cuarta edad tengan cuadros depresivos, constituyendo un factor de riesgo la cuarta edad, con el 53, 20% según las tablas de contingencia que los adultos mayores de la cuarta edad vivan en familias disfuncionales. Baltes y Smit han denominado a la tercera edad de los 65 a 79 años “buenas noticias”, por las grandes posibilidades de salud mental, por las estrategias para dominar aspectos positivos y negativos y a la cuarta edad a partir de los 80 años “malas noticias”, por la pérdida de la capacidad cognitiva y de aprender, aumento de efectos negativos del estrés crónico, elevada frecuencia de depresión, síndrome de fragilidad, que dificulta

la calidad de vida (Sarró Maluquer, Ferrer Feliu, Rando Matos, Formiga, & Rojas Farrera, 2013), así también lo menciona el estudio realizado por el Psicólogo de ancianos de Archidona (Moreno, 2010), concordando con el estudio Guaya,(2016); contrario a lo mencionado, Rita Levi, Neurocientífica, Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1986, por el descubrimiento del Factor de Crecimiento Nervioso, con la regeneración neuronal; la salud mental tiende a mejorar con la edad, así también, si lo evolutivo cambia con la edad, en cambio el estrés disminuye y las habilidades ganadas por la experiencia descienden en la edad adulta, Gatz, (2000). Según Díaz, a mayor edad aumenta la percepción negativa de la funcionalidad familiar.

Las patologías más relevantes fueron en orden de prevalencia: enfermedades osteomusculares, hipertensión arterial y diabetes mellitus. El 34,6% de adultos mayores diagnosticados de enfermedad crónica, enfermedad no transmisible presentaron depresión, con el 39% probabilidades según el OR, que adultos mayores con algún tipo de patología crónica presenten depresión, constituyéndose en un factor de riesgo. En orden de prevalencia están en primer lugar las enfermedades osteomusculares, la hipertensión arterial y la diabetes. El 48,8% de adultos mayores con enfermedad crónica viven en familias disfuncionales.

Algunos estudios relacionados con enfermedad crónica y depresión, éstos demuestran la presencia de depresión en el 40% de los adultos mayores que reciben tratamientos por enfermedades crónicas según lo muestra la Guía Farmacoterapéutica de Trastornos del estado de ánimo: Depresión y Ansiedad, corroborado con lo mencionado por Johnny Chavarría Araya, (2015) y con los datos del presente estudio. El dolor musculoesquelético es una de las quejas más frecuentes en adultos mayores Arteaga, Santacruz,(2011). Piotrowski, (2014) realizó un análisis biométrico exploratorio de las publicaciones indexadas PsycINFO, relacionadas con salud mental en ancianos con dolor articular, basándose en 687 artículos, encontró que dentro de los principales problemas la depresión estaba en segundo lugar luego de medicamentos para el dolor. En la encuesta nacional de dolor y vejez en Estados Unidos, más de la mitad de la población de adultos mayores informaron sufrir dolor crónico provocando disminución de la función física y sufrimiento emocional, Patel, Guralnik, Dansie y Turk, (2013).

La hipertensión arterial constituye un factor de riesgo para el apareamiento de depresión en el presente estudio, (Guaya, 2016), que se corrobora con datos de Argentina (Zurro, 2014), en donde los factores de riesgo emocionales explican el 50% la presencia de episodios de cardiopatías (Oblitas, 2010), donde los cambios somáticos ligan lo emocional con el sistema autónomo nervioso, endócrino e inmunológico (Kail & Cavanaugh, 2006). Así la hipertensión arterial contribuye al 80% de las muertes por enfermedad cardiovascular y cerebrovascular en la población de 65 años y más. En tercer

lugar se encontró la diabetes mellitus como un factor de riesgo en la aparición de depresión en adultos mayores, la diabetes aumentó con la edad, el porcentaje de depresión en pacientes con diabetes es al menos dos veces más alto que en la población general y el riesgo que un diabético tenga episodios depresivos es 1,6 veces más alto (Mehta, del Moral, & Aguilar, 2010), es frecuente el riesgo de depresión en adultos mayores con diabetes tipo 2 (Dorta, Martes, Villanba, Fuentes, & Pérez, 2014), riesgo de padecer depresión en adultos mayores diabéticos es el doble (Berenzon, Lara, Robles, & Medina, 2013), así el apareamiento de depresión y de complicaciones de la diabetes es directamente proporcional (Anarte Ortiz, et al., 2011).

En el estudio Guaya, (2016), el 34,9% de ancianas presentan cuadros depresivos, con el 47% probabilidades que las mujeres desarrollen depresión en relación a los hombres, constituyéndose en un factor de riesgo el sexo femenino. El 48,4% de las mujeres viven en familias disfuncionales. En el estudio descriptivo de la imagen corporal de los ancianos realizado por Carmen Saravia, (2012), del total de depresiones el 76,5% fueron en mujeres, en el estudio realizado por Clemente Cordero y cols., (2014) se obtuvieron datos significativos entre depresión y sexo, donde las mujeres se deprimen más que los hombres, concordando con nuestro estudio; sin embargo otras investigaciones que comparan depresión en hombres y mujeres como la de García Serrano y Ferrer,(2001); Pando, Aranda, Alfaro y Mendoza, (2001); Martínez y cols, (2007), donde no se encontraron diferencias significativas entre la depresión y sexo en adultos mayores.

En el estudio, Guaya, (2016), el 31,6% de adultos mayores que se autoidentifican como mestizos presentan depresión, en relación a los que no son mestizos; con el 90% probabilidades que los ancianos mestizos desarrollen cuadros depresivos en su vida; donde el 47,1% de adultos mayores mestizos viven en familias disfuncionales. En la búsqueda de estudios de investigación, no existen comparativos que la depresión sea más frecuente en los adultos mayores mestizos, solo se enfatiza que la población indígena es vulnerable socialmente con riesgos de mayor morbi-mortalidad. Entonces el presente estudio aportaría a visibilizar esta riqueza en los grupos étnicos, ya que pertenecer a una étnia minoritaria donde la solidaridad es parte del buen vivir como una forma diferente de vida y no del vivir bien como lo es en el sistema capitalista como lo menciona Karl Marx al referirse a la explotación del hombre por el hombre, dice: “la desvalorización del mundo humano crece en relación directa de la valorización del mundo de las cosas”.

Siendo la etnicidad un determinante crítico de pobreza y desigualdad, de exclusión social, determinantes en el acceso a servicios de salud occidental, ya sea por las condiciones geográficas, la lengua (Hernández & Lazcano, 2013); el no ser mestizo, es decir, el pertenecer a otras etnias como indígena, montubio, afro, blanco, en cierta forma es ventajoso, para evitar depresión en adultos mayores, este hecho aparece, partiendo desde un pensamiento andino que lo impulsa en su libro, Edgardo Ruiz, UNESCO, OMS,OPS, que surge de

la sabiduría ancestral, potenciando el saber y promoviendo de forma integral el vivir de cada individuo y comunidad con la búsqueda de la conservación y enriquecimiento de la vida, de las relaciones armónicas del ser humano con la naturaleza, el mensaje es de unidad en la diversidad y de unidad en la totalidad.

8. Conclusiones

Los adultos mayores con depresión de la Zona 7 del Ecuador en el año 2016, conviven dentro de familias disfuncionales, pertenecen a la tercera edad, edad aún productiva, son mujeres; viven sin pareja conyugal, dentro de familias pequeñas y nucleares que se encuentran en ciclo vital en formación y disolución; en cuanto a las variables clínicas presentan enfermedades crónico-degenerativas entre otras: enfermedades osteomusculares, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

La funcionalidad familiar se relaciona con la depresión en adultos mayores, donde las familias disfuncionales tienen mayor riesgo de tener adultos mayores con depresión, por lo que al mejorar la funcionalidad de la familia disminuyen los porcentajes de depresión.

La Funcionalidad Familiar se relaciona con cinco factores de riesgo de depresión en ancianos que por orden de frecuencia constituyen: convivir sin pareja, pertenecer a la cuarta edad, tener enfermedad crónica, ser mujer y autoidentificarse como mestizo, los cuales al estar presentes en una familia representan mayor peso para el apareamiento de disfuncionalidad familiar. La funcionalidad familiar se relaciona con dos factores protectores el tener pareja conyugal y pertenecer a grupos étnicos minoritarios por su enfoque cultural de vida, entonces la funcionalidad familiar se relaciona con los factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores de la región 7, del Ecuador, 2016.

9. Recomendaciones

Al caracterizar la población encontramos ancianos jóvenes, en edad productiva lo que hace necesario promocionar políticas de difusión y sensibilización social que vienen impulsándose desde el nivel internacional, nacional y local, (La II Asamblea Mundial sobre envejecimiento celebrada en Madrid en el 2002, la Conferencia Internacional de la Región Económica para Europa de Naciones Unidas, CEPE, sobre envejecimiento, celebrada en León, 2007, que recoge los compromisos de los gobiernos de los países miembros para avanzar en materia de envejecimiento) sobre el valor del cuidado como fin propio de la protección de la salud y un derecho que debe garantizarse desde el poder público. El Instituto de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), es el organismo rector de la política pública en favor de la población adulta mayor en México, hace relación al trabajo encaminado en 5 ejes: 1.-Cultura del envejecimiento, donde la ciudadanía, respete y ame a los adultos mayores; 2.- Envejecimiento activo, plantea la promoción de actividades físicas y culturales, sociales y recreativas que permitan ampliar la esperanza de vida saludable y la productividad; 3.-Seguridad económica, mediante empleo, capacitación y microcréditos; 4.-Protección social; 5.-Promoción de los derechos de las personas adultas mayores, donde la concientización y sensibilización permiten crear espacios donde el adulto mayor es sujeto de derechos, que nadie tiene por que dar dádivas o caridad ya que es responsabilidad de todos construir una nueva sociedad solidaria.

En la línea de las acciones encaminadas desde el ámbito internacional, con políticas direccionadas a esta población, son las medidas educativas a la ciudadanía en general las que promoverán la responsabilidad a todos de la obligación de atender a los seres más vulnerables, dentro del núcleo familiar como fructífera opción, en donde se perciba lo emocional y sentimental de su trayectoria vital, donde los hombres sean parte comprometida, a través de la educación; y donde el equipo multidisciplinario de atención integral al adulto mayor tenga accesibilidad necesaria para apoyar con los cuidados socio-sanitarios. El fomento del envejecimiento activo, tiene por objeto promover la independencia, la participación social con educación a lo largo de la vida, son tareas encaminadas a mejorar la calidad de vida no solo del adulto mayor sino de su familia y sociedad en general. Con la cultura del envejecimiento se tendrá una visión más amplia y holística.

La aplicación de la escala geriátrica de depresión y el FF-SIL, instrumentos fáciles de aplicar desde el nivel primario, los cual permitirá diagnosticar de forma oportuna cuadros de depresión y disfuncionalidad familiar en esta población y derivar de forma oportuna quienes lo requieran.

“Los hombres piensan que dejan de enamorarse cuando envejecen, sin saber que envejecen cuando dejan de enamorarse”

Gabriel García Márquez

*“No te rindas, por favor no cedas,
aunque el frío queme, aunque el miedo muerda,
aunque el sol se esconda, y se calle el viento, aún
hay fuego en tu alma, aún hay vida en tus sueños.
Por que la vida es tuya y tuyo también el deseo,
por que cada día es un comienzo nuevo, por que esta
es la hora y el mejor momento”*

Mario Benedetti

10. Bibliografía

(s.f.).

- Aguilar Navarro, S., & Avila Funés, J. (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias. *Gaceta médica de México*, 143(2), 141-148.
- Anarte Ortiz, M., Carreira Soler, M., Navas, M., Caballero Díaz, F., Godoy Ávila, A., & Soriguer Escofet, F. (2011, noviembre). Accuracy of diagnosis of depression in patients with Type 1 diabetes mellitus. *Psicothema*, 23(4), 606-610.
- Arias, W., Yopez, L., Nuñez, A., & Oblitas, A. (2013). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista de educación y psicología de la USIL*, 1(2), 83-103.
- Ayora, F. A. (Abril de 2001). Psicoterapia familiar su aplicación y el desarrollo científico. (L. V. Guerrero, Ed.) *Revista Universitaria de la UNL*, 93-100. Obtenido de <http://www.unl.edu.ec>
- Báez, R., Cueva, A., Mejía, L., Moncada, J., Moreano, A., & Velazco, F. (1995). *ECUADOR: pasado y presente* (Primera edición ed.). Quito: "Editorial Ecuador F..B.T. Cía. Ltda."
- Balcázar, L., Ramírez, Y., & Rodríguez, M. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagn+ostico de tuberculosis. *Revista Especialidades Médicas Quirúrgicas*(20), 135-143.
- Barry, L. C., Murphy, T. E., & Gill, T. M. (2011). Depressive symptoms and functional transitions over time in older persons. *NIH Public Access*, 19(9), 783-791.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., & Medina, M. . (2013, Febrero). Depression: state of the art and the need for public policy and action plans in Mexico. *Salud Pública De México*, 55(1), 74-80.
- Cardona, D., Segura, A., & Segura, A. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores colombia 2012. *Revista de salud pública (Bogotá Colombia)*, 35(1).
- Cardona, D., Segura, A., Segura, A., & Osley Garzón, M. (Marzo de 2015). Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo. *Revista de Salud Pública*, 35, 73-80.
- Castillo, C. M. (Junio de 2010). Dinámica familiar del anciano residente en el barrio modelo de la ciudad de Barranquilla. *Psigente*, 13(23), 42-58.
- Cerquera Córdova, A. M., & Meléndez Merchán, C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento psicológico*, 7(14), 63-72.
- Constitución de la república del Ecuador*. (2009). Quito, Ecuador: Jurídica El Forum.
- Coon, D., & Mitterer, J. O. (2016). *Introducción a la Psicología: El acceso a la mente y la conducta* (13a ed.). México: Cengage Learning.
- Cordero Sánchez, C., García, G., & Baez, F. (2014). Síntomas Depresivos Vs depresión en Adultos mayores de una comunidad rural. *European Journal of Investigation in Health Psychology and education*, 4(3).

- Díaz, N. A. (2007). *Entre voces y silencios, las familias por dentro*. Pichincha, Ecuador: Cámara ecuatoriana del libro. Núcleo de Pichincha.
- Dorta, L., Martes, M., Villanba, P., Fuentes, P., & Pérez, A. (2014). Riesgo de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II según tiempo de evolución centro diabetológico, Aragua, Venezuela, 2011. *Comunidad y Salud*, 12(2), 33-38.
- Escalona, B., & Ruiz, A. (julio-diciembre de 2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, vol. 24, núm. 1, 24(1), 38-46.
- Estrada Restrepo, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A. M., Ordoñez Molina, J., Osorio Gómez, J. J., & Chavarriaga Maya, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Univ. Psychol.*, 81-94.
- Flores Villavicencio, M., Troyo Sanromán, R., González Pérez, G., Cruz Ávila, M., & Muñoz de la Torre, A. (2013). valuación Calidad de Vida Mediante el Whoqol -Bref en A dultos M ayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara , Jalisco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 179-192.
- Francisco, P. (2016). *Exhortación Apostólica Postsinodal Amoris Laetitia. Sobre el amor en las familias*. Roma.
- García, J. (Junio de 2011). Los derechos de los adultos mayores. *Revista Judicial*.
- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson Educación.
- Greenberg, S. A. (2012). The Geriatric Depression Scale. *New York University College of Nursing*(4).
- Groffen, D., Koster, A., & Bosma, H. (2013, July). Unhealthy lifestyles do nopt mediate the relationship between socioeconomic satatus and incident depressive symptoms; The Health ABC study. *Geriatr Psychiatry*, 21(7), 664-674.
- Guías Gerontogeríátricas del Adulto Mayor Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. (2008). Quito.
- Hernández, Á. ,, & Lazcano, P. E. (2013). *Salud Pública. Teoría y Páctica*. (J. Morales Saavedra, Ed.) México: Manual Moderno.
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo humano. Una persperctiva del ciclo vital* (3a ed.). México: Cengage Learning. Obtenido de <http://latinoamerica.cengage.com>
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2015). *Desarrollo Humano. Una persperctiva del ciclo vital* (5ta. ed.). México: Cengage Learning editores,SA.
- Katch, A. (2011). *Fisiología del Ejercicio* (4ta. ed.). España: Médica Panamericana.
- Losada, A. V., & Alvarez Strauch, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia de vivir solo o acompañado. *Revista electrónica de psicogerontología*, 1(1), 48-62.
- Ludwing, B. (1989). *Teoría General de Sistemas, fundamento, desarrollo, aplicaciones* (1era. ed.). México: Fonde de Cultura Económica México. Obtenido de www.esnips.com/web/scientia

- Marcos Pardo, P. J., Olquín Castrillón, F. J., Belando Pedreño, N., & Moreno Murcia, J. A. (2014). Motivación autodeterminada en adultos mayores practicantes de ejercicio físico. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 149-156.
- Martinez de la Iglesia J, O. V. (2002). Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión. *Atención Primaria*, 12(10), 620-630.
- Martínez, H. (2013). Salud del Adulto Mayor: Gerontología y Geriatria. En *Mnual de Medicina Preventiva y Social I* (pág. 19).
- Mehta, R., del Moral, M., & Aguilar, C. (Julio-Agosto de 2010). Epidemiología de la diabetes en el anciano. *Revista de investigación clínica*, 62(4), 305-311.
- Merizalde , T., & Santi , F. (2014). *Agenda nacional para la Igualdad Intergeneracional*. Quito: MSP.
- Moreno, A. (Diciembre de 2010). Cuarta edad. Perfil conceptual de la edad avanzada. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*(20), 1-8. Obtenido de <http://www.funlam.edu.co/poiesis>
- Morris, C., & Maista, A. (2005). *Introducción a la Psicología* (Duodécima ed.). México: Pearson educación S.A.
- Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L., & Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 49(4), 331-337.
- Oblitas, G. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de vida* (Tercera ed.). México: CENGAGE Learning.
- Ortiz, M. (2005). Diseño de Intervención en funcionamiento Familiar. *Unión Latinoamericana de Psicología*(3), 1-8.
- Palomeque Flores, A., & Pedralta Miranda, E. (2013). Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, Cuenca, 2013.
- Pardo, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas teorías del envejecimiento. *Rev Cubana Invest Biomed*, 1(22), 58-67.
- Pérez, J. M. (Febrero-Julio de 2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en psicología*(28), 73-91.
- Plata, R. E., Leal, Q. F., & Mendoza, V. J. (1997). *Hacia una medicina mas humana*. Bogotá, Colombia: Panamericana.
- Redondo, N. (2015). Modalidades de allegamiento residencial en la población adulta mayor argentina y mexicana: determinantes socioeconómicos y diferencias regionales. *Estudios demográficos y urbanos*, 30(3), 597-649.
- Roizblatt, A. (2009). *Terapia familiar y de pareja*. Chile: Mediterráneo.
- Rubinstein, A. (2006). *Medicina familiar y práctica ambulatoria* (2° ed., Vol. 1). Buenos Aires: Panamericana.

- Saavedra, A., Rangel, S., & García, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Primaria*, 23(1), 24-28.
- Sánchez González, L. R. (2015). Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. *Rev Hisp Cienc Salud*, 1(2), 74-80.
- Sánchez, P. (Enero-Marzo de 1996). Tercera y Cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares: Monográfico sobre sociología de la vejez. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(73), 57-79.
- Sarabia Cobo, C. M. (2012). La imagen corporal en los ancianos. Estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23(1), 15-18.
- Sarró Maluquer, M., Ferrer Feliu, A., Rando Matos, Y., Formiga, F., & Rojas Farrera, S. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*, 39(7), 354-360.
- Serra, J., & Irizarry, C. (2015). Factores protectores de depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: Autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta colombiana de psicología*, 1(18), 125-134.
- Síntes, Á. (2008). *Medicina General Integral* (2da. ed., Vol. 1). La Habana: Ciencias Médicas.
- Urzúa, A., & Bravo, M. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida. *Revista Médica de Chile*, 139, 1006-1014.
- Vasquez, C., & Herva's, G. (2013). Modelos cognitivos de la depresión. Una revisión tras 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
- Vásquez, C., & Herva's, G. (2013). Modelos cognitivos de la depresión. Una revisión tras 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
- Vázquez, L. (2014). *Ecuador su realidad* (Vigésima ed.). (E. Tello, Ed.) Quito, Ecuador: Fundación de investigación y promoción social José Peralta. Obtenido de fijp82@gmail.com
- Vázquez, L., & Saltos, N. (2011). *Ecuador su realidad* (19a ed.). (E. Tello, Ed.) Quito, Ecuador: José Peralta.
- Wagner, F. A., González Fortaza, C., Sánchez García, S., García Peña, C., & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública de México. *Salud Mental*, 35, 3-11.
- Wagner, F. A., González, F. C., Sánchez, G. S., García, P. C., & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública de México. *Salud Mental*, 35, 3-11.
- Waters, W., & Gallegos, C. (2010). *Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena*. Ecuador.
- Zurro, M. (2014). *Atención Primaria* (Vol. 1). Elsevier.

11. Anexos

Anexo 1. Formulario de Consentimiento Macroproyecto: “Calidad de vida en el Adulto Mayor”



Universidad Nacional de Loja
Área de la Salud Humana
Nivel de Posgrado
Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que se afecte de ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del participante.....

Firma del participante.....

Fecha..... Día/mes/año

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

Nombre del investigador.....

Firma del investigador.....

Anexo 2: Formulario de preguntas de la encuesta
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
NIVEL DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Fecha encuesta:

Nombre del encuestador:

Lugar de la encuesta:

Nombre del participante:

Fecha de nacimiento:

Sexo: () Mujer () Hombre

Autoidentificación del participante:

Indígena		Montubio	
Afroecuatoriano/afrodescendiente		Mestizo/a	
Negro/a		Blanco	
Mulato/a		Otros	

Estado civil del participante:

Casado/a		Divorciado/a	
Unido/unida		Viudo/a	
Separado/a		Soltero/a	

Área de procedencia del participante:

Urbano		Rural	
--------	--	-------	--

Instrucción del participante:

1 ninguna		2 primaria	
3 secundaria		4 superior	

Trabaja SI NO

Jubilado SI NO

Recibe bono SI NO

Enfermedad crónica del participante:

1 hipertensión arterial		3 cardiopatías		5 Neoplásicas	
2 diabetes		4 osteomusculares		6 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	

Tamaño de la familia: ()

Pequeña		Mediana		Grande	
---------	--	---------	--	--------	--

Ontogénesis familiar:

Nuclear		Extensa		Ampliada	
---------	--	---------	--	----------	--

Ciclo vital familia:

Formación		Extensión		Contracción		Disolución	
-----------	--	-----------	--	-------------	--	------------	--

Anexo 3. Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL)

		<i>Casi nunca</i> (1).	<i>Pocas veces</i> (2)	<i>A veces</i> (3).	<i>Muchas veces</i> (4).	<i>Casi siempre</i> (5)
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
SUBTOTAL						
TOTAL						

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

Familia funcional	57 A 70
Familia moderadamente funcional	43 A 56
Familia disfuncional	28 A 42
Familia severamente disfuncional	14 A 27

Anexo 4. Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Modificada

Preguntas	SI	NO
1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	1	0
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas	1	0
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente	1	0
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	1	0
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14-¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15-¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0
PUNTAJE TOTAL		

PUNTAJE TOTAL _____

NOTA: Normal (0-5) Probable depresión (6-9) Depresión estable (10 o más)

Guías Clínicas Geronto - Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor Quito-Ecuador 2010

Anexo 5. Hoja de Ruta

ZAMORA CHINCHIPE.					
N° encuesta	04-05/07/2016 Hora salida: 04H00	N° encuestas	06-07 /07/2016 Hora salida: 04H00	N° encuestas	08-09/07 /2016 Hora salida: 04H00
	Ruta 1		Ruta 2		Ruta 3
31	Zumbi	91	Yanzatza	12	San Francisco
12	Paquizha	24	Chicaña	12	La canela
12	Bellavista	55	El Pangui	37	Zumba
24	Guayzimi			12	La Chonta
15	Zurmi			9	Malacatos
15	Timbara			8	Quinara

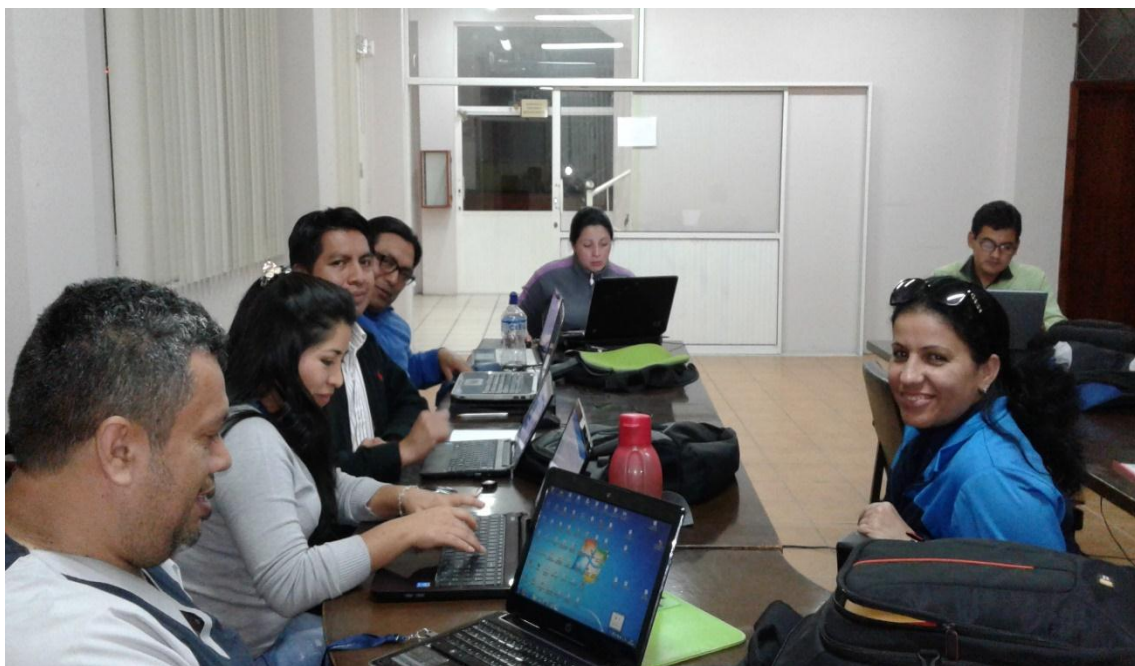
EI ORO							
N° encuestas	27/05/2016 Hora salida: 04H00	N° encuestas	23/05/2016 Hora salida: 04H00	N° encuestas	24- 25/05/2016 Hora salida: 04H00	N° encuestas	26/05/2016 Hora salida: 04H00
	Ruta 1		Ruta 2		Ruta 3		ruta 4
7	Balsas	8	La libertad	85	Machala	8	BellaMaria
15	Piñas	8	Palmales	15	El guabo	15	Buenavista
17	Portovelo	14	Arenillas	8	Peaña	85	Pasaje
9	Zaruma	21	Huaquillas	8	La Iberia	34	Santa rosa
16	Arcapamba						
8	Zaracay						
8	Guayquichuma						

LOJA							
N° encuestas	19- 20/05/2016 Hora salida: 04H00	N° encuestas	21-22/05/2016 Hora salida: 04H00	N° encuestas	17-18/05 /2016 Hora salida: 04H00	N° encuestas	16/05/2016 Hora salida: 04H00
	Ruta 1		Ruta 2		Ruta 3		ruta 4
9	Santiago	100	Loja	8	Nambacola		
9	San Lucas	7	El tambo	8	Purunuma	22	Macará
9	Saraguro	17	Catamayo	8	Gonzanama	9	zapotillo
8	San Sebastián de Yulluc	8	Chuquiribamba	8	El ingenio	7	Pindal
8	Lluzhapa	9	El Cisne	8	Quilanga	16	Celica
9	Celen			9	27 de abril	15	Catacocha
8	El Tablón			9	Bellavista		
12	Imbana			21	Cariamanga		
				7	Amaluza		

Anexo 6. Archivo Fotográfico



Copyright © Mónica Janeth Guaya Delgado. Yantzaza-Ecuador 2016. Tema de Investigación Postgrado MF y C-UNL: " Calidad de vida, Adulto Mayor, Zona 7". Prueba Piloto en Vilcabamba-Loja.



Copyright © Mónica Janeth Guaya Delgado. Yantzaza-Ecuador 2016. Tema de Investigación Postgrado MF y C-UNL: " Calidad de vida, Adulto Mayor, Zona 7". Grupo de Trabajo: Robert Ortega, Paola Ureña, Jaime Tigre, Diego Pauta, Yohana Palma, Paulina Quinche, Elder Jumbo, Mónica Guaya con nuestra Directora de tesis Dra. Esp. En Ciencias de la Longevidad. Cleyne Rodríguez. Postgrado UNL-Loja.



Copyright © Mónica Janeth Guaya Delgado. Yantzaza-Ecuador 2016. Tema de Investigación Postgrado MF y C-UNL: " Calidad de vida, Adulto Mayor, Zona 7". Compartiendo experiencias culturales en el trabajo de campo; pasantía en hospital especializado en la atención del adulto mayor en Quito-Ecuador.



Copyright © Mónica Janeth Guaya Delgado. Yantzaza-Ecuador 2016. Tema de Investigación Postgrado MF y C-UNL: " Calidad de vida, Adulto Mayor, Zona 7". Trabajo de campo con adultos mayores de la Amazonía Ecuatoriana.



Copyright © Mónica Janeth Guaya Delgado. Yantzaza-Ecuador 2016. Tema de Investigación Postgrado MF y C-UNL: " Calidad de vida, Adulto Mayor, Zona 7". Trabajo de campo con adultos mayores de la Provincia de Loja.



Copyright © Mónica Janeth Guaya Delgado. Yantzaza-Ecuador 2016. Tema de Investigación Postgrado MF y C-UNL: " Calidad de vida, Adulto Mayor, Zona 7". Trabajo de campo con adultos mayores de la Provincia de El Oro.

“Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube, las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre y la vista más amplia y serena”. Ingmar Bergman



Copyright © Mónica Janeth Guaya Delgado. Yantzaza-Ecuador 2016. Tema de Investigación Postgrado MF y C-UNL: " Calidad de vida, Adulto Mayor, Zona 7". Mirador-Podocarpus, entrada por Cajanuma, mirada al Valle de Vilcabamba, " Valle de la longevidad"

Anexo 7. Tablas del SPSS

ESTADISTICA DESCRIPTIVA EN EL SPSS

Primer Objetivo. Caracterización de la población de adultos mayores de la zona 7 del Ecuador, 2016

Edad del adulto mayor de la zona7 del Ecuador, 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos CUARTA EDAD	327	28,5	28,5	28,5
os TERCERA EDAD	819	71,5	71,5	100,0
Total	1146	100,0	100,0	

Sexo del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Mujer	556	48,5	48,5	48,5
os Hombre	590	51,5	51,5	100,0
Total	1146	100,0	100,0	

Autoidentificación del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Mulato	1	,1	,1	,1
Montubio	7	,6	,6	,7
Afroecuatoriano	2	,2	,2	,9
Negro	1	,1	,1	1,0
Blanco	17	1,5	1,5	2,4
Indígena	59	5,1	5,1	7,6
Mestizo	1059	92,4	92,4	100,0
Total	1146	100,0	100,0	

Estado civil del adulto mayor zona7 del Ecuador, 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Unido	53	4,6	4,6	4,6
Separado	38	3,3	3,3	7,9
Viudo	319	27,8	27,8	35,8
Divorciado	54	4,7	4,7	40,5
Soltero	116	10,1	10,1	50,6
Casado	566	49,4	49,4	100,0
Total	1146	100,0	100,0	

Procedencia del adulto mayor de la zona7 del Ecuador, 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos RURAL	440	38,4	38,4	38,4
URBANO	706	61,6	61,6	100,0
Total	1146	100,0	100,0	

Nivel de Instrucción educativa del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIN INSTRUCCION EDUCATIVA	269	23,5	23,5	23,5
	CON INSTRUCCION EDUCATIVA	877	76,5	76,5	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Actividad laboral del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO TIENE ACTIVIDAD LABORAL	748	65,3	65,3	65,3
	SI TIENE ACTIVIDAD LABORAL	398	34,7	34,7	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Jubilación del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO JUBILACION	951	83,0	83,0	83,0
	SI JUBILACION	195	17,0	17,0	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Bono del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO RECIBE BONO	667	58,2	58,2	58,2
	SI RECIBE BONO	479	41,8	41,8	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Patología Hipertensiva del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI TIENE HTA	510	44,5	44,5	44,5
	NO TIENE HTA	636	55,5	55,5	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Diabetes mellitus en el adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI TIENE DIABETES	234	20,4	20,4	20,4
	NO TIENE DIABETES	912	79,6	79,6	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Cardiopatías en el adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI TIENE CARDIOPATIA	88	7,7	7,7	7,7
	NO TIENE CARDIOPATIA	1058	92,3	92,3	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Válidos	SI TIENE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR	297	25,9	25,9	25,9
	NO TIENE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR	849	74,1	74,1	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Tamaño de la familia del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	GRANDE	77	6,7	6,7	6,7
	MEDIANA	300	26,2	26,2	32,9
	PEQUEÑA	769	67,1	67,1	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Tipo de familia del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NUCLEAR	760	66,3	66,3	66,3
	EXTENSA	301	26,3	26,3	92,6
	AMPLIADA	85	7,4	7,4	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Ciclo vital del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DISOLUCION	331	28,9	28,9	28,9
	CONTRACCION	764	66,7	66,7	95,5
	EXTENSION	26	2,3	2,3	97,8
	FORMACION	25	2,2	2,2	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Funcionalidad familiar del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SEVERAMENTE DISFUNCIONAL	167	14,6	14,6	14,6
	DISFUNCIONAL MODERADAMENTE FUNCIONAL	353	30,8	30,8	45,4
	FUNCIONAL	396	34,6	34,6	79,9
	FUNCIONAL	230	20,1	20,1	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Depresión del adulto mayor de la zona 7 del Ecuador, 2016

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NORMAL	794	69,3	69,3	69,3
	PROBABLE DEPRESIÓN	180	15,7	15,7	85,0
	DEPRESIÓN ESTABLECIDA	172	15,0	15,0	100,0
	Total	1146	100,0	100,0	

Segundo Objetivo: Funcionalidad Familiar y Depresión
Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores zona 7, 2016

			RANGO YESAVAGE			Total
			DEPRESION ESTABLECIDA	PROBABLE DEPRESION	NORMAL	
RANG O FFSIL	SEVERAMEN TE DISFUNCION AL	Recuento	44	40	83	167
		Frecuencia esperada	25,1	26,2	115,7	167,0
		% dentro de RANGO FFSIL	26,3%	24,0%	49,7%	100,0 %
		% dentro de RECODIFICACION RANGO YESAVAGE	25,6%	22,2%	10,5%	14,6%
		% del total	3,8%	3,5%	7,2%	14,6%
	DISFUNCION AL	Recuento	56	63	234	353
		Frecuencia esperada	53,0	55,4	244,6	353,0
		% dentro de RANGO FFSIL	15,9%	17,8%	66,3%	100,0 %
		% dentro de RECODIFICACION RANGO YESAVAGE	32,6%	35,0%	29,5%	30,8%
		% del total	4,9%	5,5%	20,4%	30,8%
	MODERADAM ENTE FUNCIONAL	Recuento	43	49	304	396
		Frecuencia esperada	59,4	62,2	274,4	396,0
% dentro de RANGO FFSIL		10,9%	12,4%	76,8%	100,0 %	
% dentro de RECODIFICACION RANGO YESAVAGE		25,0%	27,2%	38,3%	34,6%	
	% del total	3,8%	4,3%	26,5%	34,6%	
FUNCIONAL	Recuento	29	28	173	230	
	Frecuencia esperada	34,5	36,1	159,4	230,0	
	% dentro de RANGO FFSIL	12,6%	12,2%	75,2%	100,0 %	
	% dentro de RECODIFICACION RANGO YESAVAGE	16,9%	15,6%	21,8%	20,1%	
	% del total	2,5%	2,4%	15,1%	20,1%	
Total	Recuento	172	180	794	1146	
	Frecuencia esperada	172,0	180,0	794,0	1146,0	
	% dentro de RANGO FFSIL	15,0%	15,7%	69,3%	100,0 %	
	% dentro de RECODIFICACION RANGO YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	
	% del total	15,0%	15,7%	69,3%	100,0 %	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		Sig. de Monte Carlo (unilateral)			
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%		Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	46,861 ^a	6	,000	,000 ^b	,000	,003			
Razón de verosimilitudes	44,951	6	,000	,000 ^b	,000	,003			
Estadístico exacto de Fisher	44,968			,000 ^b	,000	,003			
Asociación lineal por lineal	31,552 ^c	1	,000	,000 ^b	,000	,003	,000 ^b	,000	,003
N de casos válidos	1146								

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 25,06.

b. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 334431365.

c. El estadístico tipificado es 5,617.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por Phi	,202	,000	,000 ^a	,000	,003
nominal V de Cramer	,143	,000	,000 ^a	,000	,003
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 334431365.

Tercer Objetivo: Factores protectores y de riesgo de depresión

EDAD Y DEPRESION EN ADULTOS MAYORES ZONA 7 2016

			RANGO YESAVAGE 2		Total
			DEPRESION	NORMAL	
EDAD CUARTA EDAD	Recuento		120	207	327
	Frecuencia esperada		100,4	226,6	327,0
	% dentro de RECODIFICACION DE EDAD 2		36,7%	63,3%	100,0%
	% dentro de RANGO YESAVAGE 2		34,1%	26,1%	28,5%
	% del total		10,5%	18,1%	28,5%
TERCER A EDAD	Recuento		232	587	819
	Frecuencia esperada		251,6	567,4	819,0
	% dentro de RECODIFICACION DE EDAD 2		28,3%	71,7%	100,0%
	% dentro de RANGO YESAVAGE 2		65,9%	73,9%	71,5%
	% del total		20,2%	51,2%	71,5%
Total	Recuento		352	794	1146
	Frecuencia esperada		352,0	794,0	1146,0
	% dentro de RECODIFICACION DE EDAD 2		30,7%	69,3%	100,0%
	% dentro de RANGO YESAVAGE 2		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	7,693 ^a	1	,006	,006	,004	
Corrección por continuidad ^b	7,305	1	,007			
Razón de verosimilitudes	7,552	1	,006	,007	,004	
Estadístico exacto de Fisher				,007	,004	
Asociación lineal por lineal	7,686 ^c	1	,006	,006	,004	,001
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 100,44.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 2,772.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por Phi	,082	,006	,004 ^a	,001	,008
nominal V de Cramer	,082	,006	,004 ^a	,001	,008
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 221623949.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EDAD (CUARTA EDAD / TERCERA EDAD)	1,467	1,118	1,924
Para la cohorte RANGO YESAVAGE 2 = DEPRESION	1,295	1,083	1,550
Para la cohorte RANGO YESAVAGE 2 = NORMAL	,883	,805	,969
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia Sexo y depresión en adultos mayores zona 7 del Ecuador

			RANGO YESAVAGE		Total
			DEPRESION	NORMAL	
SEXO	Mujer	Recuento	194	362	556
		Frecuencia esperada	170,8	385,2	556,0
		% dentro de SEXO	34,9%	65,1%	100,0%
		% dentro de RANGO YESAVAGE 2	55,1%	45,6%	48,5%
		% del total	16,9%	31,6%	48,5%
Hombre	Recuento	158	432	590	
	Frecuencia esperada	181,2	408,8	590,0	
	% dentro de SEXO	26,8%	73,2%	100,0%	
	% dentro de RANGO YESAVAGE 2	44,9%	54,4%	51,5%	
	% del total	13,8%	37,7%	51,5%	
Total	Recuento	352	794	1146	
	Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0	
	% dentro de SEXO	30,7%	69,3%	100,0%	
	% dentro de RANGO YESAVAGE 2	100,0%	100,0%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	8,852 ^a	1	,003	,003	,002	
Corrección por continuidad ^b	8,475	1	,004			
Razón de verosimilitudes	8,859	1	,003	,003	,002	
Estadístico exacto de Fisher				,003	,002	
Asociación lineal por lineal	8,844 ^c	1	,003	,003	,002	,001
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 170,78.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 2,974.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por	Phi	,088	,003	,002 ^a	,000	,004
nominal	V de Cramer	,088	,003	,002 ^a	,000	,004
N de casos válidos		1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2000000.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para SEXO (Mujer / Hombre)	1,465	1,139	1,886
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,303	1,094	1,552
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,889	,822	,961
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO * ESCALA YESAVAGE

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO		Recuento	335	724	1059
		Frecuencia esperada	325,3	733,7	1059,0
		% dentro de RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO	31,6%	68,4%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	95,2%	91,2%	92,4%
		% del total	29,2%	63,2%	92,4%
NO MESTIZO		Recuento	17	70	87
		Frecuencia esperada	26,7	60,3	87,0
		% dentro de RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO	19,5%	80,5%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	4,8%	8,8%	7,6%
		% del total	1,5%	6,1%	7,6%
Total		Recuento	352	794	1146
		Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0
		% dentro de RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO	30,7%	69,3%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,525 ^a	1	,019	,021	,011	
Corrección por continuidad ^b	4,971	1	,026			
Razón de verosimilitudes	5,974	1	,015	,016	,011	
Estadístico exacto de Fisher				,021	,011	
Asociación lineal por lineal	5,520 ^c	1	,019	,021	,011	,006
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 26,72.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 2,350.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal					
Phi	,069	,019	,017 ^a	,010	,025
V de Cramer	,069	,019	,017 ^a	,010	,025
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 299883525.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO (MESTIZO / NO MESTIZO)	1,905	1,104	3,288
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,619	1,047	2,502
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,850	,760	,950
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia RECODIFICACIÓN DE PAREJA * ESCALA YESAVAGE

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
RECODIFICACIÓN DE PAREJA	SIN PAREJA	Recuento	203	324	527
		Frecuencia esperada	161,9	365,1	527,0
		% dentro de RECODIFICACIÓN DE PAREJA	38,5%	61,5%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	57,7%	40,8%	46,0%
		% del total	17,7%	28,3%	46,0%
	CON PAREJA	Recuento	149	470	619
		Frecuencia esperada	190,1	428,9	619,0
		% dentro de RECODIFICACIÓN DE PAREJA	24,1%	75,9%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	42,3%	59,2%	54,0%
		% del total	13,0%	41,0%	54,0%
Total	Recuento	352	794	1146	
	Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0	
	% dentro de RECODIFICACIÓN DE PAREJA	30,7%	69,3%	100,0%	
	% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	30,7%	69,3%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	27,925 ^a	1	,000	,000	,000	
Corrección por continuidad ^b	27,250	1	,000			
Razón de verosimilitudes	27,923	1	,000	,000	,000	
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000	
Asociación lineal por lineal	27,900 ^c	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 161,87.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 5,282.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal Phi	,156	,000	,000 ^a	,000	,003
por V de Cramer nominal	,156	,000	,000 ^a	,000	,003
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 1314643744.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACIÓN DE PAREJA (SIN PAREJA / CON PAREJA)	1,976	1,532	2,549
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,600	1,341	1,909
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,810	,747	,878
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia RECODIFICACION DE PROCEDENCIA * ESCALA YESAVAGE

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
RECODIFICACION DE PROCEDENCIA	RURAL	Recuento	146	294	440
		Frecuencia esperada	135,1	304,9	440,0
		% dentro de RECODIFICACION DE PROCEDENCIA	33,2%	66,8%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	41,5%	37,0%	38,4%
		% del total	12,7%	25,7%	38,4%
	URBANO	Recuento	206	500	706
		Frecuencia esperada	216,9	489,1	706,0
		% dentro de RECODIFICACION DE PROCEDENCIA	29,2%	70,8%	100,0%
% dentro de ESCALA YESAVAGE		58,5%	63,0%	61,6%	
	% del total	18,0%	43,6%	61,6%	
Total	Recuento	352	794	1146	
	Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0	
	% dentro de RECODIFICACION DE PROCEDENCIA	30,7%	69,3%	100,0%	
	% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	30,7%	69,3%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,041 ^a	1	,153	,167	,087	
Corrección por continuidad ^b	1,858	1	,173			
Razón de verosimilitudes	2,031	1	,154	,167	,087	
Estadístico exacto de Fisher				,167	,087	
Asociación lineal por lineal	2,040 ^c	1	,153	,167	,087	,019
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 135,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 1,428.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo			
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
				Límite inferior	Límite superior	
Nominal por nominal	Phi	,042	,153	,163 ^a	,142	,185
	V de Cramer	,042	,153	,163 ^a	,142	,185
N de casos válidos	1146					

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 624387341.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE PROCEDENCIA (RURAL / URBANO)	1,205	,933	1,558
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,137	,954	1,355
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,943	,870	1,023
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia NIVEL DE INSTRUCCION EDUCATIVA * ESCALA YESAVAGE

			ESCALA YESAVAGE		Total
			DEPRESION	NORMAL	
NIVEL DE INSTRUCCION EDUCATIVA	SIN INSTRUCCION EDUCATIVA	Recuento	77	192	269
		Frecuencia esperada	82,6	186,4	269,0
		% dentro de NIVEL DE INSTRUCCION EDUCATIVA	28,6%	71,4%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	21,9%	24,2%	23,5%
		% del total	6,7%	16,8%	23,5%
	CON INSTRUCCION EDUCATIVA	Recuento	275	602	877
		Frecuencia esperada	269,4	607,6	877,0
		% dentro de NIVEL DE INSTRUCCION EDUCATIVA	31,4%	68,6%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	78,1%	75,8%	76,5%
		% del total	24,0%	52,5%	76,5%
Total	Recuento	352	794	1146	
	Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0	
	% dentro de NIVEL DE INSTRUCCION EDUCATIVA	30,7%	69,3%	100,0%	
	% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	30,7%	69,3%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Proba bilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,722 ^a	1	,395	,407	,220	
Corrección por continuidad ^b	,600	1	,439			
Razón de verosimilitudes	,729	1	,393	,407	,220	
Estadístico exacto de Fisher				,407	,220	
Asociación lineal por lineal	,722 ^c	1	,396	,407	,220	,042
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 82,62.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -,849.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Phi	-,025	,395	,430 ^a	,402	,459
V de Cramer	,025	,395	,430 ^a	,402	,459
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 1502173562.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para NIVEL DE INSTRUCCION EDUCATIVA (SIN INSTRUCCION EDUCATIVA / CON INSTRUCCION EDUCATIVA)	,878	,650	1,186
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	,913	,738	1,129
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	1,040	,952	1,135
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia ACTIVIDAD LABORAL * ESCALA YESAVAGE

			ESCALA YESAVAGE		Total
			DEPRESION	NORMAL	
ACTIVIDAD LABORAL NO TIENE ACTIVIDAD LABORAL	Recuento		257	491	748
	Frecuencia esperada		229,8	518,2	748,0
	% dentro de ACTIVIDAD LABORAL		34,4%	65,6%	100,0%
	% dentro de ESCALA YESAVAGE		73,0%	61,8%	65,3%
	% del total		22,4%	42,8%	65,3%
ACTIVIDAD LABORAL SI TIENE ACTIVIDAD LABORAL	Recuento		95	303	398
	Frecuencia esperada		122,2	275,8	398,0
	% dentro de ACTIVIDAD LABORAL		23,9%	76,1%	100,0%
	% dentro de ESCALA YESAVAGE		27,0%	38,2%	34,7%
	% del total		8,3%	26,4%	34,7%
Total	Recuento		352	794	1146
	Frecuencia esperada		352,0	794,0	1146,0
	% dentro de ACTIVIDAD LABORAL		30,7%	69,3%	100,0%
	% dentro de ESCALA YESAVAGE		100,0%	100,0%	100,0%
	% del total		30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	13,430 ^a	1	,000	,000	,000	
Corrección por continuidad ^b	12,941	1	,000			
Razón de verosimilitudes Estadístico exacto de Fisher	13,760	1	,000	,000	,000	
Asociación lineal por lineal	13,418 ^c	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 122,25.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 3,663.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Phi	,108	,000	,000 ^a	,000	,003
V de Cramer	,108	,000	,000 ^a	,000	,003
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 743671174.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ACTIVIDAD LABORAL (NO TIENE ACTIVIDAD LABORAL / SI TIENE ACTIVIDAD LABORAL)	1,669	1,267	2,199
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,439	1,177	1,761
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,862	,799	,930
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia RECODIFICACION DE JUBILADO * ESCALA YESAVAGE

		Recuento	ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
RECODIFICACION DE JUBILADO NO JUBILADO	Recuento	285	666	951	
	Frecuencia esperada	292,1	658,9	951,0	
	% dentro de RECODIFICACION DE JUBILADO	30,0%	70,0%	100,0%	
	% dentro de ESCALA YESAVAGE	81,0%	83,9%	83,0%	
	% del total	24,9%	58,1%	83,0%	
SI JUBILADO	Recuento	67	128	195	
	Frecuencia esperada	59,9	135,1	195,0	
	% dentro de RECODIFICACION DE JUBILADO	34,4%	65,6%	100,0%	
	% dentro de ESCALA YESAVAGE	19,0%	16,1%	17,0%	
	% del total	5,8%	11,2%	17,0%	
Total	Recuento	352	794	1146	
	Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0	
	% dentro de RECODIFICACION DE JUBILADO	30,7%	69,3%	100,0%	
	% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	30,7%	69,3%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	1,466 ^a	1	,226	,233	,131	
Corrección por continuidad ^b	1,267	1	,260			
Razón de verosimilitudes	1,442	1	,230	,233	,131	
Estadístico exacto de Fisher				,233	,131	
Asociación lineal por lineal	1,465 ^c	1	,226	,233	,131	,032
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 59,90.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -1,210.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Phi	-,036	,226	,250 ^a	,225	,276
V de Cramer	,036	,226	,250 ^a	,225	,276
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 957002199.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE JUBILADO (NO JUBILACION / SI JUBILACION)	,818	,590	1,133
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	,872	,702	1,084
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	1,067	,956	1,191
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia RECIBE BONO (pobreza) * ESCALA YESAVAGE

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
RECIBE BONO	SI RECIBE BONO	Recuento	165	314	479
		Frecuencia esperada	147,1	331,9	479,0
		% dentro de RECIBE BONO (pobreza)	34,4%	65,6%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	46,9%	39,5%	41,8%
		% del total	14,4%	27,4%	41,8%
NO RECIBE BONO	NO RECIBE BONO	Recuento	187	480	667
		Frecuencia esperada	204,9	462,1	667,0
		% dentro de RECIBE BONO (pobreza)	28,0%	72,0%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	53,1%	60,5%	58,2%
		% del total	16,3%	41,9%	58,2%
Total		Recuento	352	794	1146
		Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0
		% dentro de RECIBE BONO (pobreza)	30,7%	69,3%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,384 ^a	1	,020	,023	,012	
Corrección por continuidad ^b	5,087	1	,024			
Razón de verosimilitudes	5,358	1	,021	,023	,012	
Estadístico exacto de Fisher				,023	,012	
Asociación lineal por lineal	5,379 ^c	1	,020	,023	,012	,004
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 147,13.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -2,319.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Phi	-,069	,020	,020 ^a	,012	,028
V de Cramer	,069	,020	,020 ^a	,012	,028
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 112562564.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECIBE BONO (SI RECIBE BONO / NO RECIBE BONO)	1,349	1,047	1,737
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,229	1,033	1,461
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,911	,841	,987
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia RECODIFICACION DE HTA * ESCALA YESAVAGE

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
RECODIFICACION DE HTA	SI TIENE HTA	Recuento	192	318	510
		Frecuencia esperada	156,6	353,4	510,0
		% dentro de RECODIFICACION DE HTA	37,6%	62,4%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	54,5%	40,1%	44,5%
		% del total	16,8%	27,7%	44,5%
	NO TIENE HTA	Recuento	160	476	636
		Frecuencia esperada	195,4	440,6	636,0
		% dentro de RECODIFICACION DE HTA	25,2%	74,8%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	45,5%	59,9%	55,5%
		% del total	14,0%	41,5%	55,5%
Total		Recuento	352	794	1146
		Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0
		% dentro de RECODIFICACION DE HTA	30,7%	69,3%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	20,747 ^a	1	,000	,000	,000	
Corrección por continuidad ^b	20,165	1	,000			
Razón de verosimilitudes	20,683	1	,000	,000	,000	
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000	
Asociación lineal por lineal	20,729 ^c	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 156,65.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 4,553.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Phi	,135	,000	,000 ^a	,000	,003
	V de Cramer	,135	,000	,000 ^a	,000	,003
N de casos válidos		1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 221623949.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE HTA (SI TIENE HTA / NO TIENE HTA)	1,796	1,394	2,314
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,496	1,257	1,782
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,833	,768	,904
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
RECODIFICACION DE DIABETES	SI TIENE DIABETES	Recuento	86	148	234
		Frecuencia esperada	71,9	162,1	234,0
		% dentro de RECODIFICACION DE DIABETES	36,8%	63,2%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	24,4%	18,6%	20,4%
		% del total	7,5%	12,9%	20,4%
	NO TIENE DIABETES	Recuento	266	646	912
		Frecuencia esperada	280,1	631,9	912,0
		% dentro de RECODIFICACION DE DIABETES	29,2%	70,8%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	75,6%	81,4%	79,6%
		% del total	23,2%	56,4%	79,6%
Total		Recuento	352	794	1146
		Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0
		% dentro de RECODIFICACION DE DIABETES	30,7%	69,3%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,035 ^a	1	,025	,026	,016	
Corrección por continuidad ^b	4,685	1	,030			
Razón de verosimilitudes	4,916	1	,027	,032	,016	
Estadístico exacto de Fisher				,026	,016	
Asociación lineal por lineal	5,031 ^c	1	,025	,026	,016	,005
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 71,87.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 2,243.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Phi	,066	,025	,026 ^a	,017	,035
V de Cramer	,066	,025	,026 ^a	,017	,035
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 303130861.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE DIABETES (SI TIENE DIABETES / NO TIENE DIABETES)	1,411	1,044	1,908
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,260	1,036	1,533
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,893	,803	,993
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
CARDIOPATIAS	SI TIENE CARDIOPATIA	Recuento	31	57	88
		Frecuencia esperada	27,0	61,0	88,0
		% dentro de CARDIOPATIAS	35,2%	64,8%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	8,8%	7,2%	7,7%
		% del total	2,7%	5,0%	7,7%
	NO TIENE CARDIOPATIA	Recuento	321	737	1058
		Frecuencia esperada	325,0	733,0	1058,0
		% dentro de CARDIOPATIAS	30,3%	69,7%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	91,2%	92,8%	92,3%
		% del total	28,0%	64,3%	92,3%
Total		Recuento	352	794	1146
		Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0
		% dentro de CARDIOPATIAS	30,7%	69,3%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,912 ^a	1	,340	,400	,201	
Corrección por continuidad ^b	,697	1	,404			
Razón de verosimilitudes	,891	1	,345	,400	,201	
Estadístico exacto de Fisher				,338	,201	
Asociación lineal por lineal	,911 ^c	1	,340	,400	,201	,059
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,03.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es ,954.

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,912 ^a	1	,340	,400	,201	
Corrección por continuidad ^b	,697	1	,404			
Razón de verosimilitudes	,891	1	,345	,400	,201	
Estadístico exacto de Fisher				,338	,201	
Asociación lineal por lineal	,911 ^c	1	,340	,400	,201	,059
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 27,03.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es ,954.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Phi	,028	,340	,405 ^a	,376	,433
V de Cramer	,028	,340	,405 ^a	,376	,433
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 303130861.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para CARDIOPATIAS (SI TIENE CARDIOPATIA / NO TIENE CARDIOPATIA)	1,249	,791	1,971
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,161	,862	1,564
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,930	,793	1,090
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia

			ESCALA YESAVAGE		Total
			DEPRESION	NORMAL	
OSTEOMUSCULARES	SI TIENE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR	Recuento	114	183	297
		Frecuencia esperada	91,2	205,8	297,0
		% dentro de OSTEOMUSCULARES	38,4%	61,6%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	32,4%	23,0%	25,9%
		% del total	9,9%	16,0%	25,9%
	NO TIENE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR	Recuento	238	611	849
		Frecuencia esperada	260,8	588,2	849,0
		% dentro de OSTEOMUSCULARES	28,0%	72,0%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	67,6%	77,0%	74,1%
		% del total	20,8%	53,3%	74,1%
Total	Recuento	352	794	1146	
	Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0	
	% dentro de OSTEOMUSCULARES	30,7%	69,3%	100,0%	
	% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	30,7%	69,3%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	11,077 ^a	1	,001	,001	,001	
Corrección por continuidad ^b	10,596	1	,001			
Razón de verosimilitudes	10,804	1	,001	,001	,001	
Estadístico exacto de Fisher				,001	,001	
Asociación lineal por lineal	11,068 ^c	1	,001	,001	,001	,000
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 91,23.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 3,327.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Phi	,098	,001	,003 ^a	,000	,006
V de Cramer	,098	,001	,003 ^a	,000	,006
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 303130861.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para OSTEOMUSCULARES (SI TIENE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR / NO TIENE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR)	1,599	1,211	2,111
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,369	1,144	1,639
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,856	,775	,945
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
RECODIFICACION DE NEOPLASIAS	SI TIENE NEOPLASIA	Recuento	12	23	35
		Frecuencia esperada	10,8	24,2	35,0
		% dentro de RECODIFICACION DE NEOPLASIAS	34,3%	65,7%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	3,4%	2,9%	3,1%
		% del total	1,0%	2,0%	3,1%
	NO TIENE NEOPLASIA	Recuento	340	771	1111
		Frecuencia esperada	341,2	769,8	1111,0
		% dentro de RECODIFICACION DE NEOPLASIAS	30,6%	69,4%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	96,6%	97,1%	96,9%
		% del total	29,7%	67,3%	96,9%
Total		Recuento	352	794	1146
		Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0
		% dentro de RECODIFICACION DE NEOPLASIAS	30,7%	69,3%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótico (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,216 ^a	1	,642	,710	,382	
Corrección por continuidad ^b	,078	1	,780			
Razón de verosimilitudes	,212	1	,645	,710	,382	
Estadístico exacto de Fisher				,710	,382	
Asociación lineal por lineal	,216 ^c	1	,642	,710	,382	,129
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,75.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es ,465.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

			Significación de Monte Carlo			
			Valor	Sig. aproximada	Intervalo de confianza al 95%	
					Sig.	Límite inferior
Nominal por nominal	Phi	,014	,642	,718 ^a	,692	,744
	V de Cramer	,014	,642	,718 ^a	,692	,744
N de casos válidos		1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 303130861.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE NEOPLASIAS (SI TIENE NEOPLASIA / NO TIENE NEOPLASIA)	1,183	,582	2,405
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,120	,702	1,787
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,947	,743	1,207
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
RECODIFICACION DE EPOC	SI TIENE EPOC	Recuento	16	35	51
		Frecuencia esperada	15,7	35,3	51,0
		% dentro de RECODIFICACION DE EPOC	31,4%	68,6%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	4,5%	4,4%	4,5%
		% del total	1,4%	3,1%	4,5%
	NO TIENE EPOC	Recuento	336	759	1095
		Frecuencia esperada	336,3	758,7	1095,0
		% dentro de RECODIFICACION DE EPOC	30,7%	69,3%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	95,5%	95,6%	95,5%
		% del total	29,3%	66,2%	95,5%
Total		Recuento	352	794	1146
		Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0
		% dentro de RECODIFICACION DE EPOC	30,7%	69,3%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,011 ^a	1	,917	1,000	,513	
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000			
Razón de verosimilitudes	,011	1	,917	1,000	,513	
Estadístico exacto de Fisher				,878	,513	
Asociación lineal por lineal	,011 ^c	1	,917	1,000	,513	,122
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,66.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es ,104.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Phi	,003	,917	1,000 ^a	,997	1,000
	V de Cramer	,003	,917	1,000 ^a	,997	1,000
N de casos válidos		1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 303130861.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE EPOC (SI TIENE EPOC / NO TIENE EPOC)	1,033	,564	1,892
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,022	,675	1,549
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,990	,819	1,197
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD * ESCALA YESAVAGE

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD	SI TIENE ENFERMEDAD CRONICA	Recuento	177	335	512
		Frecuencia esperada	157,3	354,7	512,0
		% dentro de RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD	34,6%	65,4%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	50,3%	42,2%	44,7%
		% del total	15,4%	29,2%	44,7%
	NO TIENE ENFERMEDAD CRONICA	Recuento	175	459	634
		Frecuencia esperada	194,7	439,3	634,0
		% dentro de RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD	27,6%	72,4%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	49,7%	57,8%	55,3%
		% del total	15,3%	40,1%	55,3%
Total		Recuento	352	794	1146
		Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0
		% dentro de RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD	30,7%	69,3%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	6,462 ^a	1	,011	,012	,007	
Corrección por continuidad ^b	6,139	1	,013			
Razón de verosimilitudes	6,444	1	,011	,012	,007	
Estadístico exacto de Fisher				,012	,007	
Asociación lineal por lineal	6,456 ^c	1	,011	,012	,007	,002
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 157,26.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 2,541.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo			
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
				Límite inferior	Límite superior	
Nominal por nominal	Phi	,075	,011	,010 ^a	,004	,015
	V de Cramer	,075	,011	,010 ^a	,004	,015
N de casos válidos	1146					

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 1993510611.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD (SI TIENE ENFERMEDAD CRONICA / NO TIENE ENFERMEDAD CRONICA)	1,386	1,077	1,783
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,252	1,053	1,490
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,904	,835	,978
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia FUNCIONALIDAD FAMILIAR * ESCALA YESAVAGE

			ESCALA YESAVAGE		Total
			CON DEPRESION	SIN DEPRESION	
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FAMILIA DISFUNCIONAL	Recuento	203	317	520
		Frecuencia esperada	159,7	360,3	520,0
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	39,0%	61,0%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	57,7%	39,9%	45,4%
		% del total	17,7%	27,7%	45,4%
	FAMILIA FUNCIONAL	Recuento	149	477	626
		Frecuencia esperada	192,3	433,7	626,0
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	23,8%	76,2%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	42,3%	60,1%	54,6%
		% del total	13,0%	41,6%	54,6%
Total		Recuento	352	794	1146
		Frecuencia esperada	352,0	794,0	1146,0
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	30,7%	69,3%	100,0%
		% dentro de ESCALA YESAVAGE	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	30,7%	69,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	30,986 ^a	1	,000	,000	,000	
Corrección por continuidad ^b	30,275	1	,000			
Razón de verosimilitudes	30,962	1	,000	,000	,000	
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000	
Asociación lineal por lineal	30,959 ^c	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 159,72.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 5,564.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Phi	,164	,000	,000 ^a	,000	,003
	V de Cramer	,164	,000	,000 ^a	,000	,003
N de casos válidos		1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 1241531719.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para FUNCIONALIDAD FAMILIAR (FAMILIA DISFUNCIONAL / FAMILIA FUNCIONAL)	2,050	1,589	2,645
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = CON DEPRESION	1,640	1,375	1,957
Para la cohorte ESCALA YESAVAGE = SIN DEPRESION	,800	,737	,868
N de casos válidos	1146		

Objetivo cuarto: Relación entre la funcionalidad familiar factores protectores y de riesgo

Tabla de contingencia RECODIFICACION DE EDAD 2 * FUNCIONALIDAD FAMILIAR

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
			FAMILIA DISFUNCION AL	FAMILIA FUNCIONAL	
RECODIFICACION DE EDAD 2	CUARTA EDAD	Recuento	174	153	327
		Frecuencia esperada	148,4	178,6	327,0
		% dentro de RECODIFICACION DE EDAD 2	53,2%	46,8%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	33,5%	24,4%	28,5%
		% del total	15,2%	13,4%	28,5%
	TERCERA EDAD	Recuento	346	473	819
		Frecuencia esperada	371,6	447,4	819,0
		% dentro de RECODIFICACION DE EDAD 2	42,2%	57,8%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	66,5%	75,6%	71,5%
		% del total	30,2%	41,3%	71,5%
	Total	Recuento	520	626	1146
		Frecuencia esperada	520,0	626,0	1146,0
% dentro de RECODIFICACION DE EDAD 2		45,4%	54,6%	100,0%	
% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR		100,0%	100,0%	100,0%	
% del total		45,4%	54,6%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	11,335 ^a	1	,001	,001	,000	
Corrección por continuidad ^b	10,897	1	,001			
Razón de verosimilitudes	11,304	1	,001	,001	,000	
Estadístico exacto de Fisher				,001	,000	
Asociación lineal por lineal	11,325 ^c	1	,001	,001	,000	,000
N de casos válidos	1146					

- a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 148,38.
 b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.
 c. El estadístico tipificado es 3,365.
 d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Phi	,099	,001	,000 ^a	,000	,003
V de Cramer	,099	,001	,000 ^a	,000	,003
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 562334227.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE EDAD 2 (CUARTA EDAD / TERCERA EDAD)	1,555	1,202	2,012
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA DISFUNCIONAL	1,260	1,107	1,434
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA FUNCIONAL	,810	,712	,922
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia SEXO * FUNCIONALIDAD FAMILIAR

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
			FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA FUNCIONAL	
SEXO	Mujer	Recuento	269	287	556
		Frecuencia esperada	252,3	303,7	556,0
		% dentro de SEXO	48,4%	51,6%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	51,7%	45,8%	48,5%
		% del total	23,5%	25,0%	48,5%
Hombre	Hombre	Recuento	251	339	590
		Frecuencia esperada	267,7	322,3	590,0
		% dentro de SEXO	42,5%	57,5%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	48,3%	54,2%	51,5%
		% del total	21,9%	29,6%	51,5%
Total	Total	Recuento	520	626	1146
		Frecuencia esperada	520,0	626,0	1146,0
		% dentro de SEXO	45,4%	54,6%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	45,4%	54,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	3,937 ^a	1	,047	,050	,027	
Corrección por continuidad ^b	3,705	1	,054			
Razón de verosimilitudes	3,939	1	,047	,050	,027	
Estadístico exacto de Fisher				,050	,027	
Asociación lineal por lineal	3,934 ^c	1	,047	,050	,027	,007
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 252,29.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 1,983.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo			
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
				Límite inferior	Límite superior	
Nominal por nominal	Phi	,059	,047	,051 ^a	,039	,064
	V de Cramer	,059	,047	,051 ^a	,039	,064
N de casos válidos		1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 1556559737.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para SEXO (Mujer / Hombre)	1,266	1,003	1,598
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA DISFUNCIONAL	1,137	1,001	1,291
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA FUNCIONAL	,898	,808	,999
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO * FUNCIONALIDAD FAMILIAR

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
			FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA FUNCIONAL	
MESTIZO Y NO MESTIZO	MESTIZO	Recuento	499	560	1059
		Frecuencia esperada	480,5	578,5	1059,0
		% dentro de RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO	47,1%	52,9%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	96,0%	89,5%	92,4%
		% del total	43,5%	48,9%	92,4%
	NO MESTIZO	Recuento	21	66	87
		Frecuencia esperada	39,5	47,5	87,0
		% dentro de RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO	24,1%	75,9%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	4,0%	10,5%	7,6%
		% del total	1,8%	5,8%	7,6%
Total		Recuento	520	626	1146
		Frecuencia esperada	520,0	626,0	1146,0
		% dentro de RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO	45,4%	54,6%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	45,4%	54,6%	100,0%

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Phi	,122	,000	,000 ^a	,000	,003
	V de Cramer	,122	,000	,000 ^a	,000	,003
N de casos válidos		1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 79654295.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE MESTIZO Y NO MESTIZO (MESTIZO / NO MESTIZO)	2,801	1,689	4,643
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA DISFUNCIONAL	1,952	1,338	2,849
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA FUNCIONAL	,697	,611	,795
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia RECODIFICACIÓN DE PAREJA * FUNCIONALIDAD FAMILIAR

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
			FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA FUNCIONAL	
RECODIFICACIÓN DE PAREJA	SIN PAREJA	Recuento	302	225	527
		Frecuencia esperada	239,1	287,9	527,0
		% dentro de RECODIFICACIÓN DE PAREJA	57,3%	42,7%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	58,1%	35,9%	46,0%
		% del total	26,4%	19,6%	46,0%
	CON PAREJA	Recuento	218	401	619
		Frecuencia esperada	280,9	338,1	619,0
		% dentro de RECODIFICACIÓN DE PAREJA	35,2%	64,8%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	41,9%	64,1%	54,0%
		% del total	19,0%	35,0%	54,0%
Total	Recuento	520	626	1146	
	Frecuencia esperada	520,0	626,0	1146,0	
	% dentro de RECODIFICACIÓN DE PAREJA	45,4%	54,6%	100,0%	
	% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	45,4%	54,6%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	56,027 ^a	1	,000	,000	,000	
Corrección por continuidad ^b	55,139	1	,000			
Razón de verosimilitudes	56,391	1	,000	,000	,000	
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000	
Asociación lineal por lineal	55,978 ^c	1	,000	,000	,000	,000
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 239,13.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 7,482.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Phi	,221	,000	,000 ^a	,000	,003
	V de Cramer	,221	,000	,000 ^a	,000	,003
N de casos válidos		1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 215962969.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACIÓN DE PAREJA (SIN PAREJA / CON PAREJA)	2,469	1,945	3,135
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA DISFUNCIONAL	1,627	1,429	1,853
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA FUNCIONAL	,659	,588	,739
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia ACTIVIDAD LABORAL * FUNCIONALIDAD FAMILIAR

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
			FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA FUNCIONAL	
ACTIVIDAD LABORAL	NO TIENE	Recuento	345	403	748
	ACTIVIDAD LABORAL	Frecuencia esperada	339,4	408,6	748,0
		% dentro de ACTIVIDAD LABORAL	46,1%	53,9%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	66,3%	64,4%	65,3%
		% del total	30,1%	35,2%	65,3%
ACTIVIDAD LABORAL	SI TIENE	Recuento	175	223	398
	ACTIVIDAD LABORAL	Frecuencia esperada	180,6	217,4	398,0
		% dentro de ACTIVIDAD LABORAL	44,0%	56,0%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	33,7%	35,6%	34,7%
		% del total	15,3%	19,5%	34,7%
Total		Recuento	520	626	1146
		Frecuencia esperada	520,0	626,0	1146,0
		% dentro de ACTIVIDAD LABORAL	45,4%	54,6%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	45,4%	54,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,486 ^a	1	,486	,494	,263	
Corrección por continuidad ^b	,403	1	,526			
Razón de verosimilitudes	,486	1	,486	,494	,263	
Estadístico exacto de Fisher				,494	,263	
Asociación lineal por lineal	,485 ^c	1	,486	,494	,263	,039
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 180,59.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es ,697.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo			
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
				Límite inferior	Límite superior	
Nominal por nominal Phi	,021	,486	,495 ^a	,466	,524	
V de Cramer	,021	,486	,495 ^a	,466	,524	
N de casos válidos	1146					

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 1573343031.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ACTIVIDAD LABORAL (NO TIENE ACTIVIDAD LABORAL / SI TIENE ACTIVIDAD LABORAL)	1,091	,854	1,393
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA DISFUNCIONAL	1,049	,916	1,201
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA FUNCIONAL	,962	,862	1,073
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia OSTEOMUSCULARES * FUNCIONALIDAD FAMILIAR

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
			FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA FUNCIONAL	
OSTEOMUSCULARES	SI TIENE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR	Recuento	133	164	297
		Frecuencia esperada	134,8	162,2	297,0
		% dentro de OSTEOMUSCULARES	44,8%	55,2%	100,0%
	NO TIENE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR	% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	25,6%	26,2%	25,9%
		% del total	11,6%	14,3%	25,9%
		Recuento	387	462	849
Total		Frecuencia esperada	385,2	463,8	849,0
		% dentro de OSTEOMUSCULARES	45,6%	54,4%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	74,4%	73,8%	74,1%
		% del total	33,8%	40,3%	74,1%
		Recuento	520	626	1146
		Frecuencia esperada	520,0	626,0	1146,0
		% dentro de OSTEOMUSCULARES	45,4%	54,6%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	45,4%	54,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,057 ^a	1	,811	,839	,432	
Corrección por continuidad ^b	,029	1	,864			
Razón de verosimilitudes	,057	1	,811	,839	,432	
Estadístico exacto de Fisher				,839	,432	
Asociación lineal por lineal	,057 ^c	1	,811	,839	,432	,052
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 134,76.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -,239.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Phi	-,007	,811	,840 ^a	,819	,862
V de Cramer	,007	,811	,840 ^a	,819	,862
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 484067124.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para OSTEOMUSCULARES (SI TIENE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR / NO TIENE ENFERMEDAD OSTEOMUSCULAR)	,968	,742	1,263
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA DISFUNCIONAL	,982	,849	1,137
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA FUNCIONAL	1,015	,900	1,144
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
			FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA FUNCIONAL	
RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD ENFERMEDAD CRONICA D	SI TIENE ENFERMEDAD CRONICA	Recuento	250	262	512
		Frecuencia esperada	232,3	279,7	512,0
		% dentro de RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD	48,8%	51,2%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	48,1%	41,9%	44,7%
		% del total	21,8%	22,9%	44,7%
	NO TIENE ENFERMEDAD CRONICA	Recuento	270	364	634
		Frecuencia esperada	287,7	346,3	634,0
		% dentro de RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD	42,6%	57,4%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	51,9%	58,1%	55,3%
		% del total	23,6%	31,8%	55,3%
Total		Recuento	520	626	1146
		Frecuencia esperada	520,0	626,0	1146,0
		% dentro de RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD	45,4%	54,6%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	45,4%	54,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	4,452 ^a	1	,035	,037	,020	
Corrección por continuidad ^b	4,203	1	,040			
Razón de verosimilitudes	4,451	1	,035	,037	,020	
Estadístico exacto de Fisher				,037	,020	
Asociación lineal por lineal	4,448 ^c	1	,035	,037	,020	,005
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 232,32.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -2,109.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal	Phi	,062	,035	,038 ^a	,027	,049
	V de Cramer	,062	,035	,038 ^a	,027	,049
N de casos válidos		1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2048628469.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICAR RANGO ENFERMEDAD (SI TIENE ENFERMEDAD CRONICA / NO TIENE ENFERMEDAD CRONICA)	1,286	1,018	1,626
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA DISFUNCIONAL	1,147	1,010	1,301
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA FUNCIONAL	,891	,800	,993
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
			FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA FUNCIONAL	
RECODIFICACION DE HTA	SI TIENE HTA	Recuento	245	265	510
		Frecuencia esperada	231,4	278,6	510,0
		% dentro de RECODIFICACION DE HTA	48,0%	52,0%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	47,1%	42,3%	44,5%
		% del total	21,4%	23,1%	44,5%
	NO TIENE HTA	Recuento	275	361	636
		Frecuencia esperada	288,6	347,4	636,0
		% dentro de RECODIFICACION DE HTA	43,2%	56,8%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	52,9%	57,7%	55,5%
		% del total	24,0%	31,5%	55,5%
Total	Recuento	520	626	1146	
	Frecuencia esperada	520,0	626,0	1146,0	
	% dentro de RECODIFICACION DE HTA	45,4%	54,6%	100,0%	
	% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	45,4%	54,6%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,631 ^a	1	,105	,107	,059	
Corrección por continuidad ^b	2,441	1	,118			
Razón de verosimilitudes	2,631	1	,105	,107	,059	
Estadístico exacto de Fisher				,107	,059	
Asociación lineal por lineal	2,629 ^c	1	,105	,107	,059	,013
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 231,41.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 1,621.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE HTA (SI TIENE HTA / NO TIENE HTA)	1,214	,960	1,534
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA DISFUNCIONAL	1,111	,979	1,261
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA FUNCIONAL	,915	,822	1,019
N de casos válidos	1146		

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por nominal Phi	,048	,105	,103 ^a	,085	,121
V de Cramer	,048	,105	,103 ^a	,085	,121
N de casos válidos	1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 113410539.

Tabla de contingencia

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
			FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA FUNCIONAL	
RECODIFICACION DE DIABETES	SI TIENE DIABETES	Recuento	115	119	234
		Frecuencia esperada	106,2	127,8	234,0
		% dentro de RECODIFICACION DE DIABETES	49,1%	50,9%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	22,1%	19,0%	20,4%
		% del total	10,0%	10,4%	20,4%
	NO TIENE DIABETES	Recuento	405	507	912
		Frecuencia esperada	413,8	498,2	912,0
		% dentro de RECODIFICACION DE DIABETES	44,4%	55,6%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	77,9%	81,0%	79,6%
		% del total	35,3%	44,2%	79,6%
Total	Recuento	520	626	1146	
	Frecuencia esperada	520,0	626,0	1146,0	
	% dentro de RECODIFICACION DE DIABETES	45,4%	54,6%	100,0%	
	% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	45,4%	54,6%	100,0%	

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	1,686 ^a	1	,194	,211	,110	
Corrección por continuidad ^b	1,500	1	,221			
Razón de verosimilitudes	1,682	1	,195	,211	,110	
Estadístico exacto de Fisher				,211	,110	
Asociación lineal por lineal	1,685 ^c	1	,194	,211	,110	,025
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 106,18.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es 1,298.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
				Límite inferior	Límite superior	
Nominal por nominal	Phi	,038	,194	,206 ^a	,183	,229
	V de Cramer	,038	,194	,206 ^a	,183	,229
N de casos válidos		1146				

a. Basada en 1146 tablas muestreadas con la semilla de inicio 113410539.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECODIFICACION DE DIABETES (SI TIENE DIABETES / NO TIENE DIABETES)	1,210	,907	1,613
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA DISFUNCIONAL	1,107	,953	1,285
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA FUNCIONAL	,915	,796	1,051
N de casos válidos	1146		

Tabla de contingencia RECIBE BONO (pobreza) * FUNCIONALIDAD FAMILIAR

			FUNCIONALIDAD FAMILIAR		Total
			FAMILIA DISFUNCIONAL	FAMILIA FUNCIONAL	
BONO	SI RECIBE BONO	Recuento	217	262	479
		Frecuencia esperada	217,3	261,7	479,0
		% dentro de RECIBE BONO (pobreza)	45,3%	54,7%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	41,7%	41,9%	41,8%
		% del total	18,9%	22,9%	41,8%
NO RECIBE BONO	NO RECIBE BONO	Recuento	303	364	667
		Frecuencia esperada	302,7	364,3	667,0
		% dentro de RECIBE BONO (pobreza)	45,4%	54,6%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	58,3%	58,1%	58,2%
		% del total	26,4%	31,8%	58,2%
Total	Total	Recuento	520	626	1146
		Frecuencia esperada	520,0	626,0	1146,0
		% dentro de RECIBE BONO (pobreza)	45,4%	54,6%	100,0%
		% dentro de FUNCIONALIDAD FAMILIAR	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	45,4%	54,6%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado^d

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,002 ^a	1	,967	1,000	,507	
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000			
Razón de verosimilitudes	,002	1	,967	1,000	,507	
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,507	
Asociación lineal por lineal	,002 ^c	1	,967	1,000	,507	,048
N de casos válidos	1146					

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 217,35.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

c. El estadístico tipificado es -,042.

d. Para las tablas de contingencia 2x2, se ofrecen los resultados exactos en lugar de los resultados de Monte Carlo.

Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para RECIBE BONO (pobreza) (SI RECIBE BONO / NO RECIBE BONO)	,995	,786	1,260
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA DISFUNCIONAL	,997	,877	1,134
Para la cohorte FUNCIONALIDAD FAMILIAR = FAMILIA FUNCIONAL	1,002	,901	1,115
N de casos válidos	1146		

Anexo 8. Proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ESPECIALIZADAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

PROYECTO DE TESIS

TITULO:

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR, FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ZONA 7 DEL ECUADOR 2016”

RESPONSABLE:

Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado

R3 POSTGRADISTA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA UNL

DIRECTORA DEL MACROPROYECTO:

Dra. Cleyne Rodríguez.

ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL.
MÁSTER EN CIENCIAS EN LONGEVIDAD SATISFACTORIA

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Roberto Reyes

ASESOR ESTADISTICO: Ing. Eduardo González Estrella Mg. Sc.

LOJA- ECUADOR

1. TEMA

Funcionalidad Familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores región 7 del Ecuador 2016.

2. PROBLEMÁTICA

La salud, según la Real Academia de la lengua, “es el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, posteriormente la carta de Ottawa incluye la promoción de la salud, donde el apoyo social como emocional están asociados con mayores niveles de bienestar, menor depresión, menor discapacidad. La OMS 2003, señala que la red social es considerada un protector de primer orden. Las investigaciones muestran conexiones entre el contexto social y la salud de los individuos asumiendo que la salud y la enfermedad no pueden ser comprendidas únicamente desde la fisiología, sino mediante el estudio de las comunidades, redes sociales, lugares de trabajo y su trayecto vital (Lones 1998)

La mejora de la tecnología médica y el aumento de la longevidad tienen como resultado aumento de la población y mayor probabilidad de que los individuos pasen la última etapa de sus vidas en relación de dependencia (Pearlin et Zarit, 1993), así la situación de las personas dependientes y sus cuidadores hoy en día se reconoce la relevancia social incuestionable. El cuidado informal constituye la parte invisible del bienestar y la parte visible corresponde a los servicios de salud. El incremento de la población adulta mayor genera gasto sociosanitario, en España el 40% del gasto global es consumido por ellos. (Zurro, 2014). En el siglo XX se produjo un aumento de la longevidad, en América Latina la esperanza de vida al nacer fue de 70 años mientras que en América del Norte de 77 años, se prevé que para el 2050 será de 10 años más respectivamente, en América Latina la población adulta mayor se aproxima a 600 millones y para el 2050 se triplicará Fuente especificada no válida. La población adulta mayor por regiones en el Ecuador es mayor en la sierra 7,9%, costa 6,7% y menor para la Amazonía 4,4%. La inversión de las pirámides poblacionales evidenciada por ensanchamientos en sus extremos superiores según los demuestran los datos demográficos de cada país 2010 se debe a disminución de las tasas de natalidad, 2,5 niños por familia, disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas avances tecnológicos y científicos que han ido de la mano con la longevidad así como también las enfermedades crónico-degenerativas, el fenómeno del envejecimiento conjuntamente con la feminización del envejecimiento pueden ser la causa del éxito obtenido por las políticas públicas pero también es un reto para la sociedad ya que debe garantizar una salud física y mental funcional (Cardona, Segura, Segura, & Osley Garzón, 2015)

Según la OPS (Depresión 2012), la depresión es el trastorno mental más frecuente, considerado un problema de salud pública, afecta a 300 millones de personas en el mundo, la OMS que 5 de cada 10 causas importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo, en las estadísticas nacionales la depresión no se encuentra registrada entre las 10 primeras causas de morbilidad, ya sea por la presentación atípica, enmascaramiento de esta patología en el adulto mayor, por los infra diagnósticos, por el enfoque netamente biológico del médico, así las patologías crónicas no transmisibles ocupan el primer lugar de causas de morbimortalidad en adultos mayores⁴ siendo la depresión la principal causa de discapacidad física y social, con peor pronóstico para el restablecimiento de la salud y utilización de servicios hospitalarios pudiendo llevar al suicidio, de esta manera en términos humanos significa sufrimiento y en términos económicos importantes costos para la familia, sociedad y el estado. La gran subestimación de la depresión geriátrica se refleja en el 53.5% de personas adultas mayores que se suicidan apenas dos semanas después de haber acudido a su médico manifestando otros problemas, del 60 a 65% de personas enfermas no reciben tratamiento, en 61 publicaciones revisadas se encontró que el 72% existe asociación entre depresión y mortalidad en ancianos (Aguilar Navarro & Avila Funés, 2006), tiende a ser crónica y recurrente, siendo el suicidio la consecuencia más seria y es casi el doble a esta edad en relación a los más jóvenes. (Merizalde & Santi, 2014).

⁴ Normas y protocolos de Atención de salud a las y los adultos mayores. Quito-Ecuador.2010

La depresión es un trastorno con un curso y respuesta variable al tratamiento y de mecanismos fisiopatológicos no comprendidos a cabalidad. (Friedrich Von Mühlenbrock et al., 2011). Estudios indican que los factores biológicos, sociales y psicológicos deben ser evaluados con los instrumentos clínicos que permitan establecer diagnósticos tempranos de la enfermedad, ajustar el tratamiento y posibilitar un tratamiento más individualizado (Caruncho & Rivera-Baltanás, 2010).

El alto grado de discapacidad generado por la depresión impacta, grandemente en la salud pública, es así que estudios reportan el riesgo dos veces mayor de presentar enfermedades del corazón que los que no tienen depresión, encuestas realizadas, en 17 países, muestran que las personas que cursan con un trastorno de ansiedad o depresión tienen cuatro veces mayor probabilidad de presentar discapacidad significativa que quienes cursan con otro padecimiento físico como diabetes, enfermedad respiratoria o artritis (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña, & Gallo, 2012)

La actividad de la serotonina está implicada en la fisiopatología de la depresión tiene un efecto sistémico y los ancianos parecen tener mayor susceptibilidad puesto que ocasiona daños neurológicos, inmunológicos, hormonales. (Aguilar Navarro & Avila Funés, 2006). Los micro y macronutrientes como vitamina D, A B12, calcio, ácido fólico, participan en el estado de ánimo, el rendimiento cognitivo y el bienestar. (Agüero, Cañete, Peña, Ardaillon, & Candia, 2015). Concentraciones plasmáticas de alfa-tocoferol influyeron en niveles bajos de inflamación y mejor estado de salud (Agüero et al., 2015). La actividad física es muy importante para el mantenimiento de una buena salud y por ende una adecuada calidad de vida, constituye una de las acciones que el Médico de familia tiene a la mano para promover salud, es una de las pocas intervenciones que actúan a nivel primario, secundario y terciario (Casado, 2012), factores como el estado civil, nivel socioeconómico, redes de apoyo y enfermedades relacionadas, influyen en la presentación de síntomas depresivos independientemente de la edad. (Cerquera & Meléndez, 2010). La depresión en el adulto mayor es más frecuente en mujeres, viudas, pacientes con enfermedades crónicas, en portadores de algún tipo de trastorno del sueño como insomnio, y en aquellos que han experimentado un evento estresante en sus vidas, dismovilidad y aislamiento social. (Friedrich Von Mühlenbrock et al., 2011). Los factores de vulnerabilidad son variables y generan un aumento en la probabilidad de desarrollar, cronificarse o presentar episodios recurrentes de depresión, un rápido conocimiento de éstos permitirá una reducción de recaídas y recurrencias (Carmelo & Gonzalo, 2010)

El Médico de Familia PhD David Satcher, menciona tres recetas para mejorar la salud, apoyando las iniciativas en salud pública, construyendo alianzas con especialistas, institucionales y desafiando a los líderes para que defiendan prácticas saludables, es así que el Médicos de Familia, se ocupa de la salud integral del individuo y la familia integrando las ciencias biológicas, clínicas, que de la espera de 3 horas para la consulta externa por parte del paciente, se transforma en el acompañamiento de 1 a 3h al individuo en el domicilio, en la familia, en el lugar donde se enferma y recupera la salud. (Casado, 2012)

¿Existe relación entre la funcionalidad familiar y el apareamiento de depresión en adultos mayores de la zona 7 en el año 2016?

3. JUSTIFICACIÓN

La Constitución de la República del Ecuador del 2008, sentó las bases de transformaciones económicas, sociales y la modificación de patrones culturales, de ahí que nace el Consejo para la Igualdad Intergeneracional, con la finalidad de promover y proteger los derechos de niños, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, donde la familia, la sociedad y el estado se comprometan mancomunadamente, para ello se plantean lineamientos políticos que permitan alcanzar el buen vivir de los ecuatorianos.

El ahondar en el conocimiento sobre la depresión en adultos mayores como parte del programa de formación al talento humano, desde el nivel primario con Profesionales de la Medicina Familiar y Comunitaria, con enfoque holístico, integral, cuyo hilo conductor es la

familia, contribuirá a detectar y tratar oportunamente no solo con medicamentos sino también con abordaje bio-psico-social con terapias psicológicas, conjuntamente con el apoyo multidisciplinario que integren participativamente a la comunidad, mejorando la calidad de vida, la longevidad y disminuyendo los costos del sistema de salud y activando la red pública hacia la mayor complejidad en los casos que lo requieran.

Además se pretende desarrollar una propuesta de investigación desde el ámbito de la medicina familiar cuyos resultados y conclusiones se difundirán a través de la publicación física y on line de la tesis.

4. HIPOTESIS

4.1. Primera Hipótesis

H0. La funcionalidad familiar no se relaciona con depresión en adultos mayores

H1. La funcionalidad familiar se relaciona con depresión en adultos mayores

4.2. Segunda Hipótesis

H0. La funcionalidad familiar no se relaciona con los factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores

H1. La funcionalidad familiar se relaciona con los factores de riesgo de depresión en adultos mayores

5. OBJETIVOS

5.1. GENERAL

Evaluar la funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores Zona 7 del Ecuador 2016

5.2. ESPECÍFICOS

- Determinar la funcionalidad familiar, la depresión, variables sociodemográficas y clínicas
- Establecer la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores.
- Identificar los factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores y su asociación.
- Establecer la relación entre funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores identificados.

6. MARCO TEORICO

La Teoría General de Sistemas, propuesta por Ludwing Von Bertalaníy en 1947, presenta un nuevo enfoque de comprender el mundo que nos rodea, así Jorge Maldonado, terapeuta familiar expresa las dimensiones holísticas del mundo sin desconocer lo específico sino más bien complementarlos para que se potencialicen, considerar que el ser humano como ser social se desenvuelve en un medio donde existen normas que deben de respetarse caso contrario se quebranta la salud, así un paciente que presente uno o varios síntomas sean manejados desde la generalidad a la especificidad a las subespecialidades, por ello la atención primaria de salud es la puerta de entrada hacia la prevención. La estructura de los sistemas está compuesta de los integrantes, de los procesos que corresponden a las interacciones, redes de comunicación, reglas que regulan el sistema y la funcionalidad que permite el desarrollo adecuado y armónico de éste. Entonces considerando esta teoría de sistemas Jorge Maldonado plantea que la familia es un sistema vivo que forma parte de un macro sistema social a través de estrechas interrelaciones armónicas con otros actores sociales. La familia como organización social integrada por seres biológicos que son seres sociales con una interacción psicológica sustentada por vínculos espirituales y afectivos que la hacen única e irrepetible sustentada por la medicina integral (Síntes, 2008)

Para el año 2000, a nivel mundial aproximadamente el 10% de la población era adulta mayor de 60 años, se espera para el 2050 un aumento al 21%. Según la CEPAL Comisión Económica para América Latina, para el 2030, los adultos mayores serán la mitad de la población de niñez y adolescencia y que para el 2050 habrán más adultos mayores que población joven, en el Ecuador según proyección poblacional INEC 2015, existen 1'108.991, de adultos mayores de 65 años, que corresponde al 6,8%, el promedio en la zona 7 es de 7% discretamente más elevada que a nivel nacional que corresponde a Zamora, Loja y El Oro, en promedio existe un crecimiento anual del 1%, las mujeres corresponden en mayor proporción a los hombres, y la población indígena de adultos mayores es de 61.000 en el Ecuador.⁵

Una persona adulta mayor se la considera a partir de los 65 años de edad, se reconocen tres grupos:⁶

De 65 a 74 años son los ancianos jóvenes

De 75 a 84 años ancianos

De 85 y más son los ancianos viejos

Otros autores reconocer Tercera edad, edad del adulto mayor joven de los 65 a 79 años, la cuarta edad a partir de los 80 donde están los adultos mayores mas ancianos, (Sánchez, 1996); actualmente se habla ya de una quinta edad mayores de 100 años, lo manifiesta la Socióloga Argentina Mercedes Jones, integrante del movimiento Viva la Longevidad y Presidenta del Foro del Sector Social, 2015.

En el siglo XX, se produjo un aumento de la longevidad, en américa latina la esperanza de vida al nacer fue de 70 años mientras que en américa del norte fue de 77 años, se prevé para el 2050 que será 10 años más, actualmente la población adulta mayor se aproxima a 600 millones y para el 2050 será de 2.000 millones, es decir, se triplicará (Rubinstein, 2006). Las Naciones Unidas proyectan para América Latina un crecimiento del 9% para el 2020, para Ecuador 8.9% y para Uruguay el 15% (Estrada Restrepo, y otros, 2013) . En el ecuador según proyección poblacional 2015, somos 16'278.844 habitantes, de los cuales 1' 108.991 corresponden a adultos mayores de 65 años que equivale al 6,8% y el promedio en la región de planificación 7 del ecuador que corresponde a Loja, Zamora y El Oro, es del 7%, discretamente mas elevado que a nivel nacional, en promedio el crecimiento anual en nuestro país es del 1%, las mujeres adultas mayores en relación a los varones son mayoría con una diferencia de 5000, esto confirma el fenómeno de feminización en la vejez. El Consejo Nacional

⁵⁵ Agenda Nacional para la igualdad intergeneracional 2013-2017. Quito 2014

⁶ Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. Quito, Ecuador, mayo 2010

para la Igualdad e Intergeneracional menciona que existen aproximadamente 61.000 adultos mayores indígenas⁷.

El envejecimiento ⁸ “Es un proceso progresivo, intrínseco, universal, asociado a modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurren en todo ser vivo como consecuencia de la interacción genética del individuo y su medio ambiente”.

Se consideran dos tipos de envejecimiento: el fisiológico y el patológico.

Envejecimiento normal.-El estar sano mientras permita disfrutar de una buena calidad de vida.

Envejecimiento patológico o enfermo.- Si al proceso fisiológico se suman una o varias enfermedades se modifica el curso del mismo. Según el acuerdo de Kiev en 1979, la OMS, consideró adultos mayores a las personas mayores de 60 años para quienes viven en países en vías de desarrollo y de 65 a los que viven en países desarrollados, sin embargo en nuestro país se considera a partir de los 65 años⁹.

La edad cronológica, es la edad del individuo en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento y la edad biológica corresponde con el estado funcional de nuestros órganos sería el envejecimiento real.

Teorías del envejecimiento: Teoría de la continuidad en donde las actividades anteriores evolucionan pero siguen donde placer el realizarlas.

Teoría de la innovación.- Donde realiza actividades diferentes.

Teoría de los 5 factores de la personalidad.- Donde se interrelaciona la persona con el ambiente que sería la competencia, la presión ambiental, el nivel de adaptación, la zona de máximo potencial de rendimiento y la zona de máximo confort, de esta manera cada persona tiene la capacidad de adaptarse a las situaciones de la vida pero que no es igual en todos.

Teoría de los genes.- Refiere que éstos programan a las células para que se deterioren y mueran con el tiempo, el hallazgo reciente de un gen parece estar relacionado con la longevidad lo que ratifica el papel que juega la herencia en el envejecimiento; la teoría de los telómeros que después de 100 duplicaciones los telómeros disminuyen y ya no son capaces de realizar una duplicación precisa.

Teoría del radical libre.-Que hace que dentro de las células se acumulen moléculas de oxígeno que con el tiempo causan su envejecimiento por daño al ADN, dando lugar a una variedad de trastornos que acompañan al envejecimiento como artritis, cáncer, alteraciones cognitivas. (Kail & Cavanaugh, Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital, 2015).

Cambios Físicos son inevitables el cambio de la apariencia y funcionamiento de todos los órganos el cabello se adelgaza se vuelve blanco o gris, la piel se arruga, los huesos frágiles, los músculos pierden la fuerza y las articulaciones se endurecen desgastan, la circulación se hace lenta, la presión aumenta y debido a que los pulmones tienen menos cantidad de oxígeno hay menor energía, los órganos reproductores se atrofian, los trastornos del sueño son frecuentes, los órganos de los sentidos pierden la agudeza. Los cambios sociales tiene mayor tiempo para dedicarse a actividades preferidas que disipen su mente y su cuerpo, fomentar las relaciones familiares y de amistad, algunos investigadores piensan que se trata de una separación psicológica del mundo social pero mas bien a esta edad la gente hace elecciones sensatas. Los cambios cognitivos en la gente saludable que permanece activa intelectualmente mantiene un elevado nivel de funcionamiento mental en la vejez lejos del mito de que las células encefálicas en el anciano mueren con rapidez, el encéfalo de la persona promedio disminuye en tamaño solo alrededor del 10% entre los 10 y 70 años, esto significa que para la mayoría de adultos mayores las habilidades cognitivas permanecen intactas. (Morris & Maista, 2005).

⁷ Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional 2013-2017. Quito 2014

⁸ Guías Clínicas Geronto-Geriátricas de APS para el Adulto Mayor, MSP, 2011

⁹ Constitución de la República del Ecuador 2008

El ciclo de vida, es una condición humana, fluye a lo largo de la vida, no es estática, y no se pasa de una etapa a otra solo por cumplir años, sino que en cada etapa se enfrentan situaciones y relaciones que pueden ser satisfactorias o de dominación que facilitan la violación de derechos. La OMS, Organización Mundial de la Salud, propuso la definición de calidad de vida según como el individuo perciba su vida “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. (Flores Villavicencio, Troyo Sanromán, González Pérez, Cruz Ávila , & Muñoz de la Torre, 2013) este concepto complejo engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales, y la relación con las características sobresaliente del entorno, no considera el monto de los ingresos, sino como esos ingresos proporcionan grado de satisfacción(Estrada & Cardona, 2013), las mujeres tienen mayor participación y relaciones sociales más fuertes que los hombres favoreciendo la salud mental, el apoyo social de la familia, en la comunidad, así las relaciones sociales activas podrían amortiguar posibles relaciones estresantes, por lo que se debe reforzar la participación en los hombres ya que la baja participación podría declinar las habilidades funcionales, la percepción de la enfermedad se vería influenciada por factores de tipo educativo, socio-económicos y culturales(Urzúa, Bravo, Ogalde, & Vargas, 2011). Así la autoaceptación y el apoyo social serían dos puntales claves a considerar en los programas de promoción de la salud mental en adultos mayores.

Varios factores en el Adulto Mayor deterioran su calidad de vida como las relaciones familiares, de amistades, la soledad, incluso el mismo centro geriátrico, cuando las condiciones de funcionalidad y autonomía limitan las actividades de la vida diaria.(Estrada et al., 2011). Cuando la red personal es sensible, activa, confiable protege a la persona contra las enfermedades, acelera los procesos de curación y acelera la sobrevivencia, es decir, es “salutogénica” (Roizblatt, 2009).

Una encuesta en mayores de 65 años eran tan felices como cuando eran más jóvenes, 3 /4 partes participaban en actividades tan interesantes, los que se mantienen físicamente como mentalmente que viajan hacen ejercicio y asisten a reuniones tienen más posibilidades de reportar que se sienten más felices y satisfechos que los que permanecen en casa, los intereses políticos no disminuyeron con la edad, el 90% están registrados para votar y 2/3 partes lo hacen de manera regular lo que corresponde a ser el grupo de personas en el ciclo de la adultez que mayor porcentaje de votantes tiene, en una encuesta el 37% de los adultos mayores casados tienen relaciones sexuales al menos una vez por semana, 20% lo hacen al aire libre y 17% nadan desnudos, otro estudio en personas de 65 a 97 años encontró que alrededor la mitad de los hombres todavía consideraban que las relaciones sexuales eran importantes y más de la mitad estaban satisfechos con la calidad de vida sexual .

La Organización de Naciones Unidas reconoce a la familia nuclear que vive en el mismo hogar, pero si consideramos la evolución que esta ha tenido y desde una dimensión social y afectiva se reconoce como familia a todas las personas unidas entre sí por grados de consanguinidad, adopción, parentesco y afecto, ya sea que convivan en un mismo espacio físico o que vivan en distintas unidades habitacionales, influenciados por los valores socio-culturales en los cuales se desenvuelve, sería la unidad social básica en donde sus integrantes cooperan con actividades económicas, sociales y protectoras (Armas & Díaz, 2007). La Constitución Ecuatoriana en su Art. 37 menciona; El Estado reconocerá y protegerá a la familia como célula fundamental de la sociedad y garantizará las condiciones que favorezcan integralmente la consecución de sus fines. Esta se constituirá por vínculos jurídicos o de hecho y se basará en la igualdad de derechos y oportunidades de sus integrantes¹⁰.

¹⁰ Constitución de la República del Ecuador.2008

Las funciones Universales de la familia son: reproductora, protectora, afectiva, socializadora, De la Revilla, propuso en 1994, otras más como la comunicación, la afectividad, apoyo, adaptabilidad, autonomía, reglas y normas.

Socializadora.- Propicia a que niños y niñas se desarrollen como miembros de una nación y de un grupo social con sentido de pertenencia, respetando la cultura de cada grupo.

Protectora.- Está compartida con otras instituciones sociales, incluye la seguridad.

Reproductora.- Que permite la procreación de mas individuos, que continúen las generaciones.

Los Subsistemas están representados por el conyugal, el parental y el fraternal (Zurro, 2014). Podría sumar el individual.

Conyugal.-(matrimonio) Cuando la pareja se une para formar una familia debe desarrollar pautas, en donde cada esposo apuntala la acción del otro en muchas áreas.

Parental.- (padres) El funcionamiento eficaz requiere que padres e hijos acepten la diferencia de autoridad que requiere negociación por la desigualdad de poder.

Fraternal.-(hermanos) Laboratorio social en donde experimentan los niños relaciones con sus iguales para negociar y colaborar.

Individual.-Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas de donde adquiere habilidades diferentes.

Tipología

Por el tamaño

Sola.-Con la presencia de 1 sola persona que por situaciones propias del desarrollo familiar le ha tocado desenvolverse alejada de sus parientes.

Pequeña.-Con la presencia de al menos 3 miembros de la familia

Mediana.-Cuenta con la presencia de 4 a 6 miembros

Grande.-Cuando en el seno de la familia son mas de 6 integrantes

Por la Ontogénesis:

Nuclear.-Adultos emparejados con o sin hijos

Extensa.-Se refiere a la parentela, pertenecientes a distintas generaciones

Mixta.-Incluyen amistades, empleadas/os

Ciclo Vital familiar se compone de 4 etapas:

Formación.-Desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo

Extensión.-Desde el nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo sale del hogar

Contracción.-Desde que el primer hijo sale del hogar hasta la muerte del primer cónyuge

Disolución.-Desde la muerte del primer cónyuge hasta la muerte del segundo cónyuge

Funcionalidad Familiar.-(FF-SIL)

Según el test psicológico cubano de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) propuesto por Ortega Veitia (1999) citado por Núñez (2009), se determina las siguientes áreas: *Cohesión*, la unión familiar física y emocional al enfrentar diversas situaciones; *armonía*, correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia; *comunicación*, los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa; *permeabilidad*, capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones; *afectividad*, capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros; *roles*, donde cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar;

adaptabilidad, habilidad de la familia para cambiar la estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Para la categorización de la funcionalidad familiar se considerara la siguiente escala:

Funcional: De 70 a 57 puntos.

Moderadamente Funcional: De 56 a 43 puntos.

Disfuncional: De 42 a 28 puntos.

Severamente Disfuncional: De 27 a 14 puntos.

En resumen La familia funcional comprende puntuaciones altas de 43 a 70 y de 14 a 42 disfuncional. Ortiz, (2005)

La familia funcional es aquella que satisfecha y voluntariamente desempeña sus funciones de manera permanente según el ciclo de vida presente, sin rebasar sus límites y fronteras, respetando la jerarquía establecida y sus funciones específicas que no modifiquen su estructura e identidad (Villalobos 2009), cuando esto se altera es una familia disfuncional.

La depresión enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria, la psicomotilidad de las personas, puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo¹¹ es una pandemia en este siglo, unida a los duelos que se hacen frecuentes en la consulta de atención primaria esta, sensación de fracaso, cambios en la imagen corporal, alteraciones del sueño, del apetito, en definitiva se observan 3 patrones cognitivos principales el primero es la visión negativa de sí mismo, el segundo la interpretación negativa de sus experiencias y tercero la visión negativa del futuro, la somatización es frecuente a esta edad.

La incidencia de la depresión va del 7 al 36% en la valoración de la Consulta Externa, afecta al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, del 10 al 20% de los hospitalizados, del 15 al 35% de los que viven en asilos, el 40% de los que presentan comorbilidades. , es directamente proporcional a la presentación de problemáticas en esta edad que puede necesitar hospitalización o la institucionalización en contra de su voluntad o la presencia de una o varias patologías que requieran la polifarmacia. Según el perfil epidemiológico en el Ecuador dentro de las 10 principales causas de morbilidad están la neumonía pero si sumamos los casos de Insuficiencia cardíaca, Infarto de miocardio, crisis hipertensivas se concluye que las enfermedades no transmisibles crónicas son la primera causa de mortalidad en los adultos mayores , de ahí la importancia de fortalecer el nivel primario de atención que es básicamente preventivo.

La prevalencia de depresión en población adulta mayor es como una foto fija, describe la proporción de la población que padece la enfermedad, importante en patologías crónicas como la depresión varía en diferentes trabajos realizados según la población escogida, las características metodológicas y las escalas utilizadas, así el estudio Psicotard y el realizado en Leiden(Holanda) coinciden con el 14%, el estudio europeo con el 26%, el estudio Octabaix con el 34,5% (Sarró Maluquer, Ferrer Feliu, Rando Matos, Formiga, & Rojas Farrera, 2013) frente al 37% (Rubinstein, 2006)

La unión de la serotonina a los receptores 5HT, influyen en la fisiopatología de la depresión, este proceso disminuye con el envejecimiento, tiene un efecto sistémico y los ancianos tienen mayor susceptibilidad puesto que ocasiona alteraciones neurológicas, hormonales e inmunológicas de esta manera favorece el aumento del tono simpático, disminución del tono vagal y de las aminos cerebrales, la hipersecreción de hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol se encuentra en el adulto mayor deprimido. Otras causas que disminuyen los neurotransmisores son las infecciones subclínicas o la reactivación de virus latentes en el cerebro. (Gerrig & Zimbardo, 2005)

La presencia de factores de riesgo aumenta la probabilidad de daño a su salud, su ausencia la disminuye. (Síntes, 2008). Los principales factores de riesgo para la depresión en

¹¹Guías Clínica Gerontogerítricas de Atención primaria en Salud para el Adulto Mayor. MSP.

la vejez constituye la edad muy avanzada edad, bajos ingresos económicos, bajo nivel educativo, soledad y ausencia de cuidadores pero de todos ellos el principal es la soledad (Losada & Alvarez Strauch, 2014), también la carencia de apoyo familiar, el duelo de menos de 1 años de evolución, la pobreza, la malnutrición, y patologías crónicas invalidantes Fuente especificada no válida., entre los que podemos citar la desnutrición, la prematuridad, los traumas, las lesiones infecciosas encefálicas, ingesta de sustancias tóxicas y aditivas, las enfermedades crónicas, la sepsis, las endocrinopatías, tumores, así como la herencia presencia de familiares con enfermedades mentales como esquizofrenia, trastornos afectivos o riesgos excepcionales como el caso de progenitores consumidores de drogas y alcohol o portadores de VIH.

Las mujeres adultas mayores presentaron mayor riesgo de depresión en relación a los hombres (Sánchez González , 2015), del total de depresiones, el 76,5 % fueron mujeres (Sarabia Cobo, 2012) generalmente son las mujeres las que presentan una baja autoestima, una imagen corporal pésima. Feingold y Mazzala observaron que en general los hombres se sienten satisfechos con sus cuerpos a pesar de la edad. En otro estudio 30, 5% de mujeres tuvieron mas riesgo de presentar depresión frente al 27,8% en los hombres mayores de 75 años (Cardona , Segura, & Segura, Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores colombia 2012, 2015) , la viudez constituye un factor de riesgo así como el estado civil casado con relaciones de pareja disfuncionales, los que viven solos y los divorciados, (Wagner, González Fortaza, Sánchez García, García Peña, & Gallo, 2012) , se constituiría un factor protector mientras se manejen relaciones armónicas en el núcleo familiar.

En otro estudio realizado en México, la depresión leve fue del 32,5%, la media de 44,5% y la grave del 2,5%, observando mayor presentación de la moderada (Cardona , Segura, & Segura, Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores colombia 2012, 2015). Otro estudio concluye que los participantes deprimidos tenían mas probabilidades que los no deprimidos a pasar de un estado de discapacidad leve (HR=1,52;95% CI 1.25, 1.85) a grave discapacidad (HR=1.57; 95% CI 1.22, 2.01) y menos probabilidades de reversión (Barry, Murphy, & Gill, 2011)

Los riesgos sociales incluyen los socioeconómicos, los de "marginalidad" como la miseria, desempleo, falta de vivienda, de acceso a la salud, familiares, educacionales, laborales y de comunidad, de trabajos informales, hogares disfuncionales, medio violento. Los riesgos familiares, el papel de la familia cumple un papel trascendental en la formación de la personalidad y en el equilibrio psicológico y social de las personas, aquí podemos señalar los problemas de divorcio, madre soltera, ausencia física o emocional del padre, maltrato físico, psicológico o sexual, alcoholismo, drogadicción en el hogar, malas relaciones interpersonales, patrones de conducta inadecuados, hacinamiento, prostitución, falta de afecto, sobreprotección, abuso de autoridad. Los riesgos laborales por las inadecuadas relaciones interpersonales entre los trabajadores y jefes ya sea por abuso de autoridad, por limitaciones y creatividad profesional, la mala organización, exceso de trabajo burnout laboral, burnout del cuidador. Los riesgos de comunidad son aquellas situaciones conflictivas entre vecinos, mal uso del tiempo libre, ausencia de áreas culturales, deportivas, recreativas, discriminación por razones raciales, de sexo, edad, sexuales, económicas. Los riesgos personales y de la conducta individual, que incluye los daños pre, peri y postnatales, trastornos en el desarrollo psicomotor y del aprendizaje, los déficit sensoriales, las enfermedades crónicas, el consumo del alcohol y drogas, alteraciones en la identificación sexual, maltrato infantil, déficit de juego, abandono de los estudios, embarazo precoz, ausencia de hábitos deportivos y recreación sana, los accidentes, malas compañías, inclinación al suicidio.

Los factores protectores son los entornos capaces de favorecer el desarrollo de los individuos, contrarrestar los riesgos y reducir los efectos de las circunstancias desfavorables. Los factores externos como la familia extensa, apoyo de un adulto significativo o par, integración social y laboral. Los factores internos como la estima, seguridad y confianza en sí mismos, la facilidad para comunicarse y lograr empatía permite clasificar a los factores protectores en: personales, aquí podemos incluir los biológicos y psicosociales, los primeros corresponden a un buen estado de salud corporal, ausencia de predisposición genética a las enfermedades mentales, temperamento bien equilibrado; los segundos tienen que ver con el adecuado estilo de vida, con actitudes acertadas y optimistas ante la vida, con educación y nivel cultural idóneos, buena adaptación familiar y social, madurez personal, ímpetu de desarrollo, autoestima, resiliencia que es la capacidad de utilizar los factores protectores misma

que permitirá enfrentar situaciones adversas, centrarse en los factores protectores y fortalecer la personalidad es desarrollar un enfoque de resiliencia, el cual complementa y no sustituye el enfoque de riesgo.

La actividad física es considerada una estrategia terapéutica para la salud mental del adulto, mejora las condiciones tanto físicas, psicológicas como sociales además de mejorar la calidad de vida teniendo un comportamiento mas positivo frente a cualquiera de las patologías existentes, sus beneficios son con una actividad regular son : aliviar síntomas de depresión, estimular la formación de nuevas células en el cerebro, reducir las posibilidades de accidente cerebrovascular, reducir la tensión arterial el riesgo de enfermedades cardíacas, de ciertos tipos de cáncer, reforzar la sensibilidad a la insulina, limitar el aumento de la grasa visceral, aumentar el músculo, aumentar la masa y densidad ósea, reducir el dolor y discapacidad de la artrosis por lo tanto reducir el riesgo de caídas (Katch, 2011). El 17,8% de adultos mayores realizan actividad deportiva, el 23,4% de hombres frente al 13,3% de mujeres, 8 de cada 10 adultos mayores no realiza prácticas deportivas, el ejercicio mejora la salud y prolonga la vida, en un estudio en la Universidad de Harvard demostró que solo el ejercicio aerobio moderado, trotar 4,5 Km al día promueve una buena salud y agrega tiempo a la vida. (Katch, 2011), la teoría de la autodeterminación afirma que el apoyo a la autonomía es el apoyo esencial para la satisfacción de las necesidades psicológicas que a su vez tendrían consecuencias positivas sobre el bienestar y desarrollo personal. (Marcos Pardo, Olquín Castrillón, Belando Pedreño, & Moreno Murcia, 2014)

Los factores familiares, siempre que se cumplan las funciones y reglas establecidas que sepan enfrentar las crisis y sepan manejar la autonomía, el afecto, la espontaneidad, el alimento que fortalece la personalidad y le protege, es el amor de pareja, filial y de familia. Los socioculturales o comunitarios, parten de los determinantes de la salud, empleo, educación, alimentación, vivienda, ecosistema, agua potable y paz, relacionados con la organización del estado, accesibilidad a instalaciones deportivas culturales, recreativas y la participación ciudadana.

El diagnóstico es eminentemente clínico, se propone dos preguntas clave de escrutinio con alta sensibilidad del 97% y son si durante el mes pasado, se ha sentido deprimido o sin esperanza? Y si se ha sentido con poco interés o placer en hacer sus cosas? , si el paciente afirma estar triste o deprimido, se aplica la escala de Yesavage.

La Escala de Yesavage de 30 items, constituye la herramienta mas útil en adultos mayores, se considera positiva cuando en la de 15 items, 6 preguntas son afirmativas, se deberá referir cuando el puntaje es igual o mayor a 6, las preguntas afirmativas de 15 items son: las de numeración 2-3-4-6-8-9-10-12-14-15, es decir 10 preguntas y las negativas son la 1-5-7-11-13, osea 5 preguntas.¹² Valores menores a 5 son normales, no presenta depresión, 6 a 9 probable depresión y mayor de 10 depresión establecida, así lo dice la normativa de atención integral al adulto mayor del Ecuador. MSP. En estudios españoles de atención primaria hemos encontrado de forma resumida resultados de menos de 5 normal y mayor a 6 depresión. En un estudio de Costa Rica se determinó, 56% de adultos mayores sin riesgo de depresión, 31% con riesgo de depresión y el 13% depresión ya establecida, utilizando la escala de depresión geriátrica de Yesavage, diseñada exclusivamente para adultos mayores que tiene una sensibilidad del 84 al 86% y especificidad del 95 al 100% (Sánchez González , 2015), la versión corta de la escala de Yesavage de 5 items está validada en múltiples estudios y ha demostrado ser tan útil como las versiones largas, en la población española tiene una sensibilidad del 0,99% y una especificidad del 0,57, un valor predictivo positivo de 0,75 y un negativo de 0,98, por lo que está considerada una herramienta útil en el cribado de la depresión (Sarró Maluquer, Ferrer Feliu, Rando Matos, Formiga, & Rojas Farrera, 2013). Al instalarse el trastorno existe la probabilidad de cronificarse y de recaídas (Vasquez & Herva´s, 2013). Existe escasa investigación en este grupo de personas en nuestro medio, no se han podido evaluar condiciones socio-económicas (Arias, Yopez, Nuñez, & Oblitas, 2013). La participación apoya a mejorar la calidad de vida porque hace que el adulto mayor se sienta activo e independiente (Urzúa & Bravo, 2011)

¹² Guías de práctica Clínica de Depresión en Adultos Mayores. México.2011

ANTECEDENTES CONTEXTUALES

El ayllu considerado como la célula de la sociedad primitiva que agrupa a personas unidas por lazos de consanguinidad, consolidados por el trabajo común, la comunidad de intereses, de lenguaje de las costumbres de las tradiciones y de otros rasgos culturales, es a consecuencia del desarrollo de las fuerzas productivas que las relaciones de parentesco se tornan en la mayor garantía de la cooperación en la que han de emprender los aborígenes ecuatorianos, siendo el interés común el que normaba el interés en esta sociedad cuya salvaguardia se entregaba a determinados individuos pero bajo la custodia de toda la colectividad, al tener iguales deberes y derechos los mantenía cohesionados internamente.

A partir de la invención de la agricultura provocó una verdadera revolución social, luego la actividad ganadera fue utilizada fundamentalmente para la provisión de carne, además tuvieron conocimiento sobre el laboreo de metales lo que presupone la extracción de minerales apareciendo la minería que actualmente es muy cuestionable por parte de sectores sociales y los dirigentes estatales.

También los shamanes fueron grandes curanderos que protegían a su pueblo con un gran prestigio dentro de la comunidad hasta el presente siglo. La Costa Ecuatoriana fue muy propicia para actividades de pesca, las poblaciones de la sierra estuvieron ligados a pueblos del oriente sobre todo por el intercambio de productos. (Báez , y otros, 1995).

Por lo antes mencionado se pretende realizar el estudio sobre “Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo en el apareamiento de depresión en el adulto mayor. Zona 7 Ecuador 2016” en la Zona de Planificación 7 ubicada entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste.

Los límites de esta zona son: Al norte con las zonas 5 y 6, al sur y oriente con Perú, al occidente con Perú y el océano Pacífico. La zona de planificación 7 está conformada por tres provincias:

El Oro: 14 cantones y 49 parroquias.

Loja: 16 cantones y 78 parroquias.

Zamora Chinchipe: 9 cantones y 28 parroquias.

Tiene una extensión de 27491,9 Km², distribuido entre las tres provincias, lo cual representa el 11% del territorio ecuatoriano. En lo referente a la demografía y de acuerdo a datos del censo INEC 2010, la población en la zona 7 fue de 1141 001 habitantes, considerando su auto identificación el 84,9% de la población asume ser mestiza; el 5,4% blanca; el 3,0% indígenas y el 2,9% afroecuatorianos. La población indígena representa el 3,1% del total indígena nacional, con una importante presencia en la zona de las etnias Saraguro (1,41%) y Shuar (0,5%) en las provincias de Loja y Zamora Chinchipe, respectivamente. La densidad poblacional es de 42 habitantes/ Km², en el Oro 104 habitantes/ Km², Zamora Chinchipe 9 habitantes/ Km² siendo evidente la concentración poblacional en el litoral. Según datos del INEC 2010, en la zona 7 de planificación, según el área de residencia el 65,7% es urbana y 34,3% rural.

La distribución poblacional por provincia es: El Oro 52,6%; Loja con 39,4% y Zamora Chinchipe con 8,0%.

La distribución de la población por rangos de edad es:

Menores de 14 años el 31.3% de la población.

Entre 15-64 años, el 61.3% de la población.

65 y más años, el 7.3% de la población.

La población femenina representa el 49.8% y la masculina el 50.2%.

7.- METODOLOGIA

7.1. Tipo de investigación

Se realizará un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental transversal de alcance correlacional. Las unidades de análisis serán los adultos mayores de 65 años pertenecientes a la zona 7 del Ecuador, integrado por las provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe.

Esta investigación forma parte de un macro proyecto “Calidad de vida del adulto mayor, zona 7 del Ecuador”, donde se pretende investigar acerca de la problemática y realidad de vida del adulto mayor, en el período comprendido entre enero y julio del 2016.

7.2. Diseño de Investigación

7.2.1. Investigación Documental

La presente investigación se apoyara en fuentes de carácter documental, especialmente en información que tiene que ver con el apareamiento de depresión en adultos mayores y las variables sociodemográficas, económicas, enfermedades crónicas y factores familiares de la zona 7; así mismo, la implementación u operativización de herramientas e instrumentos a nivel parroquial en los procesos de recopilación de datos permitirá tener información de la realidad auténtica de la problemática que se pretende investigar.

Como subtipos de esta investigación tendrá el apoyo en la investigación bibliográfica, hemerografica y archivística; al utilizar la primera, se remitirá a la consulta de libros sobre la temática y problema a investigar, la segunda se relacionara con artículos o ensayos de revistas y periódicos en referencia al tema de investigación, y la tercera en documentos o archivos, cartas, oficios, circulares, expedientes, etc., dentro de la zona de influencia e intervención del proyecto.

Investigación de Campo

Será utilizada en el desarrollo de este proyecto al requerir el apoyo de informaciones que proviene de varias fuentes, entre ellas: las encuestas aplicadas o dirigidas a los participantes e involucrados en las zonas seleccionadas o identificadas de acuerdo al muestreo que se aplique en la zona 7 de planificación.

7.3. Cálculo del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se refiere a las unidades de muestreo que se deben tomar para realizar la estimación o verificación de hipótesis. La determinación del tamaño de la muestra dependerá de tres aspectos:

- 1) La variabilidad intrínseca (varianza) de la variable medida.
- 2) La precisión que el investigador requiere para su estimado; y,
- 3) La limitación en tiempo o dinero para muestrear y procesar las muestras.

Para determinar la variabilidad de las variables será necesario realizar un muestreo preliminar o piloto que permita tener un primer estimado de la varianza.

Respecto a la precisión de su estimado, esta es fijada por el investigador, a través del tamaño deseado del intervalo de confianza.

Una vez definidos esos dos valores (varianza y tamaño del intervalo), se aplicaran fórmulas para calcular el tamaño de muestra. Para calcular el tamaño de muestra para un grado específico de precisión, se empleara la proporción error estándar de la media / media aritmética como índice de precisión (D).

$$n > 2(T/d)2(t\alpha[v] + tB(1-p)(v))2n > 2(T/d)2(t\alpha[v] + tB(1-p)(v))2$$

Para calcular el tamaño de muestra, se tomará como base de datos del IV Censo Poblacional y V de Vivienda (2010), para las tres provincias que conforman la zona 7 en nuestro país. Se cruzara esta información con la base de datos de personas a las cuales se dirija la investigación (Adultos Mayores).

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizará entre otros los Software EPI INFO v. 7, EPIDAT v. 3.2; Minitab v. 17; SPSS v. 18 o superior; OPEN Epi, EXCEL (Pita Fernandez), SPSS SamplePower, entre otros.

Para el presente estudio el universo lo conformarán todas las personas de 65 años y más, pertenecientes a la zona 7 del Ecuador integrada por las provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe durante el 2016, según la proyección INEC 2016 es de 99563 personas de 65 años y más años según la proyección del INEC para el 2016.

Muestra, se trata de una muestra probabilística por racimos determinada informáticamente por programa EPI INFO 7, condicionado por un nivel de confianza del 95%, con una precisión del 0,1 y 1 clusters por cada provincia. Donde las unidades de análisis son los adultos de 65 y más años; mientras que las unidades muestrales se definirán de manera multietápica para cada cluster o provincia que correspondería al universo inicial donde aleatoriamente se seleccionaría las zonas, sectores, subsectores y viviendas, eligiendo las viviendas habitadas en donde existan adultos mayores, en aquellas que no existan, se considerará a la siguiente vivienda hasta completar la muestra.

El Oro: 381

Loja: 381

Zamora Chinchipe: 360

Total muestral de 1122 unidades de análisis.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión serán: Adultos mayores que al momento del estudio cumplan 65 y más años pertenecientes a la zona 7 del Ecuador, consentimiento informado del adulto mayor y/o cuidador.

Los criterios exclusión serán: Negados a participar en el estudio, nacionalidad extranjera, ingresados por largas estadías de seis meses y más en centros hospitalarios o su equivalente, ausentes del área por cualquier causa por un tiempo prolongado de seis meses y más, pacientes con trastornos mentales o psicológicos que no cooperen al interrogatorio, adultos mayores que al momento del estudio se encuentren en condición de postración.

7.4 Análisis de la potencia estadística

Conjuntamente con el cálculo del tamaño de muestra, se realizará el análisis de potencia estadística, con el fin de que dicho tamaño no sea ni demasiado alto ni demasiado bajo. Ya que al ser demasiado bajo, el experimento carece de precisión para proporcionar respuestas fiables a las preguntas que se está investigando, mientras que al ser demasiado grande, el tiempo y los recursos serán en vano. De manera general, la potencia deberá ser razonablemente alta para detectar desviaciones mínimas de la hipótesis nula. De lo contrario, el experimento no valdría la pena, por lo que se trabajará con una potencia deseada mínima del 80 %. Para la verificación de la potencia de la muestra se utilizará el software

GPower v. 3.1; Minitab v. 17 y Excel (Pita Fernandez).

7.5. Muestreo aleatorio estratificado

En este tipo de muestreo se divide a la población en subgrupos o estratos que tienen alguna característica común (altitud, clima, población, necesidades básicas insatisfechas, etc.); e interesa mantener estos estratos en la muestra, para que mantenga la misma composición que la población. La selección de sujetos dentro de cada estrato se realizará aleatoriamente utilizando hojas de cálculo previamente diseñadas en el software Excel.

La estratificación se suele hacer en función de diferentes variables o características de interés. Para la investigación se tomará la base de datos de personas a las cuales se dirija la investigación (adultos mayores). Cada una de estas parroquias tiene características ambientales particulares, por lo que se consideraran cuatro características de interés: altitud, temperatura, precipitación y necesidades básicas insatisfechas.

Cada característica de interés será dividida en rangos con el propósito de que cada estrato cumpla con al menos un rango dentro de cada características de interés. Una vez finalizado el proceso de estratificación y aleatorización se elabora la hoja de ruta para la aplicación del instrumento en campo y la consabida recopilación de información.

7.6. Cálculo de la amplitud de intervalo

Para ordenar los datos numéricos en intervalos, se dividirá el rango de la serie de interés (Ej.: "adultos mayores") en n intervalos que se desea establecer. Para ello se ordenan los datos de menor a mayor con el fin de detectar los valores extremos, luego se obtiene la diferencia entre el mayor valor y el menor valor. El valor resultante de esta diferencia servirá para determinar la amplitud que tendrá cada intervalo. Partiendo de toda esta información, se cruzarán los datos y se obtendrá el número de estratos. Dentro de cada estrato se agruparán las parroquias con características de los criterios discriminantes similares. Dentro de cada estrato se aleatoriza la o las parroquias que se deben visitar para completar el número de encuestas.

7.7. Técnicas utilizadas en el proceso de recopilación de la información

Recopilación de información Primaria, en primera instancia se efectuará una encuesta semiestructurada, dirigida a los participantes e involucrados de la investigación; aquí se solicitará contestación a los ítems planteados en forma objetiva y concreta.

Recopilación de Información Secundaria, nos remitiremos a los documentos e información sobre el contexto de trabajo, reportes, mapas, de ser posible y de existir, también nos remitiremos a los archivos comunitarios sobre la temática, información en línea, donde se haya planteado el tema de la generación, innovación y operatividad de estrategias para la solución de la problemática, esto se realizará para corroborar la información recopilada de manera primaria.

7.8. Instrumentos

Encuesta. Para obtener una mejor información y de primera mano de parte de los participantes e involucrados se diseñó (ver anexos) una encuesta semiestructurada, en relación a la temática. La utilización de estas herramientas permitirá alcanzar los objetivos planteados en esta investigación. Sistematización, tabulación y análisis de la Información. Se utilizarán matrices en base al programa informático SPSS (StatisticalPackageforthe Social Sciencies) versión 18 o posterior, las mismas que permitirán dar validez y confiabilidad a los instrumentos y validar las hipótesis planteadas, cumpliendo lo propuesto en los objetivos.

7.9. Análisis de datos

Una vez realizada la prueba piloto, se tabularán los datos en el programa SPSS, donde:

Se establecerá el libro de códigos, fijándose bien en el tipo, etiqueta y medida de las variables. Tomando escalas adecuadas para cada caso. Como primera instancia se realizarán las siguientes operaciones:

Para el análisis no se deben considerar los datos generales del instrumento aplicado, únicamente las variables útiles (ítems) de cada investigación.

Se obtendrá la suma total de todas las variables útiles.

Se realizará un análisis de varianza entre todos los ítems y el total.

Se realizarán un análisis de correlación ítem – total. El índice de correlación "r" de Pearson varía entre 0 y 1, mientras más alto sea, mayor correlación habrá entre el ítem; y el total. Valores superiores a 0,8 indican buena participación de este ítem en el resultado total.

Posterior a ello, se procederán al análisis de Confiabilidad del instrumento que puede ser a través del Alfa de Cronbach o Mitades partidas.

Para el Alfa de Cronbach se sigue el procedimiento:

Una vez que todos los ítems tengan buena correlación con el total, se calcula el índice de validez o consistencia para instrumentos denominado Alfa de Cronbach. En el caso de obtener

valores menores a 0,8 donde incluso cada uno de los ítems tuvo correlación con el total del instrumento, se identificarán los ítems con menor grado de correlación y se los podrá eliminar para que le índice aumente.

Para la reducción de ítems .que criterios utilizamos? Se los ordena según el índice de correlación con el resultado total de mayor a menor para eliminar los últimos 10 ítems. No podemos seguir eliminando ítems, por lo que la opción es incrementar el valor del Alfa de Cronbach. Para ello se ordenara nuevamente los ítems, pero no en función del índice de correlación sino según su varianza.

Se identificarán y eliminarán los ítems que expresan menor grado de variabilidad, empezando por el ultimo, a medida que se modifique, se calculara nuevamente el Alfa de Cronbach, sucesivamente.Si aun así no se incrementa el Alfa de Cronbach, se reescribirán las preguntas o ítems que tengan menor grado de variabilidad expresado en términos de varianza comenzando por aquel que tenga el menor grado de variabilidad y se reescribirán los últimos 10 ítems, aquellos que tienen menor grado de variabilidad, con la finalidad de ampliar el abanico de respuestas reales de la población, para que el Alfa de Cronbach incremente.

Para el procedimiento de las Mitades partidas:

Se requiere solo una aplicación de la medición. Específicamente, el conjunto total de ítems (o componentes) es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparados. Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas mitades deben estar fuertemente correlacionadas. Un individuo con baja puntuación en una mitad, tendera a tener también una baja puntuación en la otra mitad. La confiabilidad varía de acuerdo al número de ítems que incluya el instrumento de medición. Cuantos más ítems la confiabilidad aumenta.

Por último, se realizará la Validez del constructo a través de la

Reducción de dimensiones:

La dimensión está compuesta por n ítems, que deberían agruparse en un concepto más amplio que abarque a varios de ellos. Entonces, la reducción de dimensiones se refiere a agrupar ítems que pueden representar un concepto más amplio entre todos ellos. El conjunto de ítems que finalmente conforman el instrumento se denominan dimensiones. Un instrumento tiene varias dimensiones y en cada dimensión hay varios ítems. Tenemos que ver si los puntajes de cada dimensión son consistentes con el puntaje total y, si los puntajes de cada ítem son consistentes con el puntaje total de su dimensión. Se debe calcular un Alfa de Cronbach para cada uno de los ítems respecto de su dimensión y también un Alfa de Cronbach para el puntaje de cada dimensión respecto del puntaje total. El procedimiento que permite reducir las dimensiones se denomina análisis factorial:

análisis factorial exploratorio; y

análisis factorial confirmatorio.

Análisis factorial exploratorio: el propio programa sugiere la agrupación de ítems a los cuales debemos agregarle un título que defina este conjunto, ya que la correlación entre ítems sugiere su asociación numérica y conceptual. Se refiere a la búsqueda de los grupos (dimensiones).

Análisis factorial confirmatoria: si se tienen definidos cualitativamente los ítems de cada dimensión, este análisis debe confirmar estas agrupaciones. El número de ítems que conforman cada dimensión no necesariamente debe ser igual, pero sería ideal. La estadística sugerirá que algunos ítems sobran de su dimensión; por ello, aquí también se pierden algunos ítems, para estructurar adecuadamente los ítems que conforman el instrumento.

Algunos ítems podrían cambiar de dimensión, de tal modo que se espera muchos menos ítems que conformaran el instrumento final.

7.10. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES (DEFINICIÓN OPERACIONAL)	ESCALA
Edad Tiempo de vida en años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Biológica	Se considerará la fecha de nacimiento de la cédula de identidad.	65 a 69 años 70 a 74 años 75 a 79 años 80 años y más. (65-79 Tercera edad Mayor 80 Cuarta edad)
Sexo Condición orgánica de poseer órganos para fecundar o ser fecundado.	Social	Se considerará el sexo de la cédula de identidad.	Hombre Mujer
Estado civil Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles, sobre todo lo que hace relación a su condición de pareja.	Social	Se considerará el consignado de la cédula de identidad	Casado/a Unido/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Soltero/ (Con pareja y sin pareja)
Auto identificación étnica Acto individual de reconocimiento explícito y contextualizado de la pertenencia a un grupo étnico.	Biológica	Identificación de la persona según su cultura y costumbres	Indígena Afro ecuatoriano/afro descendiente. Negro/a. Mulato/a Mestizo/a Montubio/a. Mestizo/a. Otros. Mestizo y no mestizo)
Nivel de Instrucción Grado de aprendizaje que adquiere una persona en una institución educativa formalizada	Social	Se considerará lo referido por el paciente.	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria (Con instrucción educativa y sin instrucción educativa)
Actividad laboral	Social	Referido por el adulto mayor	SI NO
Jubilado Persona que ha dejado de trabajar y está recibiendo una pensión por concepto de jubilación (INEC)	Social	Referido por el adulto mayor	SI NO
Bono de Desarrollo Humano. Subsidio monetario del Gobierno del Ecuador para	Social		SI NO

proteger a los grupos prioritarios. (MIES)			
Residencia Responde a la clasificación censal por el grado de urbanización.	Social	Según clasificación censal del INEC.	Urbana Rural
Enfermedad crónica Adulto mayor que actualmente presenta enfermedad crónica con evolución mayor a 6 meses, sin resolución espontánea. Cuyo tratamiento requiere de la modificación de los factores de riesgo y tratamiento farmacológico permanente.	Clínico	Entrevista dirigida a paciente y/o cuidador	Hipertensión Diabetes Cardiopatías. Osteomusculares Onconeoplásicas EPOC.
Depresión	Clínica	Es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. Puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo.	Escala de Yesavage 0-5 normal 6-9 Probable depresión >10 Depresión establecida. MSP. Ecuador. (Estudios en APS España menor a 5 normal; mayor a 6 depresión)
Tipología familiar Formas de organización familiar y de parentesco.	Social	Composición de la familia según el número de miembros.	Pequeña: 1 a 3 Mediana: 4 a 6 Grande: > 6
	Social	Composición de la familia según la formación de la familia.	a. Familia nuclear: presencia de hasta dos generaciones –padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos. b) Familia extensa o extendida: presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados o en unión consensual con descendencia o sin ella. c) Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras; puede incluir otros parientes y amigos.
Funcionalidad familiar Mayor o menor posibilidad de adaptación, participación, crecimiento, afectividad y capacidad para resolver los problemas dentro del hogar,	Biopsicosocial	Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones. Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la	Funcional. 57-70 Moderadamente funcional. 43-56 Disfuncional 28-42 Severamente disfuncional 14-27 (Ortiz, 2005) Valores de 14 a

considerados como determinantes en la interrelación familiar.		<p>familia.</p> <p>Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.</p> <p>Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.</p> <p>Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.</p> <p>Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.</p> <p>Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas.</p>	42 disfuncionalidad familiar y mayor a 43 funcionalidad familiar
Ciclo vital familiar Proceso desde la unión de la pareja para una vida en común hasta la muerte de ambos progenitores.	Unidimensional	Etapas que atraviesa la familia durante su desarrollo.	<p>Formación: Matrimonio – nacimiento primer hijo.</p> <p>Extensión: Nacimiento primer hijo – Primer hijo sale del hogar.</p> <p>Contracción: Primer hijo sale del hogar – Muerte del primer cónyuge.</p> <p>Disolución. Muerte primer cónyuge – Muerte segundo cónyuge.</p>

7.11. Área de estudio

El estudio se realizará en la Zona de Planificación 7, la cual se ubica entre las coordenadas 3°30' y 5°0' de latitud sur y 78°20' y 80°30' de longitud oeste; limita al norte con las zonas 5 y 6, al sur y oriente con Perú, al occidente con Perú y el océano Pacífico. Según la división política administrativa de la zona, esta comprende tres provincias: El Oro, con 14 cantones y 49 parroquias; Loja, con 16 cantones y 78 parroquias; y, Zamora Chinchipe, con nueve cantones y 28 parroquias.

De acuerdo al Registro Oficial No. 290, del 28 de mayo de 2012, para la gestión de las entidades y organismos que conforman la Función Ejecutiva, se establece que se conformaran 19 distritos (seis en El Oro, nueve en Loja y cuatro en Zamora Chinchipe) y 164 circuitos (66 en El Oro, 72 en Loja y 26 en Zamora Chinchipe); niveles administrativos de planificación que se establecen para garantizar la distribución y provisión de bienes y servicios públicos de calidad y calidez para la ciudadanía; los cuales serán implementados en el territorio nacional por los diferentes ministerios y secretarías.

7.12. Aspectos administrativos

7.12.1. Talento humano

Postulante: Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado. Mg.Sc

8.- Cronograma

Modo de tarea	Nombre de tarea	Costo	Duración	Comienzo	Fin	Predecesoras	Nombres de los recursos
Programada automáticamente	CRONOGRAMA DEFINITIVO	\$ 11.109,05	328 días	vie 30/10/15	mar 31/01/17		
Programada automáticamente	FASE 1	\$ 2.127,44	62 días	vie 30/10/15	lun 25/01/16		
Programada automáticamente	Formulación del perfil de proyecto de investigación	\$ 2.051,00	10 días	vie 30/10/15	jue 12/11/15		Anillado[4 Pasta plástica];Carpetas[4];Computadora[1 Portátil Acer];Internet; Memoria USB[1 16 MB];CD[1 Caja de 25 unidades]
Programada automáticamente	Esquema de proyecto de investigación	\$ 5,00	5 días	vie 13/11/15	jue 19/11/15	2	Internet
Programada automáticamente	Informe de las revisiones por expertos	\$ 7,00	7 días	vie 20/11/15	lun 30/11/15	3	Internet
Programada automáticamente	Planteamiento del tema delimitación del problema	\$ 10,00	10 días	mar 17/11/15	lun 30/11/15	4FF	Internet
Programada automáticamente	Elaboración de objetivos e hipótesis	\$ 10,00	10 días	mar 17/11/15	lun 30/11/15	5FF	Internet
Programada automáticamente	Revisión bibliográfica marco teórico	\$ 30,00	30 días	mar 17/11/15	lun 28/12/15	6CC	Internet
Programada automáticamente	Elaboración de instrumentos	\$ 10,52	10 días	mar 29/12/15	lun 11/01/16	7	Internet; Fotocopias[1];Carpetas[1]
Programada automáticamente	Revisión y Aprobación de proyecto	\$ 2,42	9 días	mar 12/01/16	vie 22/01/16	8	Impresión[1];Anillado[1 Pasta plástica];Carpetas[1];Lapicero[1 Big punta fina];Fotocopias[1]
Programada automáticamente	Defensa de proyecto de tesis	\$ 1,50	1 día	lun 25/01/16	lun 25/01/16	9	Anillado[1 Pasta plástica]

Programada automáticamente	FASE 2	\$ 494,15	76 días	mar 26/01/16	mar 10/05/16		
Programada automáticamente	Revisión del contenido de los instrumentos	\$ 1,50	26 días	mar 26/01/16	mar 01/03/16	10	Refrigerios[1 Sanduche y cola]
Programada automáticamente	Aplicación de prueba piloto	\$ 426,15	1 día	mié 02/03/16	mié 02/03/16	12	Fotocopias[390];Lapicero[1 Big punta fina];Refrigerios[40 Sanduche y cola];Lápiz[1 Mongol número 2];Cámara digital[1 16 MPS SONY];Tablero[1];Movilización
Programada automáticamente	Validez y confiabilidad del cuestionario	\$ 21,50	20 días	jue 03/03/16	mié 30/03/16	13	Refrigerios[1 Sanduche y cola];Internet
Programada automáticamente	Validación del constructo	\$ 11,50	10 días	jue 31/03/16	mié 13/04/16	14	Refrigerios[1 Sanduche y cola];Internet
Programada automáticamente	Validación de contenido	\$ 11,50	10 días	jue 31/03/16	mié 13/04/16	15FF	Refrigerios[1 Sanduche y cola];Internet
Programada automáticamente	Muestreo por estratos	\$ 11,50	10 días	jue 14/04/16	mié 27/04/16	16	Refrigerios[1 Sanduche y cola];Internet
Programada automáticamente	Elaboración de hoja de ruta	\$ 10,50	9 días	jue 28/04/16	mar 10/05/16	17	Refrigerios[1 Sanduche y cola];Internet; Calibración de balanza
Programada automáticamente	FASE 3	\$ 7.954,86	100 días	mié 11/05/16	mar 27/09/16		
Programada automáticamente	Aplicación de instrumento en campo para la recolección de información etapa I	\$ 5.728,78	15 días	mié 11/05/16	mar 31/05/16	18	Fotocopias[7.819];Cámara digital[1 16 MPS SONY];Balanza de precisión[4];Archivadores[1];Borrador[1 Pelicano 2];Calculadora[1 Casio];Clips[1 Caja mediana];Grapadora[1 Metálica de manija];Carpetas[1];Lapicero[1 Big punta fina];Lápiz[1 Mongol número 2];Lib...
Programada automáticamente	Sistematización de información	\$ 20,00	20 días	mié 01/06/16	mar 28/06/16	20	Internet
Programada automáticamente	Aplicación de instrumento en campo para la	\$ 2.170,73	5 días	mié 29/06/16	mar 05/07/16	21	Fotocopias[7.819];Archivadores[1];Balanza de precisión[1];Borrador[1 Pelicano 2];Cámara digital[1 16

	recolección de información etapa II							MPS SONY];Carpetas[1];Lapicero[1 Big punta fina];Lápiz[1 Mongol número 2];Viáticos[\$ 960,00];Movilización[\$ 500,00]
Programada automáticamente	Tabulación de datos	\$ 2,35	20 días	mié 06/07/16	mar 02/08/16	22		Borrador[1 Pelicano 2];Lapicero[1 Big punta fina];Refrigerios[1 Sanduche y cola]
Programada automáticamente	Ingreso de datos al SPSS	\$ 30,00	30 días	mié 22/06/16	mar 02/08/16	23FF		Internet
Programada automáticamente	Análisis e interpretación de resultados	\$ 1,50	40 días	mié 03/08/16	mar 27/09/16	24		Refrigerios[1 Sanduche y cola]
Programada automáticamente	Elaboración de conclusiones y recomendaciones	\$ 1,50	30 días	mié 17/08/16	mar 27/09/16	25FF		Refrigerios[1 Sanduche y cola]
Programada automáticamente	FASE 4	\$ 532,60	120 días	mié 17/08/16	mar 31/01/17			
Programada automáticamente	Elaboración de informe final	\$ 1,50	60 días	mié 17/08/16	mar 08/11/16	26CC		Refrigerios[1 Sanduche y cola]
Programada automáticamente	Revisión e implementación de correcciones por el director de tesis	\$ 10,05	10 días	mié 09/11/16	mar 22/11/16	28		Impresión[1];Internet
Programada automáticamente	Aptitud de grado	\$ 250,05	15 días	mié 02/11/16	mar 22/11/16	29FF		Impresión[1];Derecho de grado[1]
Programada automáticamente	Solicitud de Tribunal de grado	\$ 15,50	10 días	mié 23/11/16	mar 06/12/16	30		Impresión[120];Derecho para particular[1];Anillado[3 Pasta plástica]
Programada automáticamente	Socialización del informe final	\$ 151,50	10 días	mié 07/12/16	mar 20/12/16	31		Refrigerios[100 Sanduche y cola];Anillado[1 Pasta plástica]
Programada automáticamente	Elaboración del artículo científico	\$ 20,50	20 días	mié 07/12/16	mar 03/01/17	32CC		Impresión[10];Internet
Programada automáticamente	Revisión e implementación de correcciones	\$ 10,50	20 días	mié 07/12/16	mar 03/01/17	33FF		Impresión[120];Anillado[3 Pasta plástica]

Programada automáticamente	Sustentación y defensa de la tesis	\$ 58,00	5 días	mié 04/01/17	mar 10/01/17	34	Encuadernación[6];Impresión[200]
Programada automáticamente	Publicación de la tesis	\$ 15,00	15 días	mié 11/01/17	mar 31/01/17	35	Internet
Programada automáticamente	Incorporación de especialistas	\$ 0,00	0 días	mar 31/01/17	mar 31/01/17	36	

9.-Presupuesto y Financiamiento

Utilizando el MS Project y conociendo todos los recursos que serán utilizados en la implementación del proyecto y el precio unitario del mismos (RECURSOS: Material, Trabajo, Costo) se procede a la asignación de cada recursos en las actividades del proyecto, esto se lo realiza utilizando la hoja de recursos y habilitando en el Diagrama de Gantt la columna costos. Al final de la asignación de los recursos en las actividades del proyecto, se solicita al software emita los informes de presupuesto total, flujo de caja y períodos de desembolsos.

RECURSOS.

Tareas		Todos				
Año	Trimestre	Semana	Datos Costo presupuestado	Costo	Costo real	
2015	T4	Semana 44	0,00	205,10	0	
		Semana 45	0,00	1.025,50	0	
		Semana 46	0,00	821,40	0	
		Semana 47	0,00	17,00	0	
		Semana 48	0,00	20,00	0	
		Semana 49	0,00	8,00	0	
		Semana 50	0,00	5,00	0	
		Semana 51	0,00	5,00	0	
		Semana 52	0,00	5,00	0	
		Semana 53	0,00	4,16	0	
	Total T4		0,00	2.116,16	0	
Total 2015			0,00	2.116,16	0	
2016	T1	Semana 53	0,00	1,05	0	
		Semana 1	0,00	5,26	0	
		Semana 2	0,00	2,13	0	
		Semana 3	0,00	1,34	0	
		Semana 4	0,00	1,73	0	
		Semana 5	0,00	0,29	0	
		Semana 6	0,00	0,29	0	
		Semana 7	0,00	0,29	0	
		Semana 8	0,00	0,29	0	
		Semana 9	0,00	428,42	0	
		Semana 10	0,00	5,38	0	
		Semana 11	0,00	5,38	0	
		Semana 12	0,00	5,38	0	
	Semana 13	0,00	7,83	0		
		Total T1		0,00	465,03	0
		T2	Semana 14	0,00	11,50	0
			Semana 15	0,00	9,20	0
			Semana 16	0,00	5,75	0
			Semana 17	0,00	5,78	0
			Semana 18	0,00	5,83	0
	Semana 19		0,00	1.148,09	0	
	Semana 20		0,00	1.909,59	0	

		Semana 21	0,00	1.909,59	0
		Semana 22	0,00	766,84	0
		Semana 23	0,00	5,00	0
		Semana 24	0,00	5,00	0
		Semana 25	0,00	8,00	0
		Semana 26	0,00	1.309,44	0
	Total T2		0,00	7.099,62	0
	T3	Semana 27	0,00	873,64	0
		Semana 28	0,00	5,59	0
		Semana 29	0,00	5,59	0
		Semana 30	0,00	5,59	0
		Semana 31	0,00	2,35	0
		Semana 32	0,00	0,19	0
		Semana 33	0,00	0,41	0
		Semana 34	0,00	0,56	0
		Semana 35	0,00	0,56	0
		Semana 36	0,00	0,56	0
		Semana 37	0,00	0,56	0
		Semana 38	0,00	0,56	0
		Semana 39	0,00	0,30	0
	Total T3		0,00	896,47	0
	T4	Semana 40	0,00	0,13	0
		Semana 41	0,00	0,13	0
		Semana 42	0,00	0,13	0
		Semana 43	0,00	0,13	0
		Semana 44	0,00	250,14	0
		Semana 45	0,00	3,08	0
		Semana 46	0,00	5,04	0
		Semana 47	0,00	6,67	0
		Semana 48	0,00	7,75	0
		Semana 49	0,00	53,20	0
		Semana 50	0,00	83,50	0
		Semana 51	0,00	38,05	0
		Semana 52	0,00	7,75	0
	Total T4		0,00	455,68	0
Total 2016			0,00	8.916,79	0
2017	T1	Semana 52	0,00	0,00	0
		Semana 1	0,00	37,90	0
		Semana 2	0,00	26,20	0
		Semana 3	0,00	5,00	0
		Semana 4	0,00	5,00	0
		Semana 5	0,00	2,00	0
	Total T1		0,00	76,10	0
Total 2017			0,00	76,10	0
Total general			0,00	11.109,05	0

Datos

Año	Trimestre	Semana	Costo	Costo acumulado	
2015	T4	Semana 44	205,10	205,10	
		Semana 45	1.025,50	1.230,60	
		Semana 46	821,40	2.052,00	
		Semana 47	17,00	2.069,00	
		Semana 48	20,00	2.089,00	
		Semana 49	8,00	2.097,00	
		Semana 50	5,00	2.102,00	
		Semana 51	5,00	2.107,00	
		Semana 52	5,00	2.112,00	
		Semana 53	4,16	2.116,16	
Total 2015	Total T4		2.116,16	2.116,16	
			2.116,16	2.116,16	
2016	T1	Semana 53	1,05	2.117,21	
		Semana 1	5,26	2.122,47	
		Semana 2	2,13	2.124,60	
		Semana 3	1,34	2.125,94	
		Semana 4	1,73	2.127,67	
		Semana 5	0,29	2.127,96	
		Semana 6	0,29	2.128,25	
		Semana 7	0,29	2.128,54	
		Semana 8	0,29	2.128,82	
		Semana 9	428,42	2.557,24	
		Semana 10	5,38	2.562,62	
		Semana 11	5,38	2.567,99	
		Semana 12	5,38	2.573,37	
	Semana 13	7,83	2.581,19		
		Total T1		465,03	2.581,19
		T2	Semana 14	11,50	2.592,69
			Semana 15	9,20	2.601,89
			Semana 16	5,75	2.607,64
			Semana 17	5,78	2.613,42
			Semana 18	5,83	2.619,26
			Semana 19	1.148,09	3.767,35
			Semana 20	1.909,59	5.676,94
			Semana 21	1.909,59	7.586,53
			Semana 22	766,84	8.353,37
			Semana 23	5,00	8.358,37
			Semana 24	5,00	8.363,37
			Semana 25	8,00	8.371,37
		Semana 26	1.309,44	9.680,81	
		Total T2		7.099,62	9.680,81
		T3	Semana 27	873,64	10.554,45
			Semana 28	5,59	10.560,04
			Semana 29	5,59	10.565,63
			Semana 30	5,59	10.571,22
			Semana 31	2,35	10.573,56
			Semana 32	0,19	10.573,75
	Semana 33		0,41	10.574,16	
	Semana 34		0,56	10.574,73	
	Semana 35		0,56	10.575,29	

		Semana 36	0,56	10.575,85
		Semana 37	0,56	10.576,41
		Semana 38	0,56	10.576,98
		Semana 39	0,30	10.577,28
	Total T3		896,47	10.577,28
	T4	Semana 40	0,13	10.577,40
		Semana 41	0,13	10.577,53
		Semana 42	0,13	10.577,65
		Semana 43	0,13	10.577,78
		Semana 44	250,14	10.827,91
		Semana 45	3,08	10.830,99
		Semana 46	5,04	10.836,03
		Semana 47	6,67	10.842,70
		Semana 48	7,75	10.850,45
		Semana 49	53,20	10.903,65
		Semana 50	83,50	10.987,15
		Semana 51	38,05	11.025,20
		Semana 52	7,75	11.032,95
	Total T4		455,68	11.032,95
Total 2016			8.916,79	11.032,95
2017	T1	Semana 52	0,00	11.032,95
		Semana 1	37,90	11.070,85
		Semana 2	26,20	11.097,05
		Semana 3	5,00	11.102,05
		Semana 4	5,00	11.107,05
		Semana 5	2,00	11.109,05
	Total T1		76,10	11.109,05
Total 2017			76,10	11.109,05
Total general			11.109,05	11.109,05

9.-Presupuesto y Financiamiento

Utilizando el MS Project y conociendo todos los recursos que serán utilizados en la implementación del proyecto y el precio unitario del mismos (RECURSOS: Material, Trabajo, Costo) se procede a la asignación de cada recursos en las actividades del proyecto, esto se lo realiza utilizando la hoja de recursos y habilitando en el Diagrama de Gantt la columna costos. Al final de la asignación de los recursos en las actividades del proyecto, se solicita al software emita los informes de presupuesto total, flujo de caja y períodos de desembolsos.

RECURSOS.

Tareas		Todos				
Año	Trimestre	Semana	Datos Costo presupuestado	Costo	Costo real	
2015	T4	Semana 44	0,00	205,10	0	
		Semana 45	0,00	1.025,50	0	
		Semana 46	0,00	821,40	0	
		Semana 47	0,00	17,00	0	
		Semana 48	0,00	20,00	0	
		Semana 49	0,00	8,00	0	
		Semana 50	0,00	5,00	0	
		Semana 51	0,00	5,00	0	
		Semana 52	0,00	5,00	0	
		Semana 53	0,00	4,16	0	
	Total T4		0,00	2.116,16	0	
Total 2015			0,00	2.116,16	0	
2016	T1	Semana 53	0,00	1,05	0	
		Semana 1	0,00	5,26	0	
		Semana 2	0,00	2,13	0	
		Semana 3	0,00	1,34	0	
		Semana 4	0,00	1,73	0	
		Semana 5	0,00	0,29	0	
		Semana 6	0,00	0,29	0	
		Semana 7	0,00	0,29	0	
		Semana 8	0,00	0,29	0	
		Semana 9	0,00	428,42	0	
		Semana 10	0,00	5,38	0	
		Semana 11	0,00	5,38	0	
		Semana 12	0,00	5,38	0	
	Semana 13	0,00	7,83	0		
		Total T1		0,00	465,03	0
		T2	Semana 14	0,00	11,50	0
			Semana 15	0,00	9,20	0
			Semana 16	0,00	5,75	0
			Semana 17	0,00	5,78	0
			Semana 18	0,00	5,83	0
			Semana 19	0,00	1.148,09	0
			Semana 20	0,00	1.909,59	0
			Semana 21	0,00	1.909,59	0
			Semana 22	0,00	766,84	0
	Semana 23		0,00	5,00	0	
	Semana 24		0,00	5,00	0	

		Semana 25	0,00	8,00	0
		Semana 26	0,00	1.309,44	0
	Total T2		0,00	7.099,62	0
	T3	Semana 27	0,00	873,64	0
		Semana 28	0,00	5,59	0
		Semana 29	0,00	5,59	0
		Semana 30	0,00	5,59	0
		Semana 31	0,00	2,35	0
		Semana 32	0,00	0,19	0
		Semana 33	0,00	0,41	0
		Semana 34	0,00	0,56	0
		Semana 35	0,00	0,56	0
		Semana 36	0,00	0,56	0
		Semana 37	0,00	0,56	0
		Semana 38	0,00	0,56	0
		Semana 39	0,00	0,30	0
	Total T3		0,00	896,47	0
	T4	Semana 40	0,00	0,13	0
		Semana 41	0,00	0,13	0
		Semana 42	0,00	0,13	0
		Semana 43	0,00	0,13	0
		Semana 44	0,00	250,14	0
		Semana 45	0,00	3,08	0
		Semana 46	0,00	5,04	0
		Semana 47	0,00	6,67	0
		Semana 48	0,00	7,75	0
		Semana 49	0,00	53,20	0
		Semana 50	0,00	83,50	0
		Semana 51	0,00	38,05	0
		Semana 52	0,00	7,75	0
	Total T4		0,00	455,68	0
Total 2016			0,00	8.916,79	0
2017	T1	Semana 52	0,00	0,00	0
		Semana 1	0,00	37,90	0
		Semana 2	0,00	26,20	0
		Semana 3	0,00	5,00	0
		Semana 4	0,00	5,00	0
		Semana 5	0,00	2,00	0
	Total T1		0,00	76,10	0
Total 2017			0,00	76,10	0
Total general			0,00	11.109,05	0

		Datos		
Año	Trimestre	Semana	Costo	Costo acumulado
2015	T4	Semana 44	205,10	205,10
		Semana 45	1.025,50	1.230,60
		Semana 46	821,40	2.052,00
		Semana 47	17,00	2.069,00
		Semana 48	20,00	2.089,00
		Semana 49	8,00	2.097,00
		Semana 50	5,00	2.102,00

		Semana 51	5,00	2.107,00
		Semana 52	5,00	2.112,00
		Semana 53	4,16	2.116,16
	Total T4		2.116,16	2.116,16
Total 2015 2016	T1		2.116,16	2.116,16
		Semana 53	1,05	2.117,21
		Semana 1	5,26	2.122,47
		Semana 2	2,13	2.124,60
		Semana 3	1,34	2.125,94
		Semana 4	1,73	2.127,67
		Semana 5	0,29	2.127,96
		Semana 6	0,29	2.128,25
		Semana 7	0,29	2.128,54
		Semana 8	0,29	2.128,82
		Semana 9	428,42	2.557,24
		Semana 10	5,38	2.562,62
		Semana 11	5,38	2.567,99
		Semana 12	5,38	2.573,37
		Semana 13	7,83	2.581,19
	Total T1		465,03	2.581,19
	T2			
		Semana 14	11,50	2.592,69
		Semana 15	9,20	2.601,89
		Semana 16	5,75	2.607,64
		Semana 17	5,78	2.613,42
		Semana 18	5,83	2.619,26
		Semana 19	1.148,09	3.767,35
		Semana 20	1.909,59	5.676,94
		Semana 21	1.909,59	7.586,53
		Semana 22	766,84	8.353,37
		Semana 23	5,00	8.358,37
		Semana 24	5,00	8.363,37
		Semana 25	8,00	8.371,37
		Semana 26	1.309,44	9.680,81
	Total T2		7.099,62	9.680,81
	T3			
		Semana 27	873,64	10.554,45
		Semana 28	5,59	10.560,04
		Semana 29	5,59	10.565,63
		Semana 30	5,59	10.571,22
		Semana 31	2,35	10.573,56
		Semana 32	0,19	10.573,75
		Semana 33	0,41	10.574,16
		Semana 34	0,56	10.574,73
		Semana 35	0,56	10.575,29
		Semana 36	0,56	10.575,85
		Semana 37	0,56	10.576,41
		Semana 38	0,56	10.576,98
		Semana 39	0,30	10.577,28
	Total T3		896,47	10.577,28
	T4			
		Semana 40	0,13	10.577,40
		Semana 41	0,13	10.577,53
		Semana 42	0,13	10.577,65
		Semana 43	0,13	10.577,78
		Semana 44	250,14	10.827,91
		Semana 45	3,08	10.830,99
		Semana 46	5,04	10.836,03

		Semana 47	6,67	10.842,70
		Semana 48	7,75	10.850,45
		Semana 49	53,20	10.903,65
		Semana 50	83,50	10.987,15
		Semana 51	38,05	11.025,20
		Semana 52	7,75	11.032,95
	Total T4		455,68	11.032,95
Total 2016			8.916,79	11.032,95
2017	T1	Semana 52	0,00	11.032,95
		Semana 1	37,90	11.070,85
		Semana 2	26,20	11.097,05
		Semana 3	5,00	11.102,05
		Semana 4	5,00	11.107,05
		Semana 5	2,00	11.109,05
	Total T1		76,10	11.109,05
Total 2017			76,10	11.109,05
Total general			11.109,05	11.109,05

10. Bibliografía

- Aguilar Navarro, S., & Avila Funés, J. (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias. *Gaceta médica de México*, 143(2), 141-148.
- Anarte Ortiz, M., Carreira Soler, M., Navas, M., Caballero Díaz, F., Godoy Ávila, A., & Soriguer Escofet, F. (2011, noviembre). Accuracy of diagnosis of depression in patients with Type 1 diabetes mellitus. *Psicothema*, 23(4), 606-610.
- Arias, W., Yopez, L., Nuñez, A., & Oblitas, A. (2013). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista de educación y psicología de la USIL*, 1(2), 83-103.
- Ayora, F. A. (Abril de 2001). Psicoterapia familiar su aplicación y el desarrollo científico. (L. V. Guerrero, Ed.) *Revista Universitaria de la UNL*, 93-100. Obtenido de <http://www.unl.edu.ec>
- Báez, R., Cueva, A., Mejía, L., Moncada, J., Moreano, A., & Velazco, F. (1995). *ECUADOR: pasado y presente* (Primera edición ed.). Quito: "Editorial Ecuador F..B.T. Cía. Ltda."
- Balcázar, L., Ramírez, Y., & Rodríguez, M. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagn+ostico de tuberculosis. *Revista Especialidades Médicas Quirúrgicas*(20), 135-143.
- Barry, L. C., Murphy, T. E., & Gill, T. M. (2011). Depressive symptoms and functional transitions over time in older persons. *NIH Public Access*, 19(9), 783-791.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., & Medina, M. . (2013, Febrero). Depression: state of the art and the need for public policy and action plans in Mexico. *Salud Pública De México*, 55(1), 74-80.

- Cardona , D., Segura, A., & Segura, A. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores Colombia 2012. *Revista de salud pública (Bogotá Colombia)*, 35(1).
- Cardona, D., Segura, A., Segura, A., & Osley Garzón, M. (Marzo de 2015). Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo. *Revista de Salud Pública*, 35, 73-80.
- Castillo, C. M. (Junio de 2010). Dinámica familiar del anciano residente en el barrio modelo de la ciudad de Barranquilla. *Psigente*, 13(23), 42-58.
- Cerquera Córdova, A. M., & Meléndez Merchán, C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento psicológico*, 7(14), 63-72.
- Constitución de la república del Ecuador*. (2009). Quito , Ecuador: Jurídica El Forum.
- Coon, D., & Mitterer, J. O. (2016). *Introducción a la Psicología: El acceso a la mente y la conducta* (13a ed.). México: Cengage Learning.
- Cordero Sánchez, C., García , G., & Baez, F. (2014). Síntomas Depresivos Vs depresión en Adultos mayores de una comunidad rural. *European Journal of Investigation in Health Psychology and education*, 4(3).
- Díaz, N. A. (2007). *Entre voces y silencios, las familias por dentro*. Pichincha, Ecuador: Cámara ecuatoriana del libro. Núcleo de Pichincha.
- Dorta, L., Martes, M., Villanba, P., Fuentes, P., & Pérez, A. (2014). Riesgo de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II según tiempo de evolución centro diabetológico, Aragua, Venezuela, 2011. *Comunidad y Salud*, 12(2), 33-38.
- Escalona, B., & Ruiz, A. (julio-diciembre de 2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, vol. 24, núm. 1, 24(1), 38-46.
- Estrada Restrepo, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A. M., Ordoñez Molina, J., Osorio Gómez, J. J., & Chavarriaga Maya, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Univ. Psychol.*, 81-94.
- Flores Villavicencio, M., Troyo Sanromán, R., González Pérez, G., Cruz Ávila , M., & Muñoz de la Torre, A. (2013). valoración Calidad de Vida Mediante el Whoqol -Bref en A dultos M ayores que Viven en Edificios Multifamiliares en Guadalajara , Jalisco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 179-192.
- Francisco, P. (2016). *Exhortación Apostólica Postsinodal Amoris Laetitia. Sobre el amor en las familias*. Roma.
- García, J. (Junio de 2011). Los derechos de los adultos mayores. *Revista Judicial*.
- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. México: Pearson Educación.
- Greenberg, S. A. (2012). The Geriatric Depression Scale. *New York University College of Nursing*(4).
- Groffen , D., Koster, A., & Bosma, H. (2013, July). Unhealthy lifestyles do nopt mediate the relationship between socioeconomic satatus and incident depressive symptoms; The Health ABC study. *Geriatr Psychiatry*, 21(7), 664-674.

- Guías Gerontogeríatras del Adulto Mayor Ministerio de Salud Pública del Ecuador.* (2008). Quito.
- Hernández, Á. ,., & Lazcano, P. E. (2013). *Salud Pública. Teoría y Páctica.* (J. Morales Saavedra, Ed.) México: Manual Moderno.
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo humano. Una persperctiva del ciclo vital* (3a ed.). México: Cengage Learning. Obtenido de <http://latinoamerica.cengage.com>
- Kail, R., & Cavanaugh, J. (2015). *Desarrollo Humano. Una persperctiva del ciclo vital* (5ta. ed.). México: Cengage Learning editores,SA.
- Katch, A. (2011). *Fisiología del Ejercicio* (4ta. ed.). España: Médica Panamericana.
- Losada, A. V., & Alvarez Strauch, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia de vivir solo o acompañado. *Revista electrónica de psicogerontología*, 1(1), 48-62.
- Ludwing, B. (1989). *Teoría General de Sistemas, fundamento, desarrollo, aplicaciones* (1era. ed.). México: Fonde de Cultura Económica México. Obtenido de www.esnips.com/web/scientia
- Marcos Pardo, P. J., Olquín Castrillón, F. J., Belando Pedreño, N., & Moreno Murcia, J. A. (2014). Motivación autodeterminada en adultos mayores practicantes de ejercicio físico. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 149-156.
- Martinez de la Iglesia J, O. V. (2002). Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión. *Atención Primaria*, 12(10), 620-630.
- Martínez, H. (2013). Salud del Adulto Mayor: Gerontología y Geriatria. En *Mnual de Medicina Preventiva y Social I* (pág. 19).
- Mehta, R., del Moral, M., & Aguilar, C. (Julio-Agosto de 2010). Epidemiología de la diabetes en el anciano. *Revista de investigación clínica*, 62(4), 305-311.
- Merizalde , T., & Santi , F. (2014). *Agenda nacional para la Igualdad Intergeneracional*. Quito: MSP.
- Moreno, A. (Diciembre de 2010). Cuarta edad. Perfil conceptual de la edad avanzada. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*(20), 1-8. Obtenido de <http://www.funlam.edu.co/poiesis>
- Morris, C., & Maista, A. (2005). *Introducción a la Psicología* (Duodécima ed.). México: Pearson educación S.A.
- Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L., & Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 49(4), 331-337.
- Oblitas, G. (2010). *Psicología de la Salud y Caldad de vida* (Tercera ed.). México: CENGAGE Learning.
- Ortiz, M. (2005). Diseño de Intervención en funcionamiento Familiar. *Unión Latinoamericana de Psicología*(3), 1-8.

- Palomeque Flores, A., & Pedralta Miranda, E. (2013). Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, Cuenca, 2013.
- Pardo, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas teorías del envejecimiento. *Rev Cubana Invest Biomed*, 1(22), 58-67.
- Pérez, J. M. (Febrero-Julio de 2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en psicología*(28), 73-91.
- Plata, R. E., Leal, Q. F., & Mendoza, V. J. (1997). *Hacia una medicina mas humana*. Bogotá, Colombia: Panamericana.
- Redondo, N. (2015). Modalidades de allegamiento residencial en la población adulta mayor argentina y mexicana: determinantes socioeconómicos y diferencias regionales. *Estudios demográficos y urbanos*, 30(3), 597-649.
- Roizblatt, A. (2009). *Terapia familiar y de pareja*. Chile: Mediterráneo.
- Rubinstein, A. (2006). *Medicina familiar y práctica ambulatoria* (2° ed., Vol. 1). Buenos Aires: Panamericana.
- Saavedra, A., Rangel, S., & García, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Primaria*, 23(1), 24-28.
- Sánchez González, L. R. (2015). Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. *Rev Hisp Cienc Salud*, 1(2), 74-80.
- Sánchez, P. (Enero-Marzo de 1996). Tercera y Cuarta edad en España desde la perspectiva de los hogares: Monográfico sobre sociología de la vejez. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*(73), 57-79.
- Sarabia Cobo, C. M. (2012). La imagen corporal en los ancianos. Estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23(1), 15-18.
- Sarró Maluquer, M., Ferrer Feliu, A., Rando Matos, Y., Formiga, F., & Rojas Farrera, S. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*, 39(7), 354-360.
- Serra, J., & Irizarry, C. (2015). Factores protectores de depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: Autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta colombiana de psicología*, 1(18), 125-134.
- Síntes, Á. (2008). *Medicina General Integral* (2da. ed., Vol. 1). La Habana: Ciencias Médicas.
- Urzúa, A., & Bravo, M. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida. *Revista Médica de Chile*, 139, 1006-1014.
- Vasquez, C., & Herva's, G. (2013). Modelos cognitivos de la depresión. Una revisión tras 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
- Vásquez, C., & Herva's, G. (2013). Modelos cognitivos de la depresión. Una revisión tras 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18(1), 139-165.
- Vázquez, L. (2014). *Ecuador su realidad* (Vigésima ed.). (E. Tello, Ed.) Quito, Ecuador: Fundación de investigación y promoción social José Peralta. Obtenido de fijp82@gmail.com

- Vázquez, L., & Saltos, N. (2011). *Ecuador su realidad* (19a ed.). (E. Tello, Ed.) Quito, Ecuador: José Peralta.
- Wagner, F. A., González Fortaza, C., Sánchez García, S., García Peña, C., & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública de México. *Salud Mental*, 35, 3-11.
- Wagner, F. A., González, F. C., Sánchez, G. S., García, P. C., & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública de México. *Salud Mental*, 35, 3-11.
- Waters, W., & Gallegos, C. (2010). *Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena*. Ecuador.
- Zurro, M. (2014). *Atención Primaria* (Vol. 1). Elsevier.

Anexo 9. Certificado de la traducción del resumen al idioma inglés

Yantzaza, 13 de febrero del 2017

Lcda.

Maura Chalán

DOCENTE DE IDIOMA EXTRANJERO DEL COLEGIO “PRIMERO DE MAYO YANTZAZA”

Certifica:

Haber traducido el resumen del tema de tesis: “Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador 2016”, de autoría de la Dra. Mónica Janeth Guaya Delgado, previa a la obtención de su título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Es todo cuanto puedo certificar para los fines pertinentes

Atentamente



Lcda. Maura Chalán

LICENCIADA EN IDIOMA EXTRANJERO
1900706555