



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador | Sede  
Ambato

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

**TEMA:**

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES: ESTUDIO  
COMPARATIVO POR SEXO**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de  
Licenciada en Psicología Clínica**

**Línea de investigación:**

**VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL**

**Autora:**

**Camila Abigail Pazmiño López**

**Directora:**

**Mg. Ana Del Rocío Martínez Yacelga**

**Ambato – Ecuador**

**Septiembre 2025**

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **CAMILA ABIGAIL PAZMIÑO LÓPEZ**, con cédula de ciudadanía **0503360091**, autora del trabajo de graduación intitulado: "SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES: ESTUDIO COMPARATIVO POR SEXO", previo a la obtención del título profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, en la escuela de **SALUD Y BIENESTAR**.

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de 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 del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, septiembre 2025



Camila Abigail Pazmiño López

CC. 0503360091

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
SEDE AMBATO  
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES: ESTUDIO  
COMPARATIVO POR SEXO

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

Camila Abigail Pazmiño López

Ana del Rocío Martínez Yacelga, Dra. Mg.

CC. 1802920148

**CALIFICADOR**

f. 

Dayamy Lima Rojas, Lic. Mg.

**CALIFICADOR**

f. 

Catherine Nataly Shuguli Zambrano, Psic Cl. Mg.

**CALIFICADOR**

f. 

Freddy Patricio Mayorga Valle, Dr. Esp.

**DIRECTOR DE LA ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr.

**SECRETARIO GENERAL PUCESA**

f. 

Ambato – Ecuador

Septiembre 2025

## DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mi querida abuelita, Mami Bachi, quién partió hace algunos años, pero jamás se fue de mi corazón. Aunque no estuvo físicamente en este camino, siento que me acompañó en cada paso, dándome fuerza cuando la necesité y enviándome luz en los momentos más oscuros. Su amor, su ternura y su recuerdo siguen vivos en mí, y este logro es también suyo.

A mi hermanito, Nelson Benjamín, que partió demasiado pronto, pero dejó una huella eterna en mi corazón. Aunque no pudimos compartir una vida juntos, tu presencia se siente en lo invisible y en los silencios más dulces. Fuiste el último en llegar, pero siempre serás parte de mí. Este logro también es tuyo, porque el amor que te tengo me acompaña incluso en los momentos más importantes.

También quiero dedicar este proyecto a mis tres fieles compañeros de cuatro patas, Omi, Sky y Lía, quienes, con su amor incondicional, ronroneos, ladridos y travesuras hicieron de este camino un viaje más cálido y llevadero, por acompañarme en las noches de estudio y cansancio. Porque a veces, el amor más puro viene con patas y sin juicios.

## **AGRADECIMIENTO**

Con el corazón lleno de alegría, quiero agradecer a mi familia, amigos y docentes quienes hicieron posible este logro.

A mis padres, por su paciencia y amor infinito, por su apoyo en cada paso y en cada etapa. Especialmente a mi mami Pauli, que me enseñó a ser una mujer fuerte, valiente y solidaria, quién con tanta paciencia supo cuidarme en cada instante, entender mis problemas y buscar una salida. A mis queridos hermanos, Mathi y Helen, quienes a pesar de todo son mi pilar más importante, mi razón para no rendirme, los que han estado conmigo en buenos y malos momentos, pese a las diferencias y me enseñaron lo que es un amor puro y sincero.

A mis abuelitos Gladys, Nelson y Julián por apoyarme en la decisión de ingresar a esta prestigiosa universidad y ser mis guías en este proceso de formación personal y profesional. A mis tíos y primos por hacerme saber que seré una excelente profesional y lo importante que soy en cada una de sus vidas.

A Esteban e Isa, por ser esa presencia constante en medio del caos. Gracias por acompañarme en los momentos más oscuros sin hacer preguntas. Estuvieron cuando no sabía cómo seguir, cuando el dolor se hizo insoportable y cuando mi mente me pidió una pausa. Me recordaron que priorizar mi salud no era un fracaso, sino un acto de valentía. Gracias por darme su tiempo, su apoyo y su calma cuando más lo necesitaba. Su forma de estar ha sido una de las razones por las que hoy este trabajo está terminado.

De igual forma, a mis amigos y compañeros por llegar a mi vida y enseñarme amistad, valentía, lealtad y sinceridad.

A mis docentes de la carrera de Psicología Clínica, particularmente, a mi tutora Anita Martínez, que me ha compartido sus enseñanzas a lo largo de mi carrera profesional y me ha brindado su ayuda a lo largo de mi tesis con paciencia y cariño.

## RESUMEN

La etapa de adultos mayores es un período de la vida que suele estar marcado por cambios significativos en la salud, la vida social y el entorno familiar. A medida que las personas envejecen, pueden enfrentar diversas dificultades que pueden incidir en el desarrollo de la depresión. Por lo que, entender estos problemas es crucial para ayudar a estos grupos a mantener una calidad de vida adecuada. Con este propósito se planteó la investigación con el objetivo de comparar la sintomatología depresiva en adultos mayores en función al sexo del Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua, Ecuador. Este estudio fue desarrollado bajo el paradigma pospositivista, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo correlacional.

En la investigación se abordaron 200 participantes del programa de Envejecimiento Activo del IESS, a quienes se aplicó una encuesta para determinar las características socioeconómicas, la Escala de Yesavage y la Escala CES-D. Según los resultados se estableció según la Escala Yesavage una relación entre la sintomatología depresiva y el sexo femenino (26.5%), y para las subescalas del CES-D en ambas muestras fue de síntomas somáticos altos (38.5%-42.5%), cambios en las relaciones interpersonales alta (33.5%-36.5%), síntomas depresivos medio (35.6%-39.5%).

**Palabras clave:** adultos mayores, sexo, sintomatología depresiva.

## ABSTRACT

*Old age is a stage of life often marked by significant changes in health, social interactions, and the family environment. As individuals grow older, they may encounter various challenges that can contribute to the development of depressive symptoms. Understanding these challenges is essential to support this population in maintaining a good quality of life. This study aimed to compare depressive symptoms in older adults based on gender within the IESS Active Aging Program in Tungurahua, Ecuador. It was conducted under the post-positivist paradigm, with a quantitative approach, non-experimental design, cross-sectional in nature, and with a descriptive-correlational scope.*

*The research involved 200 participants from the IESS Active Aging Program. A survey was administered to collect data on socioeconomic characteristics, as well as responses to the Yesavage Scale and the CES-D Scale. Based on the results, the Yesavage Scale indicated a relationship between depressive symptoms and female gender (26.5%). The CES-D subscales showed high levels of somatic symptoms (38.5%–42.5%), high levels of changes in interpersonal relationships (33.5%–36.5%), and moderate depressive symptoms (35.6%–39.5%) in both groups.*

**Keywords:** *older adults, gender, depressive symptoms.*

## ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD .....	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO .....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA .....	7
1.1. Sintomatología depresiva.....	7
1.2. Depresión en los adultos mayores.....	18
1.3. Diferencias de la depresión por sexo .....	29
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO .....	37
2.1. Tipo y enfoque de investigación.....	37
2.2. Técnicas e instrumentos .....	39
2.3. Población y muestra .....	44
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	59
3.1. Análisis de los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage .....	59
3.2. Análisis de los resultados de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).....	61
3.3. Test de la U de Mann Whitney .....	68
3.4. Análisis comparativo de la depresión en función del sexo .....	69
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES .....	74
BIBLIOGRAFÍA .....	75
ANEXOS .....	89

## INTRODUCCIÓN

Según reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) la población global de adultos mayores está en constante aumento, confirmando que entre el periodo 2000-2050 se espera un importante incremento del 11% al 22%. Según estas cifras se debe tener en cuenta que, las personas mayores tienen vulnerabilidades específicas que aumentan el riesgo de desarrollar problemas de salud mental como la depresión, generada por la presencia de “diversos factores psicosociales y genéticos, cambios biológicos propios del envejecimiento, presencia de déficits cognitivos, experiencias de vida difíciles y la coexistencia de otros problemas de salud física que conllevan al uso de medicamentos en diferente variedad y cantidad” (Llanes et al., 2019, p. 66).

Adicional a esto, a medida que se envejece, con frecuencia se experimentan innumerables cambios, como el fin de la vida laboral, problemas de salud, la muerte de familiares, amigos, entre otros, que pueden causar inquietud, tristeza o estrés; cambios que una vez superados permiten volver a sentirse bien. No obstante, cuando se entra en depresión, esto resulta diferente, puesto que, incluye un estado de ánimo de tristeza persistente a pesar de la eliminación de la causa externa, o una expresión desproporcionada de la misma, produciéndose una pérdida del interés de la persona por realizar las actividades cotidianas e incluso de vivir (Molés et al., 2019).

En este orden de ideas, la depresión se enfoca como un trastorno grave del estado de ánimo que puede afectar la forma en que el individuo siente, actúa y piensa. Se considera uno de los trastornos del estado de ánimo más comunes en la población de edad avanzada y se asocia con una mala calidad de vida y un aumento de la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad (Saenz et al., 2019). Sin embargo, en los adultos mayores, a menudo pasa desapercibido y no se trata adecuadamente, debido a que las personas mayores suelen manifestar los síntomas de depresión de forma diferente, lo que puede llegar a confundirse con los efectos de múltiples enfermedades y los medicamentos para tratarlas, lo que reduce considerablemente la capacidad de una persona mayor para rehabilitarse.

De este modo, la depresión se constituye en un síndrome geriátrico que se asocia a otras patologías, ya sea como precipitante o como consecuencia de estas, y es común asociarlo a otros síndromes, como la fragilidad del adulto mayor, el deterioro sensorial, auditivo y visual y la demencia (De los Santos & Carmona, 2019). Así mismo, constituye uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en esta etapa de la vida y se estima que alrededor del 6.6% de la discapacidad en este grupo poblacional se debe a trastornos mentales y del sistema nervioso (Guevara et al., 2020).

Estos reportes se fundamentan en investigaciones como la realizada por Zenebe et al. (2021) de la cual se ha reportado una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel mundial desde el 25.8% hasta 55%, llegando incluso a resultados alarmantes del 74.3%. De acuerdo con esto, los reportes de la investigación de Güzel y Kara (2020) convalida estas altas estadísticas las cuales se ubicaron en un 51.8% en adultos entre 65 y 74 años. Sin embargo, en los aportes según la edad y el sexo, se obtuvo que los hombres mayores presentan menor sintomatología depresiva a nivel mundial, aunque tienen un alto riesgo de suicidio, especialmente después de los 70 años; sin embargo, otros autores como Ashe y Routray (2019) indican que las mujeres son las más afectadas por esta patología.

Mientras que, en el ámbito Latinoamericano, se han encontrado reportes que confirman la presencia de depresión, como en México el estudio desarrollado por Castañeda (2019) del que reportó la presencia de la patología en el 58,82% de los adultos mayores de 60 a 69 años. En Colombia Estrada et al. (2023) encontraron síntomas depresivos moderados (37%) y severos (8.7%) en la población de adultos mayores que analizaron. Por otro lado, Saenz et al. (2019) en Perú confirmaron que el 56,4% de los pacientes adultos mayores que integraron la muestra que estudiaron padecía de depresión.

A nivel de Ecuador, esta situación resulta similar, según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento, (SABE, 2019) la prevalencia de depresión en adultos mayores es del 39%. Así mismo, Lliguisupa et al. (2020) reportaron la presencia de esta patología entre el 15% y el 40%. En la misma línea, los datos encontrados por

Molina et al., (2020) en un estudio realizado específicamente en la ciudad de Cuenca, estipuló que el 81,4% de la población estudiada se encontró deprimida y en el estudio realizado por Idrovo (2023) el principal hallazgo confirmó la presencia de rasgos depresivos mayoritariamente en el grupo etario de 75 a 84 años y en el género femenino.

Con base en estos hallazgos, se presenta el desarrollo de una investigación con el objetivo de comprender la relación que existe entre la sintomatología depresiva en adultos mayores en función al sexo, la cual para su estructuración se procedió a plantearla de la siguiente manera:

En primer lugar, se encuentra el marco teórico, integrado por los antecedentes de la investigación y las bases teóricas que incluyen los fundamentos conceptuales de las variables depresión por sexo que se analizan en la investigación.

Posteriormente, se expone el Marco metodológico, dentro del cual se presenta. el enfoque, diseño y tipo; métodos de investigación; población y muestra; delimitación espacial del estudio; la operacionalización de las variables; las técnicas e instrumentos de recolección de la información, con sus respectivos resultados; interpretación y análisis de los datos obtenidos a través de los instrumentos aplicados. A continuación, se presentan las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y se culmina con los anexos que respaldan el estudio.

En la sociedad actual, la población de adultos mayores está en constante crecimiento debido a la mejora en la esperanza de vida y los avances en la medicina. No obstante, este segmento de la población enfrenta diversos desafíos de salud física y mental, siendo la sintomatología depresiva uno de los problemas más prevalentes y subdiagnosticados. En torno a ello, se ha observado de manera no sistematizada en un grupo de adultos mayores del programa de Envejecimiento Activo del IESS Tungurahua, los síntomas caracterizados por tristeza, sentimientos de soledad, baja autoestima. labilidad emocional, en ocasiones se tornan irritables y poco tolerantes, aspectos que se acompañan de déficit en su capacidad de concentración y memoria, estados de desesperanza pensamientos de muerte,

entre otros síntomas que se estima se asocian con la depresión. Lo cual, se desencadena debida deprivación socioambiental, distanciamiento o abandono de la familia, carencias económicas, enfermedades frecuentes y en algunas crónicas; aspectos que, le vuelven vulnerable y propenso a sufrir problemas de índole afectivo.

Cabe indicar que, la prevalencia de estos síntomas puede variar significativamente entre hombres y mujeres debido a factores biológicos, psicológicos o sociales. Dentro del Programa de Envejecimiento Activo de la Dirección Provincial del Instituto Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Ambato en Ecuador de manera preliminar y de acuerdo con los resultados obtenidos en las fichas individuales llenadas por el equipo de psicólogos, se determina que la depresión se presenta como una sintomatología médica-psicológica recurrente, la misma que afecta la situación personal y familiar. De modo que, la depresión afecta el estado de ánimo una persona adulta mayor, por tanto, puede afectar la manera significativa a como se siente, actúa y piensa, con un impacto negativo y significativo en el bienestar psicológico, equilibrio y calidad de vida del adulto mayor.

Bajo este contexto se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Existen diferencias en la sintomatología depresiva en función del sexo en adultos mayores que participan en el Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua, Ecuador?

### **Hipótesis**

Existen diferencias en la sintomatología depresiva en adultos mayores en función del sexo del Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua, Ecuador.

### **Objetivo general**

Comparar la sintomatología depresiva en adultos mayores en función al sexo del Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua, Ecuador.

## **Objetivos específicos**

1. Fundamentar los referentes teóricos de la sintomatología depresiva en adultos mayores.
2. Evaluar la sintomatología depresiva en adultos mayores del Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua.
3. Realizar un análisis estadístico, descriptivo y comparativo de la sintomatología depresiva en adultos mayores del Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua

Para alcanzar los objetivos propuestos, se requiere de la aplicación de una metodología de investigación con paradigma pospositivista, de tipo no experimental, corte transversal, enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y método comparativo, en la modalidad documental y de campo. Para la recolección de la información se aplicaron técnicas psicométricas y la encuesta y como instrumento se utilizó la carta de consentimiento informado, la ficha de datos sociodemográficos, la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la escala CES-D. estos instrumentos se aplicaron a una muestra no probabilístico por conveniencia, de la que fueron seleccionados 200 adultos mayores que asisten al Programa de Envejecimiento Activo del IESS, Tungurahua, Ecuador, con el propósito de determinar si existen diferencias en la sintomatología depresiva en adultos mayores en función del sexo.

La depresión es un problema de salud mental que afecta a personas de todas las edades, pero su manifestación puede variar entre adultos mayores. Por lo que, con el propósito de profundizar y comprender este problema, se plantea la investigación enfocada a comparar la sintomatología depresiva en función al sexo en esta población, considerando que resulta importante investigar este tema, se ha observado que hombres y mujeres pueden experimentar y expresar los sentimientos depresivos de manera diferente.

Por ello, la investigación se justifica, en que la depresión en adultos mayores puede llevar a problemas serios, como el deterioro físico y mental, pues los cambios en la

vida que enfrentan, como la pérdida de seres queridos, cambios en la salud y la disminución de la independencia, pueden impactar su estado emocional. Sin embargo, los hombres y mujeres pueden responder a estas situaciones de maneras distintas, por lo que, los resultados del estudio permitirán identificar patrones específicos que ayuden a los profesionales en la atención en el área de salud mental ofrecer un tratamiento y apoyo más adecuado.

Es decir que, conocer las diferencias en la expresión de la depresión según el sexo, permitirá desarrollar estrategias de intervención más efectivas, adaptadas a las necesidades particulares de hombres y mujeres, como, por ejemplo, diseñar actividades grupales para fomentar la socialización, pueden ser más beneficiosas para las mujeres; mientras que, los hombres podrían beneficiarse de programas que promuevan el ejercicio físico y un enfoque más directo para abordar sus sentimientos.

Además, este estudio puede contribuir a la que se promueva un envejecimiento activo y saludable en la región, considerando que la salud mental es un componente crucial del bienestar general, y un enfoque basado en evidencia científica, puede facilitar la implementación de programas que atiendan específicamente las preocupaciones de salud mental en los adultos mayores en función del sexo. Por ello se asume, que esta investigación, no solo ayudará a comprender mejor las diferencias en la expresión de la depresión, sino que también aporta un enfoque integral, que permitirá abordar en investigaciones futuras, este problema en crecimiento tanto a nivel mundial como regional, con intervenciones efectivas y eficientes.

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

### **1.1. Sintomatología depresiva**

#### **Antecedentes investigativos de la sintomatología depresiva**

La depresión es una condición mental ampliamente estudiada, debido a su prevalencia y su impacto significativo en la salud global que afecta a millones de personas a nivel mundial. Su reconocimiento como una enfermedad con una base biológica, psicológica y social ha evolucionado a lo largo de los siglos (Suárez & Pujol, 2023). La depresión se ha identificado de diversas maneras, caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperanza, falta de interés en actividades diarias y dificultad para llevar a cabo las diversas actividades y tareas cotidianas (Herrman, et al., 2022).

La depresión se considera una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Su estudio se remonta a la antigüedad, considerándose que esta era causada por desequilibrios de los humores en el cuerpo, según la teoría de los cuatro humores de Hipócrates (1868 citado por Berrios, 2021) se trataba de una condición similar conocida como "melancolía", que se atribuía a un desequilibrio en los cuatro humores del cuerpo, que son la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. Durante la Edad Media, la depresión se asociaba con la posesión demoníaca o la brujería, lo que llevaba a tratamientos inhumanos y crueles (Mosquera et al., 2022).

No obstante, solo fue hasta el siglo XIX donde la psiquiatría moderna comenzó a diferenciar la depresión de otras enfermedades mentales y fue cuando comenzó a ser considerada como una enfermedad mental legítima. Ante ello, médicos psiquiatras e investigadores como el alemán Emil Kraepelin, considerado pionero en clasificar los trastornos mentales, la describió la 'depresión maníaca' (Angst, 2022).

Por su parte, Freud (1917), ofreció una perspectiva psicoanalítica, relacionando la depresión con pérdidas afectivas y conflictos inconscientes no resueltos. Estos investigadores en el área ayudaron a comprender de mejor manera los síntomas y causas subyacentes de la depresión. Sin embargo, hasta el siglo XX fue que lograron desarrollar tratamientos efectivos para la depresión, como la terapia cognitivo-conductual y los antidepresivos (Proaño 2021).

En la actualidad, la depresión continúa siendo un problema grave de salud pública a nivel global; se estima que más de 300 millones de personas sufren de depresión, y se espera que esta cifra aumente en los próximos años (Castro, 2021). Aunque se ha avanzado de forma significativa en la comprensión y el tratamiento de la depresión, todavía existen muchos desafíos por delante.

A este respecto se han encontrado investigaciones, que respaldan estas aseveraciones, como la desarrollada en Italia por Devita et al. (2022) titulada sobre “Reconocimiento de la depresión en los ancianos: orientación práctica y desafíos para el tratamiento clínico”. Desarrollada bajo una investigación cuantitativa, retrospectiva, de análisis de casos clínicos. Los resultados mostraron que la depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo más comunes en la población de edad adulta por lo que determinaron la necesidad que los médicos especialistas proporcionen de manera oportuna una evaluación integral, global y multidisciplinaria de un trastorno complejo, que pueda ser diferenciado de otras patologías coexistentes, que sugieren enfoques terapéuticos de primera y segunda línea, que incluyen opciones farmacológicas y no farmacológicas.

Esto se corrobora con el estudio realizado en China por Tang (2021) para determinar la prevalencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores. Utilizaron un modelo de efectos aleatorios durante el año 2020, a una muestra de 81 integrantes. Los resultados mostraron una prevalencia general agrupada de síntomas depresivos entre adultos mayores del 20% con alta heterogeneidad. Los análisis de subgrupos revelaron diferencias significativas en la prevalencia de depresión en la vejez según el género, el estado civil, el nivel socioeconómico y las

escalas de medición utilizadas, considerándose que los síntomas depresivos son comunes entre los adultos mayores.

En España se indagó en el estudio de Méndez et al. (2024) sobre las diferencias por género y la asociación de los factores personales intrínsecos con la sintomatología depresiva y ansiosa de una población adulta. Esta investigación fue desarrollada mediante un análisis descriptivo, bivariante y multivariante de datos de 242 individuos. Los resultados mostraron una prevalencia del 25.2% en mujeres y del 6.54% en varones, lo que indica que, las mujeres presentaron mayor sintomatología depresiva que los hombres.

En el ámbito Latinoamericano se cita la investigación desarrollada por Otero (2022) en Puerto Rico, sobre los tipos de apoyo psicológico que se proporciona a los adultos mayores que desarrollaron sintomatología depresiva y las diferencias por género en grupos étnicos. El estudio tuvo un diseño cuantitativo de alcance correlacional de corte transversal. Los resultados mostraron que los niveles de depresión se relacionan de manera significativa con el género y la edad; otros factores que resultaron importantes fue el apoyo emocional de la familia y amigos, cohesión comunitaria y actividad física, factores que, junto al género, deben ser considerados cuando se plantea reducir la sintomatología depresiva en los adultos mayores.

Por su parte en Chile, Bustamante (2021) estudió la prevalencia y caracterización de pacientes con síntomas depresivos. Se aplicó una metodología descriptiva en una muestra de 59 pacientes mayores de 60 años, en quienes se determinó una puntuación positiva para el desarrollo de depresión correspondiente al 52.63% en mujeres y 47.37% en hombres. Estableciéndose que, los síntomas depresivos en pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna son frecuentes y muchas veces pasan desapercibidos durante la hospitalización.

En Ecuador se identificó la investigación de Gaibor (2020) propuesta para determinar las diferencias intergénero en optimismo disposicional de la depresión y el rol predictivo del optimismo sobre rasgos patológicos en una muestra de adultos

mayores ecuatorianos. la investigación fue realizada como un estudio descriptivo, comparativo, predictivo y transversal abordando una muestra de 288 participantes. Los resultados mostraron diferencias de género en el nivel de depresión, con mayor presencia en mujeres que en hombres.

Por su parte, Parada (2022) analizó la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores, mediante la metodología de estudio de casos y prospectiva, en la que abordaron una muestra de 540 historias clínicas. Los resultados del estudio mostraron niveles de depresión en el 35% de los casos analizados, evidenciándose que existen factores asociados comunes como el sexo, la edad, enfermedades concomitantes, factores psicosociales y biológicos, que afectan el bienestar de los adultos mayores y generan ciertos niveles de depresión.

De acuerdo con estas investigaciones se tiene que la depresión en la población de adultos mayores es un fenómeno común, puede tener consecuencias graves en el bienestar de las personas que la padecen, detallando que en un porcentaje importante los mayores niveles de depresión se presentan en el grupo del género femenino. Ante lo cual, se considera importante que desde el ámbito de la salud y dentro de la atención psicológica, se brinde el apoyo necesario para que una población vulnerable, como los adultos mayores, puedan manejar esta patología de manera adecuada y mejorar su calidad de vida.

### **Conceptualización de la depresión**

Según la OMS (2020) la depresión es un trastorno de salud mental común, caracterizado por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras; que puede alterar el sueño, el apetito, con frecuencia síntomas de cansancio y falta de concentración.

De acuerdo con la American Psychiatric Association (APA, 2013) la depresión denominada también como trastorno depresivo mayor (TDM), es una enfermedad mental que se caracteriza por un sentimiento persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que se habían disfrutado antes, esto afecta negativamente

la forma en que una persona siente, piensa y realiza actividades cotidianas como dormir, comer o trabajar.

Por su parte, Cabrera (2018) indica que la depresión es un trastorno mental que se caracteriza principalmente por un estado de ánimo bajo y sentimientos de tristeza, asociados a trastornos de conducta. Esta patología, se presenta como una de las más frecuentes en atención de salud primaria y supone la causa principal de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada por problemas mentales.

Cabe indicar que, la depresión se explica desde diferentes modelos, se destaca entre estos, el enfoque comportamental de Lewinsohn y Graf (1993), quien recoge los aspectos conductuales, relacionados con la depresión, y señala que ésta tiene su origen en una baja frecuencia de refuerzos. Donde el punto de referencia básico se sitúa, en la existencia y papel funcional de los estímulos reforzadores positivos. Lo que pone en evidencia la importancia de la disponibilidad de refuerzos ante las respuestas de la persona, así como de la interpretación y valoración que ésta hace del reforzamiento recibido, por lo que se consideran también los aspectos cognitivos implicados en el proceso de aprendizaje (Abreu y Abreu, 2018).

Así mismo, se encuentra el modelo cognitivo de Beck (1987) citado por Villasmil, (2019) sobre la depresión, este se enfoca en la llamada tríada cognitiva, que hace referencia a tres patrones que determinan la forma bastante particular (negativa), ante la cual, los pacientes deprimidos se ven con actitud negativa hacia sí mismo, al mundo y al futuro.

Estos enfoques o modelos explicativos de la depresión resaltan algunos aspectos relacionados con el estudio de esta patología, definen así una característica situacional personal y son en gran medida responsables de cómo una persona percibe una realidad particular. Lo que constituye representaciones de experiencias pasadas que se almacenan en la memoria y actúan como filtros al analizar la información recibida actualmente.

## **Etiología de la depresión**

Se tiene que la etiología de la depresión es compleja y multifacética, en la que se implican múltiples determinantes en la que influyen diferentes factores biológicos, psicosociales y sociales, que se asocian al nivel de salud mental de una persona en un momento determinado, tal como se describen a continuación.

### **a. Biológicos**

El estudio desarrollado por Barón et al, (2019) y Acero (2020) han demostrado que la depresión tiene una base hereditaria y que las personas con antecedentes familiares tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Además de los cambios en los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino; la evidencia biológica ha demostrado cambios en los niveles de neurotransmisores, citocinas y hormonas.

Al respecto, la psiconeuroinmunología demostró cambios mediados por citoquinas en el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal; cambios inmunológicos relacionados con neurotransmisores en la depresión mayor, que incluyen la reducción de los transportadores de serotonina en los linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos, encontrándose un vínculo directo entre la serotonina y el sistema inmunológico en este trastorno del estado de ánimo (Buenaño, 2019). Estos desequilibrios de acuerdo con Ceballos (2022) pueden deberse a factores biológicos, como la inflamación o el estrés crónico, que afectan la función cerebral y contribuyen a la aparición de los síntomas depresivos.

### **b. Psicológicos**

En relación con los factores psicológicos que influyen en la etiología de la depresión Kleinman (2018) señala que las experiencias traumáticas vividas en la infancia, como el maltrato o el abandono pueden aumentar el riesgo de desarrollar depresión en la edad adulta. Del mismo modo, se encuentra que la presencia de estados depresivos puede deberse a estrés crónico, problemas de pareja, la pérdida de un

ser querido o la insatisfacción laboral también pueden desencadenar la aparición de la depresión.

Los adultos mayores son vulnerables a dificultades específicas relacionadas con el proceso de envejecimiento, además de los problemas de salud mental que comparten con otros grupos cronológicos. La reacción psicológica al proceso físico causa trastornos innecesarios, como lo sugiere la alta incidencia de depresión, suicidio y otras conductas desadaptativas entre las personas mayores. Los factores conductuales y las implicaciones del envejecimiento en una sociedad orientada a la juventud aceleran las reacciones psicopatológicas (Restrepo, et al., 2019).

En estos casos, resulta importante el realizar un diagnóstico temprano de la depresión en el adulto mayor, el cual a su vez puede verse obstaculizado por los síntomas somáticos que experimentan y por conceptos erróneos del proceso natural de envejecimiento, lo que conlleva a un subdiagnóstico, subtratamiento y aumento de la morbilidad y complicaciones asociadas (Romero, 2020).

A pesar de esto, la depresión en el adulto mayor adecuadamente tratada evoluciona favorablemente, sobre todo en las formas más simples, resultado del diagnóstico temprano un objetivo claro en la atención integral de esta población; por el contrario, en ausencia de un diagnóstico y tratamiento adecuado, puede complicarse con trastornos somáticos, sobre todo de carácter metabólico o cardiovascular, con el consecuente riesgo para la vida del paciente.

### **c. Sociales**

Los factores sociales se presentan como eventos vitales estresantes comunes a todas las personas que involucran pérdida de una relación significativa, problemas de pareja, viudez o pérdida de un cuidador o hijos, cambios o pérdidas en el rol familiar, cambio en la situación de vida, jubilación, pérdida del estatus socioeconómico, aislamiento social, redes sociales de apoyo deficientes y abandono social se han vinculado con la incidencia de depresión individuos (Huarancca & Arroyo, 2022).

Otros factores sociales relacionados con el desarrollo de depresión son aquellos que involucran la vulnerabilidad, tales como: pobreza, desigualdad, desempleo e improductividad, bajo estatus económico, adversidades psicosociales, enfermedades crónicas e incapacitantes, así como el sufrimiento causado por relaciones familiares disfuncionales, se asocian con depresión en adultos mayores (Krishnan y Nestler, 2021).

Debido a que, la convivencia familiar representa un factor importante para prevenir la aparición de un estado depresivo. Los adultos que no cuentan con un círculo afectivo familiar, especialmente aquellos que presentan trastornos somáticos o sensoriales graves, tienen mayor riesgo de padecer depresión (Kleinman, 2018).

Además, la depresión en adultos mayores se enfrenta a problemas característicos relacionados con el aislamiento, la pérdida de familiares y amigos, la inseguridad económica, la dependencia de familiares, las enfermedades crónicas y la proximidad a la muerte. Todas estas son situaciones estresantes y suelen ocurrir durante los últimos años de vida. De modo que, la depresión es una enfermedad emocional compleja que aun cuando la carga biológica, así como los factores psicológicos y sociales, no se pueden cambiar o controlar por completo. No obstante que, debe ser afrontada en virtud de que puede presentar un importante nivel de la enfermedad, lo que indudablemente afecta al individuo de forma integral y su interacción en los diversos campos y ámbitos de la cotidianidad en la que se involucra.

### **Criterios diagnósticos de la depresión del CIE-11**

Para diagnosticar y tratar efectivamente la depresión, se considera relevante contar con criterios diagnósticos claros y específicos. En este sentido, la Guía de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11, en la que clasifica la depresión mayor dentro de los trastornos del humor o afectivo (F<sub>22</sub>, F<sub>23</sub>, F<sub>24</sub>) (OMS, 2020), de la siguiente manera:

- F<sub>22</sub> - Trastornos delirantes persistentes
- F<sub>23.0</sub> - Trastorno psicótico agudo polimórfico.
- F<sub>23.1</sub> - Trastorno psicótico agudo polimórfico.
- F<sub>23.2</sub>-Trastorno psicótico agudo (primario especificado). Si la duración es de un mes y debe diagnosticarse, si se cumple todos los requisitos diagnósticos.
- F<sub>23.3</sub> - Otro trastorno agudo predominantemente delirante
- F<sub>24</sub>-Trastorno delirante inducido (Stein, y otros, 2020; OMS, 2020).

Según la CIE-11 un episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, y deben estar presentes cinco de diez síntomas, considerados para la presencia de depresión, un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad para divertirse, incremento de la fatiga. La alteración del estado de ánimo conlleva a un deterioro funcional significativo y no estar relacionado con cualquier otro problema de salud. De acuerdo con esto se mencionan los siguientes criterios de diagnóstico de un episodio depresivo según CIE-11:

1. Estado de ánimo depresivo.
2. Notable disminución del interés por realizar ciertas actividades, que antes eran satisfactorias.
3. Capacidad de concentración reducida o en mantener la atención o indecisión marcada.
4. Baja autoestima.
5. Excesiva o inapropiada culpa.
6. Desesperanza.
7. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida o evidencia de intento suicida.
8. Interrupciones significativas o excesivos periodos de sueño.
9. Cambios importantes del apetito y el peso.
10. Agitación, o retraso psicomotor y reducida energía o fatiga (MSSSI, 2018).

Estos criterios diagnósticos de la depresión basadas en el CIE-11, constituyen una herramienta invaluable que permite determinar la presencia y los niveles de

depresión de manera precisa, a fin de que reciban el tratamiento necesario, que ayude a los pacientes a recuperar la salud mental y mejorar la calidad de vida.

En la misma línea, Beck (1987 citado por Villasmil, 2019) establece diferentes niveles de depresión, de acuerdo con la severidad que presenten los síntomas, destacando entre estos los siguientes:

**Depresión leve:** en este nivel, los síntomas son menos severos y pueden incluir tristeza persistente, falta de interés en actividades que antes disfrutabas y cambios leves en el apetito o el sueño. La persona puede seguir realizando sus actividades diarias, aunque con dificultad.

**Depresión moderada:** en este nivel los síntomas son más intensos y afectan más la vida diaria. Se pueden presentar problemas de concentración, fatiga, sentimientos de culpa o desesperanza, y una mayor dificultad para mantener relaciones personales o laborales.

**Depresión severa:** este se considera el nivel más grave, donde los síntomas pueden ser abrumadores e incapacitantes. Puede incluir pensamientos suicidas, una profunda sensación de desesperanza, aislamiento social extremo y una incapacidad para llevar a cabo actividades cotidianas.

Estos niveles de depresión conforman aspectos esenciales a considerar cuando se trata de categorizar la salud mental en los adultos mayores. Los cuales direccionan la manera en la que se debe tratar la sintomatología, por lo que resulta vital prestar atención a los signos y síntomas de acuerdo con cada nivel de la depresión, aportando la atención requerida a la enfermedad de manera integral para que el paciente pueda recuperarse adecuada y plenamente.

## **Criterios diagnósticos de la depresión según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V, Asociación Americana de Psiquiatría (APA)**

La primera edición del DSM, publicada en 1952, incluía una categoría para los trastornos afectivos, que abarcaban lo que hoy se conoce como depresión (APA, 1952). Los criterios diagnósticos de la depresión se establecieron por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en 1980, en la que se introdujeron criterios específicos para el trastorno depresivo mayor, diferenciándolo claramente de otros trastornos afectivos (APA, 2013).

Desde entonces, estos criterios han evolucionado y se han actualizado en las ediciones posteriores del DSM, como el DSM-IV y el DSM-V, que en la versión actual se define el trastorno depresivo mayor mediante un conjunto de síntomas que incluyen un estado de ánimo depresivo y una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, persistir durante al menos dos semanas.

En este sentido, los criterios diagnósticos actuales para la depresión mayor en el DSM-V incluyen la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, al menos uno de los cuales debe ser el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer en las actividades diarias:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
2. Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.
3. Cambios significativos en el peso o el apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (APA, 2013).

En consideración a estos criterios diagnósticos de la depresión el especialista procede a realizar preguntas cognitivas y pruebas psicológicas, a su vez en la anamnesis y en la exploración del paciente en la identificación de síntomas patológicos. De la misma manera, en la historia clínica se debe incluir cualquier antecedente de enfermedad depresiva que haya tenido el paciente o algún familiar de primer grado, recolectando los principales rasgos de personalidad, especialmente si se ha basado en la necesidad de orden y el perfeccionismo.

Tomándose en cuenta también la evidencia física, la debilidad mental y los problemas de sueño se observan a menudo en los adultos y son las principales razones por las que buscan atención médica. Puesto que, más de la mitad de los pacientes que visitan a médicos de familia con trastornos de depresión crónica o severa, presentan más síntomas físicos en lugar de síntomas psicológicos (Bellón, et al., 2020). Adicional a esto, resulta importante tener en cuenta que estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes de la vida del paciente.

Para determinar la severidad de la depresión se encuentra diferentes escalas a utilizar entre las que se destacan prueba de depresión, Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), Escala de Autoevaluación de Depresión de Zhang (SDS) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) y GDS-SF (GPC, 2014). Cada uno de estos test ayudan al diagnóstico como instrumento de cribado del estado de depresión, entender la severidad y el tipo de depresión que presenta, orientando la valoración del estado de salud mental del individuo hacia el abordaje terapéutico, contribuyendo a diferenciar la depresión de otros trastornos mentales similares, como el trastorno de ansiedad o el trastorno bipolar.

## **1.2. Depresión en los adultos mayores**

La depresión en los adultos mayores puede tener consecuencias graves si no se trata adecuadamente, lo que resulta en un problema de salud mental más frecuente en la población mayor de 65 años. Esta patología es considerada en la actualidad

un problema de salud pública con consecuencias negativas en términos de discapacidad, enfermedad, muerte y calidad de vida para las personas mayores que la padecen, presentando de dos a tres veces más riesgo de hospitalización, aumentando así los costos de la atención (Bayarre, et al., 2018).

Se encuentran diversos factores que contribuyen al desarrollo de la depresión, incluyéndose la mala salud física, bajo rendimiento mental y la presencia de circunstancias vitales negativas. Al mismo tiempo, la mayoría de las causas de depresión se encuentran en la última etapa de la vida, debido a que, a medida que se envejece resulta normal experimentar cambios físicos y emocionales que pueden llevar a sentimientos de tristeza, desesperanza y soledad, esto puede llegar a ser factores que contribuyan al desarrollo de depresión en estos grupos. A su vez, en esta etapa de la vida, resulta común que se pierdan seres queridos y amigos, que limitan la esfera social lo que genera sentimientos de soledad y cierto aislamiento. Además, los adultos mayores pueden experimentar cambios en la salud física que limitan las actividades diarias, lo que también puede contribuir a sentimientos de depresión.

La prevalencia de síntomas depresivos en la vejez varía según la definición utilizada, así se ha encontrado que estas cifras se ubiquen entre el 15% y el 20%, y el trastorno depresivo mayor entre el 1% y el 5%. Entre los pacientes ingresados en el servicio de urgencias, la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores aumentó del 20 al 30% (Bustamante et al., 2021). Con base en estos resultados se aprecia que la depresión tiende a aumentar con la edad y quienes la padecen tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud física, como enfermedades cardíacas y diabetes, y también tienen un mayor riesgo de suicidio.

En cuanto a la prevalencia de la depresión en los adultos mayores, se tienen las proyecciones dadas por Velasco y Martínez (2018) quienes reportan que en la actualidad un 20% de esta población presentan síntomas depresivos, pero el diagnóstico solo se realiza en alrededor del 5% de los casos; la prevalencia a lo largo de la vida oscila entre el 3% en Japón y el 16,9% en EEUU; llegando a ubicarse entre el 8 y el 12% en la mayoría de los países. La falta de criterios de

cribado diagnóstico dificulta la comparación de las tasas de depresión entre naciones; además, las diferencias culturales y los distintos factores de riesgo afectan a la expresión de este trastorno.

Por su parte, la Sociedad Europea de Investigación de la Depresión (SEMI, 2018) muestra una prevalencia de depresión mayor del 5,4% en pacientes de 65 a 74 años y del 9,7% en mayores de 75 años; aumentando al 20% en individuos institucionalizados y en coexistencia con otras condiciones como enfermedades cardiovasculares, tumores, etc. En la misma dirección, se estima que cerca de 50 millones de personas en las Américas padecen depresión. En un informe sobre la depresión y otros trastornos mentales comunes, la OMS (2020) señala que más del 80% de los casos de depresión en el mundo se dan en países de ingresos bajos y medios. En América Latina y el Caribe, se estima que la depresión mayor afecta a más de 21 millones de persona.

En Ecuador que se considera que es un país en plena transición demográfica, se demuestra mediante este fenómeno, que los adultos mayores en años anteriores representaban el 7% de la población general del país, que llegarán al 12,6% en 2018 y representarán el 18% de la población en 2050. Estas cifras son confirmadas mediante los reportes de egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2018), en el país hubo 3.406 hospitalizaciones relacionadas con casos de depresión. Adicionalmente se ha comprobado que, en Ecuador, en este mismo año fueron registrados 734 casos de muerte por lesiones autoinfligidas, que tienen múltiples causas, entre las que destaca la depresión.

Según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en el Ecuador reportada en la investigación desarrollada por Lluguisupa et al. (2020) los niveles de depresión en adultos mayores se ubica en un 39% y en algunas provincias referidas por Molina et al. (2018) destaca el cantón Cuenca, por los altos índices de población con síntomas depresivos reportando en este caso un 81.4% en la muestra que analizó con esta patología.

Así mismo, en los casos de depresión en pacientes institucionalizados se considera que ha aumentado de 12 a 30% y hasta 50% para residentes de larga estancia en instituciones Álvarez et al., (2019). El factor más relevante es la institucionalización, asociada a una característica de aislamiento y manifestaciones psicofisiológicas. Este estresor altera obviamente las esferas biológica, psicológica y social de los individuos, exigiéndoles una adaptación mayor a la habitual que demanda un acontecimiento esperado o vital, provocando así un reajuste sustancial en la conducta de esta población.

### **Características generales del desarrollo del adulto mayor**

Durante la etapa de la vejez el cuerpo y la mente pasan por cambios físicos, cognitivos y emocionales. Desde una perspectiva biológica, el proceso de envejecimiento se caracteriza por la acumulación progresiva de daños moleculares y celulares en todo el organismo. Se presentan condiciones donde hay cuadros clínicos complejos que solo se ven en personas mayores, así como muchas afecciones generales.

Además de los cambios físicos, el envejecimiento puede traer cambios emocionales y mentales, que pueden hacer que algunas personas se sientan solas, deprimidas o ansiosas, especialmente después de una pérdida de sus amigos y seres queridos. En esta etapa también se pueden ver cambios fisiológicos, las células envejecen, cambia la estructura corporal, se pierde elasticidad e hidratación de la piel (aparecen arrugas); cambios en la salud, aumenta la prevalencia de enfermedades (morbilidad y mortalidad); cambios nutricionales, puesto que las necesidades metabólicas ya no son las mismas, y por lo tanto, la nutrición debe ser más específica; cambios en la eliminación, puede aparecer incontinencia, lo que tiene consecuencias psicológicas y sociales muy importantes para las personas mayores (Giraldo, 2019).

Estos factores también destacan cambios en la autonomía e independencia, la pérdida progresiva de autonomía es otra característica de la vejez. Aunque esto no siempre se corresponde con la realidad, es una de las primeras características

asociadas a la entrada en la vejez, se propicia en algunos casos que necesita paulatinamente más ayuda, ya sea con cuidados auxiliares o familiares que ayuden a afrontar mejor esta pérdida. Estos factores son caracterizados por Cueva et al., (2020) y Monsalve et al. (2021) de la siguiente manera:

- Cambio en la imagen corporal por envejecimiento progresivo de la piel: con pérdida de humedad y elasticidad, al ralentizarse la regeneración de las células corporales, la piel se vuelve fina y arrugada, el cabello se vuelve gris o se cae y el cuerpo se debilita y vulnera.
- Cambios en el autoconcepto: disminuye la autoestima, cambia la actitud, la identidad, así como la propia imagen corporal, y suele ser negativa.
- Disminución de la masa muscular: relacionada con el deterioro de la fuerza y la función musculoesquelética, lo que también disminuye la fuerza corporal por pérdida de masa muscular y grasa.
- Cambios cognitivos: disminución de la función cognitiva y de la energía y de la memoria en general, como dificultad para integrar nuevos conocimientos o mostrar una comprensión más lenta de los conceptos.
- Reducción de la masa ósea: debido a un metabolismo más lento. Como consecuencia, las raíces de los dientes pueden debilitarse y aumenta la pérdida de piezas dentales.
- Cambios hormonales afectan a diversos aspectos como la piel, la libido, la respiración o la fuerza muscular. La sensibilidad es menor, los órganos sensoriales pueden verse afectados y pueden aparecer problemas sensoriales (problemas de visión y audición).
- Cambio de actividad: la velocidad de entrenamiento físico disminuye, aunque mantenerse activo es más importante.
- Menos actividades sociales, relaciones diferentes y actividades públicas, por las ideas limitadas que dificultan la comunicación con los demás.
- Cambios en el sueño: el patrón de descanso cambia, la persona no sigue las reglas.
- Cambios debido a las fuerzas físicas en los órganos reproductores y las ideas erróneas de la sociedad.

De manera que, para combatir los efectos del envejecimiento sin deteriorarse en ninguna de las áreas mencionadas, se recomienda realizar actividades que fortalezcan a las personas física y mentalmente, a lo que se le denomina envejecimiento activo, la oportunidad social de integrar a los adultos mayores a la sociedad para que no sean discriminados por su edad.

### **Factores de riesgo de la depresión en adultos mayores**

Algunos estudios reportan como principales factores de riesgo para el desarrollo de la depresión, situaciones como el duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, demencia, escaso apoyo social y condiciones médicas crónicas (González et al., 2018). Por otro lado, existen dos problemas frecuentes que pueden influir en la aparición de la depresión, como son el subdiagnóstico y la falta de tratamiento adecuado. El subdiagnóstico es frecuente, solo un porcentaje de la población con trastornos afectivos, y más en edad avanzada, son diagnosticados y tratados; lo que conlleva un gran riesgo, afecta principalmente a los más ancianos y enfermos (Guevara et al., 2020).

Según la OMS (2022) cuatro quintas partes de los pacientes con trastornos mentales en los países en desarrollo no reciben la atención adecuada, la depresión presenta una mayor prevalencia en adultos mayores hospitalizados, y es frecuente que no sea reconocida por el personal de salud, asumen los síntomas depresivos como cambios esperados con el envejecimiento o esperados por la enfermedad y por lo tanto no la tratan. Estos síntomas incluyen fatiga, adinamia, somnolencia o hipersomnolia, hiporexia o anorexia, retraso psicomotor o agitación, agresividad, falta de atención, pérdida de interés y placer en las actividades y síntomas somáticos, estos resultan ser una de las formas más comunes de presentación de la depresión como depresión enmascarada.

La presencia de depresión durante la hospitalización se relaciona con mayor mortalidad, destacando la depresión como un factor de riesgo independiente de mortalidad total en adultos mayores; conlleva a una mala rehabilitación física,

recuperación lenta, mayor número de ingresos y mayor consumo de recursos sanitarios con mayor probabilidad de institucionalización posterior (Buenaño, 2019).

Es importante reconocer la importancia de un diagnóstico temprano de la depresión en el adulto mayor, el cual a su vez puede verse obstaculizado por los síntomas somáticos que experimentan y por conceptos erróneos del proceso natural de envejecimiento, lo que conlleva a un subdiagnóstico, subtratamiento y aumento de la morbilidad y complicaciones asociadas (Barón et al., 2019). A pesar de ello, se sabe que la depresión en el adulto mayor adecuadamente tratada evoluciona favorablemente, sobre todo en sus formas más simples, que genera un diagnóstico temprano un objetivo claro en la atención integral de esta población. Por el contrario, en ausencia de un diagnóstico y tratamiento adecuado, puede complicarse con trastornos somáticos, sobre todo de carácter metabólico o cardiovascular, con el consecuente riesgo para la vida del paciente.

En los adultos mayores el desarrollo de la depresión se encuentra asociados a diversos factores que pueden ser biológicos, psicológicos y sociales de manera diferencial entre hombres y mujeres. Entre los riesgos biológicos que pueden influir en la manifestación y gravedad de la enfermedad, de acuerdo con Brooks et al., (2019) destacarían los siguientes:

- **Hormonas:** Las fluctuaciones hormonales, especialmente las relacionadas con el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia, pueden afectar el estado de ánimo de las mujeres. Por ejemplo, los cambios en los niveles de estrógeno y progesterona pueden influir en la susceptibilidad al desarrollo de depresión. Lo que se considera diferente en el caso de los hombres.
- **Genética:** algunos estudios sugieren que hay diferencias en la predisposición genética a la depresión entre hombres y mujeres. Las mujeres pueden tener una mayor vulnerabilidad genética debido a factores como el cromosoma X en relación con los hombres que presentan otro tipo de cromosomas. Así mismo, se ha demostrado que existe una mayor prevalencia de la enfermedad en familias con antecedentes de depresión, lo que sugiere que

puede haber una predisposición genética a sufrir esta patología en ambos grupos de mujeres y hombres.

- **Neurotransmisores:** se encuentran diferencias en cómo los neurotransmisores como la serotonina y la dopamina funcionan en hombres y mujeres. Las mujeres tienden a tener una menor actividad de serotonina lo que aumenta los niveles y constituye un neurotransmisor que se encuentra asociado al estado de ánimo. Esto puede contribuir a una mayor incidencia de depresión a diferencia de los hombres que según se ha reportado sintetizan la serotonina de manera más rápida, bajando los niveles en el organismo.
- **Estructura cerebral:** investigaciones han mostrado que hay diferencias en la estructura y función del cerebro entre hombres y mujeres, lo que podría influir en cómo cada género procesa las emociones y enfrenta los episodios o la presencia de la depresión.
- **Respuesta al estrés:** las mujeres tienden a tener una respuesta más intensa al estrés, lo que las presenta como un grupo más vulnerables a desarrollar trastornos del estado de ánimo como la depresión.

Cada uno de estos factores puede interactuar con aspectos psicológicos y sociales, creando un panorama complejo en el que se desarrolla la depresión. Por lo que es importante tener en cuenta estas diferencias al tratar la enfermedad, puede haber necesidades y respuestas terapéuticas diferentes en función del género.

Aun cuando la depresión puede afectar a personas de cualquier género, hay ciertas diferencias en cómo se manifiesta y se desarrolla en hombres y mujeres. En este caso, los factores de riesgo psicológico que pueden influir en el desarrollo de la depresión de manera diferencial entre hombres y mujeres son diversos, entre los que se mencionan (Buenaño, 2019).

- **Estilos de afrontamiento:** las mujeres suelen adoptar estilos de afrontamiento más centrados en la emoción, lo que las lleva a rumiar sobre los problemas y emociones, aumentando el riesgo de depresión. En

contraste, los hombres tienden a utilizar estilos más orientados a la solución, aunque esto no significa que sean inmunes a la depresión.

- **Socialización:** desde una edad temprana, las mujeres suelen ser socializadas para ser más expresivas emocionalmente y para buscar apoyo social, mientras que los hombres pueden ser incentivados a ser más autosuficientes y a reprimir sus emociones. Esta diferencia puede llevar a que las mujeres busquen ayuda y hablen sobre sus problemas, mientras que los hombres pueden ser más reticentes a hablar sobre sus emociones y tiende a internalizarlas ocultando el sufrimiento, lo que puede dificultar el reconocimiento de estar experimentando depresión, limitando la búsqueda de ayuda profesional lo que puede incidir en el aumento de los niveles de depresión.
- **Expectativas sociales y roles de género:** las presiones sociales sobre el comportamiento masculino y femenino pueden afectar cómo cada género experimenta y expresa la depresión. Las mujeres pueden sentir una presión adicional por cumplir con roles tradicionales, como el cuidado familiar, lo que puede contribuir en el desarrollo de depresión.
- **Autoestima:** de manera general tanto hombre como mujeres pueden niveles más bajos de autoestima, lo que puede presentar ambos grupos de susceptibilidad a desarrollar síntomas depresivos.
- **Experiencias traumáticas:** las mujeres son más propensas a experimentar ciertos tipos de trauma, como abuso sexual o violencia doméstica, lo cual está fuertemente asociado con el desarrollo de la depresión.
- **Relaciones interpersonales:** las mujeres suelen valorar más las relaciones interpersonales y pueden verse más afectadas por conflictos en estas áreas. La pérdida o ruptura de relaciones significativas puede impactar su salud mental de manera considerable. No obstante, los hombres no se encuentran exentos de padecer de depresión por esta causa, que posiblemente sería en menor prevalencia en comparación con las mujeres.

De acuerdo con estos factores psicológicos de la depresión puede afectar a personas de cualquier género, es importante reconocer las diferencias entre hombres y mujeres en su desarrollo, lo que contribuye a mejorar la detección

temprana de la depresión y guiar el tratamiento de manera más efectiva para estos grupos.

Los factores de riesgo social que pueden influir en el desarrollo de la depresión de manera diferencial entre hombres y mujeres son variados y están profundamente relacionados con el contexto cultural y las dinámicas sociales, destacando entre estos lo siguientes Zambrano (2023):

- **Roles de género:** las expectativas sociales sobre cómo deben comportarse hombres y mujeres pueden generar depresión. Las mujeres, por ejemplo, a menudo enfrentan expectativas de ser cuidadoras (madres, esposas, empleadas), lo que puede llevar a una sobrecarga emocional y a sentimientos de insuficiencia si no logran cumplir con esos roles.
- **Apoyo social:** en general, las mujeres tienden a tener redes de apoyo social más amplias y están más dispuestas a buscar ayuda. Sin embargo, si estas redes son deficientes o si las mujeres enfrentan aislamiento social, esto puede contribuir al desarrollo de la depresión. Los hombres, aunque pueden tener menos apoyo social, a menudo evitan buscar ayuda debido a normas culturales que asocian estas acciones con debilidad.
- **Violencia y abuso:** las mujeres son más propensas a experimentar violencia doméstica y abuso sexual, situaciones que están fuertemente asociadas con el desarrollo de depresión. Este tipo de experiencias traumáticas puede tener un impacto profundo en la salud mental asociado a este género.
- **Desigualdad económica:** la inseguridad económica puede afectar tanto la autoestima como el bienestar emocional. En este caso tanto hombres como mujeres suelen enfrentar disparidades salariales y diferentes tasas de pobreza, lo que puede contribuir al desarrollo de depresión por factores financieros. Sin embargo, podría elevar los niveles de depresión en el grupo femenino por los roles que cumple en la sociedad.
- **Expectativas laborales:** a menudo, las mujeres enfrentan una carga adicional al intentar equilibrar el trabajo y las responsabilidades familiares. Esta doble carga puede llevar a una sensación de agotamiento y contribuir al desarrollo de síntomas depresivos en este grupo.

- **Estigmas sociales:** los estigmas asociados con la salud mental pueden afectar cómo hombres y mujeres perciben su situación. Las mujeres pueden sentirse más presionadas para buscar ayuda, mientras que los hombres pueden sentir que no deben expresar su sufrimiento debido a normas culturales preestablecidas.
- **Experiencias educativas:** las diferencias en la educación y la formación profesional también juegan un papel importante. En este caso, tanto hombre como mujeres pueden tener limitadas las oportunidades educativas, lo que puede influir en el autoestima y oportunidades laborales que favorecen el desarrollo de depresión.

De acuerdo con lo antes planteado, los factores diferenciales sociales entre hombres y mujeres en el desarrollo de la depresión pueden influir de la manera en que la enfermedad se manifiesta y en cómo se aborda. Por lo que, resulta importante reconocer estas diferencias y trabajar para eliminar los estigmas asociados con la salud mental en ambos géneros. En este caso, la educación y concienciación sobre la depresión son clave para garantizar que tanto hombres como mujeres reciban la ayuda y el apoyo que necesitan para superar la enfermedad.

### **Factores protectores ante la depresión en adultos mayores**

Los factores protectores son elementos, características o circunstancias que actúan como escudos o barreras frente a situaciones de riesgo o adversidades, los cuales ayudan a prevenir la aparición de problemas o complicaciones de salud física, mental o social. Estos factores pueden ser individuales, familiares, comunitarios o ambientales, y representa un rol crucial en la vida de una persona al proporcionarle recursos y habilidades para hacer frente a los desafíos y dificultades que se presentan a lo largo de su vida (Devita, et al., 2022).

Los factores protectores para la depresión en la vejez son elementos importantes que pueden ayudar a prevenir o disminuir el riesgo de desarrollar esta condición en esta etapa de la vida de una persona. La depresión en los adultos mayores

constituye un problema común que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas mayores.

Dentro de los cuales uno de los factores protectores más importantes para la depresión en la vejez es tener una red de apoyo sólida, como contar con amigos, familiares y seres queridos que puedan brindar ayuda emocional y práctica en momentos de necesidad. Puesto que, la soledad y el aislamiento social pueden ser factores de riesgo significativos para la depresión en los adultos mayores, por lo que mantener conexiones sociales fuertes y significativas puede ser crucial para mantener la salud mental en la vejez (Méndez et al., 2024).

De la misma manera, otro factor protector importante para la depresión en la vejez es mantener una buena salud física. Dentro de lo cual, la actividad física regular, una dieta saludable y hábitos de sueño adecuados pueden contribuir en gran medida a mantener el bienestar emocional en esta etapa de la vida. Puesto que, la conexión entre el cuerpo y la mente es fuerte, y cuidar el cuerpo puede tener un impacto positivo en la salud mental y emocional de una persona mayor.

Además, la participación en actividades significativas y gratificantes puede ser otro factor protector clave para la depresión en la vejez. Así como, participar en pasatiempos, actividades sociales, voluntariado u otras actividades que brinden sentido y propósito puede ayudar a mantener un estado de ánimo positivo y reducir el riesgo de depresión en la vejez. Mantenerse activo y comprometido con la comunidad y el entorno social puede ser una forma efectiva de prevenir la depresión en la vejez.

### **1.3. Diferencias de la depresión por sexo**

En Ecuador, la depresión afecta más a las mujeres, se encontró que las atenciones ambulatorias registradas por el Ministerio de Salud Pública, el número de casos en mujeres triplica al de los casos de hombres. Los datos más recientes disponibles corresponden al año 2021, en este año, hubo 50.379 personas con diagnóstico

presuntivo y definitivo de depresión, 36.631 correspondieron a mujeres y 13.748 a hombres (MSP, 2022).

Se evidencia que, entre la población de adultos mayores, las diferencias de género en la depresión son aún más pronunciadas. Según algunos de los estudios indagados, como el que realizó Jiménez et al. (2020) las mujeres mayores tienen casi el doble de probabilidades de desarrollar depresión en comparación con los hombres de la misma edad. Esto puede atribuirse a una serie de factores, incluidos los cambios hormonales, las diferencias en la forma en que hombres y mujeres procesan la depresión y las experiencias de vida únicas que enfrentan las mujeres.

De la misma manera se encontró que las mujeres mayores también suelen tener una mayor carga de responsabilidades, como el cuidado de los nietos o familiares mayores, lo que puede aumentar la depresión. Además, las mujeres tienden a ser más propensas a buscar ayuda para contrarrestar los niveles de depresión, lo que puede hacer que las tasas de depresión sean más altas entre las mujeres mayores en comparación con los hombres que pueden ser menos propensos a buscar tratamiento (Parada et al., 2022).

Por lo que, se considera importante tener en cuenta estas diferencias de género en la depresión en la tercera edad para poder brindar un tratamiento adecuado y efectivo a aquellos que lo necesitan. Así también resulta fundamental que los profesionales de la salud estén capacitados para reconocer y abordar la depresión en las personas de edad avanzada, independientemente del género. Además, es importante que se fomente la conciencia pública sobre la depresión en la tercera edad y se destinen más recursos para la investigación y el tratamiento de este trastorno en este grupo de población.

### **Tendencias y patrones comunes en la sintomatología y su severidad por sexo**

Debido al envejecimiento generalizado y las consecuencias negativas de la depresión en la vejez (es decir, enfermedad física comórbida, discapacidad funcional y riesgo de suicidio) en la sociedad actual a nivel mundial, los

investigadores en el área se han preocupado cada vez más por estudiar las tendencias y patrones comunes en la sintomatología y la severidad en los adultos mayores. En este sentido, en China por Devita, et al. (2022) reportan que la depresión en los adultos mayores puede ser difícil de reconocer porque esta población en algunos casos presenta síntomas diferentes a las personas más jóvenes. Puesto que, por ejemplo, en el caso de la tristeza en algunos adultos mayores no es su síntoma principal; sin embargo, sí podrían sentir más entumecimiento o falta de interés en las actividades y es posible que no estén tan dispuestos a hablar sobre sus sentimientos.

Así mismo, Camacho y Galán (2021) y Guevara et al. (2020) señalan que la depresión en la vejez (presentación de síntomas depresivos significativos o diagnóstico de trastorno depresivo), es un problema de salud común en todo el mundo, que afecta actualmente al 3,29 % de los adultos mayores en los países occidentales con trastorno depresivo y al 19,47 % de esta población, con síntomas depresivos significativos, con mayor significancia en el género femenino.

Ante lo cual, el estudio de Tang et al. (2021) resaltan que la prevalencia puntual del trastorno depresivo ha oscilado entre el 1,5% y el 7,9% y de síntomas depresivos significativos se ha establecido entre el 1,5% y el 60,3% en la población de personas de 60 años o más, es decir, el 17,9% de la población femenina que fue analizada y reportada por la Oficina Nacional de Estadísticas de China (ONEN, 2019) por lo que el mundo enfrenta grandes desafíos para contrarrestar la depresión en la tercera edad con mayor prevalencia en la población femenina.

Pues como lo corroboran Vázquez (2021) la prevalencia de síntomas depresivos aumenta con la edad en poblaciones vulnerables de mujeres. En la misma línea, un estudio llevado a cabo por Briggs et al., (2021) en una población de Estados Unidos reporta una prevalencia de síntomas depresivos clínicamente significativos del 7,2% que fue aumentando con el tiempo más del doble llegando hasta el 19,8 % en particular entre las personas de 70 años o más y/o que viven solas y pertenecientes al género masculino.

De la misma manera, la investigación que llevó a cabo Guevara (2023) en Perú confirma que el 74,2 % de los ingresos por depresión fueron mujeres, el grupo de edad más frecuente fue el de adultos mayores. En estos casos, las mujeres tuvieron 2,14 veces más probabilidades de ser ingresadas a urgencias por problemas relacionados con el trastorno depresivo y 1,44 veces más probabilidades de ser ingresadas a urgencias por problemas relacionados con el trastorno depresivo que los hombres.

En Puerto Rico el estudio desarrollado por Vázquez (2022) reporta un mayor porcentaje de sintomatología depresiva en mujeres mayores a 75 años, ante lo que confirmaron que, a menor rendimiento físico, apoyo emocional familiar y de amigos del entorno y la edad son factores importantes que incrementan la sintomatología depresiva en adultos mayores.

En Ecuador las investigaciones que realizaron Parada et al. (2022); Quinatoa y Santamaría (2021) constataron que la depresión se incrementa a medida que pasan los años y se hace más frecuente en el género femenino. Considerando los múltiples factores que pueden intervenir o ser predisponentes a generar síntomas depresivos como la pérdida de un familiar o pareja, la baja capacidad de movimiento, enfermedades degenerativas o la institucionalización en centros geriátricos y la situación económica que influye en el estado de ánimo de los adultos mayores.

Por su parte, los estudios de Sharifi et al., (2024) y Vázquez (2022) confirman que los adultos mayores con síntomas depresivos, muestran síntomas, como estado de ánimo triste o ansioso, desesperanza, culpa, inutilidad o impotencia, irritabilidad, inquietud o dificultad para permanecer sentado, pérdida de interés en ciertas actividades, incluido el sexo, disminución de energía o fatiga, moverse o hablar más lentamente, dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, para dormir, despertarse demasiado temprano por la mañana o dormir demasiado, comer más o menos de lo habitual, aumento o pérdida de peso no planificada. En los estados más severos reporta la investigación realizada por Buenaño (2019) que en esta

población vulnerable se mantienen también pensamientos de muerte, suicidio o intentos de suicidio.

Dentro de otro orden de ideas, en las indagaciones realizadas sobre la depresión en adultos mayores, es común encontrar discrepancias en los resultados obtenidos y diferentes explicaciones para estos resultados contradictorios, se encuentran relacionados con la medición de los niveles de depresión, las diferencias en la definición y conceptualización de la enfermedad, la diversidad en la manera en la que se enfocan los factores biológicos, psicológicos y sociales, la muestra estudiada, la edad, el género, la heterogeneidad de los instrumentos, la región o ubicación geográfica en la que se realizan los estudios, el nivel socioeconómico y la salud física, entre otros factores que resultan importantes para comprender mejor esta enfermedad y optimizar los enfoques de tratamiento (Egeljić et al., 2022). Estas diferencias influyen en los resultados obtenidos y dificulta la comparación entre los estudios que fueron revisados.

Entre las discrepancias que se observan en las investigaciones indagadas, se encuentra el diagnóstico de la enfermedad, algunas sugieren que la depresión es menos común en adultos mayores, debido a una mayor resiliencia o adaptación a la vida, mientras que otros estudios confirmaron el escaso afrontamiento que tienen los adultos mayores para responder positivamente a esta patología (Verdal et al., 2020).

Así mismo se encontró que algunos estudios, indicaron que la depresión a veces puede llegar a ser subdiagnosticada en esta población, los síntomas pueden confundirse con otros problemas de salud, en tanto que otras confirman que la anamnesis y el diagnóstico inicial y el adecuado análisis de la personalidad del paciente, así como la adecuada aplicación de las escalas para la detección de los síntomas de depresión lograr realizar un buen diagnóstico de la enfermedad (Lliguisupa et al., 2020; Parada et al., 2022).

Así mismo de las investigaciones revisadas, como la desarrollada por Camacho y Galán (2021) se deduce que otra de las posibles explicaciones para las

discrepancias en los resultados de la investigación sobre la depresión en adultos mayores, es la heterogeneidad de los instrumentos utilizados para medir la depresión. Algunos estudios han utilizado cuestionarios validados y fiables, mientras que otros utilizaron escalas menos precisas o herramientas subjetivas de evaluación, lo que incide considerablemente en la precisión de los resultados y la interpretación de estos.

Adicionalmente, las discrepancias en los resultados de la investigación sobre los niveles de depresión en adultos mayores y su sintomatología, pueden estar relacionadas con las diferencias en la definición y la conceptualización de la depresión (Eimontas et al., 2022). Algunos estudios consideran la depresión como un trastorno clínico grave, mientras que otros incluyen síntomas más leves de tristeza, desesperanza y los diversos síntomas que se verifican en esta población. Esta variabilidad en los niveles y la sintomatología reportada de la depresión afecta la prevalencia informada y la comprensión del impacto de la enfermedad en los adultos mayores.

Esta información encontrada deja abierta múltiples factores que influyen en la sintomatología depresiva y en la capacidad de resiliencia de los adultos mayores, integrando otras esferas como el socio-espiritual como apoyo a este grupo vulnerable, y así ampliar esta investigación a otras áreas del adulto mayor que pueden estar afectando, frente a lo que se debe tener en cuenta que el ser humano es un individuo biopsicosocial-espiritual holístico e integral.

Por otra parte, se tiene que la depresión en los adultos mayores es un problema de salud pública de la que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) estima que más de 264 millones de personas están afectadas alrededor del mundo, lo que convierte esta enfermedad en una de las principales causas de discapacidad en términos de salud mental. Considerando que, este trastorno no solo afecta a nivel individual el bienestar emocional y la calidad de vida de quienes lo padecen, también tiene un impacto significativo en la salud pública en general y está asociado con un aumento en la mortalidad debido a suicidios y otras enfermedades comórbidas (Krishnan y Nestler, 2021).

Pues se ha demostrado que la depresión está relacionada con un mayor riesgo de enfermedades crónicas como enfermedades cardíacas, diabetes y accidentes cerebrovasculares. Además, las personas mayores con depresión tienen más probabilidades de sufrir discapacidades físicas, lo que puede tener un impacto negativo en su capacidad para llevar a cabo actividades diarias y mantener su independencia.

De la misma manera, Robledo (2020) sostiene que la depresión está relacionada con un mayor riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Además, las personas con depresión son más propensas a adoptar comportamientos poco saludables, como el consumo de alcohol, el tabaquismo y la falta de ejercicio, que pueden aumentar aún más su riesgo de enfermedades físicas.

Además, la depresión puede llevar a un deterioro en las relaciones interpersonales, problemas en el trabajo o la escuela, y dificultades para cuidar de sí mismos, lo que representa un impacto económico significativo, para los sistemas de salud, con costos directos relacionados con la atención médica y costos indirectos debido a la pérdida de productividad laboral (Bustamante et al., 2021).

De manera que, la depresión en adultos mayores agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención médica, en lo que se incluye, además, hospitalización y atención de urgencias, aumenta la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de medicamentos y en algunos casos alcohol (Calderón, 2018). Además, aumenta el riesgo de muerte especialmente en síndromes depresivos, como lo demostraron Álvarez et al., (2019) en un seguimiento de 10 años a 3.746 adultos mayores.

Es por ello por lo que, los gastos de salud en adultos mayores con depresión aumentan significativamente debido a complicaciones en enfermedades crónicas como insuficiencia cardíaca y diabetes. El adulto mayor es un usuario frecuente de los servicios de salud; en Ecuador, 7 de cada 10 adultos mayores acuden a los

servicios médicos para su atención, el 38% acude buscando atención por síntomas depresivos (Calderón, 2018).

Por lo que, para abordar el problema de la depresión en los adultos mayores, es fundamental que se tomen medidas a nivel de salud pública. Esto incluye la implementación de programas de detección y tratamiento de la depresión en las personas mayores, así como la promoción de un mayor acceso a la atención de salud mental para esta población. Además, es importante educar a la población sobre los signos y síntomas de la depresión en los adultos mayores, para que puedan reconocerlos y buscar ayuda cuando sea necesario.

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1. Tipo y enfoque de investigación**

La investigación se sustenta en el paradigma pospositivista que plantea la identificación de la naturaleza profunda de las acciones, que fundamenta la transferencia del conocimiento para el desarrollo y avance del talento humano, cuya principal característica es que la realidad no es completamente objetiva, sino que está influenciada por interpretaciones subjetivas y contextuales (González, 2019). De esta manera, se reconoce la importancia del marco teórico y los paradigmas de los investigadores al realizar los estudios científicos previos que sustentaron que se lograra comparar la sintomatología depresiva en adultos mayores en función del sexo.

La investigación se sustentó en el diseño no experimental, puesto que, el investigador no manipuló las variables, ni interviene de ninguna manera, pues lo que hace es observar el fenómeno en estudio, tal como sucede y se desarrolla en el contexto natural, para posteriormente proceder a su respectivo análisis (Reyes & Boente, 2019). A través de este tipo de investigación, se procedió a observar y analizar la información recolectada mediante la implementación de los instrumentos seleccionados, lo que permitió indagar sobre la sintomatología de la depresión en adultos mayores en función al sexo.

El corte de investigación es transversal, la cual permite estudiar las características entre grupos en un momento dado, durante un tiempo pautado previamente (Hernández & Mendoza, 2018). Este tipo de estudio se aplica, pues facilita utilizar las mediciones, a través de un único encuentro, con los participantes, a quienes se aplicó los instrumentos de recolección de la información en un momento y tiempo determinado.

En cuanto al enfoque cuantitativo, de acuerdo con Hernández y Mendoza (2018) es “la recolección de la información con base a una medición numérica, la cual posteriormente se someterá a un análisis estadístico, pues estos resultados

pasarán a la criticidad con soporte del marco teórico, con el fin último de establecer pautas de comportamiento” (p. 534). Como lo confirma, Hurtado (2014), al sostener que la investigación cuantitativa, desde el punto de vista metodológico, se denomina al estudio que “predominantemente, tiende a usar instrumentos de medición y comparación que proporcionan datos cuyo estudio requiere el uso de modelos matemáticos” (p. 78).

En esta investigación, el enfoque cuantitativo, facilitó la recolección de la información en forma precisa para su posterior análisis estadístico, el cual se llevó a cabo mediante la aplicación del instrumento para recolectar información para comparar la sintomatología depresiva en adultos mayores en función del sexo.

El alcance del estudio es descriptivo, que como refiere Cohen, (2019) permite narrar elementos esenciales correspondientes a un conjunto de fenómenos, en este tipo de investigación se emplean criterios metódicos que expresan tanto el comportamiento como la estructura de dichos fenómenos involucrados en el estudio, aportando información sistemática la cual se puede comparar con otras fuentes. Por su parte, Reyes y Boente, (2019) señala que, en este tipo de investigación, se orienta al diseño o creación de propuestas encausadas a la resolución de determinadas situaciones.

En este sentido, la investigación descriptiva, permitió establecer características de la población de estudio Así también, se procedió a describir la comparación de la variable independiente y la variable dependiente. De esta manera, se pretendió que la información recopilada, fuera contrastada para realizar el análisis estadístico, descriptivo y comparativo del fenómeno en estudio relacionado con la depresión en adultos mayores en función a la sintomatología que presenta según el sexo.

En la misma línea, esta investigación se fundamenta en el método comparativo, utilizado para “describir las variables que influyen en un fenómeno o proceso específico e identificar patrones, tendencias y regularidades que permita comparar el impacto entre las variables en estudio” (Rodríguez & Pérez, 2018, p. 10). A través de este método, se realizó la selección de la metodología para recolectar la

información requerida mediante las técnicas e instrumentos aplicados a la muestra integrante del estudio, con la finalidad de fundamentar el análisis estadístico, descriptivo y comparativo de la sintomatología depresiva en los adultos mayores. Por lo que, se procedió mediante el estudio comparativo para lograr resultados relevantes sobre la sintomatología de la depresión en adultos mayores según el sexo.

Según la modalidad de estudio se desarrolla la investigación documental, dirigida a aportar respuestas al fenómeno en estudio, se basa en la recopilación y análisis de información ya existente, a través de la búsqueda e indagación en documentos físicos o digitales, que incluyen libros, artículos, informes (Rodríguez & Pérez, 2018). Este tipo de estudio aporta datos o información que sustenta teóricamente la investigación relacionada con la sintomatología de la depresión en adultos mayores según el sexo.

Adicional a esta, se utiliza la investigación de campo, que implica la recolección de datos directamente desde la fuente, a través de encuestas, entrevistas, observaciones u otros métodos que permiten la interacción directa con los participantes del estudio (Hernández & Mendoza, 2018). Con tal propósito, se utiliza esta modalidad de estudio al aplicar los test psicológicos a los participantes seleccionados para el estudio, con la finalidad de obtener información que permita comparar la sintomatología depresiva en adultos mayores en función al sexo.

## **2.2. Técnicas e instrumentos**

### **Técnicas**

La técnica de recolección de datos es un método utilizado para obtener información y evidencias requeridas para fundamentar los resultados de la investigación, que varían según el tipo de datos que se necesiten recolectar y el enfoque del estudio que se lleva a cabo (González, 2019). En este caso se utilizan como técnica la encuesta y las técnicas psicométricas.

## **Técnica psicométrica**

Las técnicas psicométricas son pruebas aplicables para el estudio de variables psicológicas, que mide de manera objetiva y estandarizada ciertos aspectos psicológicos de una persona (Vega, 2021). En este caso se utilizan para analizar las variables que se encuentran en estudio en la actual investigación.

## **Encuesta**

La encuesta según Hernández y Mendoza (2018) consiste en “una herramienta de recolección de datos a través del interrogatorio a los sujetos cuyo propósito es obtener sistemáticamente medidas sobre los conceptos que se derivan de un problema de investigación previamente construido” (p. 98). Esta técnica facilitó la recolección de datos significativos que fueron utilizados para la toma de decisiones informadas hacia la búsqueda de soluciones efectivas al problema estudiado.

## **Instrumentos**

Los instrumentos de recolección de datos son herramientas o métodos utilizados para obtener información de manera sistemática y organizada en la investigación. Estos instrumentos son esenciales para garantizar que los datos recopilados sean válidos, confiables y relevantes para el estudio (Prieto, 2022). Para el estudio actual se utilizan como instrumentos, se aplicó la carta de consentimiento, una ficha sociodemográfica, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala CES-D, que facilitaron la recolección de la información, con una validez y confiabilidad óptima, que permiten que se recolecten los datos necesarios para describir, analizar e interpretar el comportamiento de las variables inmersas en la investigación.

## **Ficha de datos sociodemográficos**

La ficha de datos sociodemográficos es el instrumento de recolección de la información que se utiliza para recolectar información sobre las características sociales y demográficas que identifican a una persona o grupo de individuos en

estudio. En este caso, este instrumento fue diseñado con el propósito de recolectar información personal, socio familiar, académica, laboral y de salud, entre otras subvariables que fueron medidas y que resultaron útiles para el actual estudio (Anexo 2).

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

Para la recolección de la información se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, creada en 1982 por el Dr. Jerome Yesavage y su equipo en la Universidad de Stanford. Esta escala responde a una necesidad crítica de una evaluación eficaz de la depresión en un grupo etario que a menudo presenta síntomas atípicos y que, debido a diversos factores, puede no expresar su sufrimiento emocional de manera clara, siendo aplicable para medir la sintomatología depresiva en adultos mayores y una ficha de datos que aportó insumos para la caracterización de la muestra que fue seleccionada para el estudio.

Esta escala presenta un nivel elevado de sensibilidad, especificidad y confiabilidad, lo que sugiere que es una herramienta fiable para el diagnóstico de la depresión.

Esta escala consta de 15 ítems con un formato de respuesta dicotómica (sí o no), de los cuales 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos, otorgando un punto por cada respuesta que representa la categoría de depresión que evalúa los síntomas psicológicos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días, si se responde afirmativamente; mientras que los otros 5, indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa, donde el puntaje mínimo es 0 y el máximo es 15 puntos. Los criterios de interpretación de acuerdo con la sumatoria del puntaje, obtenidas por cada respuesta a las preguntas de la siguiente manera:

- 0-5 puntos se consideran normal sin síntomas depresivos.
- 6-9 puntos indican la presencia de síntomas depresivos leves.
- $\geq 10$  puntos indica la presencia de síntomas depresivos, considerada depresión establecida.

Esto excluye los depresores físicos debido a los altos niveles que puedan presentarse en la población objetivo, estos pueden limitar la validez del cuestionario. Según el tiempo de aplicación, esta escala toma cinco minutos para completarse (Sheikh y Yesavage, 1986; Gómez y Campo, 2010) (Anexo 2). Como esta escala ya ha sido aplicada en investigaciones previas, se consideró para el actual estudio la validez y confiabilidad obtenida en los estudios desarrollados por Sheik y Yesavage (1986); Gómez y Campo (2010), quienes reportaron que este instrumento presentó una sensibilidad del 97% y especificidad del 85%, con una consistencia interna del 0.78, una validez de constructo de 0.87 y la estructura bidimensional presentó una confiabilidad de 0.84.

### **Escala CES-D**

Esta Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) es el instrumento utilizado para evaluar la presencia de síntomas depresivos en una persona. Se trata de una herramienta que se ha utilizado en diferentes poblaciones y contextos, por lo que es considerada accesible en términos psicométricos, económicos y logísticos. Este cuestionario consta de 20 ítems que se califican en una escala de 0 a 3 puntos, cuyas preguntas refieren a la frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos en la semana previa, la cual es autoadministrada y permite establecer un monitoreo y determinar la magnitud de la sintomatología presentada. La conceptualización original y las estructuras factoriales comunes suelen destacar estas cuatro dimensiones fundamentales:

- **Afecto Depresivo (Estado de Ánimo Deprimido):** Esta dimensión captura sentimientos de tristeza, soledad e infelicidad general.
- **Afecto Positivo (Pérdida de Placer/Anhedonia):** Esta dimensión evalúa la disminución de las emociones positivas y la capacidad de experimentar placer.
- **Quejas Somáticas y Retardo en la Actividad:** Esta dimensión incluye síntomas físicos a menudo asociados con la depresión, como fatiga, alteraciones del sueño y cambios psicomotores.

- Dificultades Interpersonales (o Autopercepción Negativa/Inutilidad): Esta dimensión se relaciona con sentimientos de rechazo, dificultad para concentrarse o sensación de fracaso en la vida.

Cada uno de los 20 ítems se califica en una escala Likert de 4 puntos, que indica la frecuencia con la que se presentó el síntoma durante la última semana:

- 0 = Casi nunca o nunca (menos de 1 día)
- 1 = Algunas veces o poco (1-2 días)
- 2 = Ocasionalmente o con una frecuencia moderada (3-4 días)
- 3 = Casi siempre (5-7 días)

### **Criterios de interpretación de la CES-D**

La interpretación de la escala CES-D suele basarse en puntos de corte específicos para categorizar a las personas según la probabilidad de experimentar síntomas depresivos clínicamente significativos. Es fundamental recordar que estos son umbrales de detección, no criterios diagnósticos. Para ello, se aplican las siguientes interpretaciones específicas:

- 0-15: Baja probabilidad de síntomas depresivos.
- 16-20: Síntomas depresivos leves a moderados, que justifican una evaluación adicional.
- 21-60 (o 23-60, según el punto de corte elegido): Síntomas depresivos moderados a graves, lo que indica claramente la necesidad de una evaluación clínica integral para un posible trastorno depresivo.

Sobre la validez y confiabilidad de esta escala para la versión en español se reporta la determinada en un estudio realizado en Estados Unidos por Barry et al. (2018) que fue aplicada a una muestra de adultos mayores, la cual cuenta con una validez del 0.96 y la confiabilidad de 0.85. Para el estudio actual se obtuvo una confiabilidad de 0.85 que indica un nivel bueno de este factor.

### 2.3. Población y muestra

Con base en los enfoques de Hernández y Mendoza (2018) la población es "el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones" (p. 174); es decir, es el grupo de elementos marcados por propiedades y características análogas, que les permite participar del estudio. Para este caso, se asumió como población de 750 adultos mayores que acuden a los talleres ocupacionales del programa de Envejecimiento Activo de IESS.

#### Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó la fórmula respectiva, dada por:

$$n = \frac{N * z^2 * (p * q)}{e^2(N+1) + z^2 * (p * q)}$$

**N** = Tamaño de la población o universo

**e** = Error de estimación máximo aceptable

**z** = Parámetro estadístico que depende del Nivel de Confianza

**p** = Probabilidad que ocurra el evento estudiado (éxito)

**q** = (1-p) = Probabilidad que no ocurra el evento estudiado.

$$n = \frac{750 * 3.8416 * 0.09}{0.0025(751) + 3.8416 * 0.09} = 200$$

Esta población considerada finita, se procedió a realizar un estudio de cada uno de los elementos que la conforman, por ser pequeña, de fácil acceso y estudio; de allí, que se consideraron 200 adultos mayores que acuden a los talleres ocupacionales del programa de Envejecimiento Activo del IESS.

#### Criterios de selección de la muestra

Para la selección de los participantes que integraron la muestra de estudio, se consideró a los adultos mayores que acuden a los talleres ocupacionales del programa de Envejecimiento Activo de IESS, que fueran de ambos sexos, quienes

de forma libre aceptaron participar del estudio. Por su parte los criterios de exclusión, fueron establecidos para los adultos mayores que no asistan al taller ocupacional o que se encuentren en otro programa diferente, quienes no entren en el grupo etario seleccionado para el estudio, así como, personas con diagnósticos de trastornos psiquiátricos graves que pudieran influir en la sintomatología depresiva o que presentaran enfermedades neurodegenerativas que afectan la cognición y no pudieran responder a los instrumentos aplicados o que no pudieran comunicarse efectivamente debido a problemas de audición o lenguaje y aquellos que de manera libre expresaron no participar de la investigación.

### **Muestreo**

La población que integra el estudio fue seleccionada por el muestreo no probabilístico por conveniencia. En este enfoque de muestreo los participantes no se eligen al azar, sino que se seleccionan de manera intencionada y basándose en criterios específicos previamente establecidos (Hernández y Mendoza, 2018). Además, se ha podido considerar la disponibilidad de los participantes y la accesibilidad a la población en estudio.

El muestreo por conveniencia puede ayudar a obtener datos primarios iniciales en estudios preliminares en los que el objetivo es obtener información rápida sin necesidad de una estrategia de muestreo compleja (Hernández y Carpio, 2019). Se asume este tipo de muestra, por la accesibilidad que se tiene a la población de los adultos mayores que acuden a los talleres ocupacionales del programa de Envejecimiento Activo del IESS.

### **Caracterización de la muestra**

En este apartado, se presentan los resultados del análisis de los resultados encontrados al aplicar la ficha sociodemográfica, examinando los resultados más relevantes para el estudio, obtenidos a partir de las variables que integran el estudio. Estos resultados abarcan aspectos como la edad, lugar de procedencia, enfermedad que presenta, enfermedades crónicas, tratamiento.

Además, este análisis se llevó a cabo de manera comparativa en función del sexo, con el fin de determinar si existen similitudes o diferencias entre los grupos masculino y femenino. Para ello, se emplearon análisis estadísticos descriptivos que incluirán frecuencias (f), representaciones porcentuales (%).

En este caso, la información sociodemográfica muestra que los porcentajes más altos para la relación edad-sexo, se obtuvo para el grupo etario femenino entre 70 a 79 años, procedentes en su mayoría de Tungurahua, en su mayoría casados en su estado civil, algunos conviven con su esposo/a y otros con sus hijos, algunos viven solos. Los porcentajes más representativos informan que las mujeres tienen 4 hijos y los hombres dentro del porcentaje más alto 2 hijos. En cuanto a la relación con sus familiares, se obtuvo que en su mayoría ambas muestras afirman que son muy buenas y que si reciben apoyo familiar. Los participantes en su mayoría lograron culminar su educación superior, por lo que manifestaron en el porcentaje más representativo que su situación socioeconómica es buena.

**Tabla 1.** Edad en función del sexo

		Sexo				TOTAL
		Masculino		Femenino		
		Frecuencia (F)	Porcentaje (%)	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)	
<b>Edad</b>	60-69	24	12.0	34	17.0	58
	70-79	52	26.0	49	24.5	101
	80-89	21	10.5	16	8.0	37
	90-99	3	1.5	1	0.5	4
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>200</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

Según los resultados que se presentan en la tabla 1, se obtuvo de la aplicación de la ficha para la recolección de los datos sociodemográficos de la muestra en estudio, que el porcentaje más significativo para la relación edad/sexo en los encuestados, evidenció en un 26% ubicados en la categoría de 70-79 años del sexo masculino, seguido del 24.5% para la misma edad en el grupo de participantes femeninos.

De acuerdo con la información sociodemográfica obtenida de la encuesta aplicada a la muestra analizada, se tiene que proporcionar un panorama interesante sobre la relación entre la edad y el sexo de la población en estudio. En particular, se

observa que el grupo de hombres de 70 a 79 años tiene los porcentajes más altos en este análisis, provenientes de la provincia de Tungurahua, una región que destaca en Ecuador.

**Tabla 2.** Lugar de procedencia en función del sexo

	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Tungurahua	80	40.0	92	46.0
Pichincha	2	1.0	1	0.5
Pastaza	1	0.5	0	0.0
Guayas	5	2.5	2	1.0
Cotopaxi	8	4.0	4	2.0
Chimborazo	2	1.0	1	0.5
Bolívar	2	1.0	0	0.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

En la tabla 2, se muestra el lugar de procedencia de los integrantes de la muestra, donde el 40% de los miembros masculinos y el 46% femenino proceden de Tungurahua, seguido de quienes provienen de Cotopaxi y Guayas.

**Tabla 3.** Estado civil en función del sexo

	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Soltero	6	3.0	14	7.0
Casado	58	29.0	32	16.0
Separado	5	2.5	3	1.5
Divorciado	17	8.5	26	13.0
Unión Libre	0	0.0	1	0.5
Viudo	14	7.0	24	12.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

En la tabla 3 se exponen los resultados del estado civil de los integrantes de la muestra en estudio, donde el 29% de los hombres y el 16% de las mujeres encuestadas se encuentran casados; seguido 8% y 13% respectivamente que son divorciados.

**Tabla 4.** Núcleo de convivencia en función del sexo

Variable	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Esposa/o	59	29.5	28	14.0
Hijos	18	9.0	36	18.0
Solo	15	7.5	21	10.5
Padre	1	0.5	0	0.0
Madre	1	0.5	1	0.5
Hermanos	2	1.0	6	3.0
Otros	4	20.0	8	4.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

Los resultados de la tabla 4 se presenta la información sobre la indagación acerca de los familiares o personas con las cuales los encuestados conviven, de donde se aprecia que el 29.5% de los hombres viven con la esposa, seguido del 9% que viven con los hijos y el 7.5% viven solos. Mientras que, el 18% de las mujeres viven con los hijos, el 14% con el esposo y el 10.5% viven solas.

En cuanto al estado civil, un porcentaje importante de hombres y mujeres se encuentran casados/as, lo que indica una preferencia por las uniones estables. Además, un número significativo convive con el esposo o esposa, mientras que otros optan por vivir con sus hijos; también hay casos de mujeres que viven solas, lo que refleja la diversidad en la dinámica familiar de este grupo etario.

Esta variedad en la convivencia sugiere que las mujeres han encontrado diferentes formas de adaptarse a su realidad, lo que es un claro indicador de la evolución de los roles familiares a lo largo de los años.

**Tabla 5.** Números de Hijos en función del sexo

Número de hijos	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
0	4	2.0	11	5.5
1	15	7.5	17	8.5
2	33	16.5	28	14.0
3	27	13.5	32	16.0
4	17	8.5	9	4.5
5	2	1.0	2	1.0
6	2	1.0	1	0.5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

La información que se presenta en la tabla 5 de la encuesta a la muestra en estudio, se evidencia que el 16.5% de los hombres tienen 2 hijos, seguido del 13.5% que tienen 3 hijos y el 8.5% que tienen 4 hijos. Por su parte, el 16% de las integrantes femeninas tienen 3 hijos, seguido del 14% que tienen 2 y el 8.5% que tienen un hijo.

La información también detalla que, en promedio, los participantes del grupo femenino tienen cuatro hijos este dato lleva a reflexionar sobre la estructura familiar en la vida de las mujeres que integraron el estudio. Mientras que, en contraste, los hombres de este grupo etario suelen tener un promedio de dos hijos. Esta diferencia puede tener múltiples explicaciones, sin embargo, se aprecian las necesidades de cada individuo y las perspectivas de la pareja en la conformación de la estructura familiar consolidada.

**Tabla 6.** Calidad de las relaciones familiares en función del sexo

		Sexo			
		Masculino		Femenino	
		F	%	F	%
Relaciones familiares	Muy Buena	52	26.0	61	30.5
	Buena	41	20.5	32	16.0
	Regular	7	3.5	6	3.0
	Mala	0	0.0	1	0.5
	<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

Sobre el ítem en el que se indaga la calidad de las relaciones familiares, en la tabla 6 se muestra que, el 30.5% de las integrantes femeninas confirman que son muy buenas, seguido del 16% que señalan que son buenas. Por su parte, el 26% de los hombres afirma que las relaciones familiares son muy buenas y el 20.5% señaló que son buenas.

**Tabla 7.** Recibe apoyo Familiar en función del sexo

	<b>Sexo</b>			
	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	96	48.0	91	45.5
No	4	2.0	9	4.5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

En la tabla 7 se presentan los datos obtenidos para la categoría de apoyo familiar, donde el 48% de los integrantes masculino confirma que si reciben este tipo de apoyo y el 45.5% de las femeninas también confirman que, si reciben apoyo familiar.

Otro aspecto relevante de este estudio es la calidad de las relaciones familiares, en lo que, tanto mujeres como hombres en este grupo de edad, confirman que sus relaciones con familiares son muy buenas. Este apoyo familiar es fundamental, proporciona un sentido de pertenencia y seguridad emocional, en esta etapa vital de la vida. Pues es reconocido que, la red de apoyo que existe entre los miembros de la familia tiene un impacto positivo en el bienestar de las personas mayores, ayudándoles a afrontar los desafíos que pueden surgir con la edad.

Por tanto, estos elementos sociodemográficos, conforman una base sólida para entender mejor las experiencias de mujeres y hombres en esta etapa de la vida y reflejan cambios significativos en la estructura familiar y en las relaciones interpersonales en la sociedad actual.

**Tabla 8.** Nivel de Instrucción Educativa en función del sexo

	<b>Sexo</b>			
	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Primaria	6	3.0	3	1.5
Secundaria	22	11.0	28	14.0
Superior	71	35.5	69	34.5
Sin Estudios	1	0.5	0	0.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>50,0</b>	<b>100</b>	<b>50,0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

En la tabla 8 se exponen los resultados de la encuesta aplicada a los integrantes de la muestra, donde el 35.5% masculinos realizaron estudios superiores, seguido del 11% que tienen estudios de secundaria. Mientras que, el 34.5% del grupo femenino tiene estudios superiores y el 14% alcanzó la educación secundaria.

**Tabla 9.** Situación socioeconómica en función del sexo

	<b>Sexo</b>			
	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Muy Buena	25	12.5	20	10.0
Buena	65	32.5	68	34.0
Regular	10	5.0	11	5.5
Mala	0	0.0	1	0.5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

Sobre la situación socioeconómica los datos que se presentan en la tabla 9, confirman que el 32.5% de los integrantes del grupo masculino tienen una situación buena, seguido del 12.5% que es muy buena. Por su parte, el 34% del grupo femenino tienen una situación buena y el 10% se encuentra en condiciones socioeconómica muy buena.

**Tabla 10.** Enfermedad en función del sexo

	<b>Sexo</b>			
	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	69	34.5	79	39.5
No	31	15.5	21	10.5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

De acuerdo con la información que se presenta en la tabla 10, se evidencia que el 34.5% de los hombres presentan algún tipo de enfermedad, por su parte el 15.5% no manifiestan enfermedades. Mientras que, el 39.5% de las integrantes femeninas presentan algún tipo de enfermedad y el 10.5% no padecen.

**Tabla 11.** Acceso a la Salud en función del sexo

	<b>Sexo</b>			
	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	95	47.5	94	47.0
No	5	2.5	6	3.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

En cuanto al acceso de salud, se presenta la información en la tabla 11, que el 47.5% de los encuestados masculinos señalaron que cuentan con este tipo de acceso y el 47% de las integrantes del grupo femenino tienen acceso a la salud.

**Tabla 12.** Tratamiento en función del sexo

	<b>Sexo</b>			
	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	65	32.5	73	36.5
No	35	17.5	27	13.5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>5.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

En relación con el tratamiento que reciben los integrantes de la muestra encuestada, se tiene que la información que se presenta en la tabla 12, que el 32.5% de los hombres reciben y el 17.5% no reciben. Por otra parte, el 36.5% de las integrantes del grupo femenino reciben tratamiento y el 13.5% no lo reciben.

Cuando se indago en si presentan enfermedades el porcentaje más relevante señalo que sí, enfatizando en el grupo femenino, con alto acceso a la salud y así mismo al tratamiento correspondiente. Esta información constituye un dato relevante, el acceso a los servicios de salud y al tratamiento, resulta ventajoso, esto puede contribuir a una mayor tasa de diagnóstico, lo que permite a la población de adultos mayores a recibir la atención necesaria a tiempo.

**Tabla 13.** Enfermedades en función del sexo

Enfermedad		Sexo				Total
		Masculino		Femenino		
		F	%	F	%	
Hipertensión	Si	31	15.5	29	14.5	60
	No	69	34.5	71	35.5	140
Hipotiroidismo	Si	24	12.0	32	16.0	56
	No	76	38.0	68	34.0	144
Gastritis	Si	7	3.5	9	4.5	16
	No	93	46.5	91	45.5	184
Ósea	Si	8	4.0	15	7.5	23
	No	92	46.0	85	42.5	177
Diabetes	Si	10	5.0	13	6.5	23
	No	90	45.0	87	43.5	177
Audición	Si	3	1.5	2	1.0	5
	No	97	48.5	98	49.0	195
Vascular	Si	4	2.0	4	2.0	8
	No	96	48.0	96	48.0	192
Vista	Si	2	1.0	4	2.0	6
	No	98	49.0	96	48.0	194
Lumbar	Si	5	2.5	6	3.0	11
	No	95	47.5	94	47.0	189
Renal	Si	4	2.0	2	1.0	6
	No	96	48.0	98	49.0	194
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>200</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

Los resultados que se exponen en la tabla 14 se detallan las enfermedades que padecen los integrantes de la muestra analizada, donde del grupo masculino se obtuvo que el 15.5% presenta hipertensión, el 12% hipotiroidismo, el 3.5% gastritis, el 4% enfermedades óseas, el 5% diabetes, el 1.5% presenta problemas de audición, el 2% enfermedades vasculares, el 1% problemas de la vista, el 2.5% patologías lumbares y el 2% presentan enfermedades renales.

Por su parte las integrantes femeninas presentaron en un 14.5% presenta hipertensión, el 16% hipotiroidismo, el 4.5% gastritis, el 7.5% enfermedades óseas, el 6.5% diabetes, el 1% presenta problemas de audición, el 2% enfermedades vasculares, el 2% problemas de la vista, el 3% patologías lumbares y el 1% presentan enfermedades renales.

Sin embargo, a pesar de que estas categorías resultan positivas, también es preocupante que muchos de los participantes, incluso con acceso a la salud, enfrentan enfermedades crónicas. Pues se determinó según los datos obtenidos del estudio, que dentro de las enfermedades que con mayor prevalencia se

identificó en las mujeres fue hipertensión e hipotiroidismo y en hombres solo la hipertensión reportó el mayor porcentaje.

En este sentido, la hipertensión, es una condición que puede integrar complicaciones graves, como enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares si no se trata adecuadamente. Por otro lado, el hipotiroidismo es un trastorno que puede causar fatiga, aumento de peso y depresión, entre otros síntomas. Por lo que, resulta fundamental que los adultos mayores sean conscientes de estos riesgos y busquen atención médica regular para monitorear su salud, puesto este tipo de patología puede contribuir a desarrollar las diversas sintomatologías de la depresión en esta población en particular.

**Tabla 14.** Talleres en función del sexo

Talleres		Sexo				Total
		Masculino		Femenino		
		F	%	F	%	
Baile salón	Si	6	3.0	6	3.0	12
	No	94	47.0	94	47.0	188
Bailoterapia	Si	2	1.0	17	8.5	19
	No	98	49.0	83	41.5	181
Cocina saludable	Si	5	2.5	3	1.5	8
	No	95	47.5	97	48.5	192
Coro	Si	23	11.5	28	14.0	51
	No	77	38.5	72	36.0	149
Danza	Si	10	5.0	16	8.0	26
	No	90	45.0	84	42.0	174
Educación/Salud	Si	12	6.0	10	5.0	22
	No	88	44.0	90	45.0	178
Gimnasia Cerebral	Si	13	6.5	21	10.5	34
	No	87	43.5	79	39.5	166
Gimnasia Mantenimiento	Si	19	9.5	38	19.0	57
	No	81	40.5	62	31.0	143
Guitarra	Si	49	24.5	20	10.0	69
	No	51	25.5	80	40.0	131
Manualidades	Si	8	4.0	11	5.5	19
	No	92	46.0	89	44.5	181
Relajación Mental	Si	9	4.5	9	4.5	18
	No	91	45.5	91	45.5	182
Teatro	Si	15	7.5	11	5.5	26
	No	85	42.5	89	44.5	174
Yoga	Si	16	8.0	11	5.5	27
	No	84	42.0	89	44.5	173
<b>Total</b>		<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100</b>	<b>50.0</b>	<b>100,0</b>

Nota. 200 observaciones realizadas.

La información que se presenta en la tabla 14, sobre los talleres que cursan los integrantes de la muestra encuestada, de lo que se extrae que la mayoría de no asiste a los talleres, solo una minoría de los integrantes del grupo masculino asisten a los talleres que se ofrecen, reflejado en 3% al taller de baile de salón, el 1% va a bailoterapia, el 2.5% asiste a cocina saludable, el 11.5% está en el coro, el 5% asiste a danza, el 6% a educación para la salud, el 6.5% a gimnasia cerebral, el 9.5% a gimnasia de mantenimiento, el 24.5% a guitarra, 4% a manualidades, 4.5% a relajación mental, el 7.5% va a teatro y solo el 8% asiste a yoga.

Mientras que, del grupo femenino se evidencia que el 3% asiste al taller de baile de salón, el 8.5% va a bailoterapia, el 1.5% asiste a cocina saludable, el 14% está en el coro, el 8% asiste a danza, el 5% a educación para la salud, el 10.5% a gimnasia cerebral, el 19% a gimnasia de mantenimiento, el 10% a guitarra, 5.5% a manualidades, 4.5% a relajación mental, el 5.5% va a teatro y solo el 5.5% asiste a yoga.

Así mismo se evidenció, que estos participantes asisten a diversas actividades que ofrece el Programa de Envejecimiento Activo del IESS, en el que participan los integrantes de la muestra en estudio, ofrece múltiples actividades diseñadas para mejorar la calidad de vida de los asistentes. A través de estas actividades, se busca no solo fomentar el bienestar físico, sino también el mental y social, entre las cuales, los participantes asisten, como a bailoterapia, cantan en el coro, asisten a danza, realizan gimnasia cerebral y de mantenimiento integral del cuerpo, relajación mental y guitarra, una minoría ocupa otras actividades como baile de salón, cocina saludable, danza, educación para la salud, manualidades, teatro y yoga.

Cabe destacar que, entre las opciones disponibles, como se percibe son variadas, lo que permite a los participantes elegir aquellas que más les interesan y benefician, como la bailoterapia, que combina el ejercicio físico con la alegría de la música y el baile. Esta actividad no solo ayuda a mantener el cuerpo en forma, sino que también promueve una mejor salud emocional. Participar en bailoterapia permite a los adultos mayores, liberar el estrés acumulado, disfrutar de compañía y desarrollarse

socialmente al compartir experiencias con otros, contribuyendo a reducir la depresión.

De la misma manera, ser participante del coro es otra opción destacada, lo que no solo es una forma de expresión artística, sino que también tiene beneficios comprobados para la salud mental. Los adultos mayores, que participan en el coro pueden fortalecer su autoestima y mejorar su capacidad de trabajar en equipo. Además, la música tiene el poder de unir a las personas, lo que resulta en una experiencia gratificante y estimulante.

En cuanto a la danza, también juega un papel importante en las actividades que deben poner en práctica los adultos mayores; tomando en cuenta que el movimiento corporal a través de la danza fomenta la coordinación, la agilidad y el bienestar general. Asimismo, se practican actividades como la gimnasia cerebral y de mantenimiento integral del cuerpo, que están orientadas a mantener la mente activa y el cuerpo en buen funcionamiento. Estas actividades son esenciales, especialmente para las personas mayores, ayudan a prevenir el deterioro cognitivo y a promover un envejecimiento activo.

En el programa, también se realizan actividades de relajación mental, como la meditación y ejercicios de respiración, las cuales resultan fundamentales para reducir la ansiedad y el estrés cotidiano. En cuanto a la práctica con la guitarra y otras actividades musicales, brindan una oportunidad para que los participantes desarrollen habilidades nuevas y disfruten de un pasatiempo enriquecedor para estas poblaciones.

Cabe destacar que, aunque la mayoría de los participantes elige actividades como las mencionadas, algunos optan por alternativas menos comunes, como el baile de salón, la cocina saludable, y la educación para la salud. Estas opciones demuestran que el programa responde a una amplia gama de intereses y necesidades individuales. Por lo que, este programa ofrece un entorno inclusivo y diverso donde los participantes pueden elegir actividades que mejoran su calidad de vida. Tomando en cuenta que, la variedad de opciones asegura que haya algo para

todos, promoviendo no solo el bienestar físico, sino también la salud mental y la cohesión social, pues la participación en estas actividades es clave para mantener la salud física y emocional en las personas mayores, lo que contribuye a controlar o reducir la depresión en esta etapa de la vida.

### **Procedimiento metodológico**

Debido a que el propósito de la investigación se dirige a recolectar información sobre la sintomatología depresiva en adultos mayores, según el sexo, se considera necesario que firmaran el consentimiento informado para dar a conocer los propósitos y el uso que se dará a la información. También, se dio a conocer el objetivo y alcance de la investigación para explicar que la participación al estudio es anónima y recalcar que los datos obtenidos responden a la hipótesis planteada en el proyecto. Asimismo, Cohen (2017), mencionan que, son documentos u escritos que informan a la persona los fines de este, es decir los riesgos y beneficios esperados.

Para la recolección de los datos, se procedió a aplicar la ficha sociodemográfica a la muestra seleccionada, después se entregó la escala de Depresión Geriátrica Yesavage, donde el adulto mayor debió responder a las preguntas que se les plantearon en el instrumento. Con la información obtenida se procedió a calcular medidas como la media, la mediana, la moda, y la desviación estándar, para describir la distribución de los puntajes de depresión en los participantes y los análisis estadísticos inferenciales para comprender la relación que existe entre la sintomatología depresiva en adultos mayores en función al sexo.

En este caso se realizó un análisis descriptivo e inferencial, para el primer caso, se elaboraron tablas cruzadas con frecuencias y porcentajes, además de gráficos de barras, para evaluar la sintomatología depresiva de los adultos mayores de la muestra en función del sexo. Para la parte inferencial, se realizaron dos análisis, por cada una de las escalas Yesavage y CES-D: (1) Comprobación del supuesto de normalidad y (2) la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, para determinar si existen diferencias en la sintomatología depresiva en adultos mayores en función

del sexo del Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua, Ecuador. El supuesto de normalidad se comprobó gráficamente, mediante el histograma y, teóricamente, a través del test de Kolmogórov-Smirnov, el número de sujetos en la muestra es mayor a 50.

Los datos obtenidos fueron registrados en una base de datos en una hoja de Microsoft Excel, que fue elaborado en un plano de dos ejes, donde se alojó la información de sobre las características sociodemográficas de los integrantes de la muestra y los niveles de depresión que reportaron según el instrumento aplicado para este propósito.

Para el procesamiento de los datos se usó el software estadístico SPSS, versión 27.0, que proporcionó la información de acuerdo con las medidas y descriptores estadísticos, se buscó la asociación de las variables de estudio, en este caso, al comparar la sintomatología de la depresión en adultos mayores según el sexo. Los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos a los participantes del estudio contribuyeron para entender cómo se relacionan las puntuaciones de las escalas aplicadas a la muestra en estudio. Por lo que, con el procesamiento mediante estos estadísticos, se logró obtener un panorama claro y útil de la situación de la depresión en la muestra en estudio.

Cabe destacar que como se realizó la investigación en seres humanos, se respetaron las condiciones éticas de buscar aportar con el desarrollo de la investigación aportar a la mejora de la calidad en la atención de salud con conocimiento con validez científica, riesgos nulos a los participantes del estudio, todos firmaron el consentimiento informado, protegiendo la privacidad de cada adulto mayor que integró la muestra en estudio y que de forma libre accedió a participar, respetando en todo momento la dignidad y el derecho, bienestar y libertad de retirarse si en algún momento del proceso considera no continuar de forma libre.

### CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado de la investigación se presentan los datos según el análisis categórico con respecto a las dimensiones del instrumento, donde se explica la frecuencia y el porcentaje de la interpretación de los resultados, de las Escalas Psicométricas aplicadas Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Escala CES-D). Los resultados obtenidos se proceden a exponer a continuación.

#### 3.1. Análisis de los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Esta escala es una herramienta diseñada para evaluar la depresión en personas mayores, por lo que, el procesamiento de la información proporcionada por este instrumento es crucial para el diagnóstico y manejo de la depresión. Comprender y abordar la depresión en este grupo demográfico, puede mejorar significativamente su calidad de vida y bienestar general. En este caso, se busca comparar la sintomatología de depresión según el sexo en los adultos mayores que integraron la muestra en estudio, reflejado según la frecuencia (F) y los porcentajes (%) de acuerdo con los niveles de depresión reportados por la información recolectada.

**Tabla 15.** Análisis categórico de los niveles de depresión en función del sexo

		Nivel de depresión						TOTAL	
		No depresión		Probable Depresión		Depresión Establecida			
		F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Sexo</b>	<b>Femenino</b>	48	24	32	16	20	10	100	50
	<b>Masculino</b>	58	29	23	11.5	19	9.5	100	50
<b>Total</b>		106	53	55	27.5	39	19.5	200	100

Nota. 200 observaciones realizadas.

De acuerdo con los resultados de la tabla 15 sobre la relación de los niveles de depresión según el sexo, se evidencia que el 24% de las integrantes del grupo femenino se ubica en la escala de Yesavage entre 1-5 que categoriza no depresión, el 16% en 6-10 de probable depresión y el 10% en la categoría de 11-15 de la depresión establecida. Por su parte, el 29% de los miembros de la muestra masculina se ubica en la escala de Yesavage entre 1-5 que categoriza no

depresión, el 11.5% en 6-10 de probable depresión y el 9.5% en 11-15 de la categoría depresión establecida.

Estos resultados permiten demostrar que un porcentaje importante de la muestra femenina se ubica en la categoría depresión probable y establecida, cuyos valores alcanzan el 26% (16% y 10%) y en la muestra masculina se ubica en el 21% (11.5% y 9.5%) y el 29% en la categoría no depresión. Esta información permite aseverar que, el desarrollo de depresión es un factor y parte importante de afectación de la salud emocional en la muestra analizada, tanto en el grupo femenino, como en el masculino. Esto a su vez, sustenta que la depresión puede llegar a estar marcada por el sexo, pues puede presentarse en un porcentaje mayor e importante en las mujeres, por encima de los hombres, en quienes los patrones y las manifestaciones de los síntomas pueden variar considerablemente entre estos grupos.

Estos hallazgos refuerzan la idea que, tal como indica la OMS (2020) y el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos (2020). Este último destaca que la depresión es más común en mujeres que en hombres, señalando que existen factores biológicos, hormonales, de ciclo de vida y psicosociales que son específicos de las mujeres, lo cual puede explicar las tasas más elevadas de depresión en este grupo etario.

El estudio desarrollado por Llanes et al. (2019) confirman que, las mujeres son más propensas a buscar ayuda y a expresar sus sentimientos, lo que puede llevar a un diagnóstico más temprano de la depresión. Según Molés et al. (2019) los síntomas más comunes en las mujeres incluyen tristeza, ansiedad, fatiga, problemas para concentrarse y cambios en el apetito y el sueño.

Por otro lado, estos mismos organismos mencionan que los hombres tienden a reconocer que sienten fatiga y pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban y alteraciones en el sueño. Lo que es confirmado por los resultados aportados por el estudio realizado por Saenz et al. (2019) donde afirma que, en los hombres, a menudo, sus síntomas son más sutiles y pueden manifestarse a través de comportamientos como la irritabilidad, la agresividad y el abuso de sustancias.

Así mismo, la investigación de Suárez y Pujol (2023) confirma que, los hombres son menos propensos a buscar ayuda profesional, lo que puede llevar a un subdiagnóstico de la depresión en este grupo.

En la misma línea, Mosquera et al., (2022) plantea que, los hombres en lugar de mostrar tristeza pueden enmascarar su dolor a través de comportamientos de riesgo o escapistas. Mientras que las mujeres son más propensas a expresar sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva. En este mismo marco, señala Proaño (2021) entre los aspectos importantes a considerar, es el papel que juega la socialización en la manifestación de la depresión, puesto que, desde una edad temprana, se espera que las mujeres sean más expresivas emocionalmente, mientras que a los hombres se les enseña a ser más fuertes y a no mostrar vulnerabilidad. Por lo que, en la etapa de los adultos mayores, este condicionamiento social puede influir en cómo ambos géneros experimentan y manejan la depresión.

### 3.2. Análisis de los resultados de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

**Tabla 16.** Análisis categórico del afecto positivo en función de Sexo

Sexo	Afecto Positivo								Total	
	Muy alto		Alto		Medio		Bajo		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Femenino	58	29	25	12.5	17	8.5	0	0	100	50
Masculino	58	29	31	15.5	9	4.5	2	1	100	50
<b>Total</b>	116		56		26		1	0.5	200	100,0

Nota. Resultados de la Escala CES-D aplicada a la muestra en estudio.

Según los resultados de la tabla 16 en el afecto positivo en función del sexo se obtuvo del grupo femenino el 29% que se encontró en la categoría de 0-5 indicando en este caso un afecto positivo muy alto, el 12.5% en la categoría de 6-10 alto y el 8.5% de 11-15 en medio. Mientras que, el 29% de los participantes del grupo masculino, se ubicó en la categoría de 0-5 mostrando un afecto positivo muy alto, el 15.5% en la categoría de 6-10 alto y el 4.5% de 11-15 en medio y solo el 1% se ubicó en el nivel bajo.

De la misma manera en la muestra analizada, se obtuvo para la subescala de afecto positivo, ambos grupos se ubican en la categoría muy alto, lo cual indica que, independientemente del contexto o situación, los participantes analizados, están experimentando un rango similar de emociones positivas. Dentro de lo cual, es importante señalar que, aunque ambos grupos muestran altos niveles de afecto positivo, esto no implica que no enfrenten desafíos o experiencias negativas en su vida diaria. Lo que puede reflejarse por diversos factores, como el entorno social, la calidad de sus relaciones o incluso el acceso a las actividades que practican y que contribuyen a fomentar el bienestar integral.

Estos resultados son cónsonos con los hallazgos reportados en el estudio de Castro (2021) quien confirma que, cuando las personas cuentan con herramientas y recursos para manejar el estrés y la adversidad, como redes de apoyo, prácticas de autocuidado o estrategias efectivas de afrontamiento, contribuyen a crear comunidades más resilientes y satisfechas, por lo que, fomentar un entorno que promueva el afecto positivo es esencial para el bienestar general de la población de adultos mayores.

**Tabla 17.** Análisis categórico de los síntomas somáticos y retardo motor en función de Sexo

Variable	Síntomas Somáticos								Total	
	Medio		Alto		Muy Alto		Síntomas somáticos establecido		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Sexo Femenino	16	8.0	77	38.5	3	1.5	4	2	100	50
Masculino	12	6.0	85	42.5	1	0.5	2	1	100	50
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>14.0</b>	<b>162</b>	<b>81.0</b>	<b>4</b>	<b>2.0</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>200</b>	<b>100.0</b>

Nota. Resultados de la Escala Ces-D aplicada a la muestra en estudio.

De acuerdo con los resultados que se muestran en la tabla 17 se aprecia que el 42.5% de los hombres muestra síntomas somáticos altos dentro de la puntuación de 11-15 y el 6% se categorizaron en sintomatología medio (6-10). Por su parte, el 38.5% de las integrantes del grupo femenino se encontró en la categoría de 11-15 calificada como alto y el 8% se ubica en el puntaje de 6-10 medio.

Mientras que en los síntomas somáticos el porcentaje más significativo se encontró en la categoría alto, para ambos grupos, por lo que se considera que Esto implica que un número considerable de personas experimenta preocupaciones físicas que

pueden no estar directamente relacionadas con una condición médica específica, sino más bien con factores emocionales o psicológicos.

Los síntomas somáticos incluyen una variedad de quejas físicas como dolores de cabeza, fatiga, problemas gastrointestinales, y malestar en general, estas manifestaciones físicas pueden ser un indicativo de estrés, ansiedad o depresión. De hecho, en diversos estudios, destacando entre estos el desarrollado por Devita et al. (2022) demostró que las altas tasas de síntomas somáticos están asociadas con problemas de depresión, cuyos resultados revelaron que, tanto hombres como mujeres, reportaron un incremento en estos síntomas, lo que resalta la importancia de abordar la salud mental y su impacto en el bienestar físico.

Por su parte, la investigación que realizó Tang (2021) confirmó que, en el caso de las mujeres, tienden a reportar más síntomas somáticos que los hombres. Esto puede estar relacionado con una mayor predisposición a desarrollar trastornos de depresión. Confirmando por otro lado, que los hombres, aunque suelen reportar menos síntomas, no están exentos de experimentar estas manifestaciones. Lo que le permitió destacar que, independientemente del género, el bienestar emocional representa un papel crucial en la experiencia de síntomas somáticos en la población de adultos mayores.

**Tabla 18.** Análisis categórico de los problemas interpersonales en función del Sexo

		Problemas Interpersonales					
		Alto		Bajo		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
<b>Sexo</b>	Femenino	67	33.5	33	16.5	100	50
	Masculino	77	36.5	23	13.5	100	50
<b>Total</b>		<b>144</b>	<b>70</b>	<b>56</b>	<b>30</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Nota. Resultados de la Escala CES-D aplicada a la muestra en estudio.

Los resultados que se presentan en la tabla 18 confirman que el 36.5% de la muestra de hombres se ubican en la categoría alta en relación con los cambios en las relaciones interpersonales y el 13.5% en la categoría baja. En cuanto al grupo femenino se aprecia que el 33.5% se ubica en la categoría alta y el 16.5% en la opción bajo.

Para la subescala problemas en las relaciones interpersonales el porcentaje más alto de ambos grupos fue en la categoría alta, lo que puede implicar, cambios en las relaciones interpersonales, indicando un malestar significativo, tanto en hombres como en mujeres, lo que, en los adultos mayores, puede asociarse a la pérdida de un amigo, la ruptura de una relación o la dificultad para comunicarse con los demás, la soledad, rechazo o discriminación. Estas experiencias pueden llevar a ajustes significativos en la salud mental y emocional de estas personas.

Por su parte, Méndez et al. (2024) indican que las mujeres son más propensas a buscar apoyo emocional y mantener conexiones significativas, mientras que los hombres pueden enfrentar dificultades para expresar sus sentimientos y a menudo luchan con la sensación de aislamiento.

Además, como lo ha planteado APA (2013) que es importante reconocer que los cambios en las relaciones también pueden llevar a un crecimiento personal. Puesto que, algunas personas, al enfrentar dificultades en sus interacciones, han desarrollado una mayor empatía y habilidades de comunicación. Por lo que, la comprensión de los altos valores en la subescala de cambios en las relaciones interpersonales según la CES-D, puede ayudar a profesionales de la salud mental a identificar de mejor manera y de forma temprana las necesidades de los pacientes, permitiendo que puedan ofrecerles estrategias para mejorar su bienestar emocional integral.

**Tabla 19.** Análisis categórico de la relación de afectos negativos en función del Sexo

Sexo	Afectos negativos (Síntomas Depresivos)									
	Bajo		Medio		Alto		Muy Alto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	15	7.5	79	39.5	6	3	0	0	100	50
Masculino	28	13.9	72	36.1	0	0	0	0	100	50
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>21.4</b>	<b>151</b>	<b>75.6</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>200</b>	<b>100</b>

Nota. Resultados de la Escala Ces-D aplicada a la muestra en estudio.

En la tabla 19 se tiene que el 39.5% de las participantes femeninas presentan un nivel medio de la subescala de afectos negativos, confirmando la presencia de síntomas depresivos, seguido del 7.5% que se ubica en los niveles bajos. Mientras

que, los participantes del grupo masculino se ubican en un 36.1% en el nivel medio para los afectos negativos y el 13.9% en la categoría baja.

En relación con los afectos negativos tanto hombres como mujeres, se ubican en la categoría medio, lo que confirma un nivel significativo de malestar emocional, que de no ser atendido puede conllevar a diagnóstico de depresión. Según lo informado del estudio realizado por Parada (2022) la categoría media en la escala CES-D sugiere que los adultos mayores, experimentan sentimientos de tristeza, soledad y falta de interés en actividades diarias, aunque estos sentimientos no sean intensos o persistentes. Esta situación puede estar relacionada con diversos factores, incluyendo soledad, aislamiento, problemas de salud o financieros, cambios en las dinámicas familiares, entre otros.

Con relación a ello, Gaibor (2020) afirma que, aunque hombres y mujeres comparten esta experiencia de afectos negativos, la forma en que cada género maneja y expresa sus emociones puede diferir. Puesto que, en el caso de las mujeres suelen ser más abiertas sobre sus emociones y pueden buscar apoyo social más activamente que los hombres, quienes a menudo sienten la presión de mantener una imagen de fortaleza y mayor control emocional. Esto lleva a que los hombres puedan internalizar su malestar, resultando en una mayor puntuación en los síntomas de depresión a largo plazo, aun cuando en la medición a corto plazo ambos géneros se encuentran en la categoría media.

**Tabla 20.** Análisis categórico de la puntuación total de la Escala CES-D en función de Sexo

Sexo	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión grave		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	5	2.5	63	31.5	32	16	100	50
Masculino	56	26.5	26	13.0	18	10.5	100	50
<b>Total</b>	61	29	89	44.5	50	26.5	200	100

Nota. Resultados de la Escala Ces-D aplicada a la muestra en estudio.

En la tabla 20 se presenta la información que relaciona la categoría sexo y la puntuación total de la escala CES-D, donde el 31.5% de las participantes femeninas se ubican en la categoría de niveles de depresión moderada, seguido del 16% que destacó en niveles de depresión grave. En cuanto al grupo de hombres, se tiene

que el 26.5% se encuentra en la categoría de niveles de depresión leve y el 13% en la categoría de niveles de depresión moderada.

Por último, sobre la relación del sexo con la puntuación total de la Escala CES-D, se evidencia que los porcentajes más relevantes se encuentran en el grupo femenino ubicadas dentro de los niveles de sintomatología depresiva moderada y grave. Esta información confirma que, la diferencia en la prevalencia de la depresión entre géneros puede explicarse por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Pues tal como lo ha mostrado, Méndez et al. (2024) las mujeres, resultan más susceptibles a experimentar trastornos del estado de ánimo, especialmente en momentos críticos como en la etapa de adultos mayores. Además, factores sociales, como el rol de género y las expectativas culturales, pueden incrementar la presión emocional de este grupo, lo que contribuye a una mayor expresión de síntomas depresivos.

Por lo que, datos actuales aportados por la investigación desarrollada por Otero (2022) reflejan que las mujeres tienen una mayor predisposición a manifestar sentimientos de tristeza, ansiedad y desesperanza. Esto se confirma por lo datos reportados por Bustamante (2021) en la cual encontró que, aproximadamente un 20% de las mujeres informaron haber sufrido depresión en algún momento de sus vidas, en comparación con un 10% de los hombres. Esto permite concluir que la depresión es una problemática más prevalente entre las mujeres, lo cual es un hallazgo que se ha mantenido consistente a lo largo de los años.

Así mismo, es importante considerar el impacto que esta disparidad de género tiene en la salud mental, pues las mujeres tienden a buscar ayuda y apoyo social, lo que puede ser positivo, pero también enfrentan estigmas que pueden dificultar su acceso a tratamientos adecuados. De manera que, la relación entre el género y la puntuación en la Escala CES-D sobre la depresión revela que las mujeres presentan niveles de sintomatología más altos. Por lo que, reconocer y abordar estas diferencias es fundamental para mejorar la salud mental y emocional global

y asegurar que se brinden los cuidados adecuados a las poblaciones más vulnerables como los grupos de adultos mayores, independientemente del género, tomando en cuenta que esto puede afectar de igual manera a hombres y mujeres.

### Contraste de hipótesis

$H_0$ : No existen diferencias en la sintomatología depresiva en adultos mayores en función del sexo del Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua, Ecuador.

$H_1$ : Existen diferencias en la sintomatología depresiva en adultos mayores en función del sexo del Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua, Ecuador.

El criterio de decisión establecido para los dos análisis fue:

*Si  $p$  valor  $< \alpha$  Rechazar  $H_0$*

*Si  $p$  valor  $> \alpha$  No Rechazar  $H_0$*

El nivel de significancia utilizado para las pruebas fue  $\alpha=0.05$ .

### Supuestos estadísticos

En la tabla 21, se presentan las pruebas de normalidad de la sintomatología depresiva de los adultos por ambas escalas. Se observa que los datos de la sintomatología de los adultos mayores tanto por la escala Yesavage y CES-D, no cumplen el supuesto de normalidad ( $p<0.05$ ).

**Tabla 21.** Prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov

<b>Escala</b>	<b>Estadístico</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Yesavage	,212	200	,000
CES-D	,183	200	,000

Nota. 200 observaciones realizadas.

En vista de que no se cumple el supuesto de normalidad, se deben usar pruebas no paramétricas para comprobar la hipótesis planteada. En este caso, el test U de

Mann Whitney, es la prueba no paramétrica (cuando se cumple normalidad), para verificar diferencias significativas en dos grupos.

### 3.3. Test de la U de Mann Whitney

En las tablas 22 y 23 se observa que el valor p es de 0.652 ( $p > 0.05$ ), lo cual indica que, con un nivel de significancia del 5%, no existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva de los adultos mayores en función del sexo, medidos a través de la Escala Yesavage.

**Tabla 22.** Rangos para la Escala Yesavage

Escala	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Yesavage	Femenino	100	98,69	9869,00
	Masculino	100	102,31	10231,00
	<b>Total</b>	200		

Nota. 200 observaciones realizadas.

**Tabla 23.** Test de Mann Whitney para la Escala Yesavage

Estadístico de prueba <sup>a</sup>	Yesavage
U de Mann-Whitney	4819.000
Sig. asintótica(bilateral)	,652

Nota. Variable de agrupación: Sexo

### Escala CES-D

En la tabla 25 se observa que el valor p es de 0.158 ( $p > 0.05$ ), lo cual indica que, con un nivel de significancia del 5%, no existen diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva de los adultos mayores en función del sexo, medidos a través de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).

**Tabla 24.** Rangos para la Escala CES-D, según los niveles de depresión (Leve, Moderado, Grave)

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
CES-D	Femenino	100	106,26	10625,50
	Masculino	100	94,75	9474,50
	<b>Total</b>	200		

Nota. 200 observaciones realizadas.

**Tabla 25.** Test de Mann Whitney para la Escala CES-D

<b>Estadístico de prueba<sup>a</sup></b>	<b>CES-D</b>
U de Mann-Whitney	4424,500
Sig. asintótica(bilateral)	,158

Nota. Variable de agrupación: Sexo

### 3.4. Análisis comparativo de la depresión en función del sexo

**Tabla 26.** Estadísticas de grupo para la Escala Yesavage

<b>Sexo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Des. Desviación</b>	<b>Valor P</b>
<b>Femenino</b>	13,0	2,25	,0	2,82	,652
<b>Masculino</b>	12,0	2,26	,0	2,43	

Nota. 200 observaciones realizadas.

En la tabla 26 se presentan los resultados de las estadísticas de la Escala Yesavage. En donde, el grupo femenino obtuvo una puntuación media de 2,25, con una desviación estándar de 2,82 y con un rango de 0 a 13. Por otro lado, el grupo masculino presento una media muy similar de 2,26, con una desviación estándar de 2,43 y puntajes que oscilaron entre 0 y 12.

En los resultados de la prueba estadística realizada, se obtuvo un valor de  $p=0,652$ , lo cual indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los niveles de depresión medidos por esta escala. Lo que sugiere que, en la muestra de adultos mayores, el sexo no influye de manera significativa en la presencia o severidad de síntomas depresivos.

**Tabla 277.** Estadísticas de grupo para la Escala CES-D

	<b>Sexo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Des. Desviación</b>	<b>Valor P</b>
<b>Afecto Positivo</b>	<b>Femenino</b>	16,0	6,62	4,00	3,21	,192
	<b>Masculino</b>	16,0	5,95	4,00	2,78	
<b>Síntomas Somáticos</b>	<b>Femenino</b>	28,0	9,14	7,00	3,64	,919
	<b>Masculino</b>	24,0	8,73	7,00	2,68	
<b>Problemas Interpersonales</b>	<b>Femenino</b>	5,00	2,56	2,00	,913	,267
	<b>Masculino</b>	8,00	2,51	2,00	1,09	
<b>Afecto Negativo</b>	<b>Femenino</b>	25,0	9,56	7,00	3,09	,116
	<b>Masculino</b>	27,0	9,03	7,00	3,00	
<b>TOTAL</b>	<b>Femenino</b>	69,0	27,8	20,0	8,26	,158
	<b>Masculino</b>	62,0	26,2	20,0	7,26	

Nota. 200 observaciones realizadas.

En la tabla 27 se muestran los resultados obtenidos en la Escala CES-D según el sexo, tomando en cuenta sus cuatro dimensiones: afecto positivo, síntomas somáticos, problemas interpersonales y afecto negativo, así como el puntaje total de la evaluación.

Afecto positivo, se observa que las mujeres obtuvieron una media de 6,62, con una desviación estándar de 3,21, mientras que los hombres presentaron una media de 5,95, con una desviación estándar de 2,78. A pesar de esta diferencia, el valor de  $p = 0,192$  indica que no es estadísticamente significativa.

En cuanto a los síntomas somáticos, las mujeres obtuvieron una media de 9,14, con una desviación estándar de 3,64 y los hombres de 8,73 con una desviación estándar de 2,68, con el resultado del valor de  $p = 0,919$ , lo que refleja una diferencia mínima y no significativa entre los grupos.

En la dimensión de problemas interpersonales, los puntajes también fueron similares, la media de 2,56 con una desviación estándar de 0,91 en mujeres y media de 2,51 con una desviación estándar de 1,09 en hombres. El valor de  $p = 0,267$  muestra que no hay diferencia significativa.

Para el afecto negativo, las mujeres obtuvieron una media de 9,56 con una desviación estándar de 3,09, frente a la media de 9,03 con una desviación estándar de 3,00 de los hombres. El análisis muestra un valor de  $p = 0,116$ , es decir, sin significancia estadística.

Finalmente, al observar el puntaje total del CES-D, las mujeres presentaron una media de 27,8 con una desviación estándar de 8,26, mientras que los hombres obtuvieron una media de 26,2 y una desviación estándar de 7,26. El valor de  $p = 0,158$  lo que confirma que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles globales de sintomatología depresiva entre ambos sexos.

Cabe destacar que, según estos resultados y análisis en esta muestra indican que la sintomatología depresiva, no conducen a una diferencia significativa, en las

dimensiones analizadas se observan diferencias mínimas. Esto sugiere que, aunque los hombres y las mujeres pueden enfrentar la depresión de manera diferente, la intensidad de la experiencia emocional parece ser comparable. Sin embargo, el estudio realizado por Parada et al. (2022) ha mostrado que intento controlar estos factores para establecer que, a nivel general, no hay una diferencia marcada en la depresión según el sexo.

No obstante, se consideran que esta información difiere de la aportada por las investigaciones de Brooks et al., (2019); Buenaño (2019) y Zambrano (2023), de las cuales se aprecia que los niveles de depresión y su sintomatología, varía con el sexo y se presenta de manera diferente en la población masculina y femenina. Sin embargo, considerando que no se encontraron diferencias significativas al comparar la sintomatología según el sexo, si se ha encontrado ciertos niveles de depresión, que permiten afirmar que estos grupos requieren de atención y apoyo, para controlar o reducir las cifras de la patología en esta muestra en específica que fue analizada.

Esta información sugiere que, aun cuando las experiencias individuales varíen, es fundamental abordar la salud mental sin sesgos de género. Pues el bienestar emocional de los adultos mayores debe ser una prioridad, y reconocer que tanto hombres como mujeres enfrentan retos similares puede ayudar a diseñar intervenciones más efectivas para esta población que al menos a nivel regional se encuentra en gran vulnerabilidad de incrementar los niveles y la sintomatología depresiva.

## CONCLUSIONES

- Según la información obtenida se conceptualiza la depresión en adultos mayores como el resultado de una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. En términos biológicos, se ha demostrado que los cambios en la química cerebral, como la disminución de neurotransmisores, pueden contribuir a su aparición. Desde el ámbito psicológico, las pérdidas significativas y reducción de la capacidad funcional pueden provocar sentimientos de tristeza, desesperanza y soledad. Desde el punto de vista social, los adultos mayores a menudo se encuentran solos o aislados, lo que aumenta el riesgo de desarrollar depresión, así mismo, la falta de apoyo social y actividades significativas puede llevar a un ciclo de inactividad y desánimo.
- En cuanto al análisis estadístico, descriptivo y comparativo de la sintomatología depresiva en adultos mayores del Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua se obtuvo según la escala de Yesavage analizada, que la muestra femenina se ubica en la categoría depresión leve y establecida, cuyos valores (16% y 10.5%) y en la muestra masculina se ubica en el 20.5% (11.5% y 9%). Estos resultados evidencian que, el desarrollo de depresión es un factor y parte importante de afectación de la salud emocional en la muestra analizada.
- Mientras que, la información obtenida de la Escala CES-D en relación con el afecto positivo, en ambas muestras se establece en un nivel alto (29%), los síntomas somáticos resultaron altos (38.5%-42.5%), los cambios en las relaciones interpersonales se clasificaron en la categoría alta (33.5%-36.5%) y los síntomas depresivos se ubicaron en el nivel medio (35.6%-39.5%). Estos resultados permiten aseverar que las muestras analizadas, pueden desarrollar depresión independientemente del sexo, se encuentran ciertas manifestaciones que pueden conducir a un diagnóstico certero a futuro.

- Sobre la evaluación de sintomatología depresiva en adultos mayores del Programa de Envejecimiento Activo IESS, Tungurahua, según la información obtenida, no se encontró diferencias significativas en la comparación de la sintomatología depresiva según el sexo. Sin embargo, según lo sustentan los fundamentos teóricos analizados, se confirma que, los síntomas más comunes en las mujeres incluyen tristeza, ansiedad, fatiga, problemas para concentrarse y cambios en el apetito y el sueño.
- Siendo este grupo el más propenso a buscar ayuda y a expresar los sentimientos, lo que puede llevar a un diagnóstico más temprano de la enfermedad. En el caso de los hombres, sus síntomas son más sutiles y pueden manifestarse a través de comportamientos como la irritabilidad, la agresividad, sienten fatiga y pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban y alteraciones en el sueño, lo que en muchos casos deriva en el abuso de sustancias ilícitas o psicotrópicas, pues en lugar de mostrar tristeza, pueden enmascarar su dolor a través de comportamientos de riesgo o escapistas.

## RECOMENDACIONES

- Desarrollar futuras investigaciones sobre la problemática planteada, enfocándose en realizar estudios con muestras más robustas. Esto permitiría aumentar el nivel de confiabilidad y científicidad, al ofrecer una representación más precisa de la población en estudio.
- Se sugiere replicar la investigación en grupos con características demográficas y socioeconómicas diferentes. Con el propósito de fundamentar la sintomatología en las diversas poblaciones existentes, lo que hace relevante analizar las variables en poblaciones de adultos más jóvenes, para lograr contrastar los hallazgos obtenidos.
- Desarrollar programas de intervención, donde resulte fundamental conformar un equipo interdisciplinario de salud, liderizado desde la psicología y donde se implique el manejo de estos pacientes. Considerando vital tener claridad y cuidado en el diagnóstico, al ser identificados los adultos mayores con sintomatología depresiva, es necesario iniciar inmediatamente una intervención y tratamiento oportuno y eficaz.
- Se recomienda programar, diseñar, crear y desarrollar actividades personalizadas para cada paciente, adaptadas a sus hábitos, con un enfoque especial en los adultos mayores que sufren de depresión, ya sea leve o establecida. Así mismo, se deben derivar a estos pacientes hacia tratamientos médicos y grupos de autoayuda, donde reciban orientación adicional, sobre los cuidados que deben tener en cuenta aquellos que los rodean en su entorno familiar y social.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abreu y Abreu. (2018). Ativação comportamental: Apresentando um protocolo integrador no tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 238-259. doi:<https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1065>
- Acero, M. (2020). *Estrés laboral y sus consecuencias en la salud que afectan el rendimiento*. [Tesis de Grado], Fundación Universidad de América, Facultad de Educación Permanente y Avanzada. Obtenido de Repositorio Institucional FUDAM. <http://52.0.229.99/bitstream/20.500.11839/8061/1/237553-2020-III-GTH.pdf>
- Álvarez, M., Vidal, C., Llaveró, M., & Ortuño, F. (2019). Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5041-5051. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302288>
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed ed.). (D.-5. T. American Psychiatric Association, Ed.) American Psychiatric Publishing, Inc. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425596>
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed ed.). (D.-5. T. American Psychiatric Association, Ed.) American Psychiatric Publishing, Inc. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arroyo y Huaranca. (2022). *Ansiedad y depresión en los trabajadores del Centro de Salud del distrito de Paucará, Acobamba–Huancavelica*. [Tesis de Maestría], Universidad Peruana de Los Andes . Obtenido de <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4440>

- Ashe, S., & Routray, D. (2019). Prevalence, associated risk factors of depression and mental health needs among the geriatric population of an urban slum, Cuttack, Odisha. *Int J Geriatr Psychiatry*, 34(12), 1799–1807. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31407821>
- Barón et al. (2019). Sintomatología de los niveles de depresión de una Empresa Metalmecánica de Bogotá. *Retos y Ciencia*, 3(1), 26-44. Obtenido de <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/d56700f5-90ef-417b-8319-3c36474a7470/content>
- Bayarre, D., Álvarez, M., Pérez, J., Almenares, K., Rodríguez, A., Pría, M., . . . Corral, A. (2018). Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. *Pan American Journal of Public Health*, 42(4), e21. doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.21>
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1(1), 5-37.
- Bellón, J., Conejo, S., Rodríguez, A., Ballesta, M., Mendive, J., & Moreno, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS. 34(Supl.1), 20-26. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.013>
- Briggs, R., McDowell, C., De Looze, C., Kenny, R., & Ward, M. (2021). Depressive Symptoms Among Older Adults. *J Am Med Dir Assoc*, 22(11), 2251-2257. doi:<https://doi.org/10.1016%2Fj.jamda.2021.09.003>
- Brooks, S., Burruss, S., & Mukherjee, K. (2019). Suicide in the Elderly, A Multidisciplinary Approach to Prevention. *Clinics in Geriatric Medicine*, 35(1), 133-145. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.012>

- Buenaño, L. (2019). Deterioro cognitivo, depresión y estrés asociados con enfermedades crónicas en adultos mayores, Cuenca 2014. *Revista de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 37(2), 13-20. Obtenido de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2458>
- Bustamante et al. (2021). Prevalencia de Síntomas Depresivos en pacientes Adultos Mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(3), 197-203. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000300197>
- Cabrera, M. (2018). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev. Fac. Med. México*, 60(5), 1-16. Obtenido de <https://eldia.com.do/que-pasa-con-la-salud-mental-del-magisterio/>.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered [Internet]*, 29(3), 182-191. doi:<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>.
- Camacho, J., & Galán, J. (2021). La relación entre Depresión y Deterioro Cognitivo en personas mayores institucionalizadas en residencias españolas. *Psicología: Teoría e Pesquisa*, 37(1), 22-31. doi:<https://doi.org/10.1590/0102.3772e37413>
- Camacho, P., Rueda, G., Latorre, J., Navarro, A., Escobar, M., & Franco, J. (2018). Validity and reliability of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale in Older Adults. *Biomedica*, 29(2), 260-9. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20128351/>

- Castañeda, C., Acuña, A., Herrera, A., Martínez, R., & Castillo, I. (2019). Depresión y estado nutricional del adulto mayor en una comunidad del Estado mexicano de Zacatecas. *Rev Cubana Aliment Nutr*, 1(28), 28-43. doi:<https://doi.org/10.2307/j.ctt1zk0mbs.10>
- Cavieres, Á., & López, P. (2021). La depresión como enfermedad: en defensa del modelo biomédico en psiquiatría. *Revista médica de Chile*, 149(2), Revista médica de Chile. Obtenido de [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/15930/Uso\\_DuenasRotta\\_Claudia.pdf?sequence=1](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/15930/Uso_DuenasRotta_Claudia.pdf?sequence=1)
- Ceballos. (2022). *Estrés laboral y ansiedad en profesionales de una Empresa de Hidrocarburos del Ecuador*. [Tesis de Maestría], Universidad Cesar Vallejo . Obtenido de [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94767/Cevallos\\_PMN-SD.pdf?sequence=8](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/94767/Cevallos_PMN-SD.pdf?sequence=8)
- Cohen, N. (2019). *Metodología de la investigación, ¿para qué?: la producción de los datos y los diseños*. Buenos Aires, Argentina : Teseo .
- Cueva, C., Ramos, E., & Rodríguez, M. (2020). Enfoques teóricos del envejecimiento y la vejez. *Revista Edu-Física*, 12(26), 47-56. Obtenido de <http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/download/2218/1721>
- De los Santos & Carmona. (2019). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 1-23. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44654575005>

- Devita, M., A., R., De Rui, M., Coin, A., Mapelli, D., & Sergi, G. (2022). Recognizing Depression in the Elderly: Practical Guidance and Challenges for Clinical Management. *Dovepress*, 22(18), 67-80. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9741828/pdf/ndt-18-2867.pdf>
- Egeljić et al. (2022). Social participation and depressive symptoms among older adults in Serbia: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing*, 44(1), 8-14. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.12.014>
- Eimontas et al. (2022). Unmet Healthcare Needs Predict Depression Symptoms among Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*, 19(15), 8892. doi:<https://doi.org/10.3390%2Fijerph19158892>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordóñez, J., Osorio, J., & Chavarriaga, L. (2023). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81–94. doi:<https://doi.org/10.11144/laveriana.upsy16-5.esfa>
- Gaibor, I., & Moreta, R. (2020). Optimismo disposicional, ansiedad, depresión y estrés en una muestra del Ecuador. Análisis inter-género y de predicción. *Actualidades en Psicología*, 34(129), 17-31. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i129.35148>
- Giraldo, M. (2019). *Caracterización y prevalencia de adultos mayores en la población mexicana*. (U. A. Geriatria., Ed.) Obtenido de <http://repositorio.inger.gob.mx/jspui/handle/20.500.12100/17232>
- Gómez y Campo. (2010). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Psychologica*, 10(3), 735-743. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy10-3.eydg>

- González et al. (2018). La depresión en el anciano. *Revista NPunto*, 1(8). doi:<https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
- González, H. (2019). *Metodología de la investigación: propuesta, anteproyecto y proyecto*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- GPC. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el adulto*. (S. S. SNS: Ministerio de Sanidad, Ed.) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Obtenido de [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/05/gpc\\_534\\_depresion\\_adulto\\_avaliat\\_compl-1.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/05/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl-1.pdf)
- Guevara et al. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Poliantea*, 15(1), 1-8. Obtenido de <https://revistas.poligran.edu.co/index.php/poliantea/article/view/1501>
- Guevara, A. (2023). Diferencias de edad y género en la frecuencia de atención en emergencias por trastornos depresivos y de ansiedad en la población peruana, 2021-2022. *Revista Experiencia En Medicina Del Hospital Regional Lambayeque*, 9(2), 55-59. doi:<https://doi.org/10.37065/rem.v9i2.664>
- Güzel, A., & Kara, F. (2020). Determining the prevalence of depression among older adults living in Burdur, Turkey, and their associated factors. *Psychogeriatrics*, 20(4), 370–376. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31994281>
- Hernández, R., & Mendoza. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraww-Hill-Interamericana. Retrieved from [https://www.academia.edu/download/104637680/Metodologia\\_de\\_la\\_investigacion.\\_Rutas\\_cuantitativa\\_cualitativa\\_y\\_mixta.pdf](https://www.academia.edu/download/104637680/Metodologia_de_la_investigacion._Rutas_cuantitativa_cualitativa_y_mixta.pdf)

- Hernández, R., & Mendoza, C. (. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education. Obtenido de <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., & Cuijpers, P. e. (2022). Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet (London, England)*, 399(10328), 957-1022. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02141-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02141-3)
- Huaranca, N., & Arroyo, D. (2022). *Ansiedad y depresión en los trabajadores del Centro de Salud del distrito de Paucará, Acobamba–Huancavelica*. [Tesis de Maestría], Universidad Peruana de Los Andes. Obtenido de <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4440>
- Idrovo. (2023). *La depresión en el adulto mayor de la Unidad de Atención Mis Mejores Años, Parroquia El Cabo, Cantón Paute*. [Tesis de Maestría] , Universidad Politecnica Salesiana de Ecuador . Obtenido de Repositorio Institucional UPS. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/25557/4/UPS-CT010699.pdf>
- INEC. (2018). *Cifras de Depresion en Ecuador, Analisis de la enfermedad 2010-2020*. [Informe de Salud], Instituto Nacional de Estadística y Censos. Obtenido de <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/depresion>
- Jiménez, A., González, B., Cadena, E., Benítez, G., Rodríguez, J., Tapia, C., & Torrez, R. M. (2020). Relacion entre probable deterioro cognitivo y depresion en personas mayores. *Rev Enferm Neurol* , 14(3), 1-8. doi:<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1034780>

Kleinman, A. (2018). Culture and depression. *Revista Muraca*, 351(51), 951-953. Obtenido de <https://www.camjol.info/index.php/RMH/article/view/12047/13976>

Krishnan y Nestler. (2021). Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *American Journal of Psychiatry*, 167(67), 1305-1320. Obtenido de <http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/5582/1/Tesis%20niveles%20de%20Bornout.pdf>

Lewinsohn, P., & Graf, M. (1993). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261-268. doi:<https://doi.org/10.1037/h0035142>

Llanes et al. (2019). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista Electrónica Medimay*, 21(1), 65-74. Obtenido de <http://%20revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707>

Lliguisupa et al. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 8(1), 16-21. doi:<http://dx.doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.310>

Méndez et al. (2024). Diferencias de género en la relación entre factores personales intrínsecos y la sintomatología ansiosa y depresiva de una población trabajadora. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 50(45), 1-10. Obtenido de [https://doi.org/10.26754/ojs\\_ais/accionesinvestigsoc.2024459727](https://doi.org/10.26754/ojs_ais/accionesinvestigsoc.2024459727)

Molés et al. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(2), 58-82. doi:<https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.324401>

- Molina, J., Mogrovejo, J., Morocho, I., Orellana, A., & Delgado, N. (2018). Prevalencia de Depresión, Diabetes e Hipertensión arterial en pacientes geriátricos. *Rev Med HJCA*, 5(2), 145–149. Obtenido de <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/index.php/RevHJCA/article/view/189/169>
- Molina, J., Mogrovejo, J., Morocho, I., Orellana, A., & Delgado, N. (2020). Prevalencia de Depresión, Diabetes e Hipertensión arterial en pacientes geriátricos. *Rev Med HJCA*, 5(2), 145–149. Obtenido de <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/index.php/RevHJCA/article/view/189/169>
- Monsalve, E., Bohórquez, C., & Cobo, E. (2021). Una mirada desde la percepción del cuerpo de la persona mayor. *Investig Salud Univ Boyacá*, 8(1), 33-47. doi:<https://doi.org/10.24267/23897325.598>
- MSP. (2022). *Depresión*. [Salud Pública del Ecuador], Ministerio de Salud Pública. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- MSSSI. (2018). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia* (1a ed.). (U. d. Científico-técnico, Ed.) Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Obtenido de [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2024/01/gpc\\_575\\_depresion\\_infancia\\_avaliat\\_compl\\_cadu c.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2024/01/gpc_575_depresion_infancia_avaliat_compl_cadu c.pdf)
- Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. (2020). *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 8(1), 16-21. doi:<http://dx.doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.310>
- OMS. (1996). *Trastornos mentales y del comportamiento* (10a ed.). (D. R. CIE-10, Ed.) Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2019). *People worldwide suffer from depression*. [Informe de Salud Publica], Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders#:~:text=Anxiety%20disorders%20are%20the%20world's,effective%20treatments%20for%20anxiety%20disorders>.
- OMS. (2020). *Clasificación de la depresión como una enfermedad emocional*. Organización Mundial de la Salud. Retrieved from <https://medicinaysaludpublica.com/noticias/salud-publica/oms-oficializa-el-sindrome-del-burnout-como-una-enfermedad-de-trabajo/12348>
- OMS. (2022). *Transformación de la salud mental y los cuidados conexos*. [Salud Publica Mundial], Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- ONEN. (2019). *Estadísticas*. [Estadísticas de China], Oficina Nacional de Estadísticas de China. Obtenido de <http://spanish.mofcom.gov.cn/article/estadistica/>
- Otero, E. (2022). *FACTORES DE APOYO SOCIAL Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES DE MINORÍAS ÉTNICAS*. [Tesis Doctoral], Universidad de Puerto Rico. Obtenido de <https://repositorio.upr.edu/bitstream/handle/11721/2887/Eliane%20E.%20Otero%20%20Disertaci%c3%b3n%20Final%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Parada et al. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *UISRAEL: Revista Científica*, 9(2). Obtenido de <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

- Quinatoa, V., & Santamaría, S. (2021). Sintomatología depresiva y su relación con la sintomatología de ansiedad por separación en adultos mayores Cantón Riobamba. *Polo del Conocimiento*, 6(12), 1676-1697. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9373924.pdf>
- Restrepo, M., Sánchez, E., Vélez, M., Marín, J., Martínez, L., & Gallego, D. (2019). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(2), 279-294. doi:<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0002.11>
- Reyes, N., & Boente, A. (2019). *Metodología de la Investigación*. Bogotá: Research Group.
- Robledo, C., Cardona, D., Segura, A., & Lizcano, D. (2020). Síntomas depresivos y funcionamiento cognitivo de las personas en proceso de reintegración mayores (PPRM) de Colombia. *El Ágora USB*, 20(2), 118-128. doi:<https://doi.org/10.21500/16578031.5134>
- Rodríguez, A., & Pérez, A. (2018). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 1-26.
- Rodríguez, P. (2020). *Características de la vejez*. Ibarra: Universidad Técnica del Norte.
- Romero, C. (2020). *Guía de prácticas clínicas para el manejo de la depresión en el paciente adulto mayor*. [Tesis de Postgrado], Universidad de El Salvador , Facultad de Medicina . Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151018/595-11106317.pdf>
- SABE. (2019). *Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Obtenido de [https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292/related\\_materials](https://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292/related_materials)

- Saenz et al. (2019). Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú. *Acta Médica Peruana*, 36(1), 26-31. doi:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?%20codigo=7126282>
- SEMI. (2018). *La depresión como enfermedad*. Educación para la Salud de la Sociedad Española de Medicina Interna. Obtenido de <https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/depresion>
- Sharifi, S., Khorzoughi, K., & Rahmati, M. (2024). The association between intergenerational relationships and depression among older adults: A comprehensive systematic literature review. *Archives de Gerontology and geriatrics*, 119(19), 105313. doi:<https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105313>
- Sheikh y Yesavage. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5(16), 165-173. Obtenido de <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2683174>
- Stein, D., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., & Vries, Y. a. (2020). Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Med*, 18(21), 1-8. doi:<https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>
- Suárez, M., & Pujol, S. (2023). *La depresión en la práctica clínica*. Baliarda. Obtenido de [https://www.revistavertex.com.ar/ebooks/Baliarda\\_SuarezR.pdf](https://www.revistavertex.com.ar/ebooks/Baliarda_SuarezR.pdf)
- Tang, T., Jianling, J., & Xinfeng, T. (2021). Prevalence of depressive symptoms among older adults in mainland China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293(1), 379-390. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.050>

- Vázquez, E. (2022). *Factores de apoyo social y sintomatología depresiva en adultos mayores de minorías étnicas*. [Tesis Doctoral], Universidad de Puerto Rico. Obtenido de Repositorio Institucional. <https://repositorio.upr.edu/bitstream/handle/11721/2887/Eliane%20E.%20Otero%20%20Disertaci%c3%b3n%20Final%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vázquez, V. (2021). *Prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores de la UMF No. 61*. [Tesis de Maestría], Universidad Veracruzana. Obtenido de <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/1944/51849/VazquezViolantelsaura.pdf?seq>
- Velasco, L., & Martínez, K. (2018). *Depresión en adultos mayores y su relación con los determinantes biopsicosociales en la Casa de Reposo Mi divino Niño Jesús. Distrito de Morales periodo abril – setiembre 2018*. [Tesis de Maestría], Universidad Nacional de san Martín. Obtenido de <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/11458/3081/1/ENFERMERIA%20-%20Lucy%20Velasco%20Flores%20%26%20Katherine%20Aurora%20Martinez%20Mori.pdf>
- Villasmil, J. (2019). Ansiedad en Trabajadores Petroleros en Bolivia. *ENFOQUES: Revista de Investigación en Ciencias de la Administración*, 3(11), 217-234. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/6219/621968032005/621968032005.pdf>
- Zambrano, M. (2023). *Factores de riesgo social que influyen en la depresión de los adultos/as usuarios del centro de salud tipo C, Cisne II, durante el periodo de mayo a agosto*. [Tesis de Grado], Universidad Politecnica Salesiana. Obtenido de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/26333/1/UPS-GT004769.pdf>

Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M., & Necho, M. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry*, 20(10), 45-55.  
doi:<https://doi.org/10.1186%2Fs12991-021-00375-x>

## ANEXOS

### Anexo 1. Operacionalización de las variables

**Tabla 28.** Matriz de la variable independiente

<b>Variable Independiente</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Técnicas e Instrumentos</b>
Sintomatología depresiva	Es un conjunto de síntomas que una persona experimenta cuando está pasando por un episodio depresivo, que involucra no solo sentirse triste o desanimado, sino que es una afección que puede interferir significativamente con la vida diaria de una persona (Cabrera, 2018)	<b>Normal</b>	0-5 puntos	Escala de Depresión Geriátrica
		<b>Síntomas depresivos leves</b>	6-9 puntos	
		<b>Depresión establecida</b>	≥ 10 puntos	

Fuente: Investigación realizada.

Elaborado por: Camila Pazmiño (2024)

Tabla 29. Matriz de la variable dependiente

Variable Dependiente	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
Adultos mayores	Es una persona que ha alcanzado una edad avanzada, generalmente se considera que las personas mayores de 65 años son adultos mayores. Sin embargo, la definición de adulto mayor puede variar según el contexto social, cultural y político. Esta población experimenta cambios físicos, cognitivos y emocionales a medida que envejecen (Rodríguez P. , 2020)	<b>Edad</b>	Años	Cuestionario sociodemográfico
		<b>Lugar de procedencia</b>	Ciudad de Nacimiento	
		<b>Género</b>	a. Masculino b. Femenino	
		<b>Estado civil</b>	a. Soltero/a b. Casado/a c. Divorciado/a d. Viudo/a e. Unión libre	
		<b>Convivencia en el hogar</b>	a. Pareja b. Hijos c. Otros familiares d. Ninguno e. Otro	
		<b>Escolaridad</b>	a. Primaria b. Secundaria c. Bachillerato d. Licenciatura e. Posgrado f. Ninguno	
		<b>Participación de talleres</b>	a. Baile de Salón b. Bailoterapia c. Cocina Saludable d. Coro e. Danza f. Educación para la Salud g. Gimnasia Cerebral h. Gimnasia de mantenimiento i. Guitarra j. Manualidades k. Relajación Mental l. Teatro m. Yoga	
		<b>Presenta alguna enfermedad</b>	a. Si b. No	
		<b>Enfermedades crónicas</b>	a. Diabetes Mellitus b. Hipertensión Arterial c. músculo esqueléticas d. Cardiopatías e. Enfermedad renal crónica f. Enfermedad pulmonar	
<b>Tratamiento</b>	a. Si b. No			

Fuente: Investigación realizada.  
Elaborado por: Camila Pazmiño (2024).

## Anexo 2. Ficha sociodemográfica

**DATOS PERSONALES**

Edad \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

Sexo

<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>

**DATOS SOCIO FAMILIARES**

Estado Civil

Soltero	Casado	Separado	Divorciado	Unión Libre	Viudo

Mantiene contacto con la familia: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

***En la siguiente sección de ser necesario marque con una X más de una respuesta***

<b><i>¿Con quién vive?</i></b>	Esposa <input type="checkbox"/>	Esposo <input type="checkbox"/>	Hijos <input type="checkbox"/>	Solo <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Madre <input type="checkbox"/>
	Hermanos <input type="checkbox"/>	Otros:				

¿Cuántos hijos tiene?

¿Cómo calificaría la relación con su familia

Muy Buena	Buena	Regular	Mala

¿Cuenta con apoyo familiar en situaciones difíciles? SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

### ASPECTO ACADÉMICO Y LABORAL

Primaria	Secundaria	Superior	Sin estudios

- **Instrucción:**

¿Cómo calificaría su  
situación  
socioeconómica?

Muy Buena	Buena	Regular	Mala

- **Ocupación dentro de la institución:**

¿En qué talleres participa?

Baile de salón	Bailoterapia	Cocina Saludable	Coro	Danza	Educación para la Salud	Gimnasia Cerebral

Gimnasia de mantenimiento	Guitarra	Manualidades	Relajación Mental	Teatro	Yoga

### ÁREA DE SALUD

¿Presenta alguna enfermedad? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿De qué padece? \_\_\_\_\_

Tiene acceso a servicios de salud: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Recibe tratamiento: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

**Anexo 3.** Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

**INSTRUCCIONES:** Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la semana pasada.

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	NO
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	NO
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	NO
13.	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	NO

**Anexo 4.** Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)**ESCALA CES-D**

**INSTRUCCIONES:** Lea con atención la siguiente lista. Marque sus respuestas pensando cuántas veces te has sentido así la semana pasada. para indicar su respuesta coloque una cruz en la casilla correspondiente

	Menos de un día	1 a 2 días	3 a 4 días	5 a 7 días
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan.				
2. No tenía hambre ni mucho apetito.				
3. Me sentí tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar				
4. Me sentí tan bueno/a como los demás				
5. Tuve problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo				
6. Me sentí deprimido/a				
7. Sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo				
8. Vi el futuro con esperanza				
9. Pensé que mi vida era un fracaso				
10. Tuve miedo				
11. Dormí sin poder descansar				
12. Me sentí feliz				
13. Hablé menos que lo normal				
14. Me sentí solo/a				
15. La gente no me cayó bien				
16. Disfruté de la vida				

17. Lloré				
18. Estuve triste				
19. Sentí que no le caía bien a otras personas				
20. No pude animarme a hacer nada.				

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**