

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: “DETERMINANTES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

Trabajo de Investigación previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Lucía del Rocío Molina Vargas

Director: Dr. Vicente Hernán Cárdenas Naranjo, Esp.

Ambato – Ecuador

Abril, 2021

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación precedido por el Doctor Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta, Especialista, e integrado por los señores Médica Ana Abigail López Guerrero Especialista, Médica Lorena Jazmín Santana Mera Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el Trabajo de Titulación con el tema “**DETERMINANTES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL**” elaborado y presentado por la señorita Médica Lucía del Rocío Molina Vargas, para optar por el grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.



Firmado electrónicamente por:
**JESUS ONORATO
CHICAIZA
TAYUPANTA**

Dr. Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta. Esp.
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa



Firmado electrónicamente por:
**ANA ABIGAIL
LOPEZ
GUERRERO**

Md. Ana Abigail López Guerrero. Esp.
Miembro del Tribunal de Defensa



Firmado electrónicamente por:
**LORENA JAZMIN
SANTANA MERA**

Md. Lorena Jazmín Santana Mera. Esp.
Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “DETERMINANTES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL.”, le corresponde exclusivamente a: la Médica Lucía del Rocío Molina Vargas Autora bajo la Dirección del Doctor Vicente Hernán Cárdenas Naranjo, Director del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Lucía del Rocío Molina Vargas
C.C. 0503059818
AUTORA



Dr. Vicente Hernán Cárdenas Naranjo, Esp.
C.C. 1802521722
DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato.



Md. Lucía del Rocío Molina Vargas
C.C.0503059818

ÍNDICE GENERAL

Portada.....	I
Aprobación del trabajo de titulación.....	II
Autoría del trabajo de investigación.....	III
Derechos de autor.....	IV
Índice general.....	V
Índice de tablas.....	VIII
Índice de gráficos.....	X
Agradecimiento.....	XI
Dedicatoria.....	XII
Resumen ejecutivo.....	XIII
Ejecutive summary.....	XV
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.....	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1 Tema.....	3
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.2 Análisis crítico.....	5
1.2.3 Prognosis.....	5
1.2.4 Formulación del problema.....	6
1.2.5 Interrogantes.....	6
1.2.6 Delimitación del objeto de investigación.....	6
1.3 Justificación.....	7
1.4 Objetivos.....	8
1.4.1 general.....	8
1.4.2 Específicos.....	8
CAPÍTULO 2.....	10
MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Antecedentes investigativos.....	10
2.2 Fundamentación filosófica.....	13

2.3 Fundamentación legal	14
2.4 Categorías fundamentales	15
2.4.1 Envejecimiento.....	16
□ Fisiología del envejecimiento	16
□ Tipos de envejecimiento	18
2.4.2 Determinantes de la salud	19
□ Determinantes de la salud en el envejecimiento.....	20
2.4.3 Enfermedades crónicas no transmisibles (ecnt)	20
□ Enfermedades crónicas no transmisibles y envejecimiento.....	21
- Hipertensión arterial (HTA)	22
- Diabetes mellitus (DM).....	25
2.4.4 Salud mental.....	26
□ Salud mental y envejecimiento	27
□ Depresión	28
2.5 Hipótesis.....	31
2.6 Señalamiento de las variables	31
CAPÍTULO 3.....	32
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.1 Enfoque de la investigación	32
3.2 Modalidad básica de la investigación	32
3.3 Tipo de investigación	32
3.4 Población.....	32
3.4.1 Universo y muestra:	33
3.4.2 Criterios de inclusión	33
3.4.3 Criterios de exclusión.....	33
3.4.4 Fundamentación ética	33
3.5 Operacionalización de variables	34
3.6 Recolección de información.....	39
3.7 Procesamiento de la información y análisis estadístico	40
3.8 Recursos	40
3.9 Cronograma de actividades	41
CAPÍTULO 4.....	42

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1 Caracterización de la muestra	42
4.2 Asociación de variables.....	45
4.3 Prueba de hipótesis.....	58
CAPÍTULO 5	59
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
5.1 Conclusiones	59
5.2 Recomendaciones.....	60
CAPÍTULO 6	61
PROPUESTA	61
6.1 Datos informativos	61
6.1.1. Institución ejecutora	61
6.1.2 Beneficiarios	61
6.1.3 Entidad responsable	61
6.1.4 Ubicación	61
6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta.....	61
6.2 Antecedentes de la propuesta	61
6.3 Justificación.....	62
6.4 Objetivos	63
6.4.1 General	63
6.4.2 Específicos	63
6.5 Análisis de factibilidad.....	64
6.6 Fundamentación teórico - científica.....	64
6.7 Modelo operativo	68
6.8 Administración.....	70
6.9 Previsión de la evaluación.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	96
Anexo 1. Consentimiento informado	96
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	97
Anexo 3: Memorias fotográficas.....	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Determinantes socioculturales _____	35
Tabla 2: Depresión _____	37
Tabla 3: Enfermedades crónicas no transmisibles _____	38
Tabla 4: Distribución por antecedentes clínicos de enfermedad de los adultos mayores del barrio Zumbalica centro y sur. _____	42
Tabla 5. Antecedentes clínicos de enfermedad y número de medicamentos que reciben los adultos mayores del barrio Zumbalica centro y sur. _____	43
Tabla 6. Distribución por edad, sexo y estado civil de los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	44
Tabla 7. Distribución por nivel de instrucción y ocupación de los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	44
Tabla 8. Asociación entre DM y/o HTA y la depresión en los adultos mayores del barrio Zumbalica centro y sur. _____	45
Tabla 9. Asociación entre número de medicamentos que recibe para su patología clínica y la depresión en los adultos mayores del barrio Zumbalica centro y sur. _____	46
Tabla 10. Asociación entre sexo y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	47
Tabla 11. Asociación entre edad y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	48
Tabla 12. Asociación entre estado civil y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	49
Tabla 13. Asociación entre nivel de instrucción y depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	50
Tabla 14. Asociación entre la ocupación y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	51
Tabla 15. Asociación entre la procedencia y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	52
Tabla 16. Asociación entre la etnia y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	53

Tabla 17. Asociación entre la religión y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	54
Tabla 18. Asociación entre la convivencia y depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	55
Tabla 19. Asociación entre el conocimiento y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	56
Tabla 20. Asociación entre adherencia al tratamiento y depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur. _____	57
Tabla 21: Modelo operativo de la propuesta _____	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Ilustración 1: Categorías fundamentales _____	15
Ilustración 2: Variables _____	31
Ilustración 3 Cronograma de actividades _____	41

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme concedido salud y vida, sabiduría y entendimiento para poder culminar con éxito esta nueva meta en mi vida profesional. Agradezco a la Santísima Virgen del Quinche por el amparo y protección que me ha brindado en el transcurso de mi vida. Agradezco infinitamente a mis padres, hermanos e hija por haber estado siempre a mi lado apoyándome en los momentos difíciles. Y como no agradecer a todos los adultos mayores que formaron parte de mi investigación, gracias por su participación.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a mi familia quienes han sido el pilar fundamental en mi vida, de manera especial a mi hija María Fernanda, quien ha sido el motor de mi vida, quien me ha dado la fuerza y la inspiración para continuar y seguir adelante. Te dedico este trabajo por todo el esfuerzo que has hecho para entenderme, para apoyarme por haber sido mi compañera en este proceso. Con amor.

Lucía

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: “DETERMINANTES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

AUTOR: Médica Lucía del Rocío Molina Vargas.

DIRECTOR: Doctor Vicente Hernán Cárdenas Naranjo, Especialista.

FECHA: Abril 2021

RESUMEN EJECUTIVO

En Atención Primaria en Salud el Médico de Familia es el pilar fundamental en la atención integral del individuo, familia y comunidad en todas las etapas de la vida. Ante el incremento de los adultos mayores a nivel mundial, la OMS afirma que en la actualidad este grupo etario representa el 11% de la población mundial y proyecta que para el año 2050 estos representarían el 22% de la población total en el mundo. El envejecimiento es proporcional a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor, generando un verdadero problema de salud pública. Por lo que se ha visto la necesidad de realizar la presente investigación en este grupo etario, cuyo objetivo fue establecer la relación entre los determinantes socioculturales y la depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial del barrio Zumbalica centro y sur en el año 2020. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo de tipo observacional analítico de corte transversal. Universo de 103 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial residentes en el barrio Zumbalica centro y sur. Muestra representada por 100 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión. Se aplicó una encuesta en la que constaban preguntas del aspecto sociocultural, los test de Batalla, de Morisky Green y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Los

resultados fueron que el 81% de los adultos mayores estudiados tienen depresión; siendo está más frecuente en los adultos mayores con DM e HTA concomitantes. Los determinantes que están fuertemente relacionados con la depresión fueron el sexo, estado civil, instrucción educativa, ocupación, convivencia, conocimiento adecuado de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. En conclusión los determinantes socioculturales tienen relación positiva en el desarrollo de depresión en el adulto mayor con DM y/o HTA.

Palabras clave: Enfermedades crónicas, envejecimiento, depresión, diabetes mellitus, hipertensión arterial.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME: “SOCIOCULTURAL DETERMINANTS RELATED TO THE DEVELOPMENT OF DEPRESSION IN THE ELDERLY ADULT WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 AND / OR ARTERIAL HYPERTENSION”

AUTHOR: Médico Lucía del Rocío Molina Vargas.

DIRECTED BY: Doctor Vicente Hernán Cárdenas Naranjo, Especialista

DATE: April, 2021

EJECUTIVE SUMMARY

In Primary Health Care, the Family Physician is the fundamental pillar in the comprehensive care of the individual, family and community in all stages of life. Faced with the increase in older adults worldwide, the WHO affirms that this age group currently represents 11% of the world population and projects that by 2050 they will represent 22% of the total population in the world. Aging is proportional to the appearance of non-communicable chronic diseases in the elderly, generating a real public health problema. Therefore, it has been seen the need to carry out the present investigation in this age group, whose objective was to establish the relationship between sociocultural determinants and depression in the elderly with type 2 diabetes mellitus and/or hypertension in the central and southern Zumbalica neighborhood in 2020. The research had a cross-sectional, analytical, observational quantitative approach. Universe of 103 older adults with type 2 diabetes mellitus and/or hypertension residing in the central and southern Zumbalica neighborhood. Sample represented by 100 older adults who met the inclusion criteria. A survey was applied which included questions on the sociocultural aspect, the Batalla, Morisky Green tests and the Yesavage geriatric depression scale. The results were that 81% of the older adults studied have depression; being is more frequent in older

adults with DM and HTA together. The determinants that are strongly related to depression were sex, marital status, educational instruction, occupation, coexistence, adequate knowledge of the disease and adherence to treatment. In conclusion, sociocultural determinants have a positive relationship in the development of depression in the elderly with DM and / or HTA.

Keywords: Aging, chronic disease, depression, diabetes mellitus, hypertension.

INTRODUCCIÓN

En Atención Primaria en Salud el Médico de Familia es el pilar fundamental en la atención integral del individuo, familia y comunidad, en todas las etapas de la vida instaurando las diferentes áreas clínicas, biológicas y conductuales en un solo contexto. Considerando al grupo de adultos mayores un grupo prioritario de atención en salud y al encontrarnos ante una sociedad en la que los adultos mayores de acuerdo a las estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) está representada por el 11% de la población total, con proyecciones para el año 2050 que este grupo etario represente el 22% de la población a nivel mundial, se considera relevante realizar la investigación en este grupo de edad (1).

La etapa de envejecimiento es un curso inevitable y natural del ser humano, el mismo que se expresa de forma paulatina en el cuerpo; siendo este proceso el resultado de la expresión de los distintos determinante de la salud entre los que podemos citar los biológicos, genéticos, fisiológicos, socioculturales y ambientales (2). El incremento en la esperanza de vida del ser humano ha provocado el acrecentamiento acelerado de la población adulta mayor en la actualidad, lo que ha generado cambios demográficos que según la OMS se están presentando con mayor intensidad y rapidez en aquellos países de ingresos bajos y medianos (3).

Durante este proceso de envejecimiento, los adultos mayores van perdiendo su autonomía e independencia, esto como resultado del desgaste y deterioro de las diferentes funciones de sus órganos y sistemas. Es así que la población adulta mayor es susceptible de padecer algún tipo de quebranto en su salud tanto física como mental (4). Este hecho eleva la vulnerabilidad de este grupo etario incrementando así el desarrollo de patologías crónicas no transmisibles (1).

En la actualidad la población de adultos mayores se caracterizan por ser el grupo de edad con mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles; siendo así que el 70% de este grupo poblacional padecen al menos una de estas patologías, y el 35% de esta población sufren más de una de estas enfermedades (5).

Por otra parte de igual manera como se deteriora el estado físico del adulto mayor, también se ve afectado el estado mental de este grupo poblacional, sin embargo no es hasta hace poco tiempo que este aspecto ha sido tomado en cuenta durante la evaluación del adulto mayor. Considerándose que varios estudios a nivel internacional han demostrado que los adultos mayores son quienes más sensibles están de padecer distintas enfermedades mentales entre las que podemos mencionar como más representativa a la depresión la misma que representa una prevalencia fluctuante entre el 10 y el 14% en este grupo de edad (6).

Debido al incremento en número de la población adulta mayor, este grupo etario se encuentran en la mira de la atención primaria en salud como un grupo prioritario. Razón por la que nace el interés de realizar este trabajo investigativo que tuvo como objetivo general establecer qué tipo de relación existe entre los determinantes socioculturales y la depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial del barrio Zumbalica centro y sur en el año 2020, debido a la poca atención que se presta a la salud mental de los adultos mayores.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema

Determinantes socioculturales relacionados con el desarrollo de depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

El envejecimiento acelerado de la población constituye un verdadero problema de salud pública para todos los países a nivel mundial (7). La OMS reporta que en el mundo la población de adultos mayores constituye el 11% de la población total y se estima que para el año 2050 este grupo etario representará el 22% de la población (1). La misma organización afirma que el 25% de la población adulta mayor sufre algún tipo de patología psiquiátrica siendo la de mayor frecuencia la depresión. En algún momento de la vida se estima que del 10 al 45% de adultos mayores padecen de algún síntoma depresivo, incrementando su prevalencia en aquellos adultos mayores que padecen enfermedades crónicas (7).

En América Latina y el Caribe igual que en el resto del mundo los adultos mayores representan el 11% de la población total alcanzando un envejecimiento acelerado por lo que se estima que para el año 2030 este grupo etario represente el 17% de la población total (8). En esta región los datos de prevalencia de depresión en los adultos mayores son múltiples teniendo variaciones en los diferentes países es así que en México se ha reportado en barrios marginales una prevalencia de depresión en adultos mayores de entre el 26% y el 66%, en Perú la prevalencia varía del

15,97% en adultos mayores hospitalizados y el 9,8% en pacientes de comunidad, así mismo en Colombia la Encuesta Nacional de Salud reportó que entre el 49 y 60% de la población adulta mayor padece de depresión (9).

En Ecuador de acuerdo al último censo realizado en el año 2010 se estableció que la población de adultos mayores correspondía al 7% datos estadísticos que van en relación a las estadísticas a nivel mundial (10,11). Para el año 2017 de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (ENEMDU) se estimó que la población de adultos mayores correspondía al 1'212,461 lo que representa el 7,04% de la población total, encontrándose mayor proporción en mujeres (53,77%) que en hombres (46,23%) y siendo el grupo de edad de mayor predominancia (77,7%) el de 65 a 79 años de edad (12). El envejecimiento se ha dividido en cuatro grupos y el Ecuador se encuentra inmerso en el tercer grupo que corresponde a un envejecimiento moderado (8), con la mayor concentración el 48,5% en la región sierra (2). De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en el año 2009 en Ecuador se encontró que la depresión y la demencia son prevalentes en el adulto mayor en el 39%, sin embargo en el país existen pocos estudios de depresión en adultos mayores los mismos que han sido realizados en adultos mayores que se encuentran institucionalizados en centros geriátricos o aquellos que están hospitalizados por lo que estos datos no nos permite relacionarlos con la población general (9).

En la provincia de Cotopaxi de acuerdo a los resultados obtenidos del Censo realizado en al año 2010 se encontró que el 7,8% (31,934) de la población total correspondía a los adultos mayores, mientras que el cantón Latacunga se mantenía la misma relación con el 7,7% de adultos mayores (13). Siendo esta relación similar en el barrio Zumbalica centro y sur en la que la población de adultos mayores representa el 7% de la población total de acuerdo al Análisis Situacional de Salud (ASIS) del año 2019 y el registro de la plataforma de atención en salud (PRAS). No

se encontraron estudios de depresión en adultos mayores realizados en la provincia de Cotopaxi.

1.2.2 Análisis crítico

En la actualidad los adultos mayores constituyen uno de los grupos prioritario en la atención médica, hecho que otorga un gran reto para el personal de salud que presta sus servicios en el primer nivel de atención. Este grupo de edad presenta varias necesidades propias de la etapa que requiere de atención multidisciplinaria específica.

Debido a la gran expansión que se está presentado este grupo de edad a nivel mundial y por ser el grupo etario con mayor susceptibilidad a padecer patologías en la esfera médica, mental y social son quienes más apoyo y cuidado requieren para así poder mantenerse físicamente activos en la sociedad; lo que le presta mayor relevancia al Médico de Familia en la atención primaria en salud.

Es bien sabido que para alcanzar un adecuado estado de salud tanto físico como mental se requiere de la intervención de varios determinantes de salud entre los que podemos destacar los factores demográficos sociales y culturales, condición que requiere de mayor relevancia sobre todo en los adultos mayores. Ya que son quienes acuden permanentemente solicitando atención a los establecimientos de salud. Sin embargo existen pocos estudios en este grupo de edad acerca de la depresión y los determinantes de salud, debido a que los síntomas depresivos que presenta el adulto mayor son considerados como achaques propios de la edad y por lo tanto la depresión pasa subdiagnosticada en este grupo etario. Razón por lo que se requiere investigar cuales son los factores que están influyendo en el deterioro de salud mental de los adultos mayores.

1.2.3 Prognosis

La Atención Primaria en Salud se caracteriza por desplegar medidas de promoción para la salud y prevención de la enfermedad, hecho que determina un papel

fundamental para el Médico de Familia que ofrece sus servicios en el primer nivel de atención. Es así que el estudio de los determinantes socioculturales relacionados a la depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial permitirá concientizar a los Médicos de Familia a la hora de identificar factores de riesgo para desarrollar depresión en el adulto mayor, lo cual permitirá desarrollar intervenciones de promoción para la salud mental oportunas y proveer de una atención integral al adulto mayor, lo que implantará un envejecimiento saludable siendo parte activa e influyente de la sociedad (14,15).

1.2.4 Formulación del problema

¿Qué tipo de relación existe entre la depresión y los determinantes socioculturales en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial del barrio Zumbalica centro y sur?

1.2.5 Interrogantes

- ¿Cómo están caracterizadas las variables demográficas y socioculturales en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur?
- ¿Cuáles son los grados de depresión que se manifiestan en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur?
- ¿Cuáles son los factores demográficos y socioculturales que están asociados a la depresión en la población de estudio?

1.2.6 Delimitación del objeto de investigación

Línea de Investigación: Grupos vulnerables y comorbilidades

Campo: Medicina Familiar y Comunitaria

Área: Gerontología y Salud mental

Aspecto: Determinantes socioculturales y depresión en adultos mayores con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial

Delimitación Temporal: Enero 2019 – Diciembre 2020

Delimitación Espacial: Barrio Zumbalica centro y sur, parroquia Eloy Alfaro, cantón Latacunga, provincia de Cotopaxi, país Ecuador.

1.3 Justificación

En un mundo donde el incremento en la esperanza de vida ha provocado cambios demográficos caracterizados por un acrecentamiento de la población adulta mayor, se conoce que el envejecimiento trae consigo varios cambios fisiológicos en las funciones de cada uno de los sistemas del ser humano (2). Estos cambios se ven influenciados por diferentes factores entre los cuales tenemos a los genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales que son quienes determinaran que el adulto mayor tenga un envejecimiento saludable o patológico (5). Un envejecimiento patológico tiene un impacto negativo en el adulto mayor, lo que implica un incremento en el número de visitas a las unidades de atención médica generando altos costos al sistema sanitario (16).

Los altos índices de enfermedades crónicas no transmisibles presentes en los adultos mayores nos indica que este grupo etario es el más susceptible de enfermar; siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 las enfermedades más frecuentes en este grupo poblacional a nivel mundial sin ser la excepción el Ecuador (3,17).

La evaluación de la salud mental en el adulto mayor por muchos años no ha sido tomada en cuenta como parte importante de la atención del adulto mayor, sin embargo estudios recientes han demostrado que la depresión del adulto mayor es un verdadero problema de salud pública que afecta la calidad de vida de quien la padece, siendo esta la principal causa de años vividos con discapacidad (18).

Con los antecedentes antes mencionados y ante una sociedad envejecida, se considera que la investigación realizada en este grupo etario tiene impacto social debido a que nos permite conocer el comportamiento de la depresión en relación a los determinantes socioculturales en los adultos mayores que padecen de diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial. Lo que le ofrece importancia a la hora de proyectar actividades para los adultos mayores de promoción en salud y prevención de la enfermedad, por parte de los Médicos de Familia en la atención primaria en salud.

La investigación realizada fue factible debido a que se la realizó durante la atención médica del adulto mayor tanto en la consulta externa como en las visitas domiciliarias, sin generar gastos adicionales para el sistema de salud. Finalmente, esta investigación aporta información importante para la atención integral del adulto mayor en la que se afirma que la salud física y mental son igual de importantes durante su valoración, ya que muchas de las veces se han considerado a los síntomas depresivos como síntomas propios de la vejez, dejando de lado su evaluación, diagnóstico y tratamiento. Lo que enriquece el conocimiento del Médico de Familia y todo el equipo de trabajo de la atención primaria en salud.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

- Establecer qué tipo de relación existe entre los determinantes socioculturales y la depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial del barrio Zumbalica centro y sur en el año 2020.

1.4.2 Específicos

- Caracterizar a la población de estudio según variables demográficas y socioculturales.
- Identificar la depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial.

- Determinar los factores socioculturales asociados a la depresión en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial.
- Diseñar un plan de intervención dirigida a mejorar el estado de salud mental de los adultos mayores.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

Ante el contexto de una sociedad envejecida se plantean varios estudios en adultos mayores partiendo de diferentes perspectivas, con el afán de determinar las diferentes características fisiológicas y fisiopatológicas que distinguen a este grupo etario del resto de grupos de edad. Los cambios demográficos que se van presentando a nivel mundial han provocado cambios en la pirámide poblacional adoptando la forma característica de las sociedades envejecidas que se caracteriza por ser rectangular con su cúspide abultada (3).

La OMS afirma que en el año 2015 los habitantes adultos mayores en el mundo fueron 900 millones y se estima que para el año 2050 este grupo de edad alcance los 2000 millones. Cifras alarmantes para la comunidad médica debido a que los adultos mayores son propensos a padecer deterioro físico y mental hecho que requiere de una atención oportuna y eficaz (15).

En un estudio descriptivo realizado en Colombia a una población de 4248 personas mayores o igual a 60 años, que tuvo como objetivo “describir los factores asociados a la funcionalidad de los adultos mayores en Antioquia en el año 2012”; encontró que el 66,4% de la población era soltero, viudo o separado y presento nulo o bajo nivel educativo, el 56,7% padecía de hipertensión arterial, el 16,8% tenía diabetes, el 22% sufría de problemas óseos, 20,1% tenía depresión y el 49,6% tenía ansiedad y deterioro cognitivo lo cual influyó negativamente en la capacidad funcional (4).

En una revisión narrativa realizada por Vásquez Morales A (19), sobre las enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor y la calidad de vida,

encontró que por lo menos el 80% de adultos mayores padecen de una enfermedad crónica no transmisible y mientras que el 33% de este grupo poblacional padecen más de una de estas enfermedades. Así mismo encontró que la enfermedad crónica no transmisibles más prevalente en este grupo de edad fue la hipertensión arterial con el 55% para los 2 sexos, seguidas de la diabetes mellitus con el 7,5% para el sexo masculino, lo que representa un problema de salud pública real que debe ser estudiado e intervenido de manera urgente, oportuna y eficaz.

En la investigación realizada por González Rodríguez R y colaboradores (20), en el que describió el comportamiento que tienen las enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor, encontró que en el estudio prevaleció el grupo etario igual o mayor a 75 años, el sexo femenino y en cuanto a las enfermedades crónicas la hipertensión arterial fue la más prevalentes en los dos sexos. Demostrándose además que a mayor edad existe más probabilidad de padecer más de una enfermedad crónica no transmisible.

En el estudio analítico realizado por González Valdez y colaboradores (1), en Guanajuato México, tuvo como premisa los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT) en la que se evidenció que en el país la prevalencia de diabetes mellitus en el adulto mayor representa el 25%.

En el estudio realizado por Acosta Quiroz C y colaboradores (21), en el que analizó si son predictores de depresión y calidad de vida en adultos mayores, la soledad, la presencia de enfermedades, la edad y la presencia de conyugue; mediante la aplicación de la escala ESTE, escala de depresión geriátrica de Yesavage y el test WHOQOL-OLD concluyó que la percepción de soledad en conjunto con las percepciones negativas de la vejez son los principales desencadenantes de síntomas depresivos y disminución en la calidad de vida en el adulto mayor.

Barbosa Silva L y colaboradores (22), en su investigación acerca de la “Evaluación de la calidad en la atención primaria al adulto mayor según el Chronic Care Model” encontró que de un total de 105 adultos mayores estudiados el 67,6% estaba representado por el sexo femenino, la edad media de los participantes fue de 72

años con grupos de edad comprendidas entre los 60 a los 93 años de edad, presentándose una baja escolaridad en el 56,2% de los adultos mayores, el 65% tenía una percepción buena de la calidad de vida, el 57,3% estaban satisfechos con su estado de salud, el 10,5% presento alteración en su nivel cognitivo, el 99% de la población padecía de hipertensión arterial y de estos el 42,9% tenía diabetes mellitus como diagnóstico concomitante, el 65,7% de los adultos mayores tenía polifarmacia.

Datos estadísticos de la OMS afirma que más del 20% de la población adulta mayor sufre alguna patología mental en el transcurso de su vida, lo que ocasiona el 6,6% de discapacidad en este grupo etario. Siendo la demencia y la depresión los trastornos más frecuentes en este grupo de edad. La depresión en el adulto mayor la mayor parte de veces pasa desapercibida por lo que no es tratada oportunamente. Sin embargo esta patología aqueja al 7% de la población adulta mayor (15).

El estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico realizado por Morales A y colaboradores (23), en la ciudad de Pasto en la que se propuso conocer cuáles son las características del estado de salud de los adultos mayores de 60 años, encontró cinco condiciones de salud prevalentes en este grupo de edad entra las que tenemos principalmente la hipertensión arterial representada por el 55,6%, seguida de la insuficiencia venosa con el 40,4%, la dislipidemia con el 40,3%, las infecciones de vías urinarias con el 38% y finalmente la artrosis con el 34,7%, este hecho propone nuevos retos para el personal de salud quien deberá enfrentar este cambio demográfico establecido a nivel mundial conjuntamente con todas las consecuencias que este hecho trae consigo.

En Ecuador, el estudio observacional, descriptivo, transversal realizado por Reyes M y colaboradores (3), describe el estado de salud que tienen los adultos mayores de Guayaquil que visitan los centros de gerontología, mediante una valoración integral a 50 adultos mayores. Se determinó que el 92% de la población estudiada correspondía al sexo femenino, entre las patologías que presentaron predominó la hipertensión arterial con el 74%, seguida del 28% con diabetes mellitus y el 40% con dislipidemia. En la evaluación de la funcionalidad mediante el test de Katz se

determinó que el 94% de adultos mayores son independientes. En cuanto a la depresión que se evaluó mediante el test de Yesavage se estableció que el 76% no presenta depresión. La evaluación cognitiva mediante el test de Pfeiffer determinó que el 78% no tiene deterioro cognitivo. El riesgo nutricional fue evaluado mediante el Mini Nutritional Assessment (MNA) que el 82% no presenta riesgo. Resultados que le permitieron concluir que los adultos mayores de los centros gerontológicos de Guayaquil gozan de una adecuada calidad de vida.

2.2 Fundamentación filosófica

El envejecimiento ha sido considerado erróneamente como un estado pasivo, una enfermedad, un problema que requiere quien lo cuide. Razón por la que desde el punto de vista filosófico ha sido un tema de estudio desde hace muchos años atrás, lo que ha llevado a desarrollar varias teorías acerca del mismo.

Las teorías del envejecimiento se ven enfocadas desde dos perspectivas. El enfoque positivo que está representado por la teoría de Havighurst (actividad) y la teoría de Atchley (continuidad). Y el enfoque negativo que se representa con la teoría de Cummings y Henry (desvinculación). Durante varios años el estudio de la vejez ha estado enfocado en el estudio biomédico de su aspecto negativo creando estereotipos que repercuten el envejecimiento normal del adulto mayor (24).

Esta investigación está enmarcada en la teoría de la actividad de Havighurst y Albrecht, quienes describen que el pilar fundamental para alcanzar un envejecimiento saludable es mantenerse activo cumpliendo nuevos roles y actividades, lo que le permitirá adaptarse de mejor manera en la sociedad logrando un mejor estado de salud tanto físico como psicológico; esta teoría afirma que si el adulto mayor se encuentra activo se sentirá útil y productivo para el entorno que lo rodea. Es así que mientras mayor participación de las actividades tenga la persona adulta mayor mejor será la percepción que este tenga de la vejez (25). Así también se fundamenta en la teoría de Neugarten y Atchley quienes manifiestan que el envejecimiento constituye un proceso de adaptación constante basado en un antecedente de estilo de vida, lo que les permite afrontar favorablemente las

circunstancias negativas que se les presenta en su vida mediante la adquisición de nuevas actitudes, valores, hábitos y conductas (24).

2.3 Fundamentación legal

Los derechos de los adultos mayores están garantizados a nivel internacional desde los años 1978 en donde la Asamblea General de las Naciones Unidas resuelve convocar a la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento la misma que se realizó en el año 1982 en la que se elaboró el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento el cual apela garantizar los derechos de los adultos mayores en cuestiones como la salud, alimentación, vivienda, seguridad, educación, medio ambiente, entre otros. A partir de lo cual los derechos de los adultos mayores están reflejados en todas las políticas nacionales e internacionales. Es así que en la actualidad los Objetivos de Desarrollo Sostenible ha incluido a los adultos mayores como un grupo prioritario susceptible de vulnerabilidad (8).

Siendo referente las normativas internacionales de los Derechos Humanos, en el Ecuador la Constitución de la República del 2008 garantiza los derechos de los adultos mayores en los siguientes artículos (26):

Art. 32. “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir” (26).

Art. 35. “Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado” (26).

Art. 36. “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán

personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad” (26).

Art. 37. “El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos”: “La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas....” (26).

Art. 38. “El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas” (26).

2.4 Categorías fundamentales

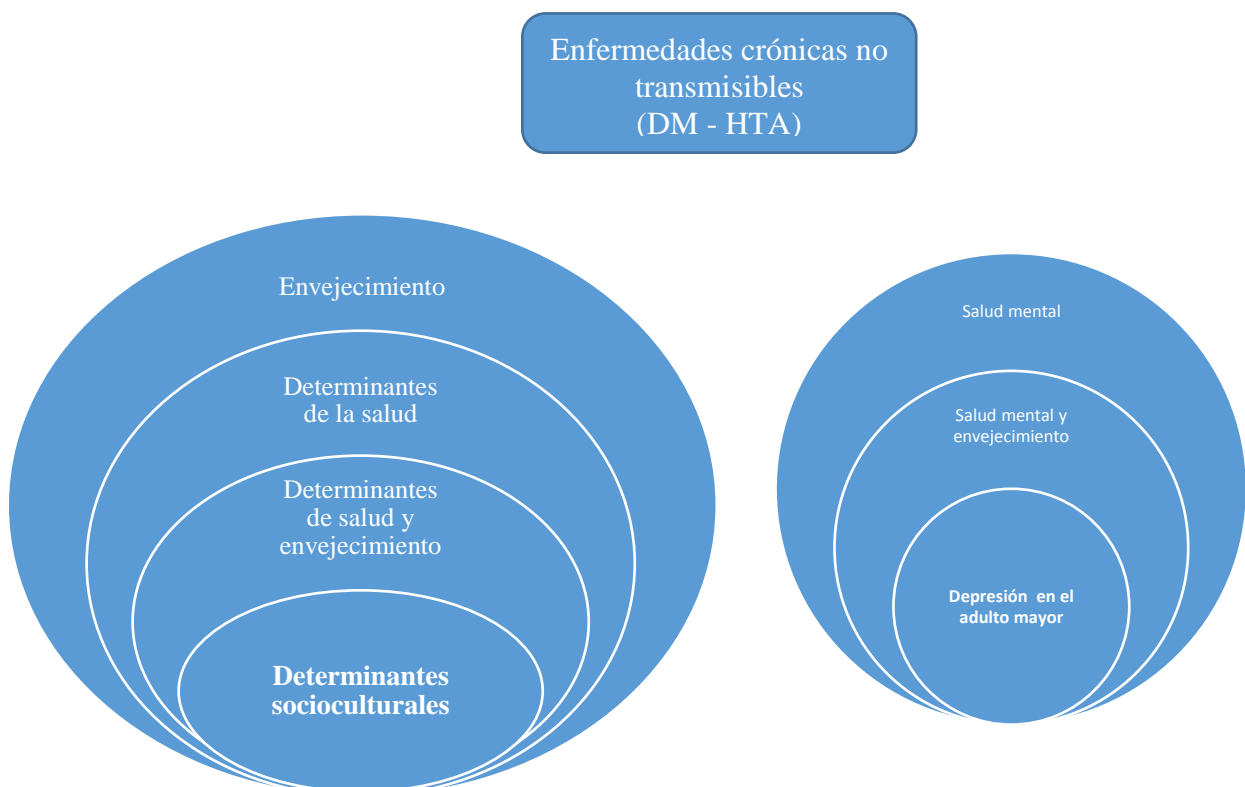


Ilustración 1: Categorías fundamentales

2.4.1 Envejecimiento

A lo largo de la historia de la humanidad se han propuesto varias definiciones del envejecimiento es así que podemos mencionar que el envejecimiento es un proceso innato del ser humano, que se encuentra muy relacionado a todos los procesos fisiológicos del organismo; en el que interactúan diferentes factores entre sí como son los hereditarios, culturales, sociales, modos de vida y la presencia o ausencia de enfermedades, lo que influirá en la capacidad de adaptación al medio que lo rodea (27). También podemos mencionar que es un proceso natural e ineludible, que es parte del ciclo vital del ser humano y producto de la construcción histórica y social de la comunidad en la que se encuentra inmerso (28).

El envejecimiento en la actualidad a nivel mundial se lo considera un logro para el individuo que lo alcanza y un verdadero reto para el sistema de salud, quien deberá garantizar el desarrollo de actividades de promoción y prevención adecuadas que permitan alcanzar y mantener un envejecimiento saludable. El siglo XXI se caracteriza por un incremento acelerado de la población envejecida la misma que tiene mayor proporción a nivel rural que en el resto de la población general (29).

- **Fisiología del envejecimiento**

Durante el envejecimiento se producen una serie de cambios irreversibles a nivel corporal y funcional de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, sin que esto signifique estar enfermo (30). Existen diferentes mecanismos que contribuyen al proceso fisiológico del envejecimiento, los mismos que podemos diferenciarlos en mecanismos intrínsecos, extrínsecos y los asociados a patologías médicas. Dentro de los mecanismos intrínsecos podemos hablar de las características genéticas que diferencian a cada uno de los individuos, por lo que cada persona envejecerá de manera diferente. En cuanto a los mecanismos extrínsecos se refiere a los estilos de vida de cada persona. Y el último mecanismo está en relación a las enfermedades que en su gran mayoría están presentes en esta etapa de la vida (31,32).

En el proceso de envejecimiento los cambios físicos que presenta el adulto mayor se ven reflejados en el aspecto psicosocial del mismo, por ende se verán entorpecidas las actividades básicas del adulto mayor lo que interferirá con las relaciones familiares y sociales del individuo. Razón por la que todo el personal sanitaria que se encuentra al cuidado de este grupo poblacional deberá conocer con claridad todos los cambios fisiológicos que suceden en esta etapa de la vida para procurar su bienestar (33).

Cambios del sistema cardiovascular: Entre los cambios anatómicos y fisiológicos que presenta el corazón mencionamos la hipertrofia cardíaca, rigidez vascular, reducción del gasto cardíaco, disfunción endotelial lo que conlleva a incrementar el riesgo de hipertensión arterial y arritmias cardíacas (34,35).

Cambios del sistema renal: Existen cambios a nivel macroscópico, microscópico y vascular del riñón que se ven reflejados en una disminución del tamaño y peso renal, flujo renal disminuido, menor concentración de orina, niveles de renina y aldosterona reducidos (3,36).

Cambios del sistema respiratorio: Los cambios presentes en la función respiratoria del adulto mayor son disminución en la relación ventilación/perfusión, reducción de la capacidad vital, dilatación del árbol traqueo bronquial, oxigenación disminuida lo que incrementa el riesgo de hipoxia celular (32,37).

Cambios del sistema digestivo: A nivel de este sistema varios estudios han señalado que los cambios que se presentan son mínimos entre los que podemos citar son cambios a nivel buco dental, disminución del flujo de saliva, tránsito intestinal disminuido, metabolismo a nivel del hígado disminuido (38,39).

Cambios del sistema osteomuscular: Se evidencia disminución en la fuerza muscular, reducción de la masa ósea, desmineralización ósea, fatiga a nivel de los cartílagos articulares. También se produce incremento en el tejido adiposo y reducción de la masa grasa (5,40).

Cambios del sistema endócrino: Las modificaciones que se observan en este sistema se ven reflejadas en la resistencia a la insulina por un incremento en el tejido adiposo, disminución de células beta, además se evidencia incremento en los marcadores inflamatorios (41).

Cambios del sistema nervioso: Se evidencia reducción en la masa cerebral, pérdida neuronal, incremento en la cantidad de líquido cefalorraquídeo, lo que conlleva a disminución en la memoria, velocidad de procesamiento reducido, menor actividad neuronal (3,42).

- **Tipos de envejecimiento**

La piedra angular para la clasificación del envejecimiento se ha basado en el conocimiento previo de que todos los seres humanos no envejecen de la misma manera, es así que existen varias clasificaciones como son el envejecimiento placentero, envejecimiento patológico, envejecimiento activo, envejecimiento exitoso, los viejos sanos y los viejos enfermos. Sin embargo en la actualidad la clasificación más aceptada que tenemos es el envejecimiento normal, patológico y el envejecimiento con éxito (43).

Envejecimiento normal: También llamado envejecimiento primario es aquel en el que están presentes los cambios biológicos, psicológicos y sociales intransferibles que son propios de la edad, los mismos que se producen en el transcurso del tiempo (3,43).

Envejecimiento patológico: Conocido también como envejecimiento secundario es aquel envejecimiento que se produce como resultado de los inadecuados estilos de vida lo que conlleva a sufrir alteraciones, enfermedades y desarrolla en el adulto mayor una mala percepción de su salud lo que le provoca fragilidad y dependencia de terceros (43).

Envejecimiento de éxito. Es la meta que se desea alcanzar a nivel mundial en la población caracterizado por que los adultos mayores tengan un estilo de vida

saludable, sean personas libres de enfermedades, puedan realizar las actividades básicas de la vida diaria, se mantengan físicamente activos, no tengan deterioro cognitivo y sean parte activa de la sociedad (3).

2.4.2 Determinantes de la salud

Los determinantes de la salud son aquellos factores personales, económicos, sociales y ambientales que influyen en el estado de salud de una persona o de una población (44). También son denominados como el conjunto de procedimientos que son potencialmente generadores de daño o de protección para el individuo y la colectividad (45). Los determinantes de la salud se clasifican en cuatro importantes categorías que son la biológica, estilos de vida, medio ambiente y los servicios de atención en salud (46).

Biológicos: Son los determinantes afines con el estado de salud físico y mental del ser humano que se expresan como resultado de la constitución orgánica y biológica del hombre. En estos determinantes se encuentran la genética, el estado nutricional, la inmunidad y la funciones de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano (47).

Estilos de vida: Son el conjunto de acciones que ejecuta el individuo lo que tiene influencia directamente sobre su estado de salud. Es así que un estilo de vida perjudicial traerá como consecuencia un mal estado de salud (48).

Medio ambientales: Son aquellos elementos naturales externos del cuerpo humano que contribuyen a generar situaciones de riesgo o de protección para la salud en los que no tiene control el ser humanos, como son el estado del agua, del aire, del suelo o del fuego (45).

Servicios de atención en salud: Se refiere a los servicios públicos y privados que brindan atención médica y a todo el equipo de trabajo así como la dotación de medicinas y varios servicios prestados (46).

- **Determinantes de la salud en el envejecimiento**

Los determinantes que rigen el estado de salud durante el envejecimiento son aquellos que permiten mejorar o agravar la calidad de vida del adulto mayor. Es así que en el contexto de un envejecimiento saludable se ven inmersos varios factores inmersos en tres modelos de determinantes los mismos que deberán ser tomados en cuenta durante el abordaje de un adulto mayor (49).

Primer modelo: En el campo la salud en el envejecimiento canadiense se ha establecido cuatro determinantes relacionados que son: Los factores biológicos, los estilos de vida, el medio ambiente y los servicios de salud (29,50).

Segundo modelo: La OMS distingue tres determinantes inmersos uno al otro para mantener la salud en el adulto mayor estos son: Los determinantes distales o estructurales representados por el contexto social, cultural, económico y político de la persona. Determinantes intermedios caracterizados por la susceptibilidad a la vulnerabilidad en el contexto laboral, familiar o social del individuo. El determinante proximal que no es otra cosa que el riesgo individual que posee cada individuo de acuerdo a sus características propias (29,50).

Tercer modelo: Se hace referencia al modelo histórico social propio de las desigualdades (50).

2.4.3 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Las enfermedades crónicas no transmisibles han sido definidas como aquellas enfermedades que se prolongan en el tiempo y que no tienen cura, se desconoce su causa transmisible entre personas, requieren tratamiento para toda la vida y su importancia radica en la adaptación que el individuo tenga hacia estas patologías para aprender a vivir con ellas (51).

En la actualidad a nivel mundial las ECNT constituyen un verdadero problema de salud pública y generan un reto para los servicios de atención esto debido a la

elevada prevalencia de estas patologías, debido a la influencia de varios factores entre los cuales podemos mencionar a los sociales, culturales, económicos y políticos que condicionan el estado de salud de cada individuo (52).

Entre los principales factores de riesgo comunes para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles tenemos: alimentación poco saludable, el sedentarismo, consumo de tabaco, consumo perjudicial de alcohol, así como también los factores biológicos entre los que tenemos la hipertensión arterial, la hiperglicemia, el sobre peso, la obesidad. Factores que como podemos observar son de carácter modificable, que mediante una intervención educativa adecuada se podría superar y ofrecer una mejor calidad de vida a la población general (53).

Según la OMS al año mueren más de 40 millones de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, siendo las principales causas de muerte las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, las mismas que representan el 80% de las muertes prematuras debidas a enfermedades crónicas no transmisibles (54).

- **Enfermedades crónicas no transmisibles y envejecimiento**

El acelerado incremento del envejecimiento poblacional es una condición de gran relevancia a ser tomado en cuenta, debido a que el adulto mayor cumple con las condiciones necesarias para que se desarrollen y manifiesten las enfermedades crónicas no transmisibles (55). Los adultos mayores son el grupo poblacional con mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, este hecho adicionado al incremento del envejecimiento a nivel mundial genera un elevado costo al nivel sanitario, sobre todo en los países que se encuentran en vías de desarrollo. Por lo tanto es crucial el reconocimiento oportuno de factores de riesgo para estas patologías durante la atención médica del adulto mayor lo que permitirá aplicar intervenciones de promoción y prevención que a largo plazo reduciría la prevalencia de ECNT y por ende la morbi-mortalidad en este grupo etario (56,57).

Con el envejecimiento se originan varios cambios importantes a nivel metabólico y hormonal del adulto mayor, lo que le predispone a padecer con mayor frecuencia patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, dislipidemia incrementado el riesgo cardiovascular de este grupo de edad. Estas patologías en el adulto mayor están estrechamente relacionados con la polifarmacia, incumplimiento en el tratamiento, elevados índices de hospitalización (33,56).

El envejecimiento predispone a que el individuo padezca más de una patología crónica, lo que incrementa su riesgo de mortalidad (58). Es así que las enfermedades crónicas en el adulto mayor conllevan a vivir un prolongado proceso doloroso (59). Las mismas que demandan promover intervenciones oportunas para reducir el impacto que estas tienen en la calidad de vida del adulto mayor (60,61). A nivel mundial las enfermedades crónicas afectan a millones de personas de todas las edades, observándose una elevada prevalencia en el adulto mayor el mismo que tiene mayor número de necesidades, razón por lo que se considera un grupo prioritario que requiere mayor atención y cuidado (62).

Igual que en el resto de grupos etarios los adultos mayores comparten los mismos factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, siendo una evidencia clara de que la presencia de estas patologías en este grupo etario es el resultado de su vivencia pasada (63,64). Una elevada prevalencia de estas patologías se evidencia en los países subdesarrollados donde es el principal motivo de consulta médica a los sistemas de salud, mientras que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad (65,66).

- **Hipertensión Arterial (HTA)**

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible, que tiene múltiples causas, considerada un problema de salud pública debido a su alta prevalencia e incremento en la morbi-mortalidad de la población general con mayor frecuencia en los adultos mayores (67,68). A nivel mundial se ha reconocido que la HTA es un problema de salud grave. En la actualidad la definición de la hipertensión arterial ha tenido algunos cambios de acuerdo a las diferentes guías,

es así que la guía europea mantiene su definición con un punto de corte de presión arterial igual o mayor a 140/90 mm/Hg, a diferencia de las guías americanas quienes han establecido como punto de corte para hipertensión arterial igual o mayor a 130/80 mm/Hg (69,70).

En cuanto a la epidemiología para el año 2015 la prevalencia de la HTA oscilaba entre el 30 al 45% a nivel global, mientras que en los adultos mayores esta representa el 60% de la prevalencia. Se estima que de acuerdo a los nuevos parámetros establecidos por las guías americanas estos valores aumentaran de manera significativa (71). Las proyecciones globales para el año 2025 son que 1,56 mil millones de personas padecerán hipertensión arterial en el mundo, lo que genera una carga financiera elevada para los sistemas de salud, sobre todo en los países con ingresos bajos (72,73).

Durante el envejecimiento se produce cambios favorecedores para el desarrollo de HTA como son el remodelado vascular que incrementa la rigidez arterial, lo que incrementa la incidencia de esta patología en adultos mayores (68). La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular, deterioro cognitivo, demencia y muerte súbita, estas complicaciones se presenta con mayor frecuencia en los adultos mayores (70,74,75).

En el adulto mayor la hipertensión arterial tiene varias formas de presentación como son la hipertensión arterial sistémica, hipertensión arterial media, hipertensión arterial sistólica aislada, hipertensión arterial diastólica, siendo la más prevalente en este grupo etarios la HTA sistólica aislada reconocida como un proceso de adaptación propio del envejecimiento (76).

Para el diagnóstico de HTA en el adulto mayor se debe realizar un registro de la tensión arterial medida en los dos miembros superiores, con un manguito adecuado de tamaño, buscando la presencia de hipotensión ortostática. Si no alcanza parámetros francos de HTA en una toma se deberá realizar varias mediciones de la tensión arterial en el consultorio. Se deberá tomar en cuenta las recomendaciones

previa a la toma correcta de tensión arterial y tener cuidado con el diagnóstico de HTA de bata blanca o la HTA enmascarada (65,71).

En cuanto al tratamiento de la hipertensión arterial se han establecido categorías que son los cambios en los estilos de vida y el tratamiento farmacológico.

En los adultos mayores se recomienda que estos reciban tratamiento farmacológico si su presión arterial sistólica (PAS) supera los 160 mm/Hg, con el objetivo de alcanzar cifras de tensión arterial sistólica de 130-139 si las tolera, o deberá condicionarse de forma individual para cada paciente (70,77).

Las recomendaciones para mejorar los estilos de vida y mantener un control adecuado de la presión arterial y prevenir complicaciones en la población general incluidos los adultos mayores son: dieta hipo-sódica, consumo moderado de alcohol, abandono del tabaco, realizar actividad física de forma regular, consumo frecuente de frutas, verduras y vegetales (76,78).

En cuanto al tratamiento farmacológico se ha establecido varias pautas, entre las recomendaciones tenemos a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de receptores de angiotensina (ARA), bloqueadores beta (BB), antagonistas de los canales de calcio, diuréticos. Es imprescindible conocer que a excepción de los IECA y los ARA todos estos fármacos pueden combinarse para lograr un control adecuado de la hipertensión arterial (71,76).

El tratamiento del adulto mayor con hipertensión arterial reviste gran importancia debido a la vulnerabilidad de este grupo etario, a la presencia de síndromes geriátricos, comorbilidades lo que implica prescribir más de un fármaco, por lo que requiere un abordaje integral a través de un equipo multidisciplinario (68). La atención primaria en salud se enfrenta diariamente a una elevada demanda de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial, lo cual establece un verdadero reto para el Médico de Familia quien deberá fomentar estrategias de promoción y prevención en el adulto mayor para alcanzar un control adecuado de la patología y

evitar complicaciones que pueden llevar a la muerte prematura del adulto mayor (79).

- **Diabetes Mellitus (DM)**

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica no transmisible de origen múltiple, en la que se evidencia alteración metabólica de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos dados por alteraciones en la secreción o función de la insulina, que se manifiesta por presentar niveles de glicemia elevados de evolución crónica (80,81). Los criterios para diagnóstico de diabetes mellitus en el adulto mayor no difieren de los criterios diagnósticos para la población general: glicemia en ayunas igual o mayor a 126mg/dl, glucosa al azar igual o mayor de 200mg/dl acompañados de polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso sin explicación, glicemia igual o mayor a 200mg/dl en una prueba de tolerancia oral a la glucosa, hemoglobina glicosilada (estandarizada) igual o mayor a 6,5 (82).

La transición demográfica que está viviendo el mundo trae consigo, cambios epidemiológicos en los que se evidencia un rebrote de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población adulta mayor, ubicándose la diabetes mellitus tipo 2 entre las primeras causas de morbi mortalidad de este grupo etario (83). El envejecimiento tiene una estrecha relación con la diabetes mellitus tipo 2, evidenciándose un incremento en la prevalencia conforme avanza la edad. Es así que en estadística se establece que el 63% de la población con diagnóstico de diabetes son personas mayores de 65 años de edad y se estima que para el futuro a nivel mundial las personas mayores de 70 años con diabetes se cuadruplicaran (84,85).

La diabetes mellitus tipo 2 predispone al adulto mayor a desarrollar complicaciones tales como la retinopatía, enfermedad renal, amputaciones de origen no traumático, deterioro cognitivo, razón por la cual requiere de atención prioritaria (86,87). Estas complicaciones a las que generalmente se encuentran expuestos los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 generan un incremento en la demanda de

atención en salud lo que trae consigo deterioro en la calidad de vida del adulto mayor (88,89).

Con respecto al tratamiento del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 se deberá establecer de acuerdo a las características individuales de cada paciente, mediante una valoración integral evaluando riesgos y beneficios para su calidad de vida. Las opciones de tratamiento que presenta el adulto mayor son similares a los de la población general en las que se establece el tratamiento no farmacológico y el tratamiento farmacológico (85).

El tratamiento no farmacológico está enmarcado en lo referente a modificar los estilos de vida como son mantener una dieta saludable, mantenerse físicamente activos, control adecuado del peso, restricción de tabaco, consumo moderado de alcohol, ingesta frecuente de verduras, vegetales y frutas. Estas recomendaciones por lo general son las mismas que para la gran mayoría de enfermedades crónicas no transmisibles, pues esto es debido a que todas comparten los mismos factores de riesgo para desarrollarse (90).

En lo que respecta al tratamiento farmacológico las opciones terapéuticas que tiene el adulto mayor son: las biguanidas, sulfonilureas, tiazolidindionas, meglitinidas, fármacos incretínicos (iDPP-4), insulina. Es indispensable seguir las recomendaciones universales para los adultos mayores en lo que respecta a iniciar tratamiento en bajas dosis e incrementarlos de forma paulatina en caso de ser necesario (90,91).

2.4.4 Salud mental

La salud mental es algo más que la ausencia de una enfermedad mental, es así que ha sido definida por la OMS como el estado de completo bienestar en el que la persona está consciente de sus capacidades, mantiene una vida productiva y puede afrontar de manera adecuada los sucesos naturales de la vida, contribuyendo de forma positiva a la comunidad (92).

Durante siglos el estudio de la salud mental estaba en el olvido, pues las enfermedades agudas y crónicas de tipo infeccioso han sido el foco de atención de todas las investigaciones, es así que recién en los últimos años las enfermedades mentales son reconocidas como patologías crónicas que ocasionan graves discapacidades (93). Un gran estudio realizado por la OMS acerca de la Carga de las Enfermedades, reconoció que las enfermedades mentales son la primera de todas las enfermedades que causan años de vida perdidos por discapacidad ya que estas son de inicio temprano (94).

A nivel mundial se ha calculado que más de 450 millones de personas padecen trastornos mentales lo que genera, elevados gastos del producto interno bruto de todos los países. Hecho que nos hace pensar la necesidad de repensar un enfoque diferente de preservar la salud mental el impacto de esta en los años de vida saludables (92,94).

- **Salud mental y envejecimiento**

Las alteraciones de la salud mental durante el envejecimiento se manifiestan como alteraciones en la funcionalidad, la conducta, lo que conlleva al aislamiento social. Por lo que es prioritario su reconocimiento oportuno para prevenir la discapacidad que esta genera y lograr conservar la independencia y la capacidad funcional del adulto mayor (92,95).

Según la epidemiología de la OMS el 15% de la población mundial presenta algún grado de discapacidad, valores que van en aumento debido al incremento de la población envejecida la misma que trae consigo el incremento de enfermedades crónicas incluidas las patologías mentales, lo que es más evidente en los países con ingresos económicos medianos y bajos (93,96). Durante el envejecimiento es evidente la disminución de las diferentes capacidades mentales esto debido a diversas alteraciones que se producen a nivel funcional, social y familiar del adulto mayor lo que coloca a este grupo poblacional en un grupo prioritario con alto riesgo de vulnerabilidad (95). Diversas investigaciones internacionales han demostrado que todos los adultos mayores sufren algún tipo de enfermedad mental durante esta

etapa de la vida siendo los más prevalentes la depresión, ansiedad y demencia (15). Este suceso implica considerar un abordaje multidisciplinario del paciente adulto mayor enfocado en los principales factores de riesgo para desarrollar patología mental (92,96).

- **Depresión**

Se define a la depresión como el estado de ánimo caracterizado por tristeza persistente o una expresión exagerada de la misma ante la presencia o ausencia de una causa externa, se manifiesta con episodios de cansancio, pérdida de interés, trastornos del apetito, alteraciones en el sueño, falta de concentración lo que repercute severamente en la calidad de vida del adulto mayor durante semanas (14). La depresión es la enfermedad psiquiátrica más prevalente en los adultos mayores por lo que se la considera como un problema de salud trascendental para este grupo etario, ya que genera sufrimiento y dolor a la persona que la padece como a su familia (18).

La OMS admite que la depresión en el mundo es una epidemia silenciosa e invisible que afecta a toda la humanidad en todas sus etapas de la vida. La prevalencia de esta enfermedad se incrementa con la edad, representa del 15 al 20% de los trastornos afectivos de la población en la comunidad, constituyendo el 29% de diagnósticos en la atención primaria; mientras en la población hospitalizada se incrementa del 25 al 40%. Alcanzando un incidencia anual del 15%. La depresión representa una carga económica para el sistema de salud (97). Se proyecta que en el futuro la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo (6,9).

Factores de riesgo

Se presume que la etiología de la depresión es multifactorial la misma que depende de la presencia de factores de riesgo. Sin embargo es preciso reconocer que no existen estudios numerosos que avalen el grado de influencia que tengan los factores de riesgo para desarrollar depresión. Se reconoce que los factores físicos tienen estrecha relación con la salud mental (98).

Se ha establecido como factores de riesgo para desarrollar depresión en adultos mayores los componentes personales y sociales, familiares y los factores cognitivos (99).

Factores personales-sociales: En esta categoría se establece como factores de riesgo el sexo, estado civil, enfermedades crónicas, rasgos neuróticos, consumo de tabaco y alcohol, nivel educativo, nivel económico, ocupación (6).

Factores cognitivos: Dentro de estos factores podemos citar los pensamientos y creencias que dificultan afrontar las diferentes situaciones de la vida (6,99).

Factores familiares: Podemos citar la dependencia, el aislamiento, ausencia de apoyo (99).

Manifestaciones clínicas

En la población adulta mayor se presenta de forma inespecífica debido a que generalmente este grupo etario padece varias patologías juntas lo que dificulta el reconocimiento de los síntomas depresivos, por lo que muchas de las veces pasa considerado erróneamente como parte normal del envejecimiento (100). Debido a que esta patología es silenciosa podemos mencionar algunos síntomas que podrían hacernos sospechar que estamos frente a un trastorno depresivo en el adulto mayor como son: pérdida de peso, tristeza, falta de energía, pesimismo, pérdida de interés por las actividades; trastornos del sueño, apetito, conducta, ideas suicidas (101).

Diagnóstico

El diagnóstico de depresión en el adulto mayor representa un gran reto para el médico de Atención Primaria, ya que esta patología puede pasar desapercibida tanto para el propio paciente como para la familia. Por lo que se requiere de la experticia y conocimiento adecuado de la depresión para considerar este diagnóstico en el adulto mayor (99).

Es indispensable para el diagnóstico realizar una historia clínica completa en la que se detallen una anamnesis clara que revele la presencia de síntomas depresivos. Existen diferentes criterios para llegar al diagnóstico de esta patología como podemos mencionar los criterios DSM V para depresión mayor, sin embargo no son específicos para el diagnóstico en el adulto mayor. Ante la falta de especificidad de los criterios generales de depresión en el caso de los adultos mayores se utiliza las escalas validadas para valoración de síntomas depresivos entre las que podemos citar a la escala de depresión geriátrica de Yesavage de 30 y 15 ítems las mismas que tienen la misma confiabilidad, sensibilidad y especificidad independientemente de la que se utilice (100).

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS), es una escala planteada en el año 1982 por Brink y Yesavage para la evaluación del estado afectivo del adulto mayor. Validada en el año 2002 por la OMS y la Organización Panamericana de la salud (OPS) la escala de 15 ítems (7). Tiene una sensibilidad y especificidad del 92 y 89% respectivamente para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor. Puede ser utilizada en adultos mayores con o sin patologías, con deterioro cognitivo leve o moderado. Investiga los síntomas depresivos en la última semana, se interpreta de 0 a 5 puntos como normal, de 6 a 10 puntos como depresión leve, igual o mayor a 11 como depresión severa (102).

Tratamiento

No se dispone de evidencia clara a cerca del tratamiento que se debe administrar al adulto mayor con depresión, la mayor parte de guías sugiere en base a opinión de expertos, que el tratamiento será aplicado en tres fases (103):

Fase aguda: Cuyo objetivo es alcanzar la remisión de los síntomas, siendo los fármacos con mejor perfil para este grupo etario los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) (103).

Fase de continuación: Tiene como meta evitar los episodios de recaídas, recomendable mantener el tratamiento instaurado por 12 meses posteriores a la remisión de los síntomas (103).

Fase de mantenimiento: individualizar al paciente, valorar riesgo beneficio y si es el caso mantener el tratamiento de forma indefinida (103).

2.5 Hipótesis

Los determinantes socioculturales están asociados con el desarrollo de depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial.

2.6 Señalamiento de las variables

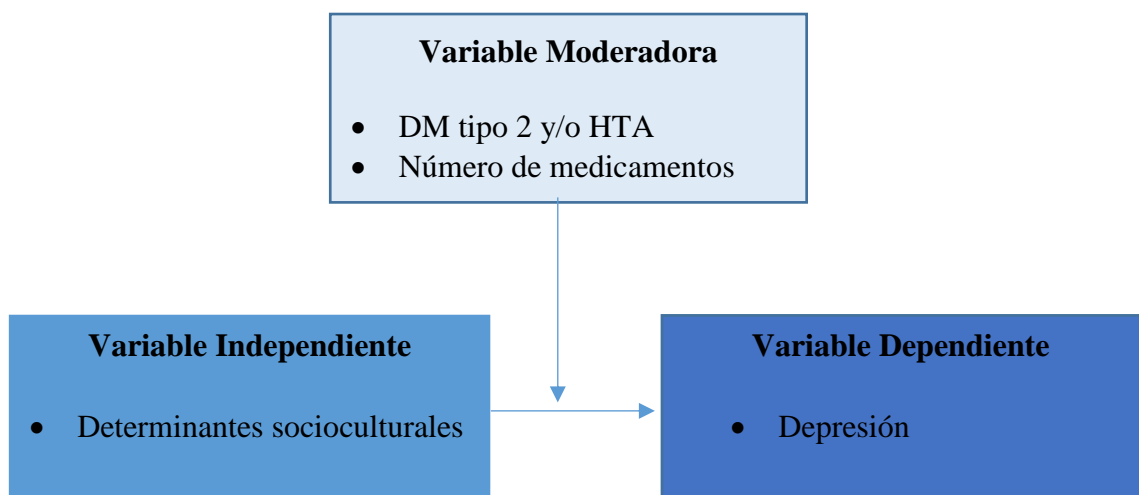


Ilustración 2: Variables

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque de la investigación

Esta investigación fue realizada con un enfoque cuantitativo. El mismo que permitió cuantificar los datos de las variables mediante la recolección y análisis de las mismas (104).

3.2 Modalidad básica de la investigación

La investigación realizada fue de campo, modalidad que permitió obtener la información directamente desde el lugar mismo donde se encuentra el problema de estudio, siendo así que la recolección de los datos fue realizada en el Centro de salud Patután durante la consulta médica y en las visitas domiciliarias realizadas a los adultos mayores.

3.3 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo observacional, analítica, transversal; ya que no hubo intervención por parte del investigador, se relacionan las variables de estudio para probar si hay asociación entre ellas permitiendo realizar una descripción adecuada de las variables de estudio en un determinado momento en una sola ocasión durante el periodo en el que se realizó la investigación (105,106).

3.4 Población

La población de estudio fueron los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial que acuden al centro de salud Patután, del barrio Zumbalica centro y sur de la parroquia Eloy Alfaro, catón Latacunga, provincia de Cotopaxi.

3.4.1 Universo y muestra:

El universo estuvo constituido por los 103 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y /o hipertensión arterial residentes en el barrio Zumbalica centro y sur. La muestra se estableció con 100 adultos mayores.

3.4.2 Criterios de inclusión

- Adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial residentes en el barrio Zumbalica centro y Sur
- Adultos mayores que autorizaron participar en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado

3.4.3 Criterios de exclusión

- Adultos mayores con patologías psiquiátricas previamente diagnosticadas y que impidan contestar adecuadamente a las preguntas del cuestionario.
- Adultos mayores que hayan estado hospitalizados en las últimas 2 semanas

3.4.4 Fundamentación ética

Durante la realización de esta investigación se aplicaron los principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos descritos en el Informe Belmont. Respetándose la autonomía del individuo en relación a su participación voluntaria en el estudio. Así mismo se aplicó el principio de beneficencia al no hacer daño al individuo y más bien procurar su bienestar antes durante y después del estudio. A través del principio de justicia se trató a todas las personas según sus necesidades individuales (107).

Se tuvo en cuenta el anonimato de la población de estudio ya que los cuestionarios realizados no llevaron nombres, su identificación se realizó mediante numeración. Mientras que la aceptación de su participación voluntaria fue un requisito fundamental para la ejecución de esta investigación, el mismo que se obtuvo mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 1). Se explicó a todos los

participantes el tipo de investigación a realizar y se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada durante y después de la investigación.

No se declara conflicto de interés en esta investigación.

3.5 Operacionalización de variables

- **Variable independiente:** Los factores socioculturales no son más que aquellas condiciones en las que las personas viven y se desenvuelven (44,47), así como también las diferentes expresiones que caracterizan a cada población y por ende tienen impacto en su estado de salud (50,108).

Tabla 1: Determinantes socioculturales

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala
Edad	Tiempo que ha pasado desde el nacimiento de un individuo, señalado en años	Años cumplidos	65 – 74 75 – 84 85 – 94 95 y más	Cuantitativa	Razón
Sexo	Diferencia biológica de los seres humanos como hombre o mujer	Características sexuales	Hombre Mujer	Cualitativa	Nominal
Etnia	Conjunto de personas que tienen un origen, historia y tradición común.	Auto identificación	Mestizo Indígena Negro Blanco	Cualitativa	Nominal
Procedencia	Origen de una persona	Condición que depende de si nació en	Nativo Migrante	Cualitativa	Nominal

		el lugar o llegó después de adulto			
Estado civil	Situación actual de la persona, expresada por su relación de familia con derechos y deberes.	Condición social determinada por la pareja	Soltero Casado Divorciado Viudo	Cualitativa	Nominal
Instrucción educativa	Educación formal o no formal de las personas	Último nivel educativo aprobado	Ninguno Alfabetizado Primaria	Cualitativa	ordinal
Ocupación	Actividad que una persona realiza para subsistir	Tipo de labor que realiza con o sin remuneración	Ninguna Agricultor Comerciante Tareas domésticas	Cualitativa	Nominal
Religión	Sistema cultural que relaciona al ser humano con lo	Creencias y prácticas del lugar	Católica Evangélica Testigo de Jehová	Cualitativa	Nominal

	espiritual y la moral				
Convivencia	Coexistencia en un mismo espacio entre seres humanos	Convivir con alguna persona o solo	Solo Conyugue Hijos u otros	Cualitativa	Nominal
Pauta de conocimiento	Comprensión adecuada de la enfermedad	Test de Batalla	Adecuado Inadecuado	Cualitativa	Nominal
Conductas	Adherencia al tratamiento indicado	Test de Morisky Green	Con adherencia Sin adherencia	Cualitativa	Nominal

- **Variable Dependiente**

Tabla 2: Depresión

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala
Depresión	Trastorno del estado de ánimo	Escala modificada de Yesavage	0-5 Normal =>6 depresión	Cualitativa	Ordinal

- **Variable Moderadora**

Tabla 3: Enfermedades crónicas no transmisibles

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Tipo	Escala
ECNT	Son aquellas patologías de larga duración y evolución lenta que se incrementan debido al envejecimiento de la población	Enfermedades crónicas que padece	Diabetes mellitus HTA Diabetes mellitus + HTA	Cualitativa	Nominal
Tratamiento	Conjunto de medidas que tienen por finalidad curar o aliviar los síntomas de una enfermedad	Medicamentos indicados para la enfermedad	1 medicamento 2 medicamentos 3 o más medicamentos	Cualitativa	Nominal

3.6 Recolección de información

Una vez obtenidos los permisos éticos por parte del Comité de Ética de la Universidad Técnica de Ambato quien garantizó que se apliquen los principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos descritos en el Informe Belmont. Respetándose la autonomía del individuo en relación a su participación voluntaria en el estudio. Así mismo se aplicó el principio de beneficencia al no hacer daño al individuo y más bien procurar su bienestar antes durante y después del estudio. A través del principio de justicia se trató a todas las personas según sus necesidades individuales (107). Se procedió a realizar la investigación previa autorización de la coordinación del Centro de Salud tipo B Patután, se identificó a la población de estudio y se dio a conocer información acerca de la investigación que se iba a realizar, explicándoles que la investigación es de carácter anónimo, confidencial, que no representa riesgos para su salud e integridad y que podría retirarse del estudio cuando así lo decida sin tener ninguna repercusión sobre el mismo; garantizándose así la comprensión del proceso a realizarse mediante información suficiente, detallada y la obtención de la firma en el consentimiento informado (Anexo 1).

Se aplicó un cuestionario de recolección de datos el mismo que fue realizado tomando como referencia preguntas de la historia clínica geriátrica del Ministerio de Salud Pública (MSP 2008), de la encuesta de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) realizado en el año 2009 y la investigación realizada a una población de características similares en Latacunga, barrio la Calera centro en el año 2016 por Villarroel Vargas J (10,109). También se agregaron las preguntas del test de Batalla y el test de Morisky Green, los 2 test han sido validados a nivel internacional para ser aplicados en enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente en diabetes mellitus e hipertensión arterial, para evaluar el tipo de conocimiento que tiene el adulto mayor de la enfermedad que tiene el y la actitud que toma frente a esta (110).

Para la valoración de depresión se utilizó la escala modificada de Yesavage, la misma que consta en los protocolos y normas del Ministerio de Salud del Ecuador

para la atención integral del adulto mayor. Esta escala fue creada para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89%. Existen varias versiones de la misma, en Ecuador se utiliza la versión modificada de 15 ítems que fue validada por la OPS y OMS en el año 2002 (7,102).

La estructura del instrumento a utilizar consta del tema de investigación, presentación, instrucciones, cuestionario, test de Batalla, test de Morisky-Green, y la escala modificada de Yesavage (Anexo 2).

3.7 Procesamiento de la información y análisis estadístico

Los datos que se obtuvieron de los instrumentos de la investigación, fueron registrados en una base de datos en Microsoft Excel 2013 desde la cual se exportaron al programa estadístico SPSS versión 22, donde se procesó la información, resumiéndola en números absolutos y porcentajes, para a continuación ser presentada en tablas.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial, para establecer asociación entre las variables se aplicó la prueba estadística chi cuadrado de Pearson con un valor de significancia estadística de $p < 0,005$.

3.8 Recursos

Institucionales: Centro de Salud Tipo B Patután-Distrito de Salud 05D01, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria.

Humanos:

Investigador: Md. Lucía del Rocío Molina Vargas

Tutor Médico: Dr. Esp. Vicente Hernán Cárdenas Naranjo

Participantes de la investigación

Materiales: De oficina: computadora, impresora, hojas, esferos, lápices, borrador, perforadora, grapadora, tinta

Presupuesto y financiamiento: Autofinanciado

3.9 Cronograma de actividades



Ilustración 3 Cronograma de actividades

CAPÍTULO 4

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Caracterización de la muestra

Tabla 4: Distribución por antecedentes clínicos de enfermedad de los adultos mayores del barrio Zumbalica centro y sur.

Antecedentes de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes Mellitus	22	22,0
HTA	55	55,0
Diabetes e HTA	23	23,0

Fuente: Encuesta

Elaborado: L. Molina

Interpretación: En la población investigada se encontró que la patología clínica más frecuente que esta padecía fue la hipertensión arterial con el 55%, mientras que hubo porcentajes similares entre los pacientes que padecen de diabetes con los que tienen diabetes e hipertensión arterial juntos.

Discusión: Los resultados de esta investigación son similares a los alcanzados por Reyes y col. (3), durante su investigación realizada a adultos mayores de los centros gerontológicos de Guayaquil en el que encontraron que el 74% de la población estudiada (n= 50) padecía de hipertensión arterial. Datos que también concuerdan con los resultados de Cortés Muñoz y col. (4), en su estudio realizado a 4248 adultos mayores en los que hallaron que el 56,7% de la población tenía hipertensión arterial mientras que el 16,8% padecía de diabetes mellitus.

Tabla 5. Antecedentes clínicos de enfermedad y número de medicamentos que reciben los adultos mayores del barrio Zumbalica centro y sur.

Antecedente de enfermedad	Número de medicamentos			Frecuencia
	1	2	= 0 >3	
Diabetes Mellitus	18	4	0	22
Hipertensión arterial	16	39	0	55
DM e HTA	0	6	17	23
Frecuencia	34	49	17	100

Fuente: Encuesta

Elaborado: L. Molina

Interpretación: En cuanto al tratamiento más común que reciben los adultos mayores de esta investigación fue el de tomar 2 medicamentos, siendo este más frecuente en aquellos que padecen de hipertensión arterial.

Discusión: En cuanto al número de medicamentos que ingiere la población de esta investigación para sus patologías difieren del estudio realizado por Cala Calviño y col. (5), quienes hallaron en su estudio realizado a 532 adultos mayores, el 100% de su población ingerían más de 2 medicamentos al día, de los cuales el 57,3% eran para pacientes con patologías cardiovasculares como la hipertensión arterial, entre otros y el 20,1% para enfermedades endócrinas siendo la más representativa de estas la diabetes mellitus tipo 2. También se encontraron resultados similares a los de esta investigación en un estudio realizado en Guayaquil en el que el 30% de la población de adultos mayores estudiados ingerían únicamente 1 medicamento para su patología (3).

Tabla 6. Distribución por edad, sexo y estado civil de los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Edad	Sexo		Estado civil			
	Hombre	Mujer	Soltero	Casado	Divorciado	Viudo
65-74 años	4	39	3	15	1	25
75-84 años	25	15	2	10	1	16
85-94 años	6	10	2	10	0	12
=o> 95 años	0	1	1	0	0	1
Frecuencia	35	65	8	35	2	55

Fuente: Encuesta

Elaborado: L. Molina

Interpretación: El sexo que predominó en la investigación fue el femenino, con mayor prevalencia en el grupo de edad de 65-74 años, la media de edad para toda la población fue de 76,99 años. En su gran mayoría son viudos, los mismos que mayormente viven solos.

Discusión: Los resultados de la variable sexo coinciden con los obtenidos por González Valdez y col (1), en su estudio realizado a adultos mayores con diabetes mellitus en el que el 71,6% de la población estudiada (n=113) pertenecían al sexo femenino, diferenciándose en la media de la edad la cual fue de 69,5 años. En cuanto al estado civil los datos también son similares a los de Reyes y col. (3), en el que encontró que el 58% (n= 50) de su población de estudio fue viuda.

Tabla 7. Distribución por nivel de instrucción y ocupación de los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Instrucción	Ocupación				Frecuencia
	Agricultor	Comerciante	Domestico	Ninguno	
Ninguna	28	5	10	6	49
Alfabetizado	1	2	0	0	3
Primaria	24	12	9	3	48
Frecuencia	53	19	19	9	100

Fuente: Encuesta

Elaborado: L. Molina

Interpretación: En la investigación se obtuvo que el mayor porcentaje de la población no tiene ningún nivel educativo, y que su ocupación más frecuente es la agricultura.

Discusión: Con respecto a la formación educativa los datos son semejantes a los hallados por Villarroel Vargas y col (10), en su estudio de valoración funcional realizado a 70 adultos mayores en el que obtuvo que el 51,4% de la población eran analfabetos.

4.2 Asociación de variables

Tabla 8. Asociación entre DM y/o HTA y la depresión en los adultos mayores del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Antecedentes de enfermedad*			Total
	Diabetes Mellitus	HTA	Diabetes e HTA	
Depresión severa	1 4,5%	4 7,3%	10 43,5%	15 15,0%
Depresión moderada	12 54,5%	41 74,5%	13 56,5%	66 66,0%
Normal	9 40,9%	10 18,2%	0 0,0%	19 19,0%
Total	22 22,0%	55 55,0%	23 23,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2=22,5$ * $p = 0,000$

Interpretación: El 81% de la población estudiada padece de depresión, encontrándose que el 100% (n=23) de las personas con DM + HTA tienen depresión, distribuidas en el 43,5% y 56,5% con depresión severa y moderada respectivamente; seguida de los adultos mayores que padecen solo HTA con el 81,8% siendo más frecuente la depresión moderada con el 74,5% y el 59% de las personas con DM tipo 2 padecen de depresión. Estos resultados permiten afirmar que los niveles de depresión son distintos en los grupos de la enfermedad crónica que padezca el adulto mayor.

Discusión: Los datos obtenidos en esta investigación coinciden con los encontrados por De La Cruz-Mitac y col. (111), realizado en el Perú en el que hallaron que de

117 adultos mayores estudiados 63 de ellos tienen hipertensión arterial de los cuales el 85,71% padecen de depresión distribuidos en el 52,38% y 33,33% con depresión leve y establecida respectivamente; así mismo encontraron que 53 pacientes padecían de diabetes mellitus tipo 2 de los cuales el 77,36% tenían depresión, con el 45,28% y el 32,08% distribuidos en depresión leve y establecida respectivamente. Por otro lado, también encontraron resultados similares en el estudio realizado por Valdés King y col. (6), en Cuba a un grupo de adultos mayores (n=20) que se encontraban parcialmente institucionalizados, reportando que el 95% de la población estudiada adolecía de ECNT y de los cuales el 60% padecían de depresión.

Tabla 9. Asociación entre número de medicamentos que recibe para su patología clínica y la depresión en los adultos mayores del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Número de medicamentos*			Total
	Uno	Dos	Tres o más	
Depresión severa	2 5,9%	4 8,2%	9 52,9%	15 15,0%
Depresión moderada	21 61,7%	39 79,6%	6 35,3%	66 66,0%
Normal	11 32,4%	6 12,2%	2 11,8%	19 19,0%
Total	34 100,0%	49 100,0%	17 100,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2=14,828$ $*p = 0,001$

Interpretación: Se obtuvo que el 17% de los adultos mayores reciben 3 o más medicamentos para su patología de los cuales el 82% de estos tienen depresión con una distribución de 52,9% y el 35,3% con depresión severa y moderada respectivamente, seguidos de los adultos mayores que reciben 2 medicamentos con el 87,8% de depresión.

Discusión: Los adultos mayores son pacientes con varias patologías médicas, por lo tanto son polimedicados, lo que les desencadena una serie de síntomas entre las cuales tenemos la depresión, alteraciones del sueño, mareos, somnolencia; que conllevan a mayor asistencia médica (112), datos que contribuyen a los resultados obtenidos en este estudio. Al igual que varios estudios realizados en diferentes países como Chile y Colombia en los que se destaca que la polifarmacia en adultos mayores constituye un factor de riesgo para padecer depresión (6).

Tabla 10. Asociación entre sexo y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Sexo*		Total
	Masculino	Femenino	
Depresión severa	1 2,9%	14 21,5%	15 15,0%
Depresión moderada	24 68,6%	42 64,6%	66 66,0%
Normal	10 28,6%	9 13,8%	19 19,0%
Total	35 35,0%	65 65,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2=823$ * $p=0,007$

Interpretación: Existe mayor frecuencia de depresión en el sexo femenino con el 86,1%, prevaleciendo la depresión moderada con el 64,6%; mientras que en el sexo masculino el 71,5% tiene depresión distribuidas en el 2,9% y 68,6% con depresión severa y moderada respectivamente. Con lo que se afirma que existe relación entre el sexo al que pertenezca el adulto mayor y la depresión.

Discusión: Datos similares a esta investigación se encontró en el trabajo de intervención realizado por Guillén Pereira y col. (113) a un grupo de 111 adultos mayores que fueron tamizados para depresión pre y post intervención mediante el test modificado de Yesavage, quienes obtuvieron que la mayor frecuencia de depresión tuvo el sexo femenino (26/45 en el grupo experimental y 19/22 en el grupo control) en relación al sexo masculino, con un predominio de depresión moderada. También se hallaron datos análogos en el estudio realizado por De la

Cruz-Mitac y col. (111) en el que de 71 mujeres que participaron en el estudio el 74,6% de ellas presentaron depresión, mientras que de 46 hombres que participaron en el estudio el 50% de ellos tenían depresión, predominando la depresión leve sobre la establecida en los dos sexos. Por otra parte en los estudios realizados por Téllez y col. (114) y Flores Padilla y col. (115) a poblaciones de adultos mayores encontraron que el sexo femenino son el grupo con mayor afectación de depresión.

Tabla 11. Asociación entre edad y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Grupos de edad en años*				Total
	65 a 74	75 a 84	85 a 94	95 y más	
Depresión severa	6 14,0%	5 12,5%	4 25,0%	0 0,0%	15 15,0%
Depresión moderada	26 60,5%	29 72,5%	10 62,5%	1 100,0%	66 66,0%
Normal	11 25,5%	6 15,0%	2 12,5%	0 0,0%	19 19,0%
Total	43 43,0%	40 40,0%	16 16,0%	1 1,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2=2,05$ $*p =0,562$

Interpretación: En el análisis de esta investigación no se encontró significancia entre los grupos de edad y la depresión, por lo que no se puede afirmar que los niveles de depresión sean distintos en los grupos de edad de la población. No hay relación entre ambas variables.

Discusión: A pesar de no haber encontrado relación estadísticamente significativa en el estudio realizado, si se encontró que existe mayor frecuencia de depresión en aquellos adultos mayores del grupo de edad de 85-94 años de edad, siendo estos datos opuestos a los del estudio de intervención realizado por Sims Rodríguez M y col. (7) a un grupo de adultos mayores con depresión de un centro geriátrico en el que obtuvieron que los grupos de edad comprendidos entre 60-69 años y los de 80-89 años representaron el mismo porcentaje de depresión con el 33,3% de los casos para cada grupo de edad. También en el estudio realizado por Subramaniam M y col. (18) nos habla de que los adultos mayores en las edades comprendidas entre

75 a 84 años de edad tienen mayor probabilidad de padecer depresión. Estos datos son similares a los resultados del trabajo realizado por Baldeón Martínez y col. (116) quienes hallaron en su estudio que el 40,5% de adultos mayores de 75 años de edad padecían depresión.

Tabla 12. Asociación entre estado civil y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Estado civil*				Total
	Soltero	Viudo	Divorciado	Casado	
Depresión severa	1 12,5%	3 5,5%	0 0,0%	11 31,4%	15 15,0%
Depresión moderada	6 75,0%	37 67,3%	0 0,0%	23 65,7%	66 66,0%
Normal	1 12,5%	15 27,3%	2 100,0%	1 2,9%	19 19,0%
Total	8 8,0%	55 55,0%	2 2,0%	35 35,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2=21,47$ * $p=0,000$

Interpretación: Encontrándose que el 45% de la población estudiada no tienen conyugue, siendo la población con mayor frecuencia de depresión los adultos mayores viudos con el 97,1% de los cuales el 65,7% tienen depresión moderada; mientras que el 72,8% de la población casada de estudio tiene depresión. Con este análisis se comprueba que los niveles de depresión se diferencian según el estado civil de la población estudiada.

Discusión: Se comparten estos resultados con los obtenidos por Ahn y col. (117) quienes encontraron que los adultos mayores que viven solos, predominantemente los viudos tienen un efecto negativo en su salud mental desarrollando sobre todo depresión.

A diferencia de los resultados de esta investigación, no se encontró significancia estadística (0,521) entre el estado civil y la depresión en el adulto mayor en el estudio realizado Tartaglino y col. (118), así como tampoco se encontró

significancia estadística ($p=0,1$) entre estas variables en el estudio realizado por Sáenz y col. (119).

Tabla 13. Asociación entre nivel de instrucción y depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Instrucción Educativa*			Total
	Ninguno	Alfabetizado	Primaria	
Depresión severa	13 26,5%	0 0,0%	2 4,2%	15 15,0%
Depresión moderada	30 61,3%	2 66,7%	34 70,8%	66 66,0%
Normal	6 12,2%	1 33,3%	12 25,0%	19 19,0%
Total	49 49%	3 3%	48 48%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2= 9,37$ $*p= 0,009$

Interpretación: En el análisis se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción del adulto mayor y la depresión. Encontrándose que el 49% de la población no tiene ningún nivel educativo de los cuales el 87,7% de estos presentan depresión, distribuidos en el 26,5% y 61,2% con depresión severa y moderada, respectivamente. En este análisis se evidencia que la depresión se diferencia según el nivel de instrucción educativa del adulto mayor.

Discusión: Los datos de esta investigación coinciden con los hallazgos encontrados por Martina y col (120) en los que demuestra significancia estadística ($p<0,001$) de la relación que existe entre los individuos que no tienen ninguna instrucción educativa y la depresión; en este estudio las personas sin instrucción educativa representaron el 25,2% de los individuos que tiene depresión. Por otra parte, también se halló similitud en los resultados de Sun y col. (121) en su trabajo realizado en China donde encontró que las mujeres con bajo nivel educativo y que viven solas son quienes mayormente presentan síntomas depresivos.

Tabla 14. Asociación entre la ocupación y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Ocupación*				Total
	Agricultor	Comerciante	Doméstico	Ninguno	
Depresión severa	2 3,8%	10 52,6%	2 10,5%	1 11,1%	15 15,0%
Depresión moderada	38 71,7%	6 31,6%	15 78,9%	7 77,8%	66 66,0%
Normal	13 24,5%	3 15,8%	2 10,5%	1 11,1%	19 19,0%
Total	53 53,0%	19 19,0%	19 19,0%	9 9,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $\chi^2= 13,27$ * $p= 0,004$

Interpretación: Existe relación estadísticamente significativa entre las variables, encontrándose el mayor porcentaje de depresión con el 89,4% en los adultos mayores que se dedican a las actividades domésticas, seguido de aquellos adultos mayores que no realizan ningún tipo de actividad con el 88,9%, en ambos casos se evidencia mayor frecuencia de depresión moderada con el 79,8% y el 77,8% respectivamente para cada grupo. Los niveles de depresión se comportan de manera diferente según la ocupación de los adultos mayores.

Discusión: Los datos obtenidos en este estudio difieren de otros estudios, entre ellos el estudio realizado por Tartaglini y col. (118) en el que no encuentran significancia estadística ($p 0,673$) a la asociación entre el tipo de ocupación que tiene el adulto mayor y la depresión.

Tabla 15. Asociación entre la procedencia y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Procedencia*		Total
	Nativo	Migrante	
Depresión severa	10 14,1%	5 17,2%	15 15,0%
Depresión moderada	48 67,6%	18 62,1%	66 66,0%
Normal	13 18,3%	6 20,7%	19 19,0%
Total	71 71,0%	29 29,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2= 1024$ $*p= 0,960$

Interpretación: En el análisis no se encontró relación estadísticamente entre la procedencia de nativo o migrante con la depresión. Por lo que se establece que no hay diferencias entre los niveles de depresión y los grupos de procedencia de los adultos mayores.

Discusión: Los resultados alcanzados en este estudio con respecto a la variable procedencia del adulto mayor son similares a los resultados del trabajo realizado por Tartaglini y col. (118) sobre “Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina” en el que no se encontró relación estadísticamente significativa entre estas variables.

Sin embargo, también se hallaron resultados opuestos como son los encontrados en la revisión narrativa realizada de la tesis doctoral “Los que se quedan...salud mental de adultos mayores inmersos en contextos de alta migración en México” por Torres y Arias (122), quienes hacen mención que la migración tiene repercusión directa en la salud mental del adulto mayor con tendencias a problemas de depresión y suicidio.

Tabla 16. Asociación entre la etnia y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Etnia*				Total
	Mestizo	Indígena	Negro	Blanco	
Depresión severa	7 14,3%	4 12,5%	3 27,3%	1 12,5%	15 15,0%
Depresión moderada	37 75,5%	17 53,1%	6 54,5%	6 75,0%	66 66,0%
Normal	5 10,2%	11 34,4%	2 18,2%	1 12,5%	19 19,0%
Total	49 49,0%	32 32,0%	11 11,0%	8 8,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2= 4,637$ *p = 0,2

Interpretación: En el análisis no se encontró significancia estadística entre la etnia y la depresión, los niveles de depresión no se diferenciaron en los grupos de etnia del adulto mayor, por lo que las variables no se encuentran relacionadas.

Discusión: No se encontraron estudios que valoren la asociación entre las variables etnia y depresión en adultos mayores, sin embargo se encontró un estudio que valora síntomas depresivos en adultos mayores con discapacidad realizado por Luna-Orozco y col. (123) quienes citan a Schieman y Plickert los que afirmaron que la asociación entre discapacidad y síntomas depresivos en el adulto mayor difieren de acuerdo al género, la raza y el nivel socioeconómico, demostrándose que existe mayor tendencia a la depresión en adultos mayores de raza blanca.

Tabla 17. Asociación entre la religión y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Religión*			Total
	Católica	Evangélica	Testigos de Jehová	
Depresión severa	12 16,9%	2 8,0%	1 25,0%	15 15,0%
Depresión moderada	49 69,0%	15 60,0%	2 50,0%	66 66,0%
Normal	10 14,1%	8 32,0%	1 25,0%	19 19,0%
Total	71 71,0%	25 25,0%	4 4,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2= 3,953$ $*p= 0,139$

Interpretación: En el análisis no se encontró significancia estadística entre la religión y la depresión; por lo que se afirma que los niveles de depresión son homogéneos entre los grupos de los tipos de religión.

Discusión: Datos similares a los obtenidos en este estudio se pudo encontrar en el trabajo “Religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados de Lima metropolitana” realizado por Acosta Cruzado y Sánchez Sánchez (124), en el que si bien no encontraron datos estadísticamente significativos que relacionen las variables, si hallaron una débil correlación entre ellas; dato importante que debe ser tomado en cuenta ya que en varios estudios se ha demostrado que la religión actúa como fuente de apoyo para el ser humano.

Tabla 18. Asociación entre la convivencia y depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Convivencia*			Total
	Conyugue	Solo	Hijos u otros	
Depresión severa	9 34,6%	3 5,6%	3 15,0%	15 15,0%
Depresión moderada	13 50,0%	36 66,7%	17 85,0%	66 66,0%
Normal	4 15,4%	15 27,8%	0 0,0%	19 19,0%
Total	26 26,0%	54 54,0%	20 20,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2= 11,374$ * $p= 0,003$

Interpretación: En el análisis de esta variable se encontró que el 100% de los adultos mayores que viven con los hijos o con otros y el 72% de los adultos mayores que viven solos padecen depresión, siendo la depresión moderada más prevalente en los 2 grupos de adultos mayores. Este resultado demostró significancia estadística.

Discusión: Datos similares a esta investigación fueron encontrados por Martina y col. (120) en los que demuestran que el 16,1% de la población que vive sola presenta depresión con significancia estadística ($p<0,001$) entre las variables de estudio.

Tabla 19. Asociación entre el conocimiento y la depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Conocimiento*		Total
	Adecuado	Inadecuado	
Depresión severa	3 6,4%	12 22,6%	15 15,0%
Depresión moderada	29 61,7%	37 69,8%	66 66,0%
Normal	15 31,9%	4 7,5%	19 19,0%
Total	47 47,0%	53 53,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $X^2= 823,5$ ***p** = 0,001

Interpretación: En el análisis se determinó relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimiento que el adulto mayor tiene de su enfermedad y la depresión. Encontrándose que el 53% de los adultos mayores no tienen un conocimiento adecuado de su enfermedad, de los cuales el 92,4% padecen de depresión, distribuidos en el 22,6% y el 69,8% con depresión severa y moderada respectivamente.

Discusión: En relación al resultado obtenido en esta variable de estudio se encontraron datos similares en una revisión sistemática realizada en Colombia acerca de la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, la misma en la que se encontró que el nivel de conocimiento que tienen este tipo de pacientes sobre su enfermedad es bajo, y por ende esto tiene repercusión sobre la adherencia al tratamiento de la patología. Lo cual está relacionado directamente con la depresión en el adulto mayor como se describió previamente en la variable adherencia al tratamiento (125).

Tabla 20. Asociación entre adherencia al tratamiento y depresión en los adultos mayores con DM y/o HTA del barrio Zumbalica centro y sur.

Depresión	Adherencia al tratamiento*		Total
	Con adherencia	Sin adherencia	
Depresión severa	4 12,5%	11 16,2%	15 15,0%
Depresión moderada	17 53,1%	49 72,1%	66 66,0%
Normal	11 34,4%	8 11,8%	19 19,0%
Total	32 32,0%	68 68,0%	100 100,0%

Fuente: Encuesta **Elaborado:** L. Molina $\chi^2= 846,5$ * $p= 0,033$

Interpretación: En el análisis se encontró relación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y la depresión, el 68% de los adultos mayores no tienen adherencia al tratamiento que reciben para sus patologías (DM-HTA), siendo el 88.3% de los adultos mayores sin adherencia al tratamiento los que tienen depresión, distribuidos en el 16,2% y 72,1% con depresión severa y moderada respectivamente. Lo que determina que los niveles de depresión son distintos en los grupos con y sin adherencia al tratamiento.

Discusión: En relación a la variable adherencia al tratamiento evaluado con el fin de conocer la conducta que tiene el adulto mayor ante el tratamiento de una enfermedad crónica no transmisible (DM, HTA) diagnosticada y su relación con la depresión, los datos encontrados en este trabajo son análogos a los encontrados en el trabajo realizado por Barría y Leiva (126) que tuvieron por objetivo conocer la relación que existía entre dependencia, salud cognitiva y síntomas depresivos con la adherencia al tratamiento en 79 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, encontrándose que el 59,5% de los pacientes estudiados no tuvieron adherencia al tratamiento, y de estos el 34,2% de pacientes presentaron síntomas depresivos, por lo que este trabajo confirma la relación significativa que se existe entre la adherencia al tratamiento con la depresión.

4.3 Prueba de hipótesis

Se planteó la hipótesis de la siguiente manera:

H₀: Los determinantes sociales y culturales no están asociados a la depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial.

H_a: Los determinantes sociales y culturales están asociados a la depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial.

Los resultados obtenidos alcanzaron un nivel de significancia menor a 0,05; los datos significativos fueron dados mediante la aplicación de la prueba estadística Ji cuadrado de Pearson, con respecto a los determinantes socioculturales $\chi^2=18.170$ y $p < 0,002$ estableciéndose relación entre las variables socioculturales y la depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial. Aceptándose así la hipótesis alternativa con un valor de $p < 0,05$ y rechazando la hipótesis nula.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Existe una relación estrecha entre los determinantes socioculturales y el desarrollo de depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial del barrio Zumbalica centro y sur, encontrándose significancia estadística en 7 de 9 variables socioculturales estudiadas en esta investigación.

La población adulta mayor que participó en este estudio se caracterizó por ser eminentemente del sexo femenino, con un rango de edad de entre 65-74 años, predominantemente mestizos, nativos, viudos, sin instrucción educativa, agricultores, católicos, que viven solos, en su gran mayoría padecen de hipertensión arterial, reciben 2 medicamentos como tratamiento para su patología, el mayor porcentaje no tiene un conocimiento adecuado de su enfermedad y no tienen adherencia al tratamiento médico establecido

La población rural que padece diabetes y/o hipertensión arterial son más susceptibles de padecer depresión; fundamento que se confirma en esta investigación en la que se encontró que el 81% de la población estudiada padece depresión, presentándose con mayor frecuencia la depresión moderada con el 66%. Lo que implica un problema de salud pública que genera altos costos al sistema de salud.

Los determinantes socioculturales que están fuertemente relacionados con el desarrollo de depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial del barrio Zumbalica centro y sur son el sexo femenino, estado civil viudo, no tener instrucción educativa, realizar actividades de agricultura, vivir

solo, no tener un conocimiento adecuado de su enfermedad y por lo tanto no tener adherencia al tratamiento que recibe.

5.2 Recomendaciones

Fortalecer la atención primaria en salud, en el ámbito la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mentales en el adulto mayor, concientizando a los profesionales de salud acerca de la atención integral que requiere este grupo de edad, y el reconocimiento oportuno de los síntomas depresivos que estos presentan evitando verlos como propios de la edad.

Promover programas que mejoren la comprensión del proceso de envejecimiento, etapa en la que las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial están presentes; a través de actividades que integren al adulto mayor y la familia.

Ejecutar programas de educación al adulto mayor para alcanzar el empoderamiento de la enfermedad con el propósito de mejorar su conocimiento acerca de la misma y promover su autocuidado, integrando el tratamiento farmacológico, no farmacológico, psicológico y nutricional mediante actividades fáciles de desarrollar, lo que traerá como resultado un control adecuado de sus patologías y reducirá los gastos del sistema sanitario.

Crear redes de apoyo para el adulto mayor que les permitan ser parte activa de la familia y la sociedad.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1 Datos informativos

6.1.1. Institución ejecutora

Centro de Salud tipo B Patután

6.1.2 Beneficiarios

Población de adultos mayores y sus familias de Zumbalica centro y sur

6.1.3 Entidad responsable

Equipo de salud del Ministerio de salud Pública integrado por: Médico, Enfermera, TAPS, Psicólogo, Nutricionista. Comité local de salud

6.1.4 Ubicación

Provincia: de Cotopaxi

Cantón: Latacunga

Parroquia: Eloy Alfaro

Barrio: Zumbalica centro y sur

6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta

Inicio: Mayo 2021 **Final:** Abril 2022

6.2 Antecedentes de la propuesta

En el sector Zumbalica centro y sur, del cantón Latacunga, provincia de Cotopaxi, se identificaron 155 adultos mayores, de los cuales 103 padecían diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y diabetes e hipertensión arterial concomitantemente. Estos últimos fueron la población muestra para el desarrollo de la investigación

que llevo por título “determinantes socioculturales relacionados con el desarrollo de depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial”.

Con los antecedentes antes mencionados durante la investigación realizada se obtuvo que el 89% de la población estudiada presentó depresión, lo que representa datos verdaderamente alarmantes para el sistema de salud público. Este resultado ha llevado a identificar las características predominantes que presentan los adultos mayores con diagnóstico de depresión.

Es así que entre las principales características del adulto mayor que padece diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial y fue diagnosticado con depresión tenemos la viudez, el vivir solo, tener un conocimiento inadecuado de la enfermedad que padece lo cual conlleva a tener una conducta incorrecta con respecto a la adherencia al tratamiento del mismo, por lo tanto se ha evidenciado que una vez más que la salud del adulto mayor se ve influenciado tanto por el estado físico como mental del mismo.

En nuestro ámbito la evaluación del estado de salud mental del adulto mayor ha permanecido subestimado, por tal razón se ha visto la necesidad de proponer una estrategia de intervención educativa recreacional de acción frente a la situación actual de la salud del adulto mayor.

6.3 Justificación

En el mundo se ha elevado la expectativa de vida al nacer, en tal virtud se incrementa el número de adultos mayores, lo cual genera importantes gastos económicos al sistema de salud pública debido a la serie de problemas de problemas de salud que presentan este grupo poblacional (3). Por tal razón una de las prioridades de la atención médica se centra en mantener un estado de salud físico y mental adecuado para el adulto mayor.

El ser humano vive el proceso natural del envejecimiento, el mismo que está presente durante toda su vida de forma inevitable. Es importante tener en cuenta que no todas las personas tienen la misma forma de envejecer, pues este proceso se ve influenciado directamente por las vivencias de su infancia, adolescencia y su adultez y se refleja en el estado de salud de la vejez (24).

El estado de ánimo del adulto mayor es indispensable para que ese sea miembro activo de la familia, la comunidad y la sociedad en general. Una de las patologías mentales sobresaliente en el adulto mayor es la depresión, en su mayoría pasa subdiagnosticada, pues su sintomatología pasa inadvertida ya que esta es considerada como típica de la senectud lo cual es un grave error, ya que si no es identificada y tratada oportunamente provoca gran sufrimiento al adulto mayor (7).

Ante todo lo antes mencionado se ha visto la necesidad de plantear una estrategia de intervención educativo recreacional para los adultos mayores, que les permita desarrollarse e interactuar con sus pares y mantenerse vigilantes ante los cambios propios que presentan con el advenimiento de los años. Lo que promoverá un envejecimiento exitoso y saludable.

6.4 Objetivos

6.4.1 General

- Aportar estrategias de promoción de la salud que promuevan un envejecimiento saludable.

6.4.2 Específicos

- Proporcionar información a los adultos mayores sobre el proceso de envejecimiento.
- Reducir los pensamientos negativos y forjar pensamientos positivos sobre su salud.
- Concientizar sobre el cuidado de la salud y los hábitos saludables.
- Desarrollar actividades que promuevan su autonomía e independencia.

- Promover la integración del adulto mayor en el ámbito familiar, comunitario y social.

6.5 Análisis de factibilidad

La aplicación de esta propuesta de intervención es factible, ya que para su ejecución se cuenta con el talento humano y el espacio físico necesarios los mismos que se encuentran concentrados en el Centro de Salud tipo B Patután. El cumplimiento de los objetivos propuestos en esta intervención permitirá mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a quien va dirigido la propuesta.

La presente intervención requiere de un trabajo interdisciplinario el mismo que está avalado por las políticas del adulto mayor las mismas que están amparadas en la Constitución de la República del Ecuador (26) artículo 36: “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los campos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad...”

No se requiere de inversiones económicas significativas ya que los recursos a utilizar son los que existen en la unidad de salud los mismos que se utilizan tanto para la atención intra-mural como para la atención extra-mural.

6.6 Fundamentación teórico - científica

El envejecimiento es una etapa del desarrollo que caracteriza al ser vivo, la misma que está en constante evolución. Se expresa de manera independiente por una serie de cambios a nivel morfológico, funcional, psicológico y bioquímico como consecuencia del tiempo transcurrido sobre cada uno de los individuos y de los hábitos de vida mantenidos (21).

El envejecer se desarrolla como un proceso natural, dinámico, gradual y que no se puede evitar, está presente durante el transcurso de toda la vida, desde el momento

mismo de la concepción. Cabe mencionar que los cambios que están presente durante el proceso del envejecimiento no son solo resultados de los factores biológicos sino más bien de la interacción de estos con los factores sociales. Es así que mientras la edad avanza las capacidades físicas disminuyen y estas repercuten la salud mental del adulto mayor (25).

Ante la transición demográfica que vive el mundo debido al acelerado crecimiento de la población envejecida, ha provocado preocupación en las autoridades sanitarias ya que este hecho traerá consigo grandes repercusiones a nivel social y de salud. Es por esta razón que se ha propuesto a nivel mundial lograr un envejecimiento saludable con el propósito de promover y conservar la salud física y mental del adulto mayor para que puedan realizar las actividades que para ellos es importante, manteniendo así su capacidad funcional (40).

Una adecuada salud mental es el componente principal para que el ser humano pueda incrementar vida a sus años lo que le permitirá alcanzar una verdadera calidad de vida y más no solo agregar años a su vida. El adulto mayor con una buena salud mental podrá mantener buenas relaciones interpersonales, interfamiliares e intercomunitarias ya que su autoestima será positiva, se mantendrá feliz y será capaz de mantener el control de su propia vida superando adecuadamente las dificultades que se le presente (92).

En consecuencia podemos decir que la salud mental es el resultado de la interacción entre los factores biológicos y socioculturales en los que se encuentra inmerso diariamente el adulto mayor, en tal virtud estos factores se convierten en los determinantes de la salud mental (100). De ahí que los programas de promoción del envejecimiento no deberán estar centrados solo en el aspecto físico del adulto mayor si no también en su aspecto mental.

No existe evidencia que demuestre que los adultos mayores de hoy tengan mejor salud que aquellos de generaciones pasadas. Hecho que nos induce a reflexionar en la vejez pues una vida larga es un recurso valioso que debemos aprovechar para vivirla bien y así contribuir a la sociedad. Hablar de envejecimiento saludable es

hablar de capacidad funcional y más no solo de bienestar físico, ya que este proceso implica la promoción de la salud así como la prevención de la enfermedad, equilibrando la capacidad intrínseca de cada individuo para su realización personal.

La presente propuesta será realizada con la colaboración de los equipos multidisciplinarios del Centro de Salud tipo B Patután, personal que conforma el comité local de salud. Una vez obtenidos los permisos necesarios la misma se ejecutará en el Centro de salud antes mencionado donde se cuenta con el espacio físico necesario y adecuado para las actividades propuestas, también será aplicable en la comunidad. Las actividades que se llevaran a cabo se describen a continuación.

Actividad 1

- **Título:** Socialización de la intervención educativa recreacional “Envejecimiento saludable”

- **Objetivo:** Fomentar una adecuada relación entre el personal sanitario y los adultos mayores

- **Desarrollo:** Se convocará a los adultos mayores y sus familias a la socialización de la intervención educativa recreacional propuesta en base a los resultados obtenidos en la investigación realizada con el tema “Determinantes socioculturales relacionados con el desarrollo de depresión en los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial”, la misma que se llevará a cabo en la sala de reuniones del Centro de Salud tipo B Patután, en la misma que además se aplicará el consentimiento informado para la participación en el mismo, listado con el que se conformará los grupos de trabajo.

Actividad 2

- **Título:** Generalidades del envejecimiento

- **Objetivo:** Promover aptitudes efectivas sobre el envejecimiento

- **Desarrollo:** Se llevará a cabo una charla educativa con palabras comprensibles para los adultos mayores sobre los principales cambios que se producen durante el transcurso del envejecimiento en todas sus esferas.

Actividad 3

- **Título:** Es maravilloso estar vivo

- **Objetivo:** Elevar el autoestima del adulto mayor

- **Desarrollo:** En conjunto con el personal de psicología se realizarán técnicas de psicoterapia que ayuden al adulto mayor a fortalecer su amor por la vida, promoviendo pensamientos positivos por esta.

Actividad 4

- **Título:** Aprecio personal

- **Objetivo:** Exhortar la valía personal

- **Desarrollo:** se realizarán actividades de terapia ocupacional de acuerdo a las habilidades de cada uno de los grupos, lo que les permitirá sentirse útiles.

Actividad 5

- **Título:** Intercambio de ideas

- **Objetivo:** Liberar las experiencias vividas

- **Desarrollo:** Mediante lluvia de ideas se realizará un intercambio de experiencias, lo que les permitirá mantener abierta su mente escuchar y ser escuchados.

Actividad 6

- **Título:** Recreación

- **Objetivo:** Incentivar las actividades recreativas y de pasatiempo

- **Desarrollo:** Con el apoyo de fisioterapia a través de juegos interactivos de acuerdo a las habilidades de cada grupo se realizarán actividades que les permita fortalecer

el equilibrio, la memoria, la concentración, la fuerza, la coordinación en el adulto mayor.

Actividad 7

- **Título:** Hábitos saludables
- **Objetivo:** Promover hábitos saludables en el adulto mayor
- **Desarrollo:** A través de video foros y con la colaboración de nutrición se proyectarán recomendaciones nutricionales de acuerdo a las posibilidades de cada grupo de trabajo, recomendaciones higiénicas.

Actividad 8

- **Título:** Mi familia y mis pares
- **Objetivo:** Fortalecer la convivencia familiar y comunitaria
- **Desarrollo:** Con el apoyo de psicología se aplicarán técnicas de psicoterapia que permitan hacia una convivencia familiar y comunitaria adecuada mediante fortalecimiento de lazos en el hogar y en el club del adulto mayor.

Actividad 9

- **Título:** Atención Integral
- **Objetivo:** Aplicar la escala de depresión geriátrica de Yesavage
- **Desarrollo:** Mediante técnicas individualizadas se realizará la atención integral del adulto mayor en la que se evaluará los diferentes síndromes geriátricos, haciendo hincapié en el test de Yesavage ya que este será quien revele si la intervención ha tenido impacto o no.

6.7 Modelo operativo

Tabla 21: Modelo operativo de la propuesta

Fases	Metas	Actividades	Resultados	Tiempo
Planeación	1.-Presentar la propuesta 2.-Entrega de la planificación	Socialización de la propuesta con las autoridades	Aprobación de la propuesta	1 mes
Ejecución	1.- Trabajo interdisciplinario con el personal de la Unidad de Salud 2.- Fortalecer el club del adulto mayor 3.-Trabajo intersectorial con los diferentes actores sociales para conformar los ambientes saludables para el adulto mayor	Capacitaciones, charlas educativas, lluvias de ideas, grupos focales	Concientización de la población adulta mayor	10 meses
Evaluación	1.- Valoración integral semestral como lo indica el protocolo de atención de los adultos mayores	Llenado de escala geriátrica de Yesavage	Mantener un buen estado salud mental saludable que conlleve a un envejecimiento saludable	1 mes

6.8 Administración

La administración de la propuesta se llevará a cabo de manera conjunta con el Director Distrital, el coordinador del Centro de Salud tipo B Patután, personal del grupo EAIS.

6.9 Previsión de la evaluación

El monitoreo será continuo mientras se va ejecutando la intervención, mediante seguimiento permanente del Médico Familiar y Comunitario con el apoyo del grupo EAIS encargado.

La evaluación de resultado será semestral mediante la utilización de los mismos instrumentos utilizados los que permitirán evaluar las actividades desarrolladas teniendo en cuenta el nivel de conocimiento adquirido.

El impacto que ha tenido esta intervención se evaluará al cumplirse el año de realizada la intervención educativa educativa con los mismos instrumentos en donde se verá el impacto que ha tenido la estrategia en los adultos mayores, en su familia y en la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Valdez G, Martínez Cervantes K, Betancourt Suarez BE, Medina Jiménez AK, Castillo Chávez ÁM, Monroy Torres R. Seguridad alimentaria en el adulto mayor que vive con Diabetes Mellitus tipo 2 en León, Guanajuato. Jóvenes en la Cienc [Internet]. 2016;2(1):104–7. Available from:
<http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/articloe/view/1008/647>
2. Calero Morales S, Díaz TK, Caiza Cumbajin MR, Rodríguez Torres FÁ, Analuiza Analuiza EF. Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. Rev Cuba Investig Biomédicas [Internet]. 2016;35(4):366–74. Available from: <http://scielo.sld.cu>
3. Reyes M, Cabrera D, Alvarado G. Valoración integral de adultos mayores en centros gerontológicos de Guayaquil. Rev Cienc UNEMI [Internet]. 2017;10(23):116–23. Available from:
<http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/cienciaunemi/article/view/504>
4. Cortés-Muñoz C, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón Duque M. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia, Colombia 2012. Rev salud pública [Internet]. 2016;18(2):167–78. Available from:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/47209>
5. Cala Calviño L, Dunán Cruz LK, Marín Alvarez T, Vuelta Pérez L. Principales características de la prescripción de fármacos en ancianos del

- Policlínico “José Martí Pérez.” Medisan [Internet]. 2017;21(12):6035–49.
Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368454498004>
6. Valdés King M, González Cáceres JA, Salisu Abdulkadir M. Prevalence of depression and risk factors associated to cognitive impairment in elderly. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2017;36(4):1–17. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=79089>
 7. Sims Rodríguez M, Ramírez Leyva D, Pérez Castro K, Gómez García K. Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. Humanidades Médicas [Internet]. 2017;17(2):306–22. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202017000200005
 8. Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida. Toda una vida. Intervención emblemática. Misión mis mejores años [Internet]. Quito; 2018. 1–28 p. Available from: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/BrochureMisMejoresAños_L5.pdf
 9. Calderón M D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Medica Hered [Internet]. 2018;29(3):182. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>
 10. Villarroel Vargas JF, Cárdenas Naranjo VH, Miranda Vázquez JM. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. Enfermería Investig [Internet]. 2017;2(1):14–7. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194270>
 11. Maldonado Ruiz T. Información estadística de casos referentes a personas

- adultas mayores llevados por la DPE [Internet]. Quito; 2018. Available from: <http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2191/1/DEOI-DPE-012-2018.pdf>
12. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta nacional de desempleo y subempleo (ENEMDU) [Internet]. Quito; 2019. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2019/Diciembre-2019/201912_PobrezayDesigualdad.pdf
 13. Bedoya Vargas EP. El abandono del adulto mayor y el derecho de alimentos congruos en la parroquia Juan Montalvo cantón Latacunga [Internet]. Universidad Técnica de Ambato; 2019. Available from: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/30363>
 14. Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León Á, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Fam* [Internet]. 2016;23(1):24–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1405887116300736>
 15. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. WHO. World Health Organization; 2018 [cited 2018 Apr 8]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
 16. Ploeg J, Matthew-Maich N, Fraser K, Dufour S, McAiney C, Kaasalainen S, et al. Managing multiple chronic conditions in the community: a Canadian qualitative study of the experiences of older adults, family caregivers and healthcare providers. *BMC Geriatr* [Internet]. 2017;17(1):1–

15. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5282921/>
17. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas vitales registro estadístico de nacidos vivos y defunciones 2016 [Internet]. Quito; 2017 [cited 2018 May 3]. Available from:
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/Presentacion_Nacimientos_y_Defunciones_2016.pdf
18. Subramaniam M, Abdin E, Sambasivam R, Vaingankar JA, Picco L, Pang S, et al. Prevalence of Depression among Older Adults-Results from the Well-being of the Singapore Elderly Study. *Ann Acad Med Singapore* [Internet]. 2016 Apr [cited 2018 Apr 8];45(4):123–33. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27292002>
19. Vásquez Morales A, Horta Roa, Fernanda L. Enfermedad crónica no transmitible y calidad de vida. Revisión narrativa. *Rev Fac Ciencias la Salud Univ del Cauca* [Internet]. 2018;20(1):33–40. Available from:
<https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/944>
20. González Rodríguez R, García Cardentey J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Finlay* [Internet]. 2018;8(2):103–10. Available from:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>
21. Acosta Quiroz C, Tánori Quintana J, García R, Echeverría S, Vales J, Rubio L. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicol y Salud* [Internet]. 2017;27(2):179–88. Available from:

<https://www.liderlab.com.mx/maestros/jtanori/documentos/articulos/PDF/2017-Soledad.pdf>

22. Barbosa Silva L, Soares SM, Barbosa Silva P, Guimarães Santos JF, Viana Miranda LC, Melgaço Santos R. Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2018;26(e2987):1–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29538582/>
23. Morales A, Rosas GM, Yarce E, Paredes YV, Rosero M, Hidalgo A. Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. *Acta Médica Colomb* [Internet]. 2016;41(1):21–8. Available from: <http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/615>
24. Parra Rizo MA. Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años [Internet]. Universidad Miguel Hernández de Elche; 2017. Available from: [http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD Parra Rizo%2C Maria Antonia.pdf](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%20Maria%20Antonia.pdf)
25. Petretto DR, Pili R, Gaviano L, Matos López C, Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016;51(4):229–41. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X1500205X>
26. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador [Internet]. Quito; 2015 [cited 2018 May 3]. 2–218 p. Available from: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>

27. González Terán VR. Educación del adulto mayor para enfrentar limitaciones derivadas del envejecimiento. Transformación [Internet]. 2018;14(1):70–80. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552018000100007
28. Techera MP, Ferreira AH, Sosa CL, Marco NV, Muñoz LA. Significados que le atribuyen al envejecimiento activo y saludable un grupo de personas mayores que viven en comunidad. Texto Context Enferm [Internet]. 2017;26(3):e1750016. Available from:
<https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1750016.pdf>
29. Limón Mendizabal R. Envejecimiento activo : un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Aula Abierta [Internet]. 2018;47(1):45–54. Available from:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6292831>
30. Armas Sáez M, Ballesteros Hernández M. Fisiología del envejecimiento : contenido de estudio imprescindible en la formación del médico cubano. Edumecentro [Internet]. 2017;9(3):307–11. Available from:
<http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/964>
31. Esmeraldas Vélez E, Falcones Centeno M, Vásquez Zevallos MG, Solórzano Vélez JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Rev Científica Mundo la Investig y el Conoc [Internet]. 2019;3(1):58–74. Available from:
<http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357>
32. Jaeger C. Fisiología del envejecimiento. EMC - Kinesiterapia - Med Física

- [Internet]. 2018;39(2):1–12. Available from:
[https://doi.org/10.1016/S1293-2965\(18\)89822-X](https://doi.org/10.1016/S1293-2965(18)89822-X)
33. Pardo-García I, Amo-Saus E, Martínez Valero A, Escribano-Sotos F. Costes asociados a la desnutrición previa a la enfermedad y la desnutrición relacionada con la enfermedad en ancianos: una revisión sistemática. *Nutr Hosp* [Internet]. 2017;34(5):1215–25. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000500027
34. Berrazueta Fernández JR. Envejecimiento y enfermedades cardiovasculares. *An Ranm* [Internet]. 2018;135(03):266–80. Available from: https://analesranm.es/revista/2018/135_03/13503rev09
35. Pemberthy C, Jaramillo-Gómez N, Velásquez C, Cardona-Vélez J, Contreras-Martínez H, Jaramillo-Restrepo V. Conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2016;23(3):210–7. Available from:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2015.12.006>
36. García Chaves D, Jiménez Campos H. Cambios estructurales renales en el riñón con el envejecimiento: con énfasis en glomeruloesclerosis. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2018;35(1):1–9. Available from:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-894340>
37. Álvarez-Chaparro E, Alud-Sora A. La actividad física y sus beneficios físicos como estrategia de inclusión social del adulto mayor. *Rev Inclusión Desarro* [Internet]. 2017;5(1):23–6. Available from:
<http://biblioteca.uniminuto.edu/ojs/index.php/IYD/issue/archive>

38. Correa L I. Desarrollo y cambios con la edad en el tubo digestivo, hígado y páncreas. *Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 2019;30(1):9–12. Available from: <https://gastrolat.org/desarrollo-y-cambios-con-la-edad-en-el-tubo-digestivo-higado-y-pancreas/>
39. Cabo García R, Grau León IB, Lorenzo Uribazo AM. Apuntes sobre el envejecimiento del sistema estomatognático. Revisión de la literatura. *Medisur* [Internet]. 2016;14(3):307–12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000300013
40. Castellanos Ruiz J, Gómez Gómez DE, Guerrero Mendieta CM. Condición física funcional de adultos mayores de centros día, vida, promoción y protección integral, Manizales. *Hacia la promoción la salud* [Internet]. 2017;22(2):84–98. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v22n2/0121-7577-hpsal-22-02-00084.pdf>
41. D’Hyver de las Deses C. Patologías endocrinas más frecuentes en el adulto mayor. *Rev la Fac Med la UNAM* [Internet]. 2017;60(4):45–57. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un174g.pdf>
42. Tirro V. La vejez y el cerebro. *Rev nuevo humanismo* [Internet]. 2016;4(1):73–80. Available from: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/nuevohumanismo/article/view/7743>
43. Martínez Pérez T de J, González Aragón CM, Castellón León G, González Aguiar B. El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o

- dificultad? Finlay [Internet]. 2018;8(1):59–65. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342018000100007&lng=es&nrm=iso
44. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país [Internet]. 2017th ed. Washington; 2017. 1–260 p. Available from:
<https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
45. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS [Internet]. Tercera. Quito; 2018. 211 p. Available from: <https://biblio.ulead.edu.ec/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=11699>
46. Sociedad argentina de Cardiología. Factores determinantes de la salud. In: Residencias de Cardiología [Internet]. 2017. p. 1–8. Available from:
<https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/04/factores-determinantes-de-la-salud.pdf>
47. García Ramírez JA, Vélez Álvarez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. *Revisita Cuba Salud Pública* [Internet]. 2017;43(2):191–203. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200006
48. Domínguez Bernita E, Flores Balseca C, Pacherras Seminario S. Modelo de atención integral de salud familiar, comunitario e intercultural. *Dominio las Ciencias* [Internet]. 2017;3(2):921–35. Available from:

- <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/460>
49. Ramos Monteagudo AM, Yordi García M, Miranda Ramos M de los A. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Rev Arch Med Camagüey* [Internet]. 2016;20(3):330–7. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67709>
 50. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos DS, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Rev salud pública* [Internet]. 2017;19(3):393–5. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/68470>
 51. Grau Abalo JA. Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud Soc* [Internet]. 2016;7(2):138–66. Available from: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/989>
 52. Serra Valdés M, Serra Ruíz M, Viera García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Finlay* [Internet]. 2018;8(2):140–8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1092061>
 53. Duarte MR. Las enfermedades crónicas no transmisibles un problema de salud pública en las Américas. *Rev Med Hondur* [Internet]. 2019;85(1):5. Available from: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2017/pdf/Vol85-1-2-2017-2.pdf>
 54. Bazalar Palacios J. Enfermedades crónicas no transmisibles: un enemigo emergente. In *Crescendo* [Internet]. 2017;8(1):156–8. Available from:

- <https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/1223>
55. Serra Valdés M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. *Finlay* [Internet]. 2016;6(2):167–9. Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/418>
 56. Miguel Soca PE, Sarmiento Teruel Y, Mariño Soler AL, Llorente Columbié Y, Rodríguez Graña T, Peña González M. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Finlay* [Internet]. 2017;7(3):155–67. Available from: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/526/1593>
 57. Conrado Peranovich A. Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001-2009. *Saúde Debate* [Internet]. 2016;40(109):125–35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200125&lng=es&tlng=es
 58. Ferrer A, Formiga F, Sanz H, Almeda J, Padrós G. Multimorbidity as specific disease combinations, an important predictor factor for mortality in octogenarians: the Octabaix study. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2017;12:223–31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291453/>
 59. Dávila-Cervantes CA, Pardo-Montañó AM. Cambios en la esperanza de vida por causas de muertes crónicas en adultos mayores. México 2000-2013. *Ciencias la Salud* [Internet]. 2017 Jun 2 [cited 2018 May 3];15(2):223. Available from: <https://revistas.uosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/5759>

60. Dantas I, Santana R, Sarmento J, Aguiar P. The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016;16(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1584-2>
61. Westerik J, Metting EI, Van Boven J, Tiersma W, Kocks J, Schermer T. Associations between chronic comorbidity and exacerbation risk in primary care patients with COPD. *Respir Res* [Internet]. 2017;18(1):1–17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5294875/>
62. Marcoux V, Chouinard M-C, Diadiou F, Dufour I, Hudon C. Screening tools to identify patients with complex health needs at risk of high use of health care services: A scoping review. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(11):1–14. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0188663>
63. Gupta S. Burden of multiple chronic conditions in delaware, 2011-2014. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2016;13(E160):1–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27880632/>
64. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, McCrory C, D’Errico A, et al. Socioeconomic status, non-communicable disease risk factors, and walking speed in older adults: multi-cohort population based study. *BMJ* [Internet]. 2018 [cited 2018 Apr 18];360(k1046):1–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29572376>
65. Salazar Cáceres P, Rotta Rotta A, Otiniano Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Med Hered* [Internet]. 2016;27:60–6. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-

40262015000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=en

66. Boateng D, Wekesah F, Browne JL, Agyemang C, Agyei-Baffour P, De-Graft Aikins A, et al. Knowledge and awareness of and perception towards cardiovascular disease risk in sub-Saharan Africa: A systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(12):1–21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5726714/>
67. Zubeldia Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunitat Valenciana. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2016;90(1):e1–11. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2016.v90/e40006>
68. Cruz-Aranda J. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Med Interna México* [Internet]. 2019;35(4):515–24. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2019/mim194g.pdf>
69. Bakris G, Sorrentino M. Redefining hypertension-assessing the new blood-pressure guidelines. *N Engl J Med* [Internet]. 2018;363(1):497–9. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:New+en+gla+nd+journal#0>
70. Ramos MV. Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018. *Rev Uruguaya Cardiol* [Internet]. 2019;34(1):53–60. Available from: <http://www.suc.org.uy/ruc/RUC/article/view/48>
71. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. Hipertensión arterial sistémica en el adulto mayor.

- Recomendaciones para la práctica clínica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016;54(1):75–7. Available from:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457746536005/html/index.html>
72. Sun D, Liu J, Xiao L, Liu Y, Wang Z, Li C, et al. Recent development of risk-prediction models for incident hypertension: An updated systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(10):1–19. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29084293/>
73. Neupane D, McLachlan CS, Mishra SR, Olsen MH, Perry HB, Karki A, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention led by female community health volunteers versus usual care in blood pressure reduction (COBIN): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2018;6(1):e66–73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30411-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30411-4)
74. Yang G, Zhou X, Ji W, Liu J, Sun J, Shi R, et al. Effects of a low salt diet on isolated systolic hypertension. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018;97(14):1–8. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5902269/>
75. Berlowitz DR, Foy CG, Kazis LE, Bolin LP, Conroy MB, Fitzpatrick P, et al. Effect of intensive blood-pressure treatment on patient-reported outcomes. *N Engl J Med* [Internet]. 2017;377(8):733–44. Available from:
<https://europepmc.org/article/med/28834483>
76. Berreta JA, Kociak D. Hipertensión arterial en adultos mayores . Tratamiento según comorbilidades y daño de órganos. *Rev Argentina Gerontol y Geriatria* [Internet]. 2017;31(2):52–9. Available from:

<http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/08/RAGG-08-2017-52-59.pdf>

77. Sierra C. La hipertensión arterial en el anciano [Internet]. Hipertensión y Riesgo Vascular. 2018 [cited 2018 May 24]. p. 26–9. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-pdf-X1889183717611167-S300>
78. Encalada Torres LE, Álvarez Tapia KA, Barbecho Barbecho PA, Wong S. Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. Rev Latinoam Hipertens [Internet]. 2018;13(3):1–5. Available from: http://www.revhipertension.com/rlh_3_2018/4_hipertension_arterial_en_adultos_mayores.pdf
79. González Rodríguez R, Lozano Cordero JG, Aguilar Méndez A, Gómez Domínguez OL, Díaz Llanes M. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2017;33(2):199–208. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n5/rpr09517.pdf>
80. Santes Bastián M, Mar Cervantes A, Martínez Díaz N, Meléndez Chávez S. Estado nutricional y control metabólico en pacientes diabéticos. Rev Médica la Univ Veracruzana [Internet]. 2016;16(1):7–18. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2016/muv161b.pdf>
81. Zhang J, Liu J, Qin X. Advances in early biomarkers of diabetic nephropathy. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2018;64(1):85–92. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302018000100085&lng=en&tlng=en%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/p

ubmed/29561946

82. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia [Internet]. México; 2019. 1–125 p. Available from: http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
83. Espinoza Diaz CI, Hidalgo Iza SE, Quingaluisa Saéz EA, Velastegui Casco LP, Padilla Fiallos KJ. Diabetes mellitus y deterioro neurocognitivo: aspectos clínicos y epidemiológicos. *Diabetes Int y Endocrinol* [Internet]. 2019;XI(1):1–5. Available from: http://www.revdiabetes.com/images/revistas/2019/revdia1_2019/1_diabetes_mellitus.pdf
84. Bukhsh A, Nawaz MS, Ahmed HS, Khan TM. A randomized controlled study to evaluate the effect of pharmacist-led educational intervention on glycemic control, self-care activities and disease knowledge among type 2 diabetes patients. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018;97(12):e9847. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201803230-00056>
85. Gómez-Huelgas R, Gómez-Peralta F, Rodríguez-Mañas L, Formiga F, Puig Domingo M, Mediavilla Bravo J, et al. Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018;53(2):89–99. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256517302886>
86. Levelt E, Gulsin G, Neubauer S, McCann GP. Mechanisms in endocrinology: Diabetic cardiomyopathy: pathophysiology and potential

- metabolic interventions state of the art review. *Eur J Endocrinol* [Internet]. 2018;178(4):R127–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29440374/>
87. Petermann F, Troncoso-Pantoja C, Martinez MA, Leiva AM, Ramirez-Campillo R, Poblete-Valderrama F, et al. Asociación entre diabetes mellitus tipo 2, historia familiar de diabetes y deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile* [Internet]. 2018;146:872–81. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000800872
88. Represas Carrera FJ, Carrera García Á, Clavería Fontán A. Perfil clínico de los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 en el área sanitaria de Vigo. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2018;92(9):1–11. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100201
89. Flores-Bello C, Correa-Muñoz E, Retana-Ugalde R, Mendoza-Núñez VM. Control glucémico relacionado con la autoestima y depresión de adultos mayores con diabetes mellitus en la ciudad de México. *Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc* [Internet]. 2018;26(2):129–34. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182j.pdf>
90. Formiga F, Gómez-Huelgas R, Rodríguez Mañas L. Características diferenciales de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. Papel de los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016;51(1):44–51. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-caracteristicas->

diferenciales-diabetes-mellitus-tipo-S0211139X15000670

91. Bordier L, Dolz M, Sollier M, Garcia C, Doucet J, Verny C, et al. Diabetes del paciente anciano. EMC - Tratado Med [Internet]. 2018 Jun 1 [cited 2018 May 24];22(2):1–8. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541018893084>
92. Muñoz DA, Quintal RI, Re A. Determinantes sociales de la salud mental en la vejez en el Estado de Campeche: una aproximación gerontológica. Investig@cción [Internet]. 2017;12:89–116. Available from:
http://instcamp.edu.mx/wp-content/uploads/2017/12/Ano2017No12_89_116.pdf
93. Macaya Sandoval XC, Pihan Vyhmeister R, Vicente Parada B. Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. Humanidades Médicas [Internet]. 2018;18(2):215–32. Available from:
<http://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1191>
94. Irrázaval M, Prieto F, Armijo J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. Acta Bioeth [Internet]. 2016;22(1):37–50. Available from:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v22n1/art05.pdf>
95. Rodríguez Quintana T, Fabelo Roche JR, Iglesias Moré S. Barreras percibidas en los servicios comunitarios y de salud por los adultos mayores. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2017;43(1):16–26. Available from:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72286>
96. Vinaccia S, Riveros F, García-Rincón L, Quiceno JM, Martínez OV,

- Martínez A, et al. Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos. *Psicol y Salud* [Internet]. 2018;28(1):73–83. Available from: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2548/0>
97. Haroz EE, Ritchey M, Bass JK, Kohrt BA, Augustinavicius J, Michalopoulos L, et al. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc Sci Med* [Internet]. 2017;133(1):151–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28069271/>
98. Martínez-Cengotitabengoa M, Carrascón L, O'Brien J, Díaz-Gutiérrez M-J, Bermúdez-Ampudia C, Sanada K, et al. Peripheral inflammatory parameters in late-life depression: A systematic review. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2016;17(12):2022. Available from: <http://www.mdpi.com/1422-0067/17/12/2022>
99. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Primera. Quito; 2017. 1–107 p. Available from: <http://salud.gob.ec>
100. Trujillo Hernández PE, Esparza González SC, Benavides Torres RA, Villarreal Reyna M de los A, Castillo Vargas R. Depresión en el adulto mayor: un instrumento ideal para su diagnóstico. *Nure Inv* [Internet]. 2017;14(89):1–10. Available from: <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/1136>
101. Tello-Rodríguez T, Alarcón RD, Vizcarra-Escobar D. Salud mental en el

- adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016;33(2):342–50. Available from: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2211>
102. Candia Ponce CA, Torres Castañón ME, Carreón Gómez JM, Bernal Mendoza LI, Reyna Avila L. Confiabilidad de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15) en personas adultas mayores de Chilpancingo, Guerrero [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 4]. Available from: <http://tlamati.uagro.mx/t7e2/602.pdf>
103. Brüning K, Mora I. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. Rev Univ UC [Internet]. 2019;1–5. Available from: <https://medicina.uc.cl/publicacion/depresion-en-adultos-mayores-una-mirada-desde-la-medicina-familiar/>
104. Durán D. Instrumentos de investigación cualitativos y cuantitativos frente a la investigación mixta o complementaria. Consensus [Internet]. 2019;3:41–56. Available from: <http://pragmatika.cl/review/index.php/consensus/article/download/38/50/>
105. Díaz-Narváez VP, Calzadilla-Núñez A. Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. Ciencias la Salud. 2016;14(1):115–21.
106. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019;30(1):36–49. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005>
107. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones

Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para investigación relacionadas con la salud con seres humanos [Internet].

Cuarta. Ginebra; 2016. 152 p. Available from: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

108. González Fernández A, Genes Martínez A, Mendoza Blanco J, Mera Zapata R, Gaitán Vásquez N, Salazar Luna ZC. Determinantes culturales de la salud. Opinión Novel. Rev Av en salud [Internet]. 2017;(14):44–7. Available from: <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1217>
109. Morros-González E, Germán Borda M, Reyes-Ortiz C, Chavarro-Carvajal D, Cano-Gutiérrez C, Anciano. Anciano con diabetes y factores asociados. Estudio SABE, Bogotá, Colombia. Acta Médica Colomb ISSN. 2017;42(4):230–6.
110. Limaylla ML, Ramos NJ. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. Cienc Invest [Internet]. 2016;19(2):95–101. Available from: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635>
111. De la Cruz-Mítac CYC, Quispe-Llanzo MP, Oyola-García AE, Portugal-Medrano MÁ, Lizarzaburu-Córdova EE, Rodríguez-Chacaltana FW, et al. Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. Rev del Cuerpo Médico del HNAAA [Internet]. 2018;10(4):205–11. Available from:

http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052764/rcm-v10-n4-2017_pag205-211.pdf

112. Sanchez-Rodriguez JR, Escare-Oviedo CA, Castro-Olivares VE, Robles-Molina CR, Vergara-Martínez MI, Jara-Castillo CT. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2019;21(2):271–7. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642019000200271&script=sci_abstract&tlng=es
113. Guillen L, Bueno E, Gutiérrez M, Guerra J. Programa de actividad física y su incidencia en la depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores. *Retos* [Internet]. 2018;(33):14–9. Available from: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/49638>
114. Téllez A, Juárez-García DM, Jaime-Bernal L, García-Cadena C. Prevalencia de trastornos de sueño en relación con factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey, México. *Rev Colomb Psicol* [Internet]. 2016;25(1):95–106. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/47859>
115. Flores-Padilla L, Ramírez-Martínez FR, Trejo-Franco J. Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un programa social en ciudad Juárez, Chihuahua, México. *Gac Med Mex* [Internet]. 2016;152(4):439–43. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67979>
116. Baldeón Martínez P, Luna Muñoz C, Mendoza Cernaqué S, Correa López LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas

- asociadas: análisis de Endes 2017. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2019;19(4):47–52. Available from:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1024798>
117. Ahn S, Kim S, Zhang H. Changes in depressive symptoms among older adults with multiple chronic conditions: Role of positive and negative social support. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2016;14(1):1–11. Available from: <http://www.mdpi.com/1660-4601/14/1/16>
118. Tartaglini MF, Dillon C, Hermida PD, Feldberg C, Somale V, Stefani D. Prevalencia de depresión geriátrica y alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. Rev Bras Geriatr e Gerontol [Internet]. 2017;20(4):518–27. Available from:
https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/es_1981-2256-rbgg-20-04-00516.pdf
119. Saenz-Miguel S, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. Acta Medica Peru [Internet]. 2019;36(1):26–31. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172019000100005&lng=es&nrm=iso
120. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An Fac med [Internet]. 2017;78(4):393–7. Available from:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n4/a04v78n4.pdf>
121. Sun N, Lou P, Shang Y, Zhang P, Wang J, Chang G, et al. Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2

- diabetes in China: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2016;6(8):e012540. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27531739/>
122. Torres-Hernández E, Arias-López B. Envejecimiento y salud mental en contextos migratorios. *Enfermería Univ* [Internet]. 2019;16(1):86–97. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632019000100086&script=sci_abstract
123. Luna-Orozco K, Fernández-Niño JA, Astudillo- García CI. Asociación entre la discapacidad física y la incidencia de síntomas depresivos en adultos mayores mexicanos. *Biomédica* [Internet]. 2020;40(4):1–35. Available from: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/5398>
124. Acosta Cruzado R, Sánchez Sánchez J. Religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados de Lima Metropolitana. *Salud Soc* [Internet]. 2017;8(1):22–34. Available from: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/1635>
125. Nieto Poveda EC. Adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes tipo 2. *Rev Investig e Innovación en Salud* [Internet]. 2019;2:44–57. Available from: <http://revistas.sena.edu.co/index.php/rediiis/article/view/2076>
126. Barría-Ruiz SRJ, Leiva-Caro JA. Relación entre dependencia, salud cognitiva y síntomas depresivos con adherencia farmacológica en adultos mayores diabéticos. *Gerokomos* [Internet]. 2019;30(1):18–22. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n1/1134-928X-geroko-30-01->

00018.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Tema de investigación: DETERMINANTES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Investigadora: Médica Lucía del Rocío Molina Vargas. Estudiante de Posgrado en Medicina Familiar y Comunitaria de la U.T.A

Estimado (a) señor (a):

Solicitud del consentimiento informado: Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo de establecer el tipo de relación que existe entre los determinantes socioculturales y la depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial en el barrio Zumbalica centro y sur, en el año 2020.

Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. La información alcanzada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no escriba su nombre y apellido en los instrumentos que se le den para recolectar la información. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla la investigadora y que le sirve como requisito solicitado por la Universidad Técnica de Ambato.

Autorización del adulto mayor para participar en la investigación

Yo con CI....., declaro que he leído y comprendido este documento, he sido informado/a por la investigadora Lucía del Rocío Molina Vargas, he preguntado libremente y comprendido todas las cláusulas de esta investigación y acepto participar voluntariamente en la misma, también soy conciente que puedo retirarme en cualquier momento si así lo decidiera sin perjuicios.

Fecha _____

Firma del participante/ representante _____

Firma del investigador _____

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

Tema de Investigación: DETERMINANTES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Presentación: Sra. o Sr. ante todo buenos días mi nombre es Lucia del Rocío Molina Vargas, soy estudiante de posgrado de Medicina Familiar y comunitaria de la Universidad Técnica de Ambato, actualmente estoy realizando un estudio de investigación en coordinación con el Centro de Salud con el objetivo de establecer el tipo de relación que existe entre los determinantes socioculturales y la depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial en el barrio Zumbalica centro y sur, en el año 2020. La información será de carácter anónimo para lo cual se le solicita responder de la manera más real posible.

Instrucciones: Lea cuidadosamente y responda las siguientes preguntas. Este es un formulario anónimo por favor no escriba sus nombres ni sus apellidos. Toda información que brinde es estrictamente confidencial.

Formulario N° _____

Datos generales:

1. Edad _____ en años cumplidos
2. Sexo: **Hombre** () **Mujer** ()
3. Etnia: **Mestizo** () **Indígena** () **Negro** () **Blanco** ()
4. Usted en este barrio es: **Nativo** () **Migrante** ()
5. Estado Civil: **Soltero** () **Casado** () **Divorciado** () **Viudo** ()
6. Instrucción educativa: **Primaria:** () **Alfabetización:** () **Ninguno** ()
7. Ocupación: **Agricultor** () **Comerciante** () **Tareas domésticas** ()
Ninguno ()
8. ¿Cuál es la religión que usted practica?
Católica () **Evangélica** () **Testigos de Jehová** ()
9. Convivencia: **Solo** () **Conyugue** () **Hijos u otros** ()
10. ¿Usted padece de estas enfermedades?
Diabetes mellitus tipo 2 (DM) **Si** () **No** ()
Hipertensión arterial (HTA) **Si** () **No** ()
Las 2 enfermedades ()
11. ¿El tratamiento que usted recibe para esta enfermedad corresponde a?
1 medicamento ()
2 medicamentos ()
3 o más medicamentos ()
12. En cuanto al conocimiento (percepción) que usted tiene de su enfermedad responda las siguientes preguntas:

TEST DE BATALLA		
	Si	No
¿La HTA/DM es una enfermedad para toda la vida?		
¿Esta enfermedad (HTA/DM) se puede controlar con dieta y medicación?		
¿Cite 2 más órganos que pueden dañarse con esta enfermedad (HTA/DM)?		

13. En cuanto al cumplimiento que usted tiene al tratamiento para su enfermedad (DM y/o HTA) responda las siguientes preguntas.

TEST DE MORISKY GREEN		
	Si	No
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?		
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?		
Cuándo se encuentra bien. ¿Deja de tomar la medicación?		
Si alguna vez le sienta mal. ¿Deja usted de tomar la medicación?		

14. Favor contestar las preguntas de la siguiente escala: De acuerdo a como se ha sentido en la última semana.

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

Anexo 3: Memorias fotográficas



