



Emerging Research Information

Indexing journals for preprint publication since 2020

If you identify ethical deviations or serious content problems in this preprint, please [click here](#) to submit, by e-mail, a complaint to the EmeRI Ethics and Integrity Committee. The subject of the email should be the DOI below and the issue should be described in sufficient detail.

To check the publication of a peer-reviewed version of this preprint, [click here](#) to visit the journal.

Date of sending to EmeRI: 2021-04-26

DOI: 10.36015/preprint.2021.014

An invitation (for recently added preprints)

Are you interested in acting as a referee (scientific reviewer) for this article? The editors will be happy to accept your collaboration. Please contact the journal by the e-mail informed below.

CAMBIOS Revista Médica Científica

Coordinación General de Investigación, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador

ISSN 2661-6947 e-mail: cjihcam@gmail.com

revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios

Depresión, factores socio-familiares y dependencia física en adultos mayores en un hospital de Quito

Calderón Masón*, Diego Fernando; Calderón Suasnavas, Gabriela Fernanda; Calderón Suasnavas, Vanessa Alexandra

*Unidad Técnica de Ginecología, Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Quito, Ecuador.

Received by the journal on 2021-02-14

Desk review approved on 2021-04-23

Desk review approved by **Luis Gustavo Jarrín Yerovi**

Calderón Masón, Diego Fernando; Calderón Suasnavas, Gabriela Fernanda; Calderón Suasnavas, Vanessa Alexandra (2021). Depresión, factores socio-familiares y dependencia física en adultos mayores en un hospital de Quito (preprint submitted to: CAMBIOS Revista Médica Científica). *EmeRI - Emerging Research Information*. DOI: 10.36015/preprint.2021.014.

Abstract INTRODUCCIÓN. La depresión es frecuente en el adulto mayor y se asocia a varios factores sociales, económicos y físicos. OBJETIVO. Identificar la asociación e interacción entre la depresión y las condiciones sociales, familiares y dependencia en adultos mayores con seguro social en la consulta de un hospital de Quito. MATERIALES Y MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Participaron 390 pacientes adultos mayores que cumplieron criterios de inclusión (178 varones y 212 mujeres). Se utilizaron la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para diagnóstico de depresión y las escalas de Katz, socio-familiar de Gijón y datos demográficos. La asociación se estableció mediante chi cuadrado, cálculo de Odds de prevalencia y, para la interacción de variables, se elaboraron modelos de regresión logística binaria. RESULTADOS. La prevalencia de depresión fue de 26,4% (103;390) con 15,4% (60;103) de episodio depresivo leve. La depresión demostró asociación con la pertenencia a grupos sociales ($p = 0,049$), dependencia ($p = 0,006$) y situación de riesgo social ($p = 0,000$). En la regresión logística binomial con las variables socio-familiares el mayor peso cayó sobre las malas relaciones sociales (Exp B: 1,8); en el modelo con las variables significativas, en la dependencia (Exp B: 2,6). Los modelos clasificaron correctamente a los deprimidos. Varias variables se tornaron significativas al interactuar con riesgo y problema social. CONCLUSIONES. Existe asociación entre depresión y dependencia, riesgo social y pertenencia a grupos sociales. El perfil de las personas deprimidas fue de personas dependientes, en riesgo social y que no pertenecían a grupos sociales. Las variables interactúan entre sí.

Disclaimer

The following text is a preprint. To be included in EmeRI, the depositing journal evaluated it preliminarily and deemed its scientific contribution sufficient for it to be accepted for peer review. It may or may not be approved for final publication.

The responsibility for the content and publication of the preprint rests entirely and exclusively on its authors. Therefore, neither the depositing journal, nor the Brazilian Association of Scientific Editors, nor the Brazilian Institute of Information in Science and Technology, nor the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, nor any person linked to any of these institutions endorse it or answer for any consequences of its use, whatever the purpose is or has been.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).



TRABAJO ORIGINAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL

Depresión, factores socio-familiares y dependencia física en adultos mayores en un hospital de Quito.

Depression, socio-family factors and physical dependence in elderly aged in a hospital in Quito.

Diego Fernando Calderón Masón¹, Gabriela Fernanda Calderón Suasnavas², Vanessa Alexandra Calderón Suasnavas³

¹Unidad Técnica de Ginecología. Hospital Carlos Andrade Marín. Quito-Ecuador.

²Postgrado de Geriatría, Pontificia Universidad Católica. Quito- Ecuador.

³Pontificia Universidad Católica. Quito-Ecuador.

Recibido: 2021-02-14

Aprobado: 2021-04-23

Copyright: ©HECAM

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La depresión es frecuente en el adulto mayor y se asocia a varios factores sociales, económicos y físicos. **OBJETIVO.** Identificar la asociación e interacción entre la depresión y las condiciones sociales, familiares y dependencia en adultos mayores con seguro social en la consulta de un hospital de Quito. **MATERIALES Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. Participaron 390 pacientes adultos mayores que cumplieron criterios de inclusión (178 varones y 212 mujeres). Se utilizaron la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para diagnóstico de depresión y las escalas de Katz, socio-familiar de Gijón y datos demográficos. La asociación se estableció mediante chi cuadrado, cálculo de Odds de prevalencia y, para la interacción de variables, se elaboraron modelos de regresión logística binaria. **RESULTADOS.** La prevalencia de depresión fue de 26,4% (103;390) con 15,4% (60;103) de episodio depresivo leve. La depresión demostró asociación con la pertenencia a grupos sociales ($p = 0,049$), dependencia ($p = 0,006$) y situación de riesgo social ($p = 0,000$). En la regresión logística binomial con las variables socio-familiares el mayor peso cayó sobre las malas relaciones sociales (Exp B: 1,8); en el modelo con las variables significativas, en la dependencia (Exp B: 2,6). Los modelos clasificaron correctamente a los deprimidos. Varias variables se tornaron significativas al interactuar con riesgo y problema social. **CONCLUSIONES.** Existe asociación entre depresión y dependencia, riesgo social y pertenencia a grupos sociales. El perfil de las personas deprimidas fue de personas dependientes, en riesgo social y que no pertenecían a grupos sociales. Las variables interactúan entre sí.

PALABRAS CLAVE: Depresión; Adulto mayor, Asociación, Actividades de la Vida Diaria, Condiciones Sociales, Encuesta Socioeconómica.

SUMMARY

INTRODUCTION. Depression is common in the elderly and is associated with various social, economic and physical factors. **OBJECTIVE.** To identify the association and interaction between depression, social and family conditions and dependence in elderly adults with social security in a Quito hospital consultation. **MATERIALS AND METHODS.** An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out. 390 older adult patients who met the inclusion criteria (178 men and 212 women) participated. The MINI International Neuropsychiatric Interview for the diagnosis of depression and the Katz, socio-family of Gijon scales and demographic data were used. The association was established through chi square, calculation of prevalence Odds and, for the interaction of variables, binary logistic regression models were developed. **RESULTS.** The prevalence of depression was 26.4% (103; 390) with 15.4% (60; 103) of mild depressive episode. Depression showed an association with belonging to

social groups ($p = 0.049$), dependence ($p = 0.006$) and social risk situation ($p = 0.000$). In the binomial logistic regression with the socio-family variables, the greatest weight fell on bad social relationships (Exp B: 1.8); in the model with the significant variables, in the dependency (Exp B: 2.6). The models correctly classified the depressed. Several variables became significant when interacting with risk and social problem. **CONCLUSIONS.** There is an association between depression and dependency, social risk and belonging to social groups. The profile of depressed people was dependent people, at social risk and who did not belong to social groups. The variables interact with each other.

KEYWORDS: Depression, Elderly, Association, Activities of Daily Living, Social Conditions, Socioeconomic Survey. (**Source:** DeCS BIREME).

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida ha aumentado en las últimas décadas a nivel mundial; sin embargo, la esperanza de vida en América Latina es menor que en países desarrollados, y la esperanza de vida saludable es aún menor (58 versus 66,1 años), en otras palabras, los latinoamericanos vivimos menos y, buena parte de nuestros años, enfermos¹. Es alta la morbilidad del adulto mayor, cuya demanda de servicios de salud acusa un alza consecuentemente. En conjunto, las enfermedades crónicas provocan un progresivo aumento de la dependencia². La depresión es uno de los trastornos neuro-psiquiátricos más frecuentes en personas mayores de 65 años. Según el CIE10 (Código Internacional de Enfermedades), en el episodio depresivo el paciente sufre un decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad. De acuerdo con la intensidad de los síntomas del episodio depresivo, este puede ser leve, moderado o severo e incluye episodios únicos de depresión psicógena, depresión reactiva y reacción depresiva³.

La prevalencia de depresión en el adulto mayor varía de acuerdo con el tipo de población, el desarrollo de los países y la herramienta utilizada para el diagnóstico. Euro-dep reportó prevalencias variables para diferentes países: Islandia con 8.8% presentó el valor más bajo, y Alemania con el 23,6% el más alto⁴. Un estudio transversal de prevalencia que utiliza los criterios de episodio depresivo (CIE-10) en varios países, en el que participaron 17 000 personas mayores de 65 años reportó: Cuba 4,9%, República Dominicana 13,8%, Puerto Rico 2,3%, China urbana 0,3%, China rural 0,7%, India urbana 3,9%, India rural 12,6% y Nigeria 0,5%⁵; sin embargo, los valores aumentaron de manera importante al utilizar el Euro-dep (tamizaje). La prevalencia anual en el Perú es 6,7%⁶ y en el Ecuador de 39,1%, según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en el Adulto Mayor⁷.

La depresión es una alteración multifactorial, menos estudiada en el adulto mayor. La mayoría de factores asociados con la depresión en el adulto mayor son modificables. Un estudio en Alemania reportó asociación con sexo femenino, institucionalización, cuidado de familiares y estado de dependencia⁸. Otro factor, quizás el más importante, es el soporte social. Se ha demostrado asociación entre soledad y depresión tanto en hombres como en mujeres⁹. Estudios en Tailandia y Reino Unido encontraron que tener redes sociales fuertes disminuye la posibilidad de desarrollar depresión en adultos mayores^{10,11}. La reducción de la participación social se asocia con depresión, así lo demostró un estudio de cohorte en Estados Unidos¹². En México se reportó mayor prevalencia de depresión en adultos mayores desocupados, dependientes y que vivían en familias disfuncionales^{13,14}. Un estudio en Brasil encontró menor proporción de depresión en adultos mayores con indicadores de envejecimiento activo como lectura, hablar con amigos y trabajo¹⁵. Se ha demostrado asociación entre depresión y dependencia física, se aconseja incluso su reconocimiento sistemático¹⁶. Intervenciones sobre estos factores sociales como el involucramiento en actividades comunitarias, pueden disminuir la carga de depresión en el adulto mayor¹⁷.

El propósito de este estudio fue identificar la asociación de factores sociales, familiares y la dependencia, con la depresión y, en alguna medida, evaluar la fuerza de esta asociación y la interacción de variables en una población específica y de características propias: adultos mayores con seguro social.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. La población de interés fue de adultos mayores con seguro social deprimidos. La muestra no probabilística secuencial se calculó con fórmula para estimación de frecuencias y fue de 390 pacientes mayores de 65 años de ambos sexos (gráfico 1). Se incluyó a pacientes sin tratamiento antidepressivo, situación de emergencia médica, demencia ni enfermedades catastróficas previa firma de consentimiento informado.

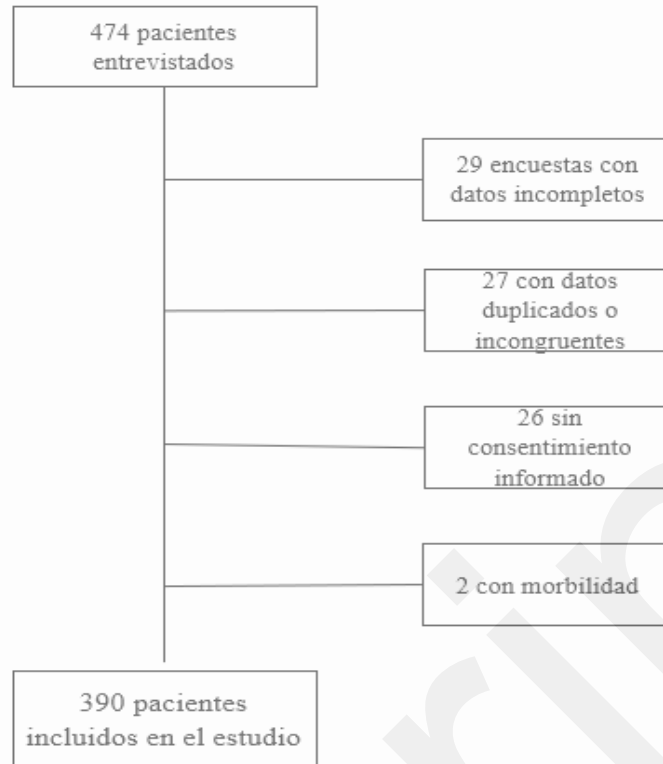


Gráfico 1. Secuencia de muestreo.

La recolección de datos se realizó mediante encuesta elaborada en la que se obtuvo datos para las variables demográficas de edad, sexo, estado civil, ocupación, pertenencia a grupos sociales y nivel de instrucción. El Índice de comorbilidad de Charlson, se utilizó para aplicarlo como criterio de exclusión en pacientes con elevada comorbilidad¹⁸, toma en cuenta un listado de 8 enfermedades, de las cuales la insuficiencia renal crónica y el cáncer tienen una puntuación de 2 y el resto de 1. Se excluyó a pacientes con valores de 3 o más para no incluir una variable confusora, pues padecer enfermedades graves por sí mismo puede llevar a depresión¹⁹.

Para el diagnóstico de depresión se aplicó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, en su versión castellana CIE-10 (M.I.N.I), elaborada por Sheehan-Leclercq, basada en los criterios CIE-10. En Europa la validación de la MINI realizada en cuatro países, comparada con el diagnóstico por expertos, encontró un 85% de concordancia²⁰. No es necesario que sea aplicada por especialista. Se ha reportado en Estados Unidos y Francia un Kappa de 0,68, sensibilidad de 86% y especificidad de 84%, comparado con diagnóstico clínico por psiquiatras²¹. La dependencia se midió con el Índice de Katz, que valora la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, un estudio en Mar del Plata reportó una confiabilidad del interevaluador de 0,93 intraevaluador de 0,95, con un grado de coherencia aceptable evaluado por el alpha de Cronbach²². La escala de valoración socio familiar de Gijón toma en cuenta cinco parámetros: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social. A mayor puntaje peor situación social, la escala se aplicó a 1062 personas mayores de 65 años y se encontró un coeficiente de correlación intra-clase de 0,957 y un alfa de Cronbach de 0,4467, es decir, demostró un grado de fiabilidad alto y validez aceptable²³.

Los cálculos estadísticos se realizaron en programa SPSS. Se calculó proporciones para variables categóricas y medidas de tendencia central para numéricas. La asociación se identificó mediante Chi cuadrado de homogeneidad, la fuerza de asociación con Odds de prevalencia. Se elaboró además modelos de regresión logística binomial para identificar el “peso” estadístico y las interacciones entre variables, para lo cual se trabajó con variables Dummy con modelos ajustados a sexo y edad.

RESULTADOS

Como se aprecia en el gráfico 2, el 26,4% (103;390) presenta algún grado de depresión, siendo de éstos más frecuente el episodio depresivo leve con 58% (60;103).

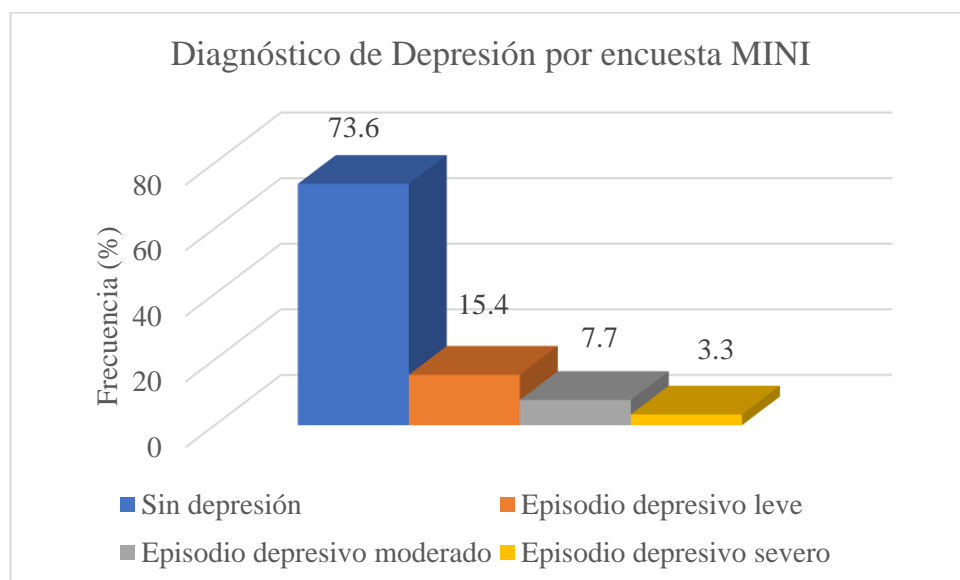


Gráfico 2. Diagnóstico de Depresión por encuesta MINI.

La media de edad fue de 72,86 años (IC: 72,2-73,5) y la media de la escala de Gijón fue de 8,52 (IC: 8,3-8,8). El 81,8% (319;390) de pacientes deprimidos tenía entre 65 y 80 años de edad.

En la tabla 1 se resumen las variables sociodemográficas por sexo. Hubo más mujeres desempleadas, viudas y solteras. El 54% (212;390) de pacientes fue de sexo femenino y 46% (178;390) de sexo masculino. No hubo diferencias significativas entre la mayoría de variables por sexo.

Tabla 1. Variables demográficas por sexo*

| Variable | Categoría | Masculino | | Femenino | | Total | | Chi ² | p valor |
|----------------------|---------------|------------|------|-----------|------------|-------|-------------|------------------|--------------|
| | | n | % | n | % | n | % | | |
| Grupo de edad | 65 – 80 años | 149 | 83,7 | 170 | 80,2 | 319 | 81,8 | | |
| | ≥ 80 años | 29 | 16,3 | 42 | 19,8 | 71 | 18,2 | 0,805 | 0,370 |
| Grado de instrucción | Ninguna | 1 | 0,6 | 6 | 2,8 | 7 | 1,8 | 7,859 | 0,097 |
| | Primaria | 76 | 42,7 | 69 | 32,5 | 145 | 37,2 | 2,825 | 0,093 |
| | Secundaria | 61 | 34,3 | 93 | 43,9 | 154 | 39,5 | 4,267 | 0,039 |
| | Superior | 37 | 20,8 | 41 | 19,3 | 78 | 20,0 | 3,731 | 0,053 |
| | Postgrado | 3 | 1,7 | 3 | 1,4 | 6 | 1,5 | ,127 | 0,722 |
| Estado civil | Soltero/a | 1 | 0,6 | 37 | 17,5 | 38 | 9,7 | 64,483 | 0,000 |
| | Casado/a | 150 | 84,3 | 101 | 47,6 | 251 | 64,4 | 56,593 | 0,000 |
| | Divorciado/a | 13 | 7,3 | 26 | 12,3 | 39 | 10,0 | 2,646 | 0,104 |
| | Viudo/a | 12 | 6,7 | 44 | 20,8 | 56 | 14,4 | 15,451 | 0,000 |
| | Conviviente | 2 | 1,1 | 4 | 1,9 | 6 | 1,5 | 0,372 | 0,542 |
| Ocupación | Desempleo | 1 | 0,6 | 13 | 6,1 | 14 | 3,6 | 9,265 | 0,026 |
| | Jubilado/a | 154 | 86,5 | 175 | 82,5 | 329 | 84,4 | 1,156 | 0,282 |
| | Subempleo | 10 | 5,6 | 8 | 3,8 | 18 | 4,6 | ,748 | 0,387 |
| | Empleo formal | 13 | 7,3 | 16 | 7,5 | 29 | 7,4 | ,008 | 0,927 |
| Pertenencia a grupos | No | 125 | 70,2 | 136 | 64,2 | 261 | 66,9 | 1,613 | 0,204 |
| | Sí | 53 | 28,8 | 76 | 35,8 | 129 | 33,1 | | |
| Dependencia | No | 168 | 94,4 | 201 | 94,8 | 369 | 94,6 | | |
| | Sí | 10 | 5,6 | 11 | 5,2 | 21 | 5,4 | 0,035 | 0,852 |
| Depresión | No | 130 | 73,0 | 157 | 74,1 | 287 | 73,6 | 0,52 | 0,819 |
| | Sí | 48 | 27,0 | 55 | 25,9 | 103 | 26,4 | | |

* Total 390 pacientes

Fuente.

Elaborado por.

Tabla 2. Distribución de las variables socio familiares por depresión*

| VARIABLE | CATEGORÍA | (n) | (%) | Chi ² | p | | |
|------------------------|---|-----|--------|------------------|--------------|--------------|--------------|
| Situación familiar | Vive con familia sin dependencia físico/psíquica | 148 | 37,9 | 0,055 | 0,814 | | |
| | Vive con cónyuge de similar edad | 159 | 40,8 | | | | |
| | Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia | 33 | 8,5 | | | 6,727 | 0,009 |
| | Vive solo y tiene hijos próximos | 38 | 9,7 | | | 0,161 | 0,688 |
| | Vive solo y carece de hijos o viven alejados | 12 | 3,1 | | | 0,013 | 0,910 |
| Situación económica | 2 o más remuneraciones unificadas (380 dólares) | 105 | 26,9 | 0,036 | 0,849 | | |
| | Menos de dos pero más de una remuneración unificada | 107 | 27,4 | | | | |
| | Una remuneración mínima unificada | 144 | 36,9 | | | 0,000 | 0,994 |
| | Menos de una remuneración mínima unificada | 24 | 6,2 | | | 0,100 | 0,752 |
| Vivienda | Sin pensión, sin otros ingresos | 10 | 2,6 | 5,958 | 0,015 | | |
| | Adecuada a las necesidades | 291 | 74,6 | 0,535 | 0,465 | | |
| | Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas) | 92 | 23,6 | | | | |
| | Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, agua caliente, calefacción) | 6 | 1,5 | | | 5,081 | 0,024 |
| | Vivienda semiconstruida o de material rústico | 1 | 0,3 | | | 2,794 | 0,095 |
| Relaciones sociales | Mantiene relaciones sociales en la comunidad | 275 | 70,5 | | | 0,079 | 0,778 |
| | Relación social solo con familia y vecinos | 61 | 15,6 | | | | |
| | Relación social solo con la familia o vecinos | 39 | 10 | 2,007 | 0,157 | | |
| | No sale del domicilio pero recibe visitas de la familia | 11 | 2,8 | 8,071 | 0,004 | | |
| Apoyo de la red social | No sale del domicilio ni recibe visitas | 4 | 1 | 4,909 | 0,027 | | |
| | Con apoyo familiar o vecinal | 304 | 77,9 | 4,526 | 0,339 | | |
| | Voluntariado social, ayuda domiciliaria | 6 | 1,5 | 0,150 | 0,698 | | |
| | Tiene Seguro, pero necesita apoyo de este o voluntariado | 76 | 19,5 | 1,298 | 0,255 | | |
| | No cuenta con Seguro Social | 3 | 0,8 | 2,521 | 0,112 | | |
| Situación social | Situación de abandono | 1 | 0,3 | 0,360 | 0,549 | | |
| | Aceptable | 273 | 70,0 | 13,972 | 0,000 | | |
| | Riesgo social | 111 | 28,5 | | | | |
| Problema social | 6 | 1,5 | 10,159 | | | 0,001 | |

*Total de pacientes: 390

Fuente.

Elaborado por.

La mayor parte de pacientes, un 76,7%, tenía instrucción Primaria y Secundaria (299;390), probablemente por ser una población de afiliados al Seguro, que están o estaban trabajando y ese nivel de instrucción era el mínimo requerido. Un 60% (93;154) de mujeres frente a un 40% (61;154) de hombres había cursado secundaria, el valor fue significativo. La relación de hombres y mujeres casados fue de 2 a 1; sin embargo, hubo tres veces más mujeres viudas, lo que se puede explicar por la mayor esperanza de vida en las mujeres. La mayor parte de pacientes era jubilado/a y apenas un 7,4% (29;390) estaba trabajando aún. El doble de personas no pertenecía a grupos sociales organizados y solo 5,4% (21;390) era dependiente para realizar actividades de la vida diaria. En cuanto a las variables de la Escala de Gijón, solo el 37,9% (148;390) vivía con familia y sin dependencia y apenas el 8,8% (34;390) recibía menos de 380 dólares mensuales o no recibía pensión. La mayoría vivía en casas con condiciones aceptables y servicios básicos. Variables significativas asociadas a depresión fueron vivir

con familia y/o cónyuge con algún grado de dependencia, no tener pensión u otros ingresos, vivienda con humedades y en mala higiene, no salir del domicilio, no recibir visitas, vivir en riesgo y problema social (Tabla 2). El 30% (117;390) de la población estudiada vivía en situación de riesgo y problema social.

Para el análisis bivariado se dicotomizaron las variables para trabajar con tablas de 2 x 2. Los resultados con las medidas de asociación están resumidos en la tabla 3.

Tabla 3. Asociación entre depresión y factores sociales, familiares y dependencia en el adulto mayor beneficiario de seguro social en la consulta externa de un hospital público de la ciudad de Quito.

| Variable | Categoría | Depresión | | Total n (%) | p valor | OR* (IC 95%) |
|----------------------------|---------------|------------|-----------|----------------|--------------|--------------------|
| | | Sin n (%) | Con n (%) | | | |
| Edad | <80 años | 234 (73,4) | 85 (26,6) | 319(100) | 0,823 | 0,935(0,519-1,686) |
| | >80 años | 96(71,6) | 38(28,4) | 134(100) | | |
| Sexo | Masculino | 130(73) | 48(27) | 178(100) | 0,819 | 0,94(0,60-1,50) |
| | Femenino | 157(74,1) | 55(25,9) | 212(100) | | |
| Nivel académico | Alto | 180(75,6) | 58(24,8) | 238(100) | 0,253 | 1,305(0,826-2,061) |
| | Bajo | 107(74) | 45(29,6) | 152(100) | | |
| Tener pareja | Tiene | 189(73,5) | 68(26,5) | 257(100) | 0,976 | 0,993(0,617-1,596) |
| | No tiene | 98(73,7) | 35(26,3) | 133(100) | | |
| Jubilado/a | Sí | 242(73,6) | 87(26,4) | 329(100) | 0,972 | 0,989(0,532-1,840) |
| | No | 45(73,8) | 16(26,2) | 61(100) | | |
| Pertenencia a grupos | Sí | 103(79,8) | 26(20,2) | 129(100) | 0,049 | 1,658(1,000-2,749) |
| | No | 184(70,5) | 77(29,5) | 261(100) | | |
| Dependencia | Independiente | 277(75,1) | 92(24,9) | 369(100) | 0,006 | 3,312(1,362-8,051) |
| | Dependiente | 10(47,6) | 11(52,4) | 21(100) | | |
| Valoración socio-familiar‡ | Con riesgo | 214(80,1) | 53(19,9) | 267(100) | 0,000 | 2,766(1,730-4,420) |
| | Sin riesgo | 73(59,3) | 50(40,7) | 123(100) | | |
| Situación familiar | Buena | 116(77,3) | 34(22,7) | 150(100) | 0,185 | 1,377(0,857-2,210) |
| | Mala | 171(71,3) | 69(28,8) | 240(100) | | |
| Ingreso económico | Buena | 266(74,4) | 90(25,3) | 356(100) | 0,102 | 1,830(0,880-3,804) |
| | Mala | 21(61,8) | 13(38,2) | 34(100) | | |
| Condición de vivienda | Adecuada | 220(75,6) | 71(24,4) | 291(100) | 0,122 | 1,480(0,899-2,437) |
| | Inadecuada | 67(67,7) | 32(32,3) | 99(100) | | |
| Relaciones sociales | Buenas | 213(77,5) | 62(22,5) | 275(100) | 0,007 | 1,903(1,184-3,061) |
| | Malas | 74(64,3) | 41(35,7) | 115(100) | | |
| Apoyo de la red social | Con | 220(75,3) | 75(24,7) | 304(100) | 0,143 | 1,474(0,875-2,482) |
| | Sin | 58(67,4) | 28(32,6) | 86(100) | | |

*Odds Ratio de prevalencia; ‡Escala de Gijón, incluida en la tabla

Fuente.

Elaborado por.

La dependencia y la no pertenencia a grupos sociales tuvieron valores significativos, adultos mayores dependientes tienen 3,3 veces más probabilidades de desarrollar depresión y los que no pertenecen a grupos de la tercera edad tienen 1,66 veces más. La valoración socio familiar medida por Escala de Gijón fue significativa, es decir, personas que vivían en riesgo y problema social podrían deprimirse más fácilmente, esto es 2,8 veces más que las personas con situación social aceptable. De las variables de la Escala de Gijón, la de mayor peso fue el tener malas relaciones sociales (p 0,007).

En el análisis multivariado con modelos de regresión logística binomial de las variables demográficas (modelo 1), el ser dependiente y vivir en riesgo y problema social fueron variables significativas. En el segundo modelo, con variables de la escala sociofamiliar, tener malas relaciones sociales reportó valor significativo. El tercer modelo, con variables significativas, la dependencia y la situación de riesgo y problema social resultaron significativas.

Como se ve en la tabla 4, los tres modelos de regresión logística fueron aceptables y presentaron una precisión de más del 50%; sin embargo, el modelo con las variables significativas resulta el más simple y con mejor precisión.

Tabla 4. Resumen de modelos de regresión logística

| Modelo | R ² de Nagelkerke | R ² de Cox-Snell | Precisión (%) |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------|
| 1 con variables demográficas | 0,097 | 0,067 | 74,1 |
| 2 con variables sociofamiliares | 0,050 | 0,34 | 73,6 |
| 3 con variables significativas | 0,094 | 0,064 | 74,1 |

Fuente.

Elaborado por.

En la tabla 5 se puede ver las variables que se transformaron en significativas al interactuar entre sí, la edad por ejemplo, al interactuar con el riesgo social, se torna significativa ($p: 0,009$), es decir que, las personas mayores de 80 años si están en riesgo social, tienen mayor probabilidad de deprimirse. Las interacciones con mayor significancia se encontraron entre dependencia con riesgo social, no pertenencia a grupos con riesgo social, no pertenencia a grupos con dependencia, bajo nivel académico con riesgo social y, el sexo femenino se torna significativo cuando interactúa con riesgo social.

Tabla 5. Regresión logística binaria con interacción de variables

| Variabes que interactúan | B | Error estándar | X ² de Wald | Sig* | Exp (B) † | IC ‡ |
|--|-------|----------------|------------------------|-------|-----------|-------------|
| Bajo nivel académico con dependencia | 0,366 | 0,169 | 4,700 | 0,030 | 1,442 | 1,036-2,008 |
| >de 80 años - con riesgo, problema social | 0,336 | 1,130 | 6,728 | 0,009 | 1,400 | 1,086-1,804 |
| Sexo-riesgo con problema social | 0,307 | 0,107 | 8,269 | 0,004 | 1,360 | 1,103-1,677 |
| Bajo nivel académico-riesgo con problema social | 0,350 | 0,105 | 11,109 | 0,001 | 1,420 | 1,155-1,745 |
| Sin compañero/a-riesgo con problema social | 0,275 | 0,103 | 7,070 | 0,008 | 1,316 | 1,075-1,612 |
| No jubilado-riesgo con problema social | 0,440 | 0,143 | 9,467 | 0,002 | 1,553 | 1,173-2,055 |
| No pertenencia a grupos con Dependencia | 0,572 | 0,174 | 10,745 | 0,001 | 1,772 | 1,259-2,494 |
| No pertenencia a grupos-riesgo con problema social | 0,407 | 0,107 | 14,489 | 0,000 | 1,503 | 1,219-1,854 |
| Dependencia-riesgo con problema social | 0,764 | 0,175 | 18,975 | 0,000 | 2,146 | 1,522-3,027 |

*p valor; †Riesgo; ‡Intervalo de confianza.

Fuente.

Elaborado por.

DISCUSIÓN

El estudio se realizó para identificar la asociación de depresión con condiciones sociales, familiares, demográficas y de dependencia en pacientes adultos mayores que asistieron a la consulta externa de un hospital de la seguridad social en Quito-Ecuador. Además, se midió la fuerza de asociación y se estableció la interacción entre los factores sociales y familiares. Se encontró una prevalencia de depresión alta y el episodio depresivo leve fue el diagnóstico más frecuente. La proporción de depresión entre hombres y mujeres fue casi similar, valor que difiere de la mayoría de estudios, para los cuales la prevalencia es mayor en mujeres²⁴. La encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en Ecuador, reportó un porcentaje mayor de depresión, pero no usó pruebas diagnósticas y fue realizada en la población general. Las prevalencias son más altas en países en vías de desarrollo y cuando se usan pruebas de tamizaje en lugar de pruebas con criterios diagnósticos como CIE-10^{5,25}. Al parecer, el tipo de población del presente estudio, por sus características propias (tener pensión o sueldo y gozar de los beneficios de la seguridad social), es menos proclive a la depresión que la población general.

La asociación entre depresión y grupos de edad avanzada no reportó valores significativos, a pesar de que las personas mayores de 80 años tuvieron una mayor prevalencia de depresión. Sánchez-García et al²⁶, en su estudio sobre adultos mayores de la Seguridad Social de México, reportó proporciones mayores en mujeres y en personas que superaban la edad de 80 años. Se encontró también asociación significativa entre depresión y dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria, hallazgo que concuerda con el de varios estudios en el mundo. Un estudio retrospectivo, con 650 adultos mayores del Centro Geriátrico Naval del Perú, concluyó que existe una fuerte e independiente asociación entre depresión y dependencia funcional²⁷. Otro estudio de cohorte a 15 años en adultos mayores de Brasil, concluyó que el menor apoyo emocional y los síntomas depresivos tienen un valor predictivo independiente para la discapacidad posterior a largo plazo²⁸.

No encontramos asociación de depresión con el nivel de instrucción y el vivir en soledad, lo que coincide con el estudio de Sandoval Garrido²⁹ en adultos mayores de Chile. En Brasil; sin embargo, un estudio transversal concluyó que un nivel más alto de educación atenúa las posibilidades de síntomas depresivos en adultos mayores, pero no los elimina³⁰.

En el presente trabajo, las personas con pertenencia a grupos y con buenas relaciones sociales presentaron menor probabilidad de padecer síntomas depresivos, lo cual concuerda con varios estudios^{11,31-34}. Un trabajo reciente realizado en 16 comunidades de Japón, con encuestas a 137 736 adultos mayores, encontró una prevalencia de síntomas depresivos ligeramente mayor en varones y los valores fueron más altos en personas con poca participación social³⁵, resultados que concuerdan con los nuestros.

En el análisis multivariado con variables de la Escala de Gijón se encontró que solo las malas relaciones sociales tuvieron un valor significativo con doble riesgo de desarrollar depresión; sin embargo, todas las variables tuvieron un OR mayor a la unidad. Méndez-Chiloff³⁶ reportó una asociación importante entre depresión y disfunción familiar. Varios estudios han reportado que los bajos ingresos económicos aumentan la posibilidad de presentar depresión³⁵⁻³⁷; sin embargo, nosotros no encontramos asociación significativa con el ingreso económico, lo que encaja con los hallazgos de un estudio de casos y controles en Colombia³² y otro descriptivo de corte transversal en Cuba³³. En la población estudiada, el mayor "peso" dentro de la escala socio-familiar fue para las relaciones sociales; sin embargo, elevado p valor y medida de riesgo se obtuvo con la aplicación íntegra de la escala. Los datos orientan a que varios factores, al ser analizados de manera individual, pueden no ser significativos pero al interactuar con otro pueden tornarse significativos y en el presente estudio se vio que variables como la edad mayor de 80 años, bajo nivel académico, sexo femenino y no tener compañero/a, se tornan significativas (p valor menor a 0,05) al interactuar con riesgo y problema social, es decir, esas personas si están en riesgo social tienen más probabilidades de desarrollar depresión. La interacción de variables nos podría ayudar a identificar mejor a personas con mayor tendencia a deprimirse.

La principal limitación del estudio fue que, al ser analizado un segmento de población específico (con derecho a Seguridad Social) y por haber realizado un muestreo no probabilístico, los resultados no pueden ser inferidos a la población general y sólo son aplicables a la población estudiada. Es posible que algunos resultados que no concuerdan con estudios internacionales, como la prevalencia en hombres y la no asociación con el ingreso económico, se deban a ello. Finalmente, la encuesta Mini, realizada por médico no especialista, podría considerarse un diagnóstico presuntivo.

CONCLUSIONES

La proporción de depresión en la población estudiada es alta en relación a datos internacionales, está asociada con la no pertenencia a grupos sociales organizados, ser dependiente y vivir en riesgo o problema social. La interacción de variables permite identificar mejor a las personas que tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión.

ABREVIATURAS

CIE: Código Internacional de Enfermedades; DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. OR: Odds Ratio. SABE: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento.

CONTRIBUCIÓN DEL AUTOR

DC: Elaboración de proyecto de investigación, definición de población y muestra a estudiar, redacción de la discusión, elaboración del informe final. **GC:** recolección de la información, análisis de datos. **VC:** recolección de la información, elaboración de cuadros y gráficos. La versión final fue revisada por todo el equipo de investigación.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Calderón Masón Diego Fernando, Doctorado (PhD) en Medicina, Universidad Cayetano Heredia de Perú. Médico Ginecólogo Obstetra del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín, Magíster en Gestión de Desarrollo Social, Universidad Técnica Particular de Loja-UTPL; Magíster en Gerencia de Salud, UTPL; Especialista en Planificación estratégica en salud, UTPL; Especialista en Ginecología y Obstetricia, UTPL, Diplomado en Bioética, Universidad Libre Internacional de las Américas-ULIA, Diplomado en Bioestadística por la Sociedad Hispana de Investigadores Científicos, Diplomado Superior en Gestión de Talento Humano, UTPL, , Docente de pregrado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7333-033X>.

Calderón Suasnavas Gabriela Fernanda, Médica General, Pontificia Universidad Católica Magíster en Gerencia de Salud, Magíster en Peritaje Médico y Medicina Evaluativa. Geriatra-Gerontóloga, Pontificia Universidad Católica de Quito. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7814-654X>.

Calderón Suasnavas Vanessa Alexandra, Psicóloga Clínica, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7199-3658>.

DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Se utilizaron recursos bibliográficos de uso libre e ilimitado. La información recolectada está disponible bajo requisición al autor principal.

APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN

El proyecto fue aprobado el 23 de noviembre de 2017 por pares y por el Comité de Ética de investigación en Seres Humanos del Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. CEISH-HCAM.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICACIÓN

La publicación fue aprobada por el Comité de Política Editorial del HECAM.

FINANCIAMIENTO

Se trabajó con recursos propios de los autores.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores reportaron no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Carlos Andrade Marín por haberme permitido desarrollar el estudio en tan prestigiosa Institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y El Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad. Huenchuan S, editora. Enero 2013. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile. p. 192.
2. Rivera Casado JM. Aspectos demográficos, sociosanitarios y biológicos del envejecimiento. En: Gómez C, Reuss J. editores. Manual de Recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos. Madrid: Editores Médicos SA; 2004. p.25-30.
3. 39. Organización Panamericana de la Salud. CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. Versión 2018 [citado 19 enero 2020]. Disponible en: <https://icd.who.int/es>.
4. Copeland J, Beekman A, Braam A, Dewey M, Delespaul P, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. World Psychiatry. 2004 Feb; 3(1): p. 45-49.

5. Guerra M, Prina AM, Ferri CP, Acosta D, Gallardo S, Huang Y, et al. A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. *J Affect Disord.* 2016; 190:362-8.
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2013; XXIX Suplemento 1.
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC. Salud, Bienestar y Envejecimiento. (2009); p. 17-18.
8. Stein J, Pabst A, Weyerer S, Werle J, Maier W, Heilmann K, et al. The assessment of met and unmet care needs in the oldest old with and without depression using the Carberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Results of the AgeMooDe study. *J Affect Dissord.* 2016; 193: p. 309-17.
9. Klung G, Lacruz M, Emeny R, Häfner S, Ladwig K, Et al. Aging without depression: a cross sectional study. *Psychodyn Psychiatry.* 2014; 42(1): p. 5-22.
10. Klung G, Lacruz M, Emeny R, Häfner S, Ladwig K, Et al. Aging without depression: a cross sectional study. *Psychodyn Psychiatry.* 2014; 42(1): p. 5-22.
11. Aung M, Moolphate S, Aung T, Katonyoo C, Khamchai S, et al. The social network index and its relation to later-life depression among the elderly aged > 80 years in Northern Thailand. *Clin Interv Aging.* 2016; 11: p. 1067-1074.
12. Wilkie R, Blagojevic-Bucknall M, Belcher J, Chew-Graham C, Lacey RJ, McBeth J. Widespread Pain and depression are key modifiable risk factors associated with reduced social participation in older adults. *Medicine (Baltimore).* 2016 ago; 95 (31). doi: 10.1097/MD.0000000000004111
13. Márquez C, Soriano S, García H, Falcón G. Depresión en el Adulto Mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Aten Primaria.* 2005; 36(6): p. 345-6.
14. Martínez A, Pastrana E, Rodríguez-Orozco A, Gómez C. Existe correlación entre Depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Méd Chile.* 2009; 137(12): p. 1642-1643.
15. Galli R, Hideyuki E, Bruscatto N, Horta R, Pattussi M. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Rev Bras Epidemiol.* Abr-jun 2016; 19(2): 307-316.
16. Ávila-Funes J, Melano-Carranza E, Payette h, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Mex.* 2007; 49(5): 367-375.
17. Hao G, Bishwajit G, Tang S, Nie C, Ji L, Huang R. Social participation and perceived depression among elderly population in South Africa. *Clin Interv Aging.* 2017 Jun 23;12:971-976. doi: 10.2147/CIA.S137993
18. Olmedo M, Muñoz B, Del Olmo B, Demelo P, García C, Ayala A, et al. Validez actual del índice de Charlson para predecir la mortalidad a un año en los pacientes ingresados en Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2014 (Espec Congr): 482.
19. Arbo G. Estados Depresivos en el Adulto Mayor. En: Penny Montenegro E, Megar Cuéllar F, editores. *Geriatría y Gerontología para el médico internista.* Primera edición, ed. La Paz: Grupo Editorial La Hoguera; 2012; p.465.
20. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl. 20): 22-33.
21. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
22. Andrada MA, Gonorazky S, Roumec BS. Escala de evaluación por interrogatorio de las actividades de la vida diaria (AVD) para pacientes con trastornos mnésico-cognitivos y demencia (EIAD). *Rev. HPC.* 2009; 12(1): p.5-9.
23. García J, Díaz E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Aceval V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria.* 1999; 23(7). P. 434-440.
24. Barry L, Allore H, Guo Z, et al. Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence and mortality over time. *Arch Gen Psychiatry.* 2008 February; 65(2): p. 172-178.
25. Gonçalves-Pereira M, Prina AM, Cardoso AM, da Silva JA, Prince M, Xavier M, et al. The prevalence of late-life depression in a Portuguese community sample: A 10/66 Dementia Research Group study. *J Affect Disord.* 2019; 21(246); p. 674-681. doi: 10.1016/j.jad.2018.12.067.
26. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo J, Wagner F., García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2012; 35:71-77.
27. Runzer-Colmenares F, Castro G, Merino A, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horiz. Med* 2017. 17 (3); p. 50-57.
28. Torres JL, Castro-Costa E, Mambrini JVM, Peixoto SWV, Diniz BSO, Oliveira C, et al. Depressive symptoms, emotional support and activities of daily living disability onset: 15-year follow-up of the Bambuí (Brazil) Cohort Study of Aging. *Cad. Saúde Publica* 2018; 34(7). doi: 10.1590/0102-311X00141917.
29. Sandoval Garrido FA, Tamiya N, Lloyd-Sherlock P, Noguchi H. Relation of depression with health behaviors and social conditions of dependent community-dwelling older persons in the Republic of Chile. *Int Psychogeriatr.* 2016; 28(12): 2029-2043.
30. Torres JL, da Silva SLA, Lustosa LP. El papel de la educación sobre la asociación entre la discapacidad y los síntomas depresivos entre los adultos mayores que viven en la comunidad: evidencia de fragilidad en un estudio de personas mayores brasileñas (Fibra). *Arco Gerontol Geriatr.* 2019; 80: 120-124. doi: 10.1016 / j.archger.2018.11.004.

31. Yates JA, Clare L, Woods RT. "You've got a friend in me": can social networks mediate the relationship between mood and MCI?. *BMC Geriatrics*. 2017; 17:144. doi 10.1186/s12877-017-0542-0.
32. Borda Pérez M, Anaya A, Anaya M, Pertuz M, De León L, Suárez A, et al. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2013; 29 (1): 64-73.
33. Pérez Martínez V, Arcia Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Med Gen Integr [internet]* 2008 [citado 9 de diciembre 2017]. 24(3); Recuperado a partir de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_3_08/mgi02308.htm.
34. Salazar M, Reyes M, Plata S, Galvis P, Montalvo C, Sánchez E, et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb*. 2015; 31(2):176-183.
35. Haseda M, Kondo N, Ashida T, et al. Community Social Capital, Built Environment, and Income-Based Inequality in Depressive Symptoms Among Older People in Japan: An Ecological Study From the JAGES Project. *J Epidemiol*. 2018; 28(3): 108-116. doi: 10.2188/jea.JE20160216.
36. Mendes-Chiloff C, Pereira Lima M, Rodrigues Torres A, Ferreira Santos J, Oliveira Duarte Y, Lebrao M, et al. Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: prevalence and associated factors (SABE Study) *Rev. bras. epidemiol*. 2018; 21 (supl.2). doi:10.1590/1980-549720180014.supl.2.
37. Baiyewu O, Yusuf AJ, Ogundele A. Depression in elderly people living in rural Nigeria and its association with perceived health, poverty, and social network. *Int Psychogeriatr*. 2015; 27 (12): 2009-15.