



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**Tema:**

LA RELIGIOSIDAD Y LA RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS  
MAYORES DE UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA CIUDAD DE AMBATO

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica**

**Línea de Investigación:**

DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

**Autora:**

VERÓNICA ISABEL JÁCOME MINIGUANO

**Director:**

Psc. Mg. SANDRA ELIZABETH SANTAMARÍA GUISAMANA

Ambato – Ecuador

Noviembre 2019

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**SEDE AMBATO**

**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

LA RELIGIOSIDAD Y LA RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS  
MAYORES DE UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA CIUDAD DE AMBATO

**Línea de Investigación:**

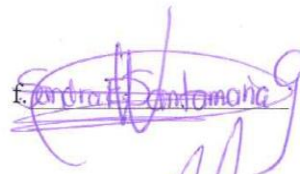
Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autora:**

VERÓNICA ISABEL JÁCOME MINIGUANO

Sandra Elizabeth Santamaria Guisamana, Psc. Mg.

**CALIFICADOR**

f. 

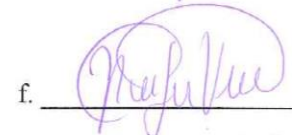
Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Psc. Mg.

**CALIFICADOR**

f. 

Narciza de Jesús Villegas Villacrés, Psc. Mg.

**CALIFICADOR**

f. 

María Isabel Ramos Noboa, Mg.

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

**SECRETARIO GENERAL PUČESA**

f.   
Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador  
**SECRETARÍA GENERAL  
PROCURADURÍA**

Ambato-Ecuador

Noviembre 2019



BIBLIOTECA

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **VERÓNICA ISABEL JÁCOME MINIGUANO**, portadora de la cédula de ciudadanía No. **1804116877**, autora del trabajo de graduación intitulado: **LA RELIGIOSIDAD Y LA RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA CIUDAD DE AMBATO**, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

**VERONICA ISABEL JÁCOME MINIGUANO**

**CC. 1804116877**



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

BIBLIOTECA

## AGRADECIMIENTO

*“Los triunfos en la vida se cumplen según tu voluntad Señor”*

Gracias Dios, porque hasta ahora todo ha salido como lo había planeado, gracias por mantenerme de pie en este caminar y nunca dejarme. Y hoy permitirme cumplir una meta más en mi vida.

Agradezco a mis padres por permanecer constantemente en el camino que sin lugar a duda no hubiese sido el mismo sin su presencia y bondad, por nunca dejarme sola, porque sé que donde vaya contare con su apoyo y protección, gracias al sacrificio diario de ustedes me permito hoy culminar mi carrera universitaria y a la vez comenzar el camino profesional.

Hija, luz de mis días, mi mayor alegría, gracias por ser motivo y motor de mis logros. He sido bendecida con tu presencia a lo largo de mi carrera, siendo luz, esperanza y sabiduría para culminar con éxito este gran anhelo. Y a mi compañero de vida por caminar a nuestro lado, sé demuestra que en la vida nada es imposible y con sacrificio los sueños se cumplen.

A mis primas y amigas que siempre estuvieron presentes apoyándome, gracias por permitirme compartir gratos momentos con ustedes que no solo ha sido merecedor de esfuerzo sino también de enseñanzas.

De manera especial quiero agradecer a mí tutora Sandra Santamaría por el tiempo dedicado y sus enseñanzas durante la elaboración de mi proyecto. De igual manera agradecer a mis profesores por cada conocimiento y vivencia compartida a lo largo de mi carrera universitaria.

Finalmente agradecer a mis bellos adultos mayores que han realizado un gran trabajo y colaboración con este proyecto, gracias a Sor Gloria Murillo y al Dr. Patricio Maldonado por permitirme compartir este tiempo en sus instituciones.

**DEDICATORIA**

*“Tú eres aquello que haces, no  
aquello que dices que harás”*

*Carl Gustav Jung*

Dedico mi proyecto a Dios, al que sin lugar a duda estuvo presente cada instante de mi vida, el que me dio la mano en los momentos difíciles, supo guiarme hasta aquí y estoy segura lo seguirá haciendo.

## RESUMEN

El objetivo general de la presente investigación consiste en determinar la relación existente entre la Religiosidad y la Depresión en adultos mayores de una población geriátrica de la ciudad de Ambato. La investigación es un estudio de enfoque no experimental de modalidad cuantitativa de alcance descriptivo correlacional y de corte transversal de poblaciones con muestra no probabilística, en una representativa de aproximadamente 100 adultos mayores. La hipótesis de trabajo planteada consiste en que la religiosidad se relaciona negativamente con la depresión, es decir que a mayor religiosidad menor depresión. Los participantes de la investigación fueron evaluados por cuatro instrumentos, para religiosidad, El Inventario de Religiosidad y La Escala para Evaluar las Experiencias Espirituales Diarias y para depresión, el Inventario de Depresión de Beck y la Escala Geriátrica de Yesavage. En los resultados obtenidos sobre religiosidad se observa que los adultos mayores poseen una significativa religiosidad y la segunda variable se evidencia la presencia de depresión mínima en los adultos mayores. Finalmente, en la investigación realizada y el análisis de datos estadísticos, se encontró una relación negativa estadísticamente significativa entre religiosidad y depresión que alcanza un valor aproximado de - 0,5, lo cual indica que los adultos mayores se encuentran relacionados con una mejor salud mental y menos síntomas de depresión.

**Palabras clave:** *Religiosidad, Depresión, Adultos mayores*

## ABSTRACT

The overall aim of this study is to determine what the relationship is between religiosity and depression among elderly seniors of a geriatric population in the city of Ambato. It is a non-experimental, descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach in a non-probabilistic sample of 100 senior citizens. The hypothesis suggests that religiosity is negatively related to depression, meaning that more religiosity equals less depression. The study participants were evaluated with four tools. For religiosity, the Religiosity Inventory and the Daily Spiritual Experience Scale were used. For depression, Beck's Depression Inventory and Yesavage's Geriatric Scale were used. The obtained results depict that the senior citizens have a significant amount of religiosity and the second variable depicts a presence of minimal depression in senior citizens. Finally, a statistically significant negative relationship between religiosity and depression, approximately reaching a value of -0.5 was identified in the statistical data analysis. This means that the senior citizens have better mental health and fewer symptoms of depressions.

**Key words:** *religiosity, depression, elderly seniors*

**ÍNDICE****CONTENIDOS**

AGRADECIMIENTO .....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
ÍNDICE.....	viii
CONTENIDOS.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
METODOLOGÍA.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	5
CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA .....	7
1.1 Religiosidad.....	7
1.1.1 Definición y generalidades de la religiosidad.....	7
1.1.2 Tipos de religión.....	8
1.1.3. Espiritualidad.....	10
1.1.4. Religiosidad vista desde los adultos mayores.....	11
1.2 Depresión.....	11
1.2.1 Definición y generalidades de la Depresión.....	11
1.2.2 Diferentes Teorías psicológicas que explican la depresión.....	13
1.2.3. Causas y efectos de la depresión.....	13
1.2.4 Tipos de Depresión.....	16
1.2.5. Depresión en adultos mayores.....	18
1.2.6 Diagnóstico y tratamiento de la depresión en adultos mayores.....	21
1.2.6.1 Diagnóstico.....	21
1.2.7 Tratamiento.....	22

1.2.7.1 Tratamiento Farmacológico.....	22
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO .....	24
2.1 Metodología de Investigación .....	24
2.1.1 Enfoque.....	24
2.1.2 Modalidad.....	25
2.1.3 Alcance .....	25
2.2 Técnicas e Instrumentos .....	26
2.2.1 Técnicas .....	26
2.2.2 Instrumentos .....	26
2.3 Participantes.....	32
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	39
3.1 Análisis de resultados de Religiosidad .....	39
3.2 Análisis de los Resultados de Depresión.....	45
3.3. Correlación entre Religiosidad y Depresión.....	48
3.4. Modelo empírico explicativo entre las variables Religiosidad y Depresión .....	49
CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES .....	51
BIBLIOGRAFÍA .....	52
ANEXOS .....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Análisis de fiabilidad del inventario de Religiosidad.....	28
Tabla 2.2. Análisis de fiabilidad de la escala para evaluar experiencias espirituales diarias .....	30
Tabla 2.3. Análisis de fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck .....	31
Tabla 2.4. Análisis de fiabilidad de la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage .....	32
Tabla 2.5. Análisis descriptivo de las variables individuales y familiares .....	34
Tabla 3.1. Análisis del Inventario de Religiosidad.....	41
Tabla 3.2. Análisis de la Escala para Evaluar Experiencias Espirituales Diarias .....	44
Tabla 3.3. Correlación de pearson.....	48

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 3.1. Representación Global del Análisis de la Religiosidad .....	39
Figura 3.2. Análisis de la Ecala para Evaluar Experiencias Espirituales Diarias.....	42
Figura 3.3 Representación Global de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage .....	46
Figura 4.1. Modelo empírico explicativo entre la variable religiosidad y depresión .....	49

## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad existen trabajos que se encuentran enfocados en la religiosidad y la depresión. Dichos temas son tomados como aspectos importantes en la vida de una persona, al parecer en ciertas personas y en otras no, la religiosidad ha sido factor de cambio en los niveles de depresión. Según Precinoti (2017) “los individuos que dicen tener una religión y frecuentan las celebraciones religiosas presentan menos depresión y menos comportamientos de riesgo a la salud”(p.10). A medida que la persona envejece, pasa por muchos cambios, donde es evidente los síntomas de depresión, no obstante, las creencias y prácticas religiosas permiten afrontar de mejor manera las situaciones que conlleva el envejecimiento.

### **Antecedentes Teóricos**

La Real Academia Española (2001) define a la religión como, el “conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales de conducta y de práctica, virtud que nos mueve a dar culto a Dios”. La religiosidad “es la práctica y el esmero en cumplir los deberes religiosos”. Valiente (2010), señala que: “la religiosidad constituye un fenómeno universalmente arraigado en el ser humano, trascendiendo épocas y culturas”(p.153).

La Organización Mundial de la Salud (2017) define a la depresión como: “Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o de apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”(p.22). Dentro de la psicología la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo, que se define o explica a través de los síntomas que los diferentes manuales dan a conocer.

Acosta y Sánchez (2017), describen sobre la religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados de Lima, el objetivo fue conocer la relación entre estas dos variables. La muestra estuvo compuesta por 150 adultos mayores, entre ellos 88 mujeres y 62 hombres, con edades desde 65 a 90 años, el promedio fue de 77,84 años. Los adultos mayores se inclinan por estrategias de afrontamiento intrapsíquico como la religión para manejar situaciones estresantes y resolver problemas percibidos como imposibles de solucionar.

Otro estudio realizado por Salgado (2014), con la temática, “Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores”. En la que concluyó que las personas que mantienen satisfacción con su vida y bienestar espiritual se asocian con la capacidad de perdonar y ser fuente de fortaleza y esperanza.

En el artículo de Rodríguez (2016), en las conclusiones describe que las prácticas religiosas han sido asociadas a una mejor salud mental; éstas son: oraciones, ritos, devociones, adoraciones, se realizan a nivel individual o grupal, su sentido es conectarse con Dios o con un ser superior que otorga confianza y esperanza en momentos de crisis.

A continuación, se presenta un estudio sobre “Actitudes hacia la Depresión”, el diagnóstico predictivo y las investigaciones genéticas en individuos de Sagua la Grande, Villa Clara realizado por Estrada y Herrera (2015), el objetivo fue identificar las actitudes hacia la depresión, los estudios predictivos y las investigaciones genéticas, en individuos con la enfermedad, sus familiares, estudiantes y profesionales.

Finalmente, la investigación realizada por Acevedo y González (2014), titulada “No envejecemos igual” se consideró una muestra de 1.500 habitantes mayores de 65 años. En tal sentido, se logró identificar con certidumbre los procesos de construcción de la vida útil, o lo que representa envejecer, y de qué manera la religiosidad como soporte social y la feminización del envejecimiento contribuye a dicho proceso. Además, en la investigación se evidencia que los adultos mayores de México, se preocupa más por encontrar un refugio en los principios dogmáticos teológicos y templos religiosos, que una búsqueda verdadera de la elevación espiritual.

A partir de lo anteriormente expuesto, la propuesta de esta investigación es de vital importancia, pretende encontrar y dar a conocer la correlación entre las variables religiosidad y depresión. La investigación contiene sustento teórico dado por anteriores investigaciones y de igual manera material bibliográfico necesario.

## **Situación Problemática**

Se observa en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Ambato que reciben atención geriátrica la presencia de estados de ánimo depresivo, la disminución de interés en las actividades cotidianas que realizan en el día, niveles de retraso psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de desvalorización, menor capacidad de pensar y concentrarse. Aparentemente estos síntomas se asemejan a problemas del estado de ánimo con comportamiento depresivo. Según la Organización Mundial de la Salud (2017) señala que la depresión es: “entendida como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

También se observa por el contrario en las personas que no padecen estos estados depresivos que sus creencias religiosas (católicas, cristianas u otras) les aportan una mayor tendencia a afrontar los sentimientos de soledad, les permite sobrellevar de mejor manera sus enfermedades actuales, deposita su fe en Dios y a asumir su condición de vejez. Estos indicadores reflejan una elevada tendencia a la religiosidad. La religión según Keesing, (2009) la define como una categoría analítica que abarca creencias y rituales relacionados con los espíritus de los ancestros, seres de tan crucial importancia en la vida diaria. De esta manera Keesing, (2004) manifiesta los orígenes religiosos y como estos ocuparon un lugar más destacado que cualquier otro aspecto de la cultura en la literatura de la evolución social. La Real Academia Española (2001) define a la religión: “conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales de conducta y de práctica, virtud que nos mueve a dar culto a Dios”; la religiosidad: “es la práctica y el esmero en cumplir los deberes religiosos”. Valiente (2010), señala que: “la religiosidad constituye un fenómeno universalmente arraigado en el ser humano, trascendiendo épocas y culturas”. La práctica religiosa o espiritual evidencia un papel positivo que desempeñar como factor promotor de salud y bienestar. Estudios previos datan acerca de la correlación entre religiosidad y depresión (Ocampo y Romero, 2006; Rivera y Montero, 2005) dado por la práctica de la oración y la fe. Las observaciones previas junto con la evidencia empírica al parecer señalan que la religiosidad y la depresión se encuentran negativamente relacionadas.

Para verificar esta presunción en la población analizada, es necesario realizar un estudio de carácter descriptivo correlacional de corte transversal entre la religiosidad y los niveles de depresión en una muestra de adultos mayores que reciben atención geriátrica en la ciudad de Ambato y así determinar la existencia o no de correlación.

De comprobarse la hipótesis enunciada, los hallazgos nos permitirán conocer la relación que tienen estas variables y de esta manera intervenir a través de la elaboración de programas y otros mecanismos de tratamiento para la reducción de depresión en los adultos mayores.

### **Hipótesis**

La hipótesis de la presente investigación se basa en que la religiosidad se relaciona negativamente con la depresión en una muestra geriátrica de adultos mayores, pertenecientes al Centro Geriátrico “Vida a los años” y el Hogar de Ancianos “Sagrado Corazón de Jesús” de la ciudad de Ambato, la cual será comprobada o refutada a través de la aplicación y análisis de reactivos psicométricos e investigación teórica.

### **Objetivos**

El objetivo general del siguiente estudio es:

- Determinar la relación entre Religiosidad y Depresión en una muestra geriátrica de adultos mayores de la ciudad de Ambato

Para alcanzar el objetivo general, se establece los siguientes objetivos específicos:

- Fundamentar los aspectos teóricos relacionados con la religiosidad y depresión en adultos mayores
- Diagnosticar la presencia de religiosidad y depresión en la muestra previamente determinada.
- Realizar un estudio estadístico de tipo correlacional entre religiosidad y depresión en adultos mayores

- Elaborar un modelo explicativo empírico de la relación entre religiosidad y depresión.

## **METODOLOGÍA**

En cuanto a la metodología, la presente investigación es un estudio de tipo descriptivo correlacional de poblaciones con muestra no probabilística y de corte transversal. la población estimada de adultos mayores bordea los 300 casos durante el presente año, toma en cuenta la factibilidad de la presente investigación y dado que no existe el flujo continuo de pacientes con los que se pueda trabajar de manera consistente, se tomará en cuenta solamente a una muestra de 100 adultos mayores.

El siguiente estudio de investigación tiene un enfoque empírico cuantitativo de tipo descriptivo correlacional de poblaciones con muestra no probabilística y de corte transversal. De igual forma se encuadra dentro de los estudios de correlación, en el cual se busca conocer la relación entre la Religiosidad y Depresión en Adultos Mayores de una Población Geriátrica de la Ciudad de Ambato.

## **JUSTIFICACIÓN**

La investigación tiene como objetivo determinar la relación entre religiosidad y depresión en una muestra geriátrica de adultos mayores de la ciudad de Ambato, se ha observado problemas ligados al estado de ánimo con comportamiento depresivo, por el contrario, en las personas que no padecen estos estados depresivos que sus creencias religiosas les aportan una mayor tendencia a afrontar los sentimientos de soledad, a sobrellevar de mejor manera sus enfermedades actuales y depositar su fe en Dios y a asumir su condición de vejez.

De esta manera, se establece la necesidad de realizar este estudio, por medio de los adultos mayores la religiosidad es muy representativa, la cual ha permitido que exista menor sintomatología depresiva. Los adultos mayores en el Ecuador son considerados personas vulnerables, por lo cual es vital realizar investigaciones que nos permita conocer y aportar para mejorar su nivel de vida y estado de ánimo.

La investigación se encuentra dividida en tres capítulos, conformados de la siguiente manera: el primero contiene el estado de arte, el segundo trata sobre el diseño metodológico y el tercero todo lo referente a los resultados.

## **CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA**

### **1.1 Religiosidad**

#### **1.1.1 Definición y generalidades de la religiosidad**

La religiosidad no siempre será incoherente con la religión, dependerá de la formación de cada individuo, para esto es necesario distinguir religión y religiosidad. La religión según la Real Academia Española (2001) es el “conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales de conducta y de práctica para darle culto. Virtud que nos mueve a dar culto a Dios”. Como se ve la religión se refiere a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina. Mientras que la religiosidad “es la práctica y el esmero en cumplir los deberes religiosos”. Por lo cual la religiosidad se considera como una necesidad fundamental y primaria de creer en un ser superior.

La religiosidad según Etchezahar & Simkin (2013) ha estado asociada históricamente a fenómenos como el autoritarismo en términos de pensamiento dogmático. Además, Zinnbauer, Pargament, & Scott (2013) explican que la

Religiosidad incluye un conjunto específico de sistemas de creencias, prácticas y valores centrados alrededor de marcos institucionales explícitamente pautados inmersos en tradiciones o culturas. De esta manera, la espiritualidad se presenta como una categoría más amplia que la de religiosidad, incorpora una serie de fenómenos que se extienden desde los más conocidos eventos que ocurren en el marco de las religiones tradicionales hasta las experiencias de los individuos o grupos que buscan lo sagrado por fuera de los sistemas social y culturalmente definido (p.51).

La espiritualidad viene a ser un vínculo que se ha formado entre el ser humano y Dios o un ser supremo, siendo la religión lo que permite desarrollar esta relación.

La religiosidad se vive en lo social como un cuerpo que constituye tanto los conocimientos, ritos, normas y comportamientos Acevedo & González (2014). Y a la vez Rivera & Montero (2005) explican que “se concibe como un paso intermedio de socialización durante el cual el creyente se nutre del saber que dirigirá sus conductas en la búsqueda de la experiencia de lo divino” (p. 1). Por lo tanto, la religiosidad tiene como objetivo la búsqueda de lo sagrado.

En el artículo de Rodríguez (2016), menciona entre sus conclusiones que las prácticas religiosas han sido asociadas a una mejor salud mental; dichas prácticas tales como oraciones, ritos, devociones, adoraciones, se realiza a nivel individual o grupal, su sentido es conectarse con Dios o con un ser superior que otorga confianza y esperanza en momentos de crisis.

### **1.1.2 Tipos de religión**

#### **- Religión Católica**

La Iglesia católica desde siempre ha sido una institución religiosa muy influyente en todos los espacios de la vida cotidiana, además afirma Molina (2012) que la iglesia católica dice ser un ideal de unidad, la cabeza dirige al resto del cuerpo, sin embargo, sin él no podría funcionar. A esta religión pertenecen los rituales llamados del cuerpo, para poder salvar el alma, conjunto de ceremonias y prácticas religiosas, para esto Lugo (1967) manifiesta los siguientes sacramentos:

El Bautismo es el sacramento de iniciación, el cual toma como significado lavar o invocar el nombre de Dios, el segundo rito es la Confirmación, por el cual los fieles se armaban y fortalecen de los siete dones que les daba el Espíritu Santo entre ellos la sabiduría, el consejo, fortaleza, ciencia, piedad y temor a Dios. La Confesión o también llamada penitencia, con este sacramento los fieles recobraron la salud del alma, de esta manera podrían recibir dignamente el sacramento de la comunión o eucaristía, considerado el sacramento de la paz, de la caridad o sacramento de la cena. El sacramento que se encuentra relacionado con los

enfermos es la Extremaunción, en donde el óleo anteriormente consagrado por el obispo, con el cual se unge la espada, el pecho y cada uno de los órganos en donde radican los sentidos con los que se ha injuriado a Dios.

#### - **Religión Evangélica**

Conocidos también con el término protestantes que alude a los cristianos que no pertenecen a la iglesia católica según En la religión evangélica la concepción de la adoración a Dios es más informal por lo general es administrado por un pastor, los lugares de culto son llamados edificios de iglesias, templos o campus, los evangélicos no consideran a este lugar como sagrado.

En la religión evangélica señala López (2010) que lo importante es tener claro a quién se va a rendir culto y en este caso únicamente será a Dios. Existen hombres y mujeres de fe en la historia como ejemplo de mujer María, son admirables, dignos de ser imitados, pero no vienen a ser objetos de culto.

En cuanto a las posibles preguntas que los católicos se hacen, si creen o no en la Virgen María los evangélicos, claramente manifiestan la diferencia entre creer y dar culto, el cual permite entender que la Virgen María para ellos no es objeto de culto.

#### - **Testigos de Jehová**

Los testigos de Jehová según Calzato (2006) tienen su origen en el siglo XIX, el fundador fue Charles Taze Russell, economista que dedicaba su tiempo al estudio de la biblia, la estructura de esta religión es verticalista, está formada por bases de predicadores hasta las cúpulas superiores de congregaciones. Calzato (2006) menciona que “Poseen un fuerte monoteísmo y no aceptan la idea católica del Dios trinitario, se argumenta que no existen indicios de tal idea en las escrituras bíblicas”(p.3). Es decir, señalan que Cristo fue creado y

de esta forma es inferior a su padre y atacan el dogma católico y se identifican como seguidores de su único líder Jehová, rechazan el bautismo en los niños, no celebran navidad ni los cumpleaños ni otras fiestas.

#### - **Religión Mormón**

La religión mormona surgió en la primera mitad del siglo XIX, afirma Packham (2015) que: “los mormones van al templo solamente en los días laborables, nunca en el día domingo, los templos están cerrados el domingo” (p. 1). Los templos de los mormones están cerrados al público y también aquellos mormones que no califican es decir no les consideran dignos para el templo.

#### - **Ateísmo**

Considerado la ausencia de creencia, mantiene la postura de la no existencia de deidades, además Fernández (2012) señala que:

El ateísmo auténtico es negar, no únicamente a Dios, también a cualquier idea sacralizada; ello se hace en nombre de lo que considera la verdadera realidad y el auténtico valor: el individuo. Éste, el yo, el "único", no se esclaviza por ninguna idea abstracta, funda su causa sobre sí mismo. (p.34) El ateísmo se asocia con cierto dogmatismo al negar metafísicamente, y sin prueba alguna, a Dios.

### **1.1.3. Espiritualidad**

La espiritualidad según San Martín (2007) se entiende como un conjunto de sentimientos, acciones y creencias, se encarga de buscar lo trascendente, sagrado o a la vez divino, de tal manera que busca dar un sentido a la vida conjuntamente con un propósito. Ubica la conducta de las personas, las relaciones interpersonales y finalmente la forma de sentir y pensar.

En contraste, las actividades espirituales según Rivera & Montero (2005) han sido empleadas como estrategia de afrontamiento en casos severos de enfermedades. Además, San Martín (2007) menciona que: “la espiritualidad puede influir tanto en el bienestar psíquico de los adultos mayores como en su proceso de adaptación al envejecimiento” (p.105). En cuanto a este tema es apropiado mencionar el afrontamiento religioso, en el cual se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir o aliviar las consecuencias negativas de sucesos estresantes, así como para facilitar la resolución de problemas”.

#### **1.1.4. Religiosidad vista desde los adultos mayores**

La religión es una dimensión importante en la vida de los adultos mayores según Castellanos (2012)

Las creencias y prácticas religiosas enfrentan de mejor manera las situaciones de estrés que lleva consigo el envejecimiento, que también gozan de mejor salud física y mental y que viven más que las personas no practicantes. El objetivo de este artículo es presentar los hallazgos en torno a las prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza y su impacto en el cuidado de la salud (p.52).

De esta manera la religión pasa a ser esencial en la vida de los adultos mayores, evidencia un grado de equilibrio, en mismo que permite un mejor estilo de vida en las personas de la tercera edad.

## **1.2 Depresión**

### **1.2.1 Definición y generalidades de la Depresión**

La depresión ha estado presente desde la antigüedad, es decir que ha persistido a lo largo del desarrollo de la humanidad, según Zarragoitía (2011) señala que, las narraciones de los conquistadores españoles, a la depresión se le consideraba como la enfermedad mental más

frecuente entre la población de los incas, quienes poseían conocimiento sobre plantas medicinales e incluso minerales que se empleaban contra la enfermedad, y los impredecibles ritos mágicos y religiosos que utilizaban para combatirla. En la edad media la depresión era considerada como la posesión de los espíritus malos según los líderes religiosos de ese tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (2017), define a la depresión como: “Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”(p.22). Es posible que la depresión llegue hacerse crónica y a la vez recurrente lo cual dificulta el desempeño laboral o académico, a la vez la capacidad para afrontar la vida diaria.

Dentro de la psicología la depresión es considerada como un trastorno del estado de ánimo, que se definido o explica a través de los síntomas que los diferentes manuales nos dan a conocer. Según la American Psychiatric Association (2016) para determinar la depresión será necesario que la persona cumpla cinco o más de los síntomas próximos a mencionar, además que han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas. Los “criterios diagnósticos” son:

Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, Casi todos los días, Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días, Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones casi todos los días, pensamientos de muerte recurrentes. (p. 160-161)

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### **1.2.2 Diferentes Teorías psicológicas que explican la depresión**

Dentro de la teoría conductual según García (2013) la depresión es causada por la falta de un refuerzo, es decir la persona no encuentra refuerzos en la sociedad y se tiene como consecuencia que la depresión llegue a perpetuarse.

Por otra parte, la teoría cognitiva señala que la depresión es consecuencia de pensamientos inadecuados y debido a una distorsión cognitiva, donde la realidad es distorsionada de manera completamente negativa.

La indefensión adquirida, asociada con la teoría de la desesperanza, donde el problema principal es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos necesarios.

En cuanto a la teoría biológica, se define que la depresión está relacionada con el desequilibrio de los neurotransmisores, por ende, cuando existe este desequilibrio aparece la depresión.

### **1.2.3. Causas y efectos de la depresión**

#### **Causas**

La depresión es una enfermedad que durante décadas fue incomprendida, de la cual resulto malas interpretaciones acerca de las causas y síntomas, sin embargo, hoy en día Piñeiro (2018) afirma que la depresión se ocasiona por la interacción de algunos factores, son físicos o psicológicos.

Una de las posibles causas es la genética, las personas que tienen familiares con depresión se encuentran en un mayor riesgo de padecerlo, existe la posibilidad de que esta sea heredada

genéticamente, se ha confirmado que incluso familiares cercanos con otros trastornos psiquiátricos vienen a ser factores de riesgo para la presencia de la depresión en las personas. Por otra parte, se ha realizado estudios, sin dejar resultado sobre los genes responsables de la vulnerabilidad de la depresión.

Por otra parte, Zoch (2002) señala que otra de las causas de la depresión es “los trastornos en los neurotransmisores en donde existe una deficiencia de estos, mientras que en la manía existe un exceso de estos” (p. 3). Los neurotransmisores aquellos que se encargan de pasar un estímulo nervioso de una neurona a otra, dado esto es necesario que exista un equilibrio dinámico entre ellos y si en caso se encuentran disminuidos se tendrá como resultado un cuadro depresivo.

Existen causas psicológicas, por esta razón Aguilar & Ávila (2007) señalan los siguientes:

Los errores cognoscitivos, psicodinámicos o de comportamiento que se origina la depresión. El aprendizaje de un comportamiento de abandono y la asociación de la depresión con eventos adversos durante el curso de la vida, donde el número de eventos negativos vividos se asocia con el desarrollo de la depresión. (p.142)

Es decir, dependen de la cantidad de eventos negativos o desagradables que la persona tubo se verá o no desarrollada la depresión.

De modo que, los adultos mayores deprimidos malinterpretan muchos de los acontecimientos que ocurren en el transcurso de toda su vida es así como esta distorsión cognoscitiva ocasiona una respuesta exagerada a los eventos.

De igual manera una posible causa es la pobre autoimagen, la persona piensa que no podrá vencer determinados obstáculos que se le presentan en la vida e incluso antes de empezar algo ya llegan a sentirse derrotadas. Al hablar exclusivamente del adulto mayor Collís (2011) menciona

Que ellos perciben de manera negativa el envejecimiento, expresan que la vejez es la última carta de la baraja, una maldición, la mayor desgracia, incapacidad de valerse

por sí mismos, llegada de enfermedades, pérdida de esperanzas e ilusiones, un engaño, la recta final de la vida (p.40).

Como se ve los adultos mayores, consideran al envejecimiento como la etapa final de la vida, la cual viene acompañada de algunos pensamientos negativos sobre la vida mismo de cada uno de ellos.

En la depresión geriátrica menciona Agüera et al. (2011), que posibles factores de riesgo vienen a ser

El sexo femenino, un nivel educativo más bajo, no estar casado, vivir solo, situación de duelo, estados de discapacidad física y pobre estado de salud (también en enfermedades físicas de reciente diagnóstico), pobre apoyo social, deterioro cognitivo, problemas de sueño y haber padecido episodios depresivos previo. (p.2)

De esta manera los factores de riesgo están dentro de la situación de la persona, se ha podido palpar en los centros geriátricos la incidencia de la población de sexo femenino y en su gran mayoría viudas, el mismo que viene a ser dos factores de riesgo en uno, el hecho del género femenino mismo y por otra parte la soledad que a muchas les ha dejado la viudez.

### **Efectos de la Depresión**

La depresión es una de las primeras causas de discapacidad y esto conlleva a un elevado coste económico y un elevado sufrimiento, así señala Molina & Belén (2010), además interfieren con el funcionamiento cotidiano de la persona, causa dolor y sufrimiento, a quién lo padece e incluso a los familiares y seres queridos, toma en cuenta que hasta una tercera parte de los pacientes con depresión no consultan a ningún médico.

La depresión tiene una serie de efectos negativos, Aguilar & Ávila (2007) afirman que: “sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano... la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos” (p.145). Está asociada con la pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, osteoporosis y mala autopercepción de la salud.

Además, Peña, Herazo, & Calvo (2009) mencionan que “la depresión en personas mayores de 65 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida” (p. 1). Por lo cual es importante tomar en cuenta la presencia de los síntomas relacionados a la depresión.

Al decir que se da un impacto negativo en la calidad de vida, la cual se encuentra relacionada con el bienestar físico que tiene que ver con la salud y seguridad física, bienestar material que está netamente relacionado con los ingresos, pertenencias, vivienda y transporte, bienestar social que tiene plena relación con el área social, familiar y comunidad y por último el bienestar emocional estrictamente relacionado con el autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión, espiritualidad.

Para esto Aguilar & Ávila (2007) explican que:

Existen similitudes entre la depresión y el síndrome geriátrico de fragilidad porque ambos se han asociado al proceso inflamatorio inducido por las citocinas. La fragilidad es un estado de vulnerabilidad en el que los ancianos parecen incapaces de resistir a las agresiones externas, tales como cambios del medio ambiente, infecciones o alguna cirugía. Dichas agresiones provocan una caída en espiral del estado general del individuo y meterlo en un círculo vicioso del cual, al adulto mayor, le es difícil salir y lograr su restablecimiento y el regreso a su estado de salud anterior. (p.145)

Al parecer, cuando se llega a la tercera edad las personas ya no quieren ser expuestas a cambios, ya sea de cualquier tipo, debido al estado de vulnerabilidad que la misma edad les propicia.

#### **1.2.4 Tipos de Depresión**

Dentro de los tipos de depresión el Departamento de Salud y Servicios Humanos (2017) da a conocer los siguientes

Depresión grave o mayor: síntomas graves que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, concentrarse, comer y disfrutar de la vida. Algunas personas tienen un solo episodio en la vida, pero es más común tener varios episodios.

Trastorno depresivo persistente (distimia): síntomas de depresión no tan fuertes como los de la depresión grave, pero que duran por mucho tiempo, por lo menos dos años.

Depresión menor: síntomas de depresión que no son tan fuertes como los de la depresión grave o del trastorno depresivo persistente y que no duran mucho tiempo (p.1).

En algunas personas adultas mayores, la depresión pasa sin diagnosticarse o a la vez esta será diagnosticada erróneamente porque la tristeza no es su síntoma principal, sin embargo, será necesario tomar en cuenta todos los criterios diagnósticos para obtener un diagnóstico adecuado.

De esta manera es evidente de acuerdo con la información adquirida que la depresión se encuentra presente en diferentes grados, en donde los síntomas serán los principales informantes para identificar el tipo de depresión que la persona posiblemente padeciera y de esta manera poder encajar en una de sus clasificaciones, para posterior tratamiento o proceso que se deba llevar.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad (2014) da a conocer la gravedad de la depresión, para esto señala que en algunos casos los síntomas que presenta la persona afectan poco a la vida diaria o la vez solo se da en algún aspecto específica, a la cual se la denomina depresión leve. Además, en otros casos se presentan muchos síntomas que llegaran a causar deterioro o incluso incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana y este viene a ser un caso de depresión grave y para finalizar entre leve y grave en este caso se suele hablar de depresión moderada y se da cuando los síntomas y las limitaciones son moderados es decir no son tan específicos como en la depresión leve, pero tampoco son generalizados como en la depresión grave.

Además, según Gómez (2007) los datos aportados por la OMS, en torno a la salud mental del colectivo geriátrico.

Indican que el 25% presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico; entre tales trastornos destaca la depresión como el más frecuente hasta los 75 años. Sin embargo, la prevalencia de la depresión en este colectivo varía enormemente dependen de las circunstancias en que los ancianos se encuentren, de esta manera se clasifica de la siguiente manera, 10% de los ancianos que viven en la comunidad, 15-35% de los que viven en residencias, 10-20% de los ancianos hospitalizados, 40% de los ancianos que tienen un trastorno somático y reciben tratamiento, 50% de los ancianos hospitalizados en centros psiquiátricos. (p. 81)

Como se evidencia el porcentaje aproximado de la población de adultos mayores de acuerdo con su condición variara, de alguna manera u otra cada uno se encuentra en diferentes circunstancias, las mismas que afectan o favorecen el bienestar del adulto mayor. Es así como los ancianos hospitalizados en centros psiquiátricos son los que tienen un mayor porcentaje.

### **1.2.5. Depresión en adultos mayores**

A medida que las personas envejecen, pasan por múltiples cambios, muerte de seres queridos, la jubilación, situaciones que causan estrés, la soledad, problemas médicos, entre otros, que causan intranquilidad, lo cual es esperado debido a los cambios que pasan los adultos mayores.

No obstante, la depresión es diferente, la cual es considerada un trastorno afectivo que con más frecuente se presenta en personas mayores de 60 años y se determinara que existe prevalencia en el sexo femenino, afirma Sotelo, Rojas, Sánchez, & Irigoyen (2012) la presencia de los siguientes síntomas como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo considerado más grave la agitación e ideación suicida. Sotelo et al. (2012) da a conocer datos estadísticos sobre la depresión.

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%. En el caso de México, hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementa con la edad. Sin embargo, otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%. Bello (2005) ha observado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. (p. 7).

La depresión es considerada un problema de salud pública, la cual tiene graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y también en la calidad de vida de los adultos mayores que padecen depresión.

La depresión en las personas mayores según menciona Agüera, Losa, Goez, & Inmaculada (2011) es una enfermedad cada vez más habitual, ya sea por el envejecimiento de la población humana y las circunstancias que se encuentran asociadas, como la prevalencia de pacientes con otros trastornos físicos, esta enfermedad tiene unas consecuencias peores en esta población porque agrava la salud física que mantiene la persona y realza las dificultades en el funcionamiento psicosocial ya manifiestas por el proceso de envejecer mismo de la persona. Causa de esta manera un impacto tanto en la salud como en la funcionalidad.

Además, según Katona (2009) en el libro de Papalia, en el desarrollo del adulto y vejez afirma lo siguiente “Los síntomas de la depresión con frecuencia se traslapan con los cambios normales asociados con el envejecimiento, como pensamientos acerca de la muerte, cambios en el impulso o deseo sexual, en el patrón de sueño y energía reducida” (p.466). En el cual es necesario verificar si los síntomas pertenecen o no a los cambios de la edad.

De esta manera Agüera et al. (2011) concluye que: “existe un impacto neurobiológico de la depresión, que produce modificaciones estructurales en regiones específicas del cerebro que tienen relevancia clínica y pronóstica porque influyen tanto en la prolongación del estado

depresivo como en la posible respuesta al tratamiento farmacológico” (p. 6). Los pacientes adultos mayores son más propensos tener recaídas que los pacientes adultos más jóvenes.

Los adultos mayores según el Departamento de Salud y Servicios Humanos (2009) tendrá más condiciones médicas ya sean enfermedades cardíacas, derrame cerebral, o cáncer, las cuales inducen a la presencia de síntomas depresivos, o a la vez toman medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión, señala lo siguiente:

Algunos adultos mayores padecen lo que algunos médicos llaman depresión vascular, también llamada depresión arterioesclerótica o depresión isquémica subcortical. La depresión vascular sucede cuando los vasos sanguíneos pierden flexibilidad y se endurecen con el tiempo y se contraen. Este endurecimiento de los vasos evita que el flujo normal sanguíneo llegue a los órganos del cuerpo, incluye el cerebro. Las personas con depresión vascular tienen o están en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular o derrame cerebral coexistente. (p.9)

En la actualidad existen trabajos que se encuentran enfocados en la religiosidad y la depresión. Dichos temas son tomados como aspectos importantes en la vida de una persona, al parecer en ciertas personas y en otras no, la religiosidad ha sido factor de cambio en los niveles de depresión. Las investigaciones que se exponen a continuación reflejan datos relevantes sobre estas temáticas.

A continuación, se presenta un estudio sobre Actitudes hacia la depresión, el diagnóstico predictivo y las investigaciones genéticas en individuos de Sagua la Grande, Villa Clara citado por Estrada y Herrera (2015), el objetivo fue identificar las actitudes hacia la depresión, los estudios predictivos y las investigaciones genéticas, en individuos con la enfermedad, sus familiares, estudiantes y profesionales.

Ahora bien, la investigación realizada por Acevedo y González (2014), se consideró una muestra de 1.500 habitantes mayores de 65 años. En tal sentido, se logró identificar con certidumbre los procesos de construcción de la vida útil, o lo que representa envejecer, y de qué manera la religiosidad como soporte social y la feminización del envejecimiento contribuye a dicho proceso. Además, en la investigación se evidencia que los adultos

mayores de México, se preocupa más por encontrar un refugio en los principios dogmáticos teológicos y templos religiosos, que una búsqueda verdadera de la elevación espiritual.

## **1.2.6 Diagnóstico y tratamiento de la depresión en adultos mayores**

### **1.2.6.1 Diagnóstico**

En los adultos mayores las quejas somáticas, el deterioro cognitivo y los trastornos del sueño suelen predominar de esta manera llegan a ser los principales motivos de demanda de atención. Según la American Psychiatric Association (2016) estará presente 5 o más de los síntomas que menciona el libro, para de esta manera poder determinar si existe depresión y determinar de qué tipo de depresión se trata. Existen especificaciones de gravedad para el episodio depresivo por ende Espinosa, y otros (2007) explican que, para realizar un diagnóstico de síndrome depresivo, con tres o menos síntomas del criterio A más criterio B”.

Para continuar, la depresión leve es necesario que para el diagnóstico de dos de los tres síntomas del criterio A más dos de los síntomas complementarios del criterio B. El diagnóstico de la depresión moderada presenta dos de los tres síntomas del criterio A más tres de los síntomas complementarios y para finalizar, para poder diagnosticar depresión grave se identifican tres síntomas del criterio A y por lo menos cuatro de los síntomas del criterio B.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad (2014) da a conocer que:

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se plantea a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecífica (p.26).

La observación viene a ser un instrumento fundamental que de alguna manera contribuirá para un mejor y concreto diagnóstico.

## **1.2.7 Tratamiento**

### **1.2.7.1 Tratamiento Farmacológico**

La neurobiología es compleja, e involucra factores genéticos, moleculares, neurofisiológicos y psicosociales, de esta manera el tratamiento farmacológico viene a ser una opción, Pérez (2017) menciona que estos tienen la función la regulación de sistemas de neurotransmisión monoaminérgica (serotonina, noradrenalina, dopamina).

De esta manera los fármacos han sido una opción para los trastornos depresivos desde hace mucho tiempo entre los principales están, amitriptilina, clomipramina, imipramina, et al. Los antidepresivos tienen como función fundamental aumentar la disponibilidad de neurotransmisores en las sinapsis, Rosete (2002) afirma que:

Hasta el momento no se han podido correlacionar subtipos de depresión con tratamientos específicos, sin embargo, existen diferencias en el perfil de efectos adversos, lo cual constituye uno de los principales criterios de selección, pues el incumplimiento del tratamiento, a menudo relacionado con la incomodidad debido a los efectos adversos, es la principal causa de recaída (p.3).

Se recomienda mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos durante al menos 6 meses tras la remisión del episodio y en ese momento valorar con el paciente la posibilidad de prolongarlo, se tiene en cuenta el número de episodios previos y la presencia de síntomas residuales.

### 1.2.7.2 Psicoterapia

La psicoterapia como opción en la depresión, dado que existe la presencia de alteraciones, se comienza por la intervención de los errores o de las distorsiones cognitivas que elabora el propio paciente y que desencadenan actitudes, emociones y comportamientos que lo desequilibran emocionalmente, genera así la presencia de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad como señala Beck citado en Rubio (2015).

El objetivo para el paciente es que se logre reconocer los patrones de pensamiento negativo; y, de esta manera se logre evaluarlo, así el paciente pondrá en práctica sus nuevas destrezas entre sesiones a través de las tareas que lleva a casa y ensaye sus nuevas conductas.

Finalmente, el Ministerio de Sanidad (2014) afirma

La TCC (terapia cognitivo conductual) es tan efectiva como los fármacos antidepressivos en la reducción de los síntomas al final del tratamiento, si bien el efecto se mantiene durante un año tras finalizar la TCC, mientras que no siempre ocurre lo mismo con los antidepressivos” (p.50).

La terapia cognitiva conductual al parecer es más tolerada que los antidepressivos generalmente en pacientes con depresión grave o muy grave, y aparentemente sus beneficios se mantienen más que con los antidepressivos y si a la terapia cognitivo conductual se le añade los fármacos para la depresión, será más efectiva que únicamente con los antidepressivos, especialmente con los pacientes que posean síntomas graves.

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1 Metodología de Investigación**

Con respecto a la metodología que compete a la presente investigación, se detallará y se dará a conocer los aspectos relacionados con el paradigma de la investigación, modalidad, conjuntamente el alcance del proyecto. A la vez se pondrá a disposición las técnicas, instrumentos y las herramientas que se encuentran inmersas en la investigación. De igual manera se detalla los procedimientos y el método que ha sido usado en la investigación sobre la relación de la religiosidad y la depresión en una muestra geriátrica de la ciudad de Ambato.

#### **2.1.1 Enfoque**

El siguiente estudio de investigación tiene un enfoque empírico cuantitativo de tipo descriptivo correlacional de poblaciones con muestra no probabilística y de corte transversal. Es empírico dado que la investigación es planeada, se pone en marcha la ejecución de la investigación, permite recolectar los datos reales necesarios, la duración tiene cierta variación, dependera de la investigación y de qué tipo de técnicas e instrumentos se vaya a utilizar (Monje, 2011).

Este estudio es de tipo no experimental, aquel que se realiza sin manipular premeditadamente las variables. Es decir, en esta investigación no se hace variar intencionalmente las variables independientes. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos en su contexto natural, para a continuación analizarlos. La investigación no experimental se basa en categorías, conceptos, variables, sucesos, comunidades o contextos que ocurren o se dan sin intervención directa del investigador. Además, se la conoce como investigación «ex post facto» (Vega, 2015).

### **2.1.2 Modalidad**

La investigación es de tipo cuantitativo dado que se recopila y se analiza los diferentes datos obtenidos, en la cual implica el uso de algunas herramientas estadísticas, la cual nos podrá cuantificar y dar a conocer datos estadísticos. Monje (2011) señala que “los métodos cuantitativos son más estructurados y controlados y en general incluyen el uso de algún instrumento formal que permita obtener la misma información de cada sujeto”(p-34). En este caso los instrumentos destinados a las dos variables seleccionadas.

Dentro de la metodología de investigación, la modalidad es de tipo cuantitativo, la misma que se inspira en el positivismo. Según Rodríguez (2011) manifiesta que “este enfoque investigativo plantea la unidad de la ciencia, es decir, la utilización de una metodología única que es la misma de las ciencias exactas y naturales” (p.23).

En la metodología cuantitativa la medida y la cuantificación de los datos forman parte del procedimiento empleado para alcanzar la objetividad en el proceso de conocimiento, esta búsqueda de la objetividad y la cuantificación se orientan a establecer promedios a partir del estudio de las características de un gran número de sujetos.

### **2.1.3 Alcance**

La investigación es de tipo correlacional, tiene como finalidad medir el grado de relación que pueda existir, según Cazau (2006) afirma que “se busca establecer si hay o no correlación, de qué tipo es y cuál es su grado o intensidad. En otros términos, los estudios correlacionales pretenden ver cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí”(p.15). Es decir que en muchos casos existirá una correlación, así como en otros no existae correlación, ya dependerá de la información y la naturaleza de la investigación.

En el presente estudio de investigación se describe las características del fenómeno y se determina la relación entre las dos variables a través del coeficiente de correlación de Pearson, medida lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas. En este caso la relación es perfecta negativa que según Laguna (2014) “es cuando exactamente en la medida que aumenta una variable disminuye la otra” (p.18). A mayor religiosidad menos síntomas de depresión.

## **2.2 Técnicas e Instrumentos**

### **2.2.1 Técnicas**

#### **Técnicas Psicométricas**

Son instrumentos específicos utilizados en la investigación, el cual contribuirá para los resultados en colaboración de otras técnicas. Según Argibay (2006) las técnicas psicométricas permiten fundamentalmente poder interpretar lo más correctamente posible las puntuaciones que se ha obtenido en cada uno de los instrumentos utilizados, que cabe recalcar ayudará a cuantificar la información obtenida.

#### **Encuesta**

La encuesta frecuentemente es utilizada en los procedimientos de investigación, según Casas (2003) “las encuestas permiten obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz que a la vez permite aplicaciones masivas, que mediante técnicas de muestreo adecuadas hacen extensivos los resultados a comunidades enteras” (p.34). De esta manera es posible recopilar datos de interés para la investigación sobre diversos temas y específicamente el fenómeno que se investiga, de modo que contribuyan a la presente mediante la interrogación.

### **2.2.2 Instrumentos**

En la presente investigación los instrumentos que se utilizaron para medir las variables son: Inventario de Religiosidad (I.R), Escala para evaluar Experiencias Espirituales Diarias, Inventario de Depresión de Beck, Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, se utiliza

los dos primeros para medir la religiosidad y los dos restantes para evaluar la depresión. Para obtener la información personal, familiar y social se empleó una ficha sociodemográfica, acompañada de la carta de consentimiento informado

### **Carta de Consentimiento Informado**

En la investigación se utilizó un consentimiento informado, el cual constituye un eslabón crucial en la investigación involucra seres humanos, en este caso adultos mayores, se considera que son parte de la población vulnerable, por la cual se les informa de manera oral y meticulosamente el documento escrito, para de esta manera darles a conocer y poder ejecutar la investigación.

Es así como Cañete, Guilhem, & Brito (2012) afirman que “el consentimiento informado se ha convertido en una herramienta de mediación entre los intereses de investigadores, financiadores e individuos incluidos en la investigación científica” (p.34). La información se adecuará a las condiciones particulares de cada población. (Anexo 3)

### **Ficha sociodemográfica**

La ficha sociodemográfica tiene como objetivo conocer la población, los cambios, estructura, dinámica, bienestar, estabilidad y calidad de vida de una determinada población. (Ruiz, 2012 ).

Es un instrumento sin límites de preguntas, en el cual se obtiene la mayor cantidad de información de interés. Para la ficha sociodemográfica se dividió en tres áreas: la primera que recaba datos personales de los participantes, la segunda donde se recolectan datos sobre la religiosidad de cada uno de ellos y como tercero la recogida de datos acerca de la depresión. La misma que fue creada y adecuada con las necesidades y finalidad de la investigación, para de esta manera poder obtener datos relevantes que ayuden a recabar la información necesaria. (Anexo 4)

## Inventario de Religiosidad

Inventario de Religiosidad (RI), fue validado por Taunay et al. (2012) en estudiantes universitarios y pacientes de un hospital psiquiátrico que no presentaban déficit cognitivo en Brasil, se observó una consistencia interna aceptable con un valor de Alpha de Cronbach de 0,96, consta de 10 ítems que evalúan la religiosidad, la escala es tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van desde: (a) Nunca, (b) Raramente (c) Ocasionalmente, (d) Frecuentemente y finalmente (e) Siempre. La escala se transformó a índices para obtener puntuación que va de 0 a 50, indica que a mayor puntuación mayor es la religiosidad basado en Carrillo (2012). La aplicación es de forma individual, el tiempo de aplicación aproximadamente es de 10 minutos.

En el análisis de la presente investigación sobre la fiabilidad, muestra que el cuestionario es fiable aplicado en la población geriátrica. (Anexo 5).

## Nivel Confiabilidad del Inventario de Religiosidad

El análisis de la fiabilidad del Inventario de Religiosidad (IR), se establece mediante el coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ). La cual se efectúa con el total de la población a evaluar, con un total de 100 participantes. (Ver Tabla 2.1).

**Tabla 2.1.**

*Análisis de fiabilidad del inventario de Religiosidad*

<b>Factor</b>	<i>Alfa</i>	<i>Ítems</i>
Religiosidad	0,929	10 ítems

**Nota:** 100 observaciones

### **Escala para evaluar Experiencias Espirituales Diarias**

Fue creado por Lynn Under-wood y Jeanne Teresi en el año 2013, se obtuvo una consistencia interna alta de 0,90. En inglés toma el nombre de Daily Spiritual Experience Scale (DSES), la cual menciona Sierra & Pedraza (2013) consta de 16 ítems propuestos para medir experiencias espirituales ordinarias en la vida cotidiana o experiencias de relación y conciencia de lo divino o trascendente; esas experiencias abarcan sentimientos y sensaciones antes que una conciencia cognitiva de creencias específicas. Estas incluyen admiración, gratitud, misericordia, sentido de conexión con lo trascendente y amor compasivo. El término espiritualidad en el contexto de esta escala se refiere a aspectos de la vida personal que incluyen lo trascendente, divino o sagrado, más que lo que podemos ver, tocar u oír. Esta escala no está enraizada en actividades religiosas institucionalizadas ni está limitada a alguna tradición, sin embargo, permite un traslape entre los conceptos religiosidad y la espiritualidad. Cuenta con la versión en español colombiano de la escala Daily Spiritual Experience Scale, para ser sometida a un estudio de validación previo a su uso en la evaluación de experiencias espirituales diarias en población clínica y general.

Los ítems preguntan por los siguientes aspectos: conexión (ítems 1 y 2), sentido trascendente del yo (ítem 3), fortaleza y consuelo (ítems 4 y 5), paz (ítem 6), ayuda divina (ítem 7), guía divina (ítem 8), percepción del amor divino (ítem 9 y 10), admiración (ítem 11), gratitud y apreciación (ítem 12), amor compasivo (ítems 13 y 14), unión y cercanía a lo divino (ítems 15 y 16). Por tanto, los ítems que fueron desarrollados se ajustan por medio de entrevistas realizadas a personas con diferentes tradiciones religiosas y a la vez sin afiliación religiosa, personas de diferentes etnias y distintos niveles educativos. La escala ha sido usada en el espacio de la salud, ha sido aplicada en diferentes estudios. (Anexo 6)

### **Nivel Confiabilidad de la Escala para evaluar Experiencias Espirituales Diarias**

El análisis de la fiabilidad de la Escala para evaluar Experiencias Espirituales Diarias (DSES), se establece mediante el coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ). La cual

se efectúa con el total de la población a evaluar, con un total de 100 participantes. (Ver Tabla 2.2).

**Tabla 1.2.**

*Análisis de fiabilidad de la escala para evaluar experiencias espirituales diarias*

<b>Factor</b>	<b>Alfa</b>	<b>Ítems</b>
Experiencias Espirituales Diarias	0,723	16 ítems

**Nota:** 100 observaciones

### **Inventario de Depresión de Beck**

Para la presente investigación se optó por el inventario de Depresión de Beck, consta de 21 ítems que fue creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron Temkin Beck, la versión original en 1961, la revisión en 1971 publicado en 1996 y considerado uno de los instrumentos más utilizados para medir la severidad de una depresión. El cual mantiene un ( $\alpha$  de Cronbach) de 0,83. Su tiempo de aplicación es aproximadamente 15 a 20 minutos.

Este instrumento ha sido se utiliza mucho en investigación. Se ha encontrado 3,209 artículos revisados que han utilizado este inventario para medir la depresión.

Se compone por ítems que tiene relación con los síntomas depresivos, entre ellos la desesperanza, irritabilidad y cogniciones como la culpa o sentimientos como ser castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión como fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual (Sanz & Perdigón, 2003).

En cuanto al valor de las respuestas cada uno de los ítems es distinto y se refiere a continuación, el valor de cada una de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparecen en el cuestionario. Ítem 1: 2 (esta tristeza me produce...); 0 (no me encuentro triste);

1 (me siento algo triste y deprimido); 3 (ya no puedo soportar esta pena); 2 (tengo siempre como una pena encima). (Anexo 7)

### **Nivel Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck**

El análisis de la fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck se establece mediante el coeficiente de Fiabilidad Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ). La cual se efectúa con el total de la población a evaluar, con un total de 100 participantes. (Ver Tabla 2.3).

**Tabla 2.3**

*Análisis de fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck*

<b>Factor</b>	<b>Alfa</b>	<b>Ítems</b>
<b>Depresión</b>	0,759	21 ítems

Nota: **100 observaciones.**

### **Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage**

La Escala fue creada por Jerome Yesavage en 1983, la cual permite medir la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo que se obtiene es 0 y el más alto es 30, en donde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión, utilizada en la evaluación clínica en personas adultas mayores con sospecha de patología depresiva y como evidencia para la posterior formulación de diagnósticos diferenciales en ambientes geriátricos y en la práctica en psicología clínica. Presenta un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.87 afirma Molina & Villanea (2014). El tiempo de aplicación es aproximadamente de 10 a 20 minutos y se realiza de forma individual.

Se trata de un cuestionario heteroadministrado, es decir que la recogida de información será a través de observación directa o interrogatorio con el paciente o si su capacidad cognitiva

no lo permite de su cuidador o familiares. La población general de la escala geriátrica de depresión es para las personas mayores a 65 años. (Anexo 8)

### **Nivel Confiabilidad de la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage**

El análisis de la fiabilidad de la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage se establece mediante el coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ). La cual se efectúa con el total de la población a evaluar, con un total de 100 participantes. (Ver Tabla 2.4).

**Tabla 2.4.**

*Análisis de fiabilidad de la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage*

<b>Factor</b>	<b>Alfa</b>	<b>Ítems</b>
<b>Depresión</b>	0,837	30 ítems

Nota: **100 observaciones.**

## **2.3 Participantes**

El presente estudio se realizó con adultos mayores de una población geriátrica de la ciudad de Ambato.

### **Población**

La población seleccionada son las y los adultos mayores de una población geriátrica, específicamente del centro Geriátrico “Vida a los Años” y el Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús, que reciben atención geriátrica continua y de sostenimiento en los distintos centros.

## **Muestra**

Para el cálculo del tamaño de la muestra se considera el margen de error tolerado que es del 5%, con un nivel de confianza del 95% y una probabilidad de ocurrencia y no ocurrencia del 50%., del que se obtiene un número de 169 casos. Sin embargo, se toma en cuenta la factibilidad de la presente investigación y dado que no existe el flujo continuo de pacientes con los que se pueda trabajar de manera consistente, se tomará en cuenta solamente a una muestra de 100 adultos mayores.

## **Muestreo**

El tipo de muestreo a utilizar es de tipo no probabilístico con criterio de inclusión, es decir, que tengan más o hayan cumplido 65 años, asistan o sean parte de una atención geriátrica y deseos de participar en el proyecto. Dentro de los criterios de exclusión se encuentra las personas que no cumplan la edad mencionada, de igual manera los adultos mayores que no pertenezcan a las dos instituciones seleccionadas y que tengan de cierta forma resistencia para la aplicación de los instrumentos. Según López (2004) en este tipo de muestreo “todas las unidades que conforman la población no tienen la misma posibilidad de ser seleccionada también conocido como muestreo por conveniencia, se desconoce la probabilidad de selección de cada unidad o elemento de la población” (p.73).

## **Caracterización de la Muestra**

Las personas que fueron tomadas en cuenta son las personas mayores de 65 años, es decir adultos mayores de las diferentes instituciones. A continuación, se presentará resultados de las características sociodemográficas de los participantes de la muestra de la investigación. Comprendida con la participación de 100 adultos mayores.

## Análisis sociodemográfico de los participantes

La siguiente tabla corresponde a las características sociodemográficas de la muestra, conformadas por: edad, sexo, identificación étnica, identificación religiosa, situación socioeconómica, estado civil, con quien vive, asiste a la iglesia, la religión es importante. Las variables cualitativas se presentan con la frecuencia ( $f$ ) y la representación porcentual (%), mientras que las variables cuantitativas, en este caso edad, se expresan en medidas de distribución: media ( $\bar{X}$ ) y desviación estándar ( $\sigma$ ) (Ver Tabla 2.5).

**Tabla 2.5.**

*Análisis descriptivo de las variables individuales y familiares*

Variables	Estadísticos	
	Media	Desv. Est
<b>Edad</b>	85.46	7.84
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Hombre	24	24.0%
Mujer	76	76.0%
<b>Identificación Étnica</b>		
Mestizo	100	100.0%
<b>Identificación Religiosa</b>		
Católico(a)	100	100.0%
<b>Situación socioeconómica</b>		
Mala	3	3.0%
Regular	37	37.0%
Buena	49	49.0%
Muy buena	11	11.0%
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	12	12%
Unión libre	2	2%
Divorciado(a)	1	1%
Separado(a)	1	1%
Viudo(a)	48	48%
Soltero(a)	36	36%
<b>Con quién vive</b>		
Solo	9	9%
Pareja	3	3%
Hijos y nietos	16	16%
Hermanos(a)	2	2%
Hogar de ancianos	70	70%
<b>Asiste a la iglesia</b>		
Si	93	93%
No	1	1%
A veces	6	6%

<b>La religión es importante</b>		
Mucho	84	84%
Ni poco, ni mucho	15	15%
Poco	1	1%

**Nota:** 100 Casos

Referente a los datos alcanzados en la variable edad, los adultos mayores se encuentran entre 78 y 92 con una media aritmética de  $M= 85.46$  años y una desviación estándar de  $Ds=7.84$ . Se evidencia con los datos establecidos Galbán, Félix, Ana, & García (2007) afirman que el número de personas en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó a 700 millones en la década del año 90 del siglo XX, para el año 2025 se estima que existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos.

Conforme a los datos alcanzados en la variable género muestra una prevalencia por el sexo femenino, llega al 76% y tan solo un 24% pertenece al sexo masculino. Evidenciado la predominancia del sexo femenino, es necesario mencionar que de acuerdo a Sancho & Blasco (1997) en su investigación en adultos mayores se encontró de igual manera que la variable género existe una predominancia en las mujeres, mayor que de los hombres, un 63% frente al 37% de hombres. Además, en la investigación de Del Popolo, 2001 en sus resultados menciona que una característica importante es el mayor peso femenino entre los adultos mayores “ El índice de masculinidad para las personas de 60-74 años muestra en el año 2000 un promedio de 86 hombres por cada 100 mujeres. En las personas de 75 y más años, la relación baja a 70 hombres por cada 100 mujeres, y en seis países está por bajo este valor ”(p.22).

De acuerdo con la identificación étnica el 100% de los adultos mayores se identificaron como mestizos, es el único prevalente en cuanto a esta variable. Según Villacís & Carillo ( 2012 ) la auto identificación étnica según la cultura y costumbres de la población arrojó como resultado un 71,9% de habitantes de Ecuador que se auto definieron como mestizos, proporción inferior a la del 2001 (77,4%). Sin embargo, son prevalentes en los datos obtenidos en las diferentes investigaciones.

Con relación a la identificación religiosa el 100% de los adultos mayores se consideran católicos de modo que ha sido seleccionada en su totalidad por los participantes. Según el INEC Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012) da a conocer que 8 de cada 10 ecuatorianos que tienen una filiación religiosa, se consideran católicos, fue por primera vez que se presentó estadísticas sobre la religión.

De acuerdo con la situación socioeconómica el 49% de la población geriátrica de la ciudad de Ambato responde que es buena, el 37% dice que su realidad económica es regular, mientras que el 11% señala que es muy buena y tan solo el 3% manifiesta que es mala su estatus financiero. Según Villacís & Carillo (2012) al analizar los datos del INEC en cuanto al estatus socioeconómico manifiesta que una de las secciones del estudio anunciaba que el porcentaje del estrato medio del país bordeaba el 80% de las ciudades estudiadas.

El estudio socio demográfico del estado civil de las personas señalan que el 48% son viudos, el 36% es soltero y es por ello por lo que se afirma en la pregunta anterior que un gran número de adultos mayores no tuvieron hijos porque su estado civil ha sido mantenerse solteros. Además, el 12% responde que su estado civil es casado, el 2% su condición ha sido en unión libre, el 1% divorciado y el 1% en un estado de separado. Como sustento la investigación de Fernández (2011) manifiesta, en relación al estado civil, que la mayoría eran viudos con un 42.5%.

En lo que corresponde, con quién vive actualmente, esta población manifiesta que el 70% vive en el hogar de ancianos, cifra que es altamente representativa en este estudio, el 16% viven con los hijos y nietos, el 9% dice vivir solo, el 2% con los hermanos y el 3% con su pareja. En relación con la investigación de Marín, Guzmán, & Araya (2004) se observa que existe la posibilidad de vivir institucionalizado con el 1,56%, el porcentaje podrá aumentar con la edad.

En lo que se refiere a la asistencia a la iglesia, el 93% de la población de estudio si asiste a la iglesia, el 6% responde que a veces y tan solo el 1% responde que no asiste a la iglesia. Según INEC (2012) las primeras estadísticas oficiales sobre filiación religiosa en el Ecuador

datan que el 31.3% asiste a cultos, misas, una vez a la semana, el 21,6% una vez al mes, el 15,9 solo en ocasiones especiales, el 9.4% una vez al año, el 7,6% más de una vez al mes, el 7,2% más de una vez a la semana y solo el 7,1 no asiste.

Respecto a la importancia de la religión, la población de estudio señala que el 84% de la población dice que es muy importante la religión, el 15% ni mucho, ni poco representa la religión y el 1% responde que es poco importante la religión. Según los datos de del INEC (2012) la filiación religiosa de quienes afirman tener una religión es de 91.95%.

#### **2.4.Procedimiento Metodológico**

El presente estudio se efectúa a través del siguiente procedimiento: el primer paso para la investigación es la selección del tema de interés. En el cual las variables son fundamentadas teóricamente basadas en investigaciones, artículos, libros, et al. A continuación, se establecerá los objetivos tanto general como específicos.

Al tener claro el tema de investigación y las variables, se seleccionó dos instrumentos por cada una, son dos instrumentos para la variable religiosidad y dos instrumentos para la variable depresión. Se procede a identificar la población y seleccionar los participantes de estudio. Es necesario como siguiente paso presentar el oficio correspondiente a las instituciones y la socialización del estudio, en el cual se dio a conocer las características de la investigación a realizarse.

De esta manera se realiza la aplicación de los reactivos seleccionados que son: la carta de consentimiento informado; la ficha sociodemográfica y los cuestionarios en el siguiente orden, Inventario de Religiosidad, Escala para Evaluar Experiencias Espirituales Diarias, Inventario de Depresión de Beck y Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage.

Después de la obtención de la información por medio de dichos instrumentos, se procedió a tabular e interpretar los datos obtenidos a través del Sistema de Análisis Estadístico SPSS, afirma Castañeda (2010) “es uno de los programas con mucha utilidad para aquellas organizaciones que necesiten desarrollar y subsecuentemente analizar bases de datos para aplicaciones prácticas o para diversas necesidades de investigación” (p.15). Al obtener la matriz de resultados, juntamente con los datos recabados por la ficha sociodemográfica, se procedió a realizar un análisis con estadísticos descriptivos y correlacionales correspondientes.

## CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la presente investigación se buscó determinar la relación entre Religiosidad y Depresión en una muestra geriátrica de adultos mayores de la ciudad de Ambato, donde se ha observado estados de ánimo depresivos, la disminución de interés en las actividades cotidianas que realizan en el día, niveles de retraso psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de desvalorización, menor capacidad de pensar y concentrarse. Por el contrario, en las personas que no padecen estos estados depresivos que sus creencias religiosas (católicas, cristianas u otras), les aportan una mayor tendencia a afrontar los diferentes problemas. Se utilizó para la investigación herramientas psicológicas que tienen altos niveles de confiabilidad. De esta manera se realizó la correlación de Pearson entre las dos variables de estudio. A continuación (Ver Figura 1).

### 3.1 Análisis de resultados de Religiosidad



**Figura 3.1.** Representación Global del Análisis de la Religiosidad

En el siguiente gráfico se observa que el 99% de adultos mayores mantienen una religiosidad significativa, la cual les permite mantener una actitud positiva y esperanzada hacia la vida. Kaplan & Berkman (2016) dan a conocer que el 90% de los adultos mayores se considera a sí mismo religiosos o espirituales, además afirman que para los adultos mayores estadounidenses la religiosidad es de gran importancia en su vida, la cual les permite tener un sentido y propósito en la vida, mayor capacidad para adaptarse a las enfermedades y discapacidades.

Tabla 3.1.

## Análisis del Inventario de Religiosidad

N	Preguntas	f / %	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre	Suman
1	¿Cree en la existencia de Dios / Ser Supremo?	f	0	0	1	6	93	100
		%	0%	0%	1%	6%	93%	100%
2	¿Qué tan importante es para ti la religión?	f	0	2	2	15	81	100
		%	0%	2%	2%	15%	81%	100%
3	¿Su religión es una fuente de bienestar?	f	0	1	3	15	81	100
		%	0%	1%	3%	15%	81%	100%
4	¿Su creencia religiosa le da sentido y propósito a su vida?	f	0	0	3	13	84	100
		%	0%	0%	3%	13%	84%	100%
5	¿Su religión es una parte importante para usted?	f	0	1	4	7	88	100
		%	0%	1%	4%	7%	88%	100%
6	¿Su creencia religiosa es una fuente de inspiración?	f	0	2	2	15	81	100
		%	0%	2%	2%	15%	81%	100%
7	¿Qué tan importante es tu relación con Dios / Ser Supremo?	f	0	1	2	20	77	100
		%	0%	1%	2%	20%	77%	100%
8	¿Crees en la fuerza de tus oraciones?	f	1	1	3	12	83	100
		%	1%	1%	3%	12%	83%	100%
9	¿Cree en los milagros?	f	1	0	5	10	84	100
		%	1%	0%	5%	10%	84%	100%
10	¿Dios / Ser Supremo es una fuente de beneficios para su vida y la de los demás?	f	0	1	3	13	83	100
		%	0%	1%	3%	13%	83%	100%

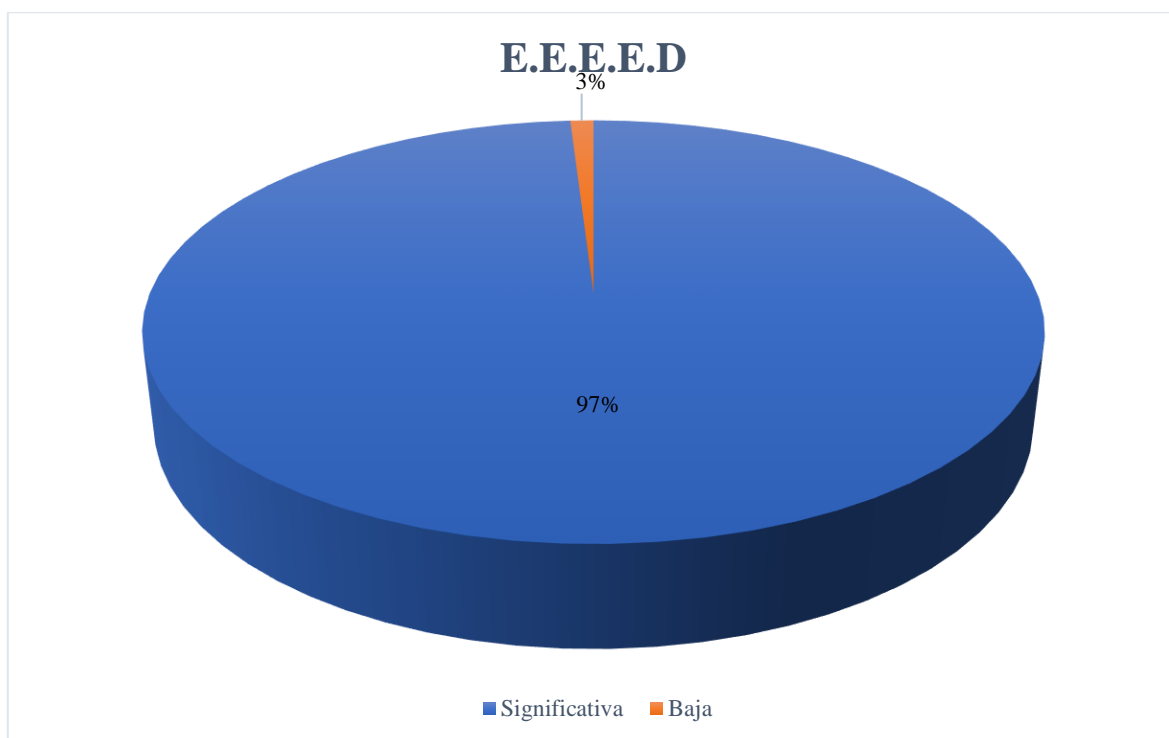
**Nota:** 100 observaciones.

**Fuente:** Aplicación del Inventario de Religiosidad

En la tabla 6 mediante el Inventario de Religiosidad, se observa los indicadores más altos de religiosidad en los adultos mayores con el 93% manifiestan, siempre creer en la existencia de Dios o un ser supremo, el 84% señala que su creencia le da sentido y propósito a su vida y creen en los milagros, finalmente para el 88% de adultos mayores la religión es considerada una parte importante. Para corroborar con los resultados de la investigación, se da a conocer que el 73.6 siempre y frecuentemente creen en la existencia de Dios o un ser supremo, es así como afirma Pérez (2012) en la aplicación del Inventario de Religiosidad.

### **Escala para Evaluar Experiencias Espirituales Diarias (E.E.E.E.D)**

Esta escala mide las experiencias espirituales ordinarias en la vida cotidiana, a la vez las experiencias de relación y conciencia de lo divino o trascendente. Estas experiencias comprenden sentimientos y sensaciones. Incluye admiración, misericordia, gratitud, sentido de conexión con lo trascendente y el amor compasivo (Ver Figura 2).



**Figura 2.** Análisis de la Escala para Evaluar Experiencias Espirituales Diarias

En el gráfico se observa que los adultos mayores con el 97% mantienen estas experiencias, lo que quiere decir que para ellos es significativo presentar experiencias espirituales diarias. De acuerdo con Sierra & Pedraza (2013) se encontró relación entre un mayor bienestar espiritual con menores síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer y otras enfermedades. Además, para Kaplan & Berkman (2016) los adultos mayores que participan activamente en grupos religiosos, en particular los que constituyen parte de las religiones tradicionales, aspiran ser más sanos.

Tabla 3.2.

## Análisis de la Escala para Evaluar Experiencias Espirituales Diarias

Inventario de Religiosidad		F/ %	Muchas veces durante el día	Todos los días	La mayoría de los días	Algunos días	De vez en cuando	Nunca o casi nunca
N°	Preguntas		5	4	3	2	1	0
1	Siento la presencia de Dios	F %	23 23%	53 53%	15 15%	6 6%	2 2%	1 1%
2	Siento una conexión con todo lo que es vida	F %	7 7%	72 72%	17 17%	2 2%	1 1%	1 1%
3	Durante la alabanza, o en otras ocasiones al conectarme con Dios, siento alegría que me aleja de mis preocupaciones diarias	F %	12 12%	69 69%	16 16%	2 2%	0 0%	1 1%
4	Encuentro fortaleza en mi religión o espiritualidad	F %	15 15%	66 66%	15 15%	2 2%	1 1%	1 1%
5	Encuentro consuelo en mi religión o espiritualidad	F %	13 13%	68 68%	15 15%	2 2%	1 1%	1 1%
6	Siento profunda paz o armonía interior	F %	13 13%	69 69%	14 14%	2 2%	1 1%	1 1%
7	Le pido ayuda a Dios en medio de las actividades diarias	F %	12 12%	71 71%	11 11%	3 3%	2 2%	1 1%
8	Me siento guiado por Dios en medio de las actividades diarias	F %	10 10%	74 74%	11 11%	1 1%	3 3%	1 1%
9	Siento el amor que Dios me tiene, directamente	F %	11 11%	74 74%	11 11%	3 3%	0 0%	1 1%
10	Siento el amor que Dios tiene por mí a través de otros	F %	12 12%	69 69%	12 12%	6 6%	1 1%	0 0%
11	Me siento tocado espiritualmente con la belleza de la creación	F %	9 9%	75 75%	11 11%	5 5%	0 0%	0 0%
12	Me siento agradecido por mis bendiciones	F %	19 19%	71 71%	8 8%	2 2%	0 0%	0 0%
13	Cuido a otros desinteresadamente	F %	1 1%	26 26%	39 39%	31 31%	2 2%	1 1%
14	Acepto a los demás incluso cuando hacen cosas que pienso que están mal	F %	4 4%	50 50%	23 23%	9 9%	8 8%	6 6%
15	Deseo estar muy cerca de Dios o unido a la presencia divina	F %	18 18%	71 71%	10 10%	1 1%	0 0%	0 0%

**Nota:** 100 observaciones.

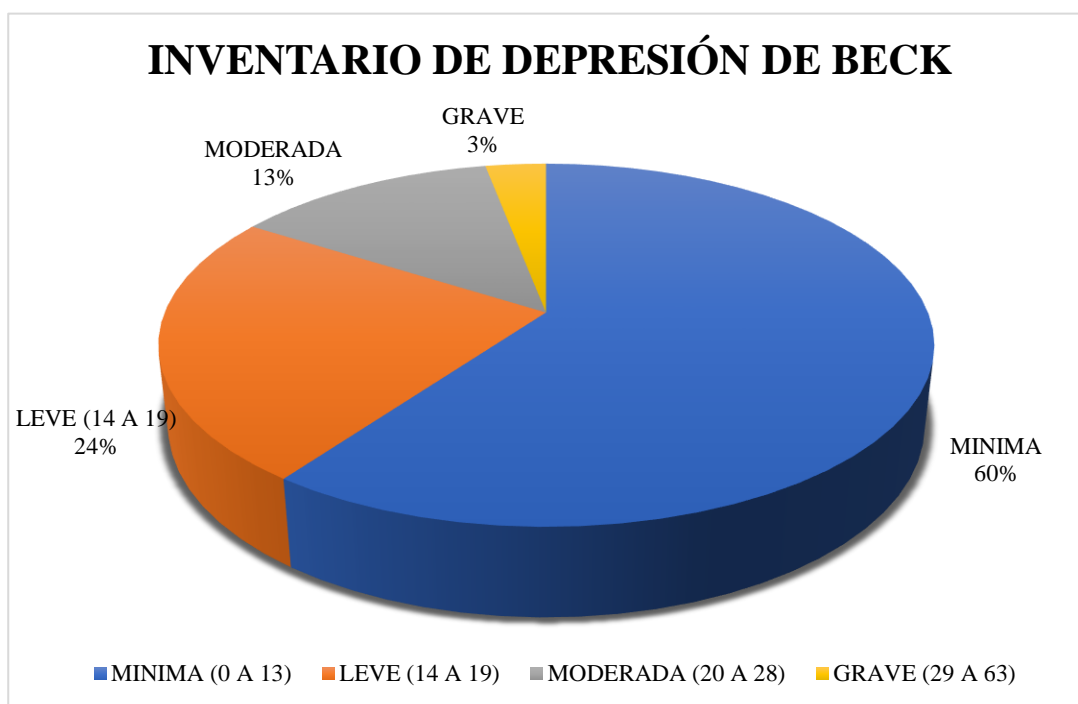
**Fuente:** Aplicación de la Escala para Evaluar Experiencias Espirituales Diarias

En la tabla 7 se observa que el 74% de los adultos mayores se sienten guiados por Dios en medio de sus actividades diarias y sienten el amor que Dios les tiene directamente, todos los días. Además, el 75% se siente tocado espiritualmente con la belleza de la creación. De esta manera Quiceno & Vinaccia (2009) en su investigación titulada “La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad” manifiesta que el 78% de adultos mayores mantienen afinidad con la espiritualidad.

### 3.2 Análisis de los Resultados de Depresión

#### Inventario de Depresión de Beck

Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como ser castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión como fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual (Ver Figura 3).

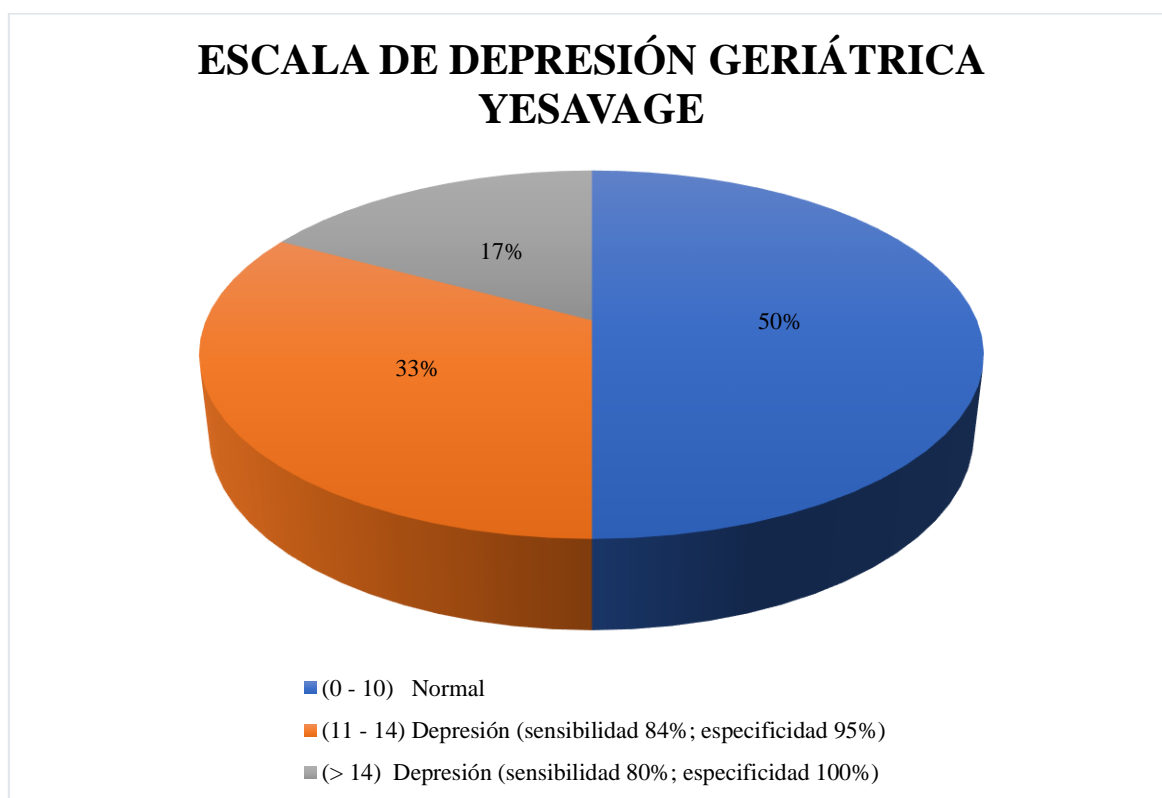


**Figura 3.2** Representación Global del Inventario de Depresión de Beck

En el gráfico se observa que los adultos mayores presentan una depresión mínima en un 60%, lo cual, al encontrarse en un nivel promedio, se dice que existe estabilidad en su estado anímico, por lo tanto, podría ser asociado con la religiosidad y espiritualidad significativa en los adultos mayores. Así como Rivera y Montero (2005) “en su investigación, encontraron que, efectivamente, la vida religiosa toma una relevancia especial para la mayoría de los adultos mayores una vez que ingresan en la tercera edad”(p.41).

### Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

Esta escala es utilizada en la evaluación clínica en personas adultas mayores con sospecha de patología depresiva y como evidencia para la posterior formulación de diagnósticos diferenciales en ambientes geriátricos y en la práctica en psicología clínica. Se aplica a partir de los 65 años (Ver Figura 4).



**Figura 3.3** Representación Global de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

En la figura se observa que en los adultos mayores dentro de la escala de depresión puntúan el 40% el que corresponde a normal, es decir que mantiene un adecuado estado de ánimo,

sin embargo, el 33% y el 27% sostienen la presencia de la sintomatología depresiva. De acuerdo a la investigación de Borda, y otros (2013), afirman que el 63.6% se mantienen dentro de depresión normal en los hogares geriátricos, lo cual corrobora con las cifras de la presente investigación.

### 3.3. Correlación entre Religiosidad y Depresión

El análisis de correlación entre las subescalas Religiosidad y Depresión, determina a través de la utilización del método estadístico de Pearson, el cual tiene como finalidad analizar la correlación entre las variables Religiosidad y Depresión (Ver tabla 6)

**Tabla 3.3.**  
*Correlación de Pearson*

	DESCRIPCIÓN	IDR_GLOBAL	EEED_GLOBAL	IDB_GLOBAL	EGY_GLOBAL
IDR_GLOBAL	Correlación de Pearson	1	,619**	-,222*	-,045
	Sig. (bilateral)		,000	,027	,654
	N	100	100	100	100
EEED_GLOBAL	Correlación de Pearson	,619**	1	-,147	,022
	Sig. (bilateral)	,000		,146	,829
	N	100	100	100	100
IDB_GLOBAL	Correlación de Pearson	-,222*	-,147	1	-,164
	Sig. (bilateral)	,027	,146		,102
	N	100	100	100	100
EGY_GLOBAL	Correlación de Pearson	-,045	,022	-,164	1
	Sig. (bilateral)	,654	,829	,102	
	N	100	100	100	100

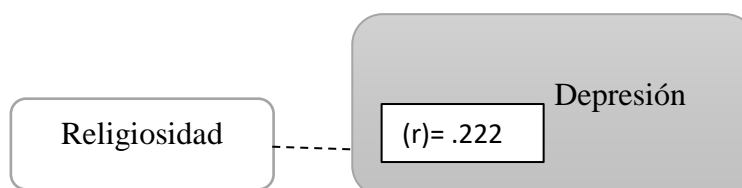
**Nota:** 100 observaciones.

**Fuente:** Elaboración propia

Una vez analizado a través del estadístico de correlación de Pearson entre el Inventario de Religiosidad con el Inventario de Depresión de Beck, se afirma una correlación inversamente proporcional, es decir que, a mayor religiosidad, menor síntomas de depresión en la población geriátrica de la ciudad de Ambato. Por lo tanto, la correlación alcanza un valor aproximado de - 0,5, correspondiente a una correlación negativa moderada esto según Martínez, Leonel, Martínez, Pérez, & Cánovas (2009). Estudios previos destacan los efectos beneficiosos de la religiosidad y la práctica religiosa en la salud mental de las personas mayores. De acuerdo con la investigación realizada por Gallardo & Sanchez (2014) en sus resultados muestran que solo la combinación de creencia y práctica religiosa se relaciona con menor incidencia de síntomas de depresión.

### 3.4. Modelo empírico explicativo entre las variables Religiosidad y Depresión

En el presente modelo empírico se aprecia una correlación significativa entre las variables de investigación, Religiosidad y Depresión (Ver Figura 4.1).



**Figura 4.1** Modelo empírico explicativo entre la variable religiosidad y depresión

En el siguiente gráfico se observa que existe una correlación negativa, la cual sucede cuando al crecer una de las variables, la otra decrece o también sucede viceversa Rosas & Zúñiga (2013). Es decir, a mayor religiosidad, menor síntomas de depresión en la población geriátrica adultos mayores de la ciudad de Ambato. Las personas que tienen una significativa religiosidad e incluso asisten a celebraciones religiosas señala Flores, Huerta, Herrera, & Vázquez (2011) se encuentran relacionados con una mejor salud mental y menos síntomas de depresión.

## CONCLUSIONES

A través del trabajo de investigación realizado se concluye que:

La religiosidad es el conjunto de sistemas de creencias, prácticas y valores pautados inmersos en tradiciones y culturas, además constituye la práctica y esmero en cumplir los deberes religiosos. La depresión es un trastorno del estado de ánimo, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales son considerados personas vulnerables, en esta etapa es notorio los cambios que en ellos se da, además se ha observado la presencia de estados de ánimo depresivos. Por lo cual los adultos mayores se apoyan en la religiosidad para de esta manera se afronta de mejor manera los sentimientos de soledad, se sobrellevan sus enfermedades actuales, se deposita su fe en Dios y a asumir su condición de vejez.

Después de analizar los datos obtenidos, se concluye que los adultos mayores presentan una significativa religiosidad a través de los resultados arrojados por los diferentes instrumentos de evaluación, el Inventario de Religiosidad con el 99% y la Escala para Evaluar Experiencias Espirituales Diarias con el 97%. Además, en el Inventario de Depresión de Beck, el 60% de la población de los adultos mayores presenta un estado de depresión mínima y en la escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, el 50% presenta un estado de depresión normal. Por lo tanto, se concluye que más de la media de la población no presenta problemas representativos dentro de su estado de ánimo.

La Religiosidad se encuentra correlacionada negativamente con la Depresión con el -0,22%, es decir que, a mayor religiosidad, menor síntomas de depresión en la población geriátrica de la ciudad de Ambato, debido a que sus creencias religiosas les da sentido y propósito a la vida de los adultos mayores, la cual permite que no se sientan tristes o deprimidos, que incluso en las fuerzas de sus oraciones ante cualquier adversidad.

## RECOMENDACIONES

Los resultados de la investigación entre religiosidad y depresión fueron significativos por lo que se recomienda realizar futuros estudios con dichas variables; de ser posible que cuenten con un mayor número de casos, para tener una muestra más grande que permita enriquecer los resultados de la investigación, además tomar en cuenta el rango de edad dentro de la población de adultos mayores, se considera el estado actual de las funciones cognitivas y posibles enfermedades.

Se recomienda a los diferentes centros geriátricos promover charlas para los adultos mayores dirigidos a preservar su estado anímico de manera dinámica y personalizada de acuerdo a la necesidad de cada uno de ellos, especialmente a los adultos mayores institucionalizados. Adicionalmente, los centros consideraran dentro de su cronograma de actividades el compartir la palabra de Dios, asegura estabilidad emocional.

Además, es recomendable que los familiares de los adultos mayores se involucren en la realización de paseos o reuniones familiares cada cierto tiempo, en donde pueda fortalecer e lazos entre los ellos, el cual contribuirá al bienestar emocional de los adultos mayores.

Finalmente, se toma en cuenta que no todos los adultos mayores cuentan con familia, se desarrollaría una campaña que involucre a la sociedad para conectarse especialmente con este grupo de atención prioritaria. Además, se pueda apadrinar para desarrollar proyectos de bienestar con el propósito de mejorar su estado emocional y espiritual.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, J., & González, J. (2014). Age does not equal: religion and gender in older adults of the northeast of Mexico. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 133-144. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10669/28765>
- Acosta, R., & Sánchez, J. (2017). Religiosity and depression of senior citizens living in retirement homes in the lima metropolitan area. *Red de revistas Científicas de América Latina*, 8(1), 022 – 034. DOI: 10.22199/S07187475.2017.0001.00002
- Agüera, L., Losa, R., Goez, L., & Inmaculada, G. (2011). Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico. *Psicogeriatría*, 3(1), 1-8. Recuperado de <https://n9.cl/sgit>
- Aguilar, S., & Ávila, J. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Medigraphic*, 143(2), 2-8. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- American Psychiatric Association. (2016). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición*. Barcelona: Panamericana.
- Argibay, J. C. (2006). Técnicas psicométricas, cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15-33. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/765>
- Bello, M. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública*, 1-8. Recuperado de <https://n9.cl/54aj>
- Borda, M., María, A., Pertuz, M., Laura, R., Adriana, G., & Suarez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*, 29, 64-73. Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/3397/3262>
- Callís, S. (2011). Autoimagen de la vejez en el adulto mayor. *Ciencia en su PC*, 30-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1813/181322257004.pdf>

- Calzato, W. (2006). Testigos de Jehová, mundo, creencias y conducta. *Gazeta de Antropología*, 2-12. Recuperado de [https://www.ugr.es/~pwlac/G22\\_25Walter\\_Alberto\\_Calzato.html](https://www.ugr.es/~pwlac/G22_25Walter_Alberto_Calzato.html)
- Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*, 121-127. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2012000100011](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2012000100011)
- Carrillo, V. (2012). *Religiosidad, actitud del consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes (Tesis de maestría en ciencias de enfermería)*. Nueva León: México. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/3147/1/1080256573.pdf>
- Casas, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Aten Primaria*, 527-38. Recuperado de <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>
- Castañeda, M. (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS*. Porto Alegre: EDIPUCRS. Recuperado de <http://www.pucrs.br/edipucrs/spss.pdf>
- Castellanos, F. (2012). Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. *Investigación enfermería*, 51-61.
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en ciencias sociales (Tercera Edición ed.)*. Buenos Aires: Ed. S.N. Recuperado de <https://n9.cl/wpj5>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos . (2009). Depresión. *Instituto Nacional de Salud Mental*, 1-31. Recuperado de <https://n9.cl/ao9ea>
- Departamento de Salud y Servicios Humanos. (2017). *Institutos Nacionales de la Salud*. Obtenido de Institutos Nacionales de la Salud: <https://infocenter.nimh.nih.gov/pubstatic/SQF%2016-7697/SQF%2016-7697.pdf>
- Espinosa, A., Caraveo, J., Zamora, M., Arronte, A., Krug, E., Olivares, R., & ...Peña, A. (2007). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Medigraphic*, 30(6), 1-12.

- Estrada, L., & Herrera, M. (2015). Actitudes hacia la depresión, el diagnóstico predictivo y las investigaciones genéticas en individuos de Sagua la Grande, Villa Clara. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 52-72.
- Etchezahar, E., & Simkin, H. (2013). Religiosidad, Espiritualidad, Escepticismo: la mediación del autoritarismo. *Researchgate*, 48-58.
- Fernández, A. (junio de 2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Avances en Enfermería*, 1, 2-12. Recuperado de file:///C:/Users/Verito/Downloads/35846-143580-1-PB.pdf
- Fernández, J. (2012). El ateísmo contra el pensamiento religioso: la desacralización como libertad de indagación. *Germinal*, 1-28. Recuperado de file:///C:/Users/Verito/Downloads/Dialnet-ElAteismoContraElPensamientoReligioso-4684841%20(1).pdf
- Flores, S., Huerta, Y., Herrera, O., & Vázquez, O. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en los adultos mayores. *Health & Social Issues*, 89-100. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/jbhsi/v3n2/v3n2a7.pdf>
- Galbán, P., Félix, S., Ana, D., & García, M. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1-33. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010)
- Gallardo, L., & Sanchez, E. (2014). Participación religiosa y depresión en personas mayores de la región de Arica y Parinacota. *Comunicaciones Report*, 1-7.
- García, J. (2013). *Psicoterapeutas*. Recuperado de <https://www.cop.es/colegiados/m-00451/depre.htm>
- Gómez, A. (2007). La depresión en el anciano. *Divulgación Sanitaria*, 26(9), 1-8.
- INEC. (2012). Primeras estadísticas oficiales sobre filiación religiosa en el Ecuador. *Instituto nacional de estadística y censos*, 1-17. Recuperado de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Filiacion\\_Religiosa/presentacion\\_religion.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec//documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Filiacion_Religiosa/presentacion_religion.pdf)
- Kaplan, D., & Berkman, B. (2016). Religión y espiritualidad los ancianos. *Manual MSD Versión para profesionales Geriatría*. Recuperado de

<https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-de-la-vejez/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-los-ancianos>

- Katona. (2009). Diagnóstico de depresión en ancianos . En D. Papalia, *Desarrollo del adulto y vejez* (págs. 484-674). México: McGrawHill. Recuperado de [https://www.academia.edu/25114536/Desarrollo\\_de\\_la\\_Aduldez\\_y\\_Vejez\\_3era\\_edici%C3%B3n\\_-\\_Papalia](https://www.academia.edu/25114536/Desarrollo_de_la_Aduldez_y_Vejez_3era_edici%C3%B3n_-_Papalia)
- Laguna, C. (2014). Correlación y regresión lineal. *Aragonés de ciencias de la salud*, 1-18. Recuperado de <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/2014/pdf/M2T04.pdf>
- López, E. (2010). ¿Quiénes son los evangélicos? *Revista Presencia*, 1-16. Recuperado de [http://www.prolades.com/cra/regions/sam/ecu/revistaPRESENCIA\\_2010.pdf](http://www.prolades.com/cra/regions/sam/ecu/revistaPRESENCIA_2010.pdf)
- López, P. (2004). Población muestra y muestreo. *Punto Cero*, 69-74. Recuperado de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1815-02762004000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1815-02762004000100012&script=sci_arttext)
- Lugo, M. (1967). Rituales Católicos del cuerpo para salvar el alma. *Patrimonio Cultural y Turismo*, 3-11. Recuperado de <https://www.cultura.gob.mx/turismocultural/cuadernos/pdf16/articulo5.pdf>
- Marín, P., Guzmán, J., & Araya, A. (2004). Adultos Mayores institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son? *Revista Médica de Chile*, 132, 832-838. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000700007>
- Martínez, R., Leonel, T., Martínez, M., Pérez, A., & Cánovas, A. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000200017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017)
- Ministerio de Sanidad, S. S. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Avalia-t.
- Molina, L., & Belén, A. (2010). *Comprender la depresión*. Barcelona: Amant. Recuperado de <https://www.casadellibro.com/ebook-comprender-la-depresion-ebook/9788497354134/1959388>

- Molina, M. (2012). La Iglesia católica en el espacio público: un proceso de continua adecuación. *Política y Cultura*, 49-65. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n38/n38a4.pdf?fbclid=IwAR0x5KcutEeFlyeu mAplzUOeYm0w0n7AEr\\_Gu41unLbPPKYX8xURyLxJIQc](http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n38/n38a4.pdf?fbclid=IwAR0x5KcutEeFlyeu mAplzUOeYm0w0n7AEr_Gu41unLbPPKYX8xURyLxJIQc)
- Molina, M., & Villanea, M. (2014). Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage. *Compendio de Instrumentos de Medición IIP*, 1-6. Recuperado de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30350/Escala%20de%20Depression%20Geriátrica%20GDS%20de%20Yesavage.PDF?sequence=4&isAllowed=y>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. Colombia: Neiva. Recuperado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Temas de Salud. Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Oviedo, H., & Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de cronbach. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 1-9.
- Packham, R. (28 de marzo de 2015). *Templos Mormones y sus Ritos*. Recuperado de Templos Mormones y sus Ritos: <https://es.scribd.com/document/260234453/Rituales-Mormones>
- Peña, D., Herazo, M., & Calvo, J. (2009). Depresión en ancianos. *Revista de la facultad de medicina*, 347-355. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14375/64197>
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 1-10. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un175b.pdf>
- Pérez, V. (2012). *Religiosidad, actitud del consumo de alcohol y consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes* (Maestría en ciencias de enfermería) Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/3147/1/1080256573.pdf>
- Pinheiro, P. (2018). Depresión, causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento. *Md. Saude*. Recuperado de <https://www.mdsaude.com/es/psiquiatria-es/depresion>

- Popolo, F. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*. Santiago de Chile: Cepal.
- Precinoti, I. (2017). *La depresión y la religiosidad: (como influyen una en otra)*. Lima: Estilo de vida.
- Quiceno, M., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Perspectivas en psicología*, 321-336. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982009000200009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982009000200009)
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid.
- Real Academia Española. (2001). *Religión. Diccionario de la lengua española*. Madrid. Recuperado de <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=VqE5xte>
- Reyes, C. (1998). Importancia de la religión en ancianos. *Colombia Médica*, 29(4), 2-4.
- Rivera, A., & Montero, M. (2005). *Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos*. *Salud Mental*, 41. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262807.pdf>
- Rivera, A., & Montero, M. (2005). *Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos*. *Salud Mental*, 51-58. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58262807.pdf>
- Rodríguez, B. y. (2011). Presupuestos Epistemológicos. En C. Monje, *Metodología de la investigación cualitativa y cuantitativa* (págs. 1-217). Colombia: Guía didáctica . Recuperado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Rodríguez, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 20, 192-204. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/832/83248831006.pdf>
- Rosas, A., & Zúñiga, J. (2013). *Estadística Descriptiva e Inferencial I*. Colegio de Bachilleres. Recuperado de [https://www.conevyt.org.mx/bachillerato/material\\_bachilleres/cb6/5sempdf/edin1/edi1\\_f03.pdf](https://www.conevyt.org.mx/bachillerato/material_bachilleres/cb6/5sempdf/edin1/edi1_f03.pdf)

- Rosete, E. (2002). Tratamiento farmacológico de la depresión mayor. *Cubana*, 1-8. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300009)
- Rubio, J. (2015). Aplicación De La Terapia Cognitivo-Conductual En Una Paciente Con Depresión Doble Y Rasgos Obsesivos De Personalidad. (*Tesis de maestría en Psicología*) Universidad del Norte de Barranquillas. Recuperado de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5818/11002369.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz, M. (2012). *Información sociodemográfica*. Santiago de Chile: Cepal. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/765>
- Salgado, A. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Revista de Psicología Educativa*, 2(1). doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.55>
- San Martín, C. (2007). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicodebate, psicología, cultura y sociedad*, 1-18. Recuperado de <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/420>
- Sancho, C., Blasco, M., & Martínez, M. P. (1997). Análisis de la motivación para el estudio de adultos mayores. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5. Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/apalmf8342905102/texto.html>
- Sanz, J., & Perdígón, A. (2003). Adaptación española del Inventario Para la Depresión de Beck-II (BDI-II). *Clínica y Salud*, 249-280. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Sierra, F., & Pedraza, R. (2013). Adaptación transcultural de la escala Daily Spiritual Experience Scale para su uso en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 131-188. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-adaptacion-transcultural-escala-daily-spiritual-S0123901513701628>
- Significados. (27 de marzo de 2018). *Religión y Espiritual*. Recuperado de Religión y Espiritual: <https://www.significados.com/iglesia-catolica/> Consultado: 27 de mayo

de 2019, 11:30 am. Recuperado de <https://www.significados.com/religion-y-espiritualidad/>

Sotelo, A., Rojas, J., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en medicina familiar*, 14(1), 5-13.

Vega, C. (2015). Papel de trabajo, Aspectos epistemológicos de la estimación estadística de modelos: Investigación Ex-post-facto. *Imyca*, 2-9. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Cristobal\\_Vega2/publication/275100869\\_Working\\_Paper\\_Epistemological\\_aspects\\_of\\_statistical\\_estimation\\_models\\_Ex\\_post\\_facto\\_Research/links/55332af90cf27acb0dedb600.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Cristobal_Vega2/publication/275100869_Working_Paper_Epistemological_aspects_of_statistical_estimation_models_Ex_post_facto_Research/links/55332af90cf27acb0dedb600.pdf)

Villacís, B., & Carillo, D. (2012). País Atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Estadística. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)*, 2-52. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Economia/Nuevacarademograficadeecuador.pdf>

Yoffe, L. (2005). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad*, 8-14.

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas Ecimed. Recuperado de [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)

Zinnbauer, Pargament, & Scott. (2013). Espiritualidad. En E. Etchezahar, & S. Hugo, *Religiosidad, Espiritualidad, Escepticismo: la mediación del autoritarismo*. (págs. 48-58).

Zoch, C. (2002). *Depresión*. Costa Rica: Cendes. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/psiquiatria2004.pdf>

## ANEXOS

## ANEXO 1.

Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

Sede Ambato  
Escuela de Psicología



Ambato, 12 de diciembre de 2018  
ES-905-2018

Doctor  
Patricio Maldonado  
**DIRECTOR**  
**CENTRO DE DÍA PARA LA TERCERA EDAD "VIDA A LOS AÑOS"**  
Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo. En calidad de Directora de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ambato; me permito solicitar comedidamente, se digne autorizar que la señorita Verónica Isabel Jácome Miniguano, con c.c. 1804116877, estudiante de la carrera de Psicología Clínica, pueda aplicar un test psicológico a los adultos mayores de la institución que tan acertadamente usted dirige, en el mes de diciembre de 2018, como levantamiento de información para el desarrollo de su Trabajo de Titulación, con el tema: **LA RELIGIOSIDAD Y LA RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA CIUDAD DE AMBATO**".

Segura de contar con su colaboración, me es grato suscribir.

Atentamente,

Psc. María Isabel Ramos Noboa  
DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA



Copia: Archivo

IR/OL

Av. Manuelita Sáenz, Sector El Tropezón  
Apartado postal EC180207  
Telf.: (+593) 03 2586016 ext. 0000  
Ambato - Ecuador [www.pucesa.edu.ec](http://www.pucesa.edu.ec)



## ANEXO 2.

Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

Sede Ambato  
Escuela de Psicología



Ambato, 18 de marzo de 2019  
ES-312-2019

Sor  
Gloria Murillo  
**Administradora**  
**HOGAR DE ANCIANOS SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS**  
Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo. En calidad de Directora de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ambato; y en virtud de la colaboración interinstitucional existente, me permito solicitar comedidamente, se le otorgue la apertura necesaria para que la señorita Verónica Isabel Jacome Miniguano, con c.c. 1804116877, estudiante de la carrera de Psicología Clínica, pueda aplicar evaluaciones psicológicas a los adultos mayores, de la institución que tan acertadamente usted dirige, para el desarrollo de su Trabajo de Titulación, con el tema: "LA RELIGIOSIDAD Y LA RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UNA POBLACIÓN GERIÁTRICA DE LA CIUDAD DE AMBATO".

Segura de contar con su colaboración, me es grato suscribir.

Atentamente,

Psc. María Isabel Ramos Noboa  
**DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Copia: Archivo



Av. Manuelita Sáenz, Sector El Tropezón  
Apartado postal EC80207  
Telf.: (+593) 03 2586016 ext. 0000  
Ambato - Ecuador [www.pucesa.edu.ec](http://www.pucesa.edu.ec)

70  
ANIVERSARIO  
PUCE  
1948-2018



### ANEXO 3. Carta de Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Isabel Jácome de la Universidad Católica sede Ambato. La meta de este estudio es conocer si existe relación entre la Religiosidad y Depresión en una población geriátrica de la ciudad de Ambato.

Si usted está de acuerdo en participar en el presente estudio, se le solicitará responder algunas preguntas. Esto tomará aproximadamente 45 minutos de su tiempo. Los datos obtenidos serán la base fundamental de la investigación, los cuales serán sometidos a un diagnóstico estadístico.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas, se usará un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, se hace preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Isabel Jácome. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer si existe relación entre la Religiosidad y Depresión en una población geriátrica de la ciudad de Ambato.

-----

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

C.I. -----

## ANEXO 4. Ficha Sociodemográfica

**Tema de investigación:** “La religiosidad y la relación con la depresión en adultos mayores de una población geriátrica de la ciudad de Ambato”

<b>1. DATOS PERSONALES</b>					
<b>1. Edad:</b>			<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
<b>2. Sector del domicilio:</b> <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural					
<b>3. Identificación Étnica:</b>					
<input type="checkbox"/> Mestizo	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Afro	<input type="checkbox"/> Blanco		
<b>4. Identificación Religiosa:</b>					
<input type="checkbox"/> Católico(a)	<input type="checkbox"/> Cristiano(a)/ Evangélico(a)	<input type="checkbox"/> Testigo de Jehová	<input type="checkbox"/> Mormón		
<input type="checkbox"/> Creyente sin identificación Religiosa	<input type="checkbox"/> Ateo	<input type="checkbox"/> Otra identificación religiosa ¿Cuál?.....			
<b>5. Situación socioeconómica:</b>					
<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Muy Buena		
<b>6. Cuantos hijos tiene: ( )</b>					
<b>7. ¿Cuál es su estado civil?</b>					
<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Soltera
<b>8. ¿Con quién vive actualmente?:</b>					
<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Hijos y Nietos	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Parientes	<input type="checkbox"/> Otros ¿Cuáles?.....	
<b>2. RELIGIOSIDAD</b>					
<b>9. ¿Asiste a la iglesia ?</b>					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca		
<b>10. En el día cuantas veces reza :</b>					
<input type="checkbox"/> 1 a 2	<input type="checkbox"/> 2 a 4	<input type="checkbox"/> 4 a 6	<input type="checkbox"/> 6 o más	<input type="checkbox"/> Ninguna	
<b>11. Cuán importante es para usted la religión</b>					

<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Ni mucho ni poco	<input type="checkbox"/> Poco			
<b>12. Se considera una persona de fe :</b>					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No				
<b>13. Cree que las enfermedades podrían curar por un milagro?</b>					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tal vez			
<b>3. DEPRESIÓN</b>					
<b>14. ¿Se ha sentido solo y triste?</b>					
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas Veces	<input type="checkbox"/> Nunca			
<b>15. ¿Se ha sentido débil ante una enfermedad?</b>					
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces			
<b>16. ¿ Padece alguna enfermedad, de que tipo ?</b>					
<input type="checkbox"/> Comunes	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Psicológica	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Catastrófica	<input type="checkbox"/> Ninguna

***GRACIAS POR SU COLABORACIÓN***

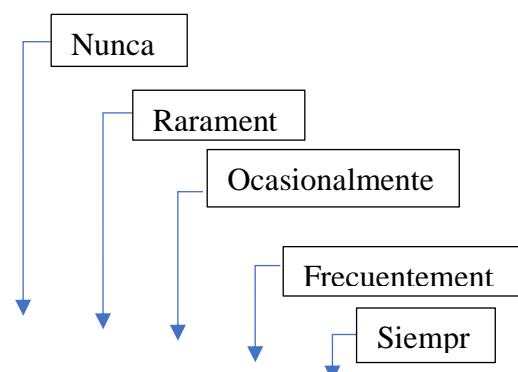
## ANEXO 5. Inventario de Religiosidad

## INVENTARIO DE RELIGIOSIDAD

**Instrucciones:** Queremos conocer un poco sobre su religiosidad, por lo tanto, le pido;

(a) leer cada oración y marcar con una X la respuesta que se apegue más a su realidad,

(b) responda el cuestionario utilizando la siguiente numeración

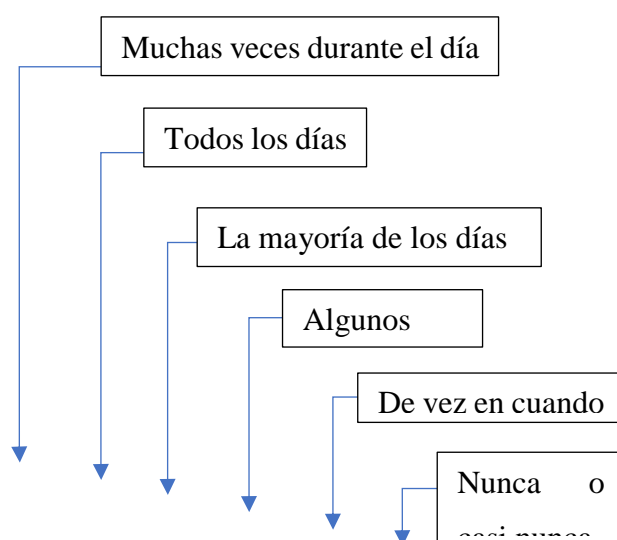


<b>1</b>	¿Cree en la existencia de Dios / Ser Supremo?	1	2	3	4	5
<b>2</b>	¿Qué tan importante es para ti la religión?	1	2	3	4	5
<b>3</b>	¿Su religión es una fuente de bienestar?	1	2	3	4	5
<b>4</b>	¿Su creencia religiosa le da sentido y propósito a su vida?	1	2	3	4	5
<b>5</b>	¿Su religión es una parte importante para usted?	1	2	3	4	5
<b>6</b>	¿Su creencia religiosa es una fuente de inspiración?	1	2	3	4	5
<b>7</b>	¿Qué tan importante es tu relación con Dios / Ser Supremo?	1	2	3	4	5
<b>8</b>	¿Crees en la fuerza de tus oraciones?	1	2	3	4	5
<b>9</b>	¿Cree en los milagros?	1	2	3	4	5
<b>10</b>	¿Dios / Ser Supremo es una fuente de beneficios para su vida y la de los demás?	1	2	3	4	5

## ANEXO 6. Escala para Evaluar Experiencias Espirituales Diarias

### Escala para Evaluar Experiencias Espirituales Diarias

**Instrucciones:** Por favor, considere con qué frecuencia usted tiene esa experiencia, y trate de no tener en cuenta si usted siente que debería o no tenerla. Algunos de estos aspectos incluyen la palabra “Dios”. Si no se siente cómodo(a) con esta palabra, por favor sustitúyala por otra que traiga a su mente la idea de lo que es divino, espiritual o santo para usted.



		5	4	3	2	1	0
<b>1</b>	Siento la presencia de Dios	5	4	3	2	1	0
<b>2</b>	Siento una conexión con todo lo que es vida	5	4	3	2	1	0
<b>3</b>	Durante la alabanza, o en otras ocasiones al conectarme con Dios, siento alegría que me aleja de mis preocupaciones diarias	5	4	3	2	1	0
<b>4</b>	Encuentro fortaleza en mi religión o espiritualidad	5	4	3	2	1	0
<b>5</b>	Encuentro consuelo en mi religión o espiritualidad	5	4	3	2	1	0
<b>6</b>	Siento profunda paz o armonía interior	5	4	3	2	1	0
<b>7</b>	Le pido ayuda a Dios en medio de las actividades diarias	5	4	3	2	1	0
<b>8</b>	Me siento guiado por Dios en medio de las actividades diarias	5	4	3	2	1	0
<b>9</b>	Siento el amor que Dios me tiene, directamente	5	4	3	2	1	0
<b>10</b>	Siento el amor que Dios tiene por mí a través de otros	5	4	3	2	1	0

<b>11</b>	Me siento tocado espiritualmente con la belleza de la creación	5	4	3	2	1	0
<b>12</b>	Me siento agradecido por mis bendiciones	5	4	3	2	1	0
<b>13</b>	Cuido a otros desinteresadamente	5	4	3	2	1	0
<b>14</b>	Acepto a los demás incluso cuando hacen cosas que pienso que están mal	5	4	3	2	1	0
<b>15</b>	Deseo estar muy cerca de Dios o unido a la presencia divina	5	4	3	2	1	0
		De ninguna manera	Algo cerca	Muy cerca	Lo más cerca posible		
<b>16</b>	En general, ¿qué tan cerca se siente de Dios?	0	1	2	3		

## ANEXO 7. Inventario de Depresión de Beck

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

**Instrucciones:** A continuación, se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

<p><b>1. Estado de animo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos</li> <li><input type="radio"/> No me encuentro triste</li> <li><input type="radio"/> Me siento algo triste y deprimido</li> <li><input type="radio"/> Ya no puedo soportar esta pena</li> <li><input type="radio"/> Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar</li> </ul>
<p><b>2. Pesimismo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Me siento desanimado cuando pienso en el futuro</li> <li><input type="radio"/> Creo que nunca me recuperaré de mis penas</li> <li><input type="radio"/> No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal</li> <li><input type="radio"/> No espero nada bueno de la vida</li> <li><input type="radio"/> No espero nada. Esto no tiene remedio</li> </ul>
<p><b>3. Sentimientos de fracaso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)</li> <li><input type="radio"/> He tenido más fracasos que la mayoría de la gente</li> <li><input type="radio"/> Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena</li> <li><input type="radio"/> No me considero fracasado</li> <li><input type="radio"/> Veo mi vida llena de fracasos</li> </ul>
<p><b>4. Insatisfacción</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ya nada me llena</li> <li><input type="radio"/> Me encuentro insatisfecho conmigo mismo</li> <li><input type="radio"/> Ya no me divierte lo que antes me divertía</li> <li><input type="radio"/> No estoy especialmente insatisfecho</li> <li><input type="radio"/> Estoy harto de todo</li> </ul>
<p><b>5. Sentimientos de culpa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> A veces me siento despreciable y mala persona</li> <li><input type="radio"/> Me siento bastante culpable</li> <li><input type="radio"/> Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable</li> <li><input type="radio"/> Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable</li> <li><input type="radio"/> No me siento culpable</li> </ul>
<p><b>6. Sentimiento de castigo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Presiento que algo malo me puede suceder</li> <li><input type="radio"/> Siento que merezco ser castigado</li> <li><input type="radio"/> No pienso que esté siendo castigado</li> <li><input type="radio"/> Siento que me están castigando o me castigarán</li> <li><input type="radio"/> Quiero que me castiguen</li> </ul>
<p><b>7. Odio a si mismo</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estoy descontento conmigo mismo</li> <li>○ No me aprecio</li> <li>○ Me odio (me desprecio)</li> <li>○ Estoy asqueado de mí</li> <li>○ Estoy satisfecho de mí mismo</li> </ul>
<p><b>8. Autoacusación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No creo ser peor que otros</li> <li>○ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal</li> <li>○ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre</li> <li>○ Siento que tengo muchos y muy graves defectos</li> <li>○ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores</li> </ul>
<p><b>9. Impulsos suicidas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo</li> <li>○ Siento que estaría mejor muerto</li> <li>○ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera</li> <li>○ Tengo planes decididos de suicidarme</li> <li>○ Me mataría si pudiera</li> <li>○ No tengo pensamientos de hacerme daño</li> </ul>
<p><b>10. Períodos de llanto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No lloro más de lo habitual</li> <li>○ Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo</li> <li>○ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo</li> <li>○ Ahora lloro más de lo normal</li> </ul>
<p><b>11. Irritabilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ No estoy más irritable que normalmente</li> <li>○ Me irrito con más facilidad que antes</li> <li>○ Me siento irritado todo el tiempo</li> <li>○ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba</li> </ul>
<p><b>12. Aislamiento social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto</li> <li>○ Me intereso por la gente menos que antes</li> <li>○ No he perdido mi interés por los demás</li> <li>○ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos</li> </ul>
<p><b>13. Indecisión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones</li> <li>○ Tomo mis decisiones como siempre</li> <li>○ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto</li> <li>○ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda</li> </ul>
<p><b>14. Imagen corporal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado</li> <li>○ Me siento feo y repulsivo</li> <li>○ No me siento con peor aspecto que antes</li> <li>○ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)</li> </ul>
<p><b>15. Capacidad Laboral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Puedo trabajar tan bien como antes</li> <li>○ Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa</li> <li>○ No puedo trabajar en nada</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>○ Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo</li><li>○ No trabajo tan bien como lo hacía antes</li></ul>
<p><b>16. Trastornos del sueño</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Duermo tan bien como antes</li><li>○ Me despierto más cansado por la mañana</li><li>○ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir</li><li>○ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche</li><li>○ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme</li><li>○ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas</li><li>○ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas</li><li>○ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas</li></ul>
<p><b>17. Cansancio</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Me canso más fácilmente que antes</li><li>○ Cualquier cosa que hago me fatiga</li><li>○ No me canso más de lo normal</li><li>○ Me canso tanto que no puedo hacer nada</li></ul>
<p><b>18. Pérdida de apetito</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ He perdido totalmente el apetito</li><li>○ Mi apetito no es tan bueno como antes</li><li>○ Mi apetito es ahora mucho menor</li><li>○ Tengo el mismo apetito de siempre</li></ul>
<p><b>19. Pérdida de peso</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ No he perdido peso últimamente</li><li>○ He perdido más de 2,5 kg</li><li>○ He perdido más de 5 kg</li><li>○ He perdido más de 7,5 kg</li></ul>
<p><b>20. Hipocondría</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas</li><li>○ Estoy preocupado por dolores y trastornos</li><li>○ No me preocupa mi salud más de lo normal</li><li>○ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro</li></ul>
<p><b>21. Libido</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Estoy menos interesado por el sexo que antes</li><li>○ He perdido todo mi interés por el sexo</li><li>○ Apenas me siento atraído sexualmente</li><li>○ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo</li></ul>

## Anexo 8. Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage

### Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage

**Instrucciones:** Por favor escoja la respuesta de acuerdo, a como se ha sentido durante las últimas semanas.

¿En el fondo está satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se aburre con frecuencia?	SI	NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
¿Le preocupan ideas que no pueda quitar de su cabeza?	SI	NO
¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Teme que algo malo pueda sucederle?	SI	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Se siente desamparado con frecuencia?	SI	NO
¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?	SI	NO
¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?	SI	NO
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SI	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SI	NO
¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?	SI	NO
¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?	SI	NO
¿Se siente inútil en su estado actual?	SI	NO
¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI	NO
¿Le parece que la vida es algo apasionante?	SI	NO
¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	SI	NO
¿Se siente con energías?	SI	NO
¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	SI	NO
¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?	SI	NO
¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI	NO
¿Siente ganas de llorar frecuentemente?	SI	NO
¿Tiene dificultad para concentrarse?	SI	NO
¿Disfruta al levantarse de mañana?	SI	NO
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI	NO
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI	NO
¿Siente su mente tan despejada como antes?	SI	NO