

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

LA DEPRESIÓN Y EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES

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

Línea de Investigación:

DESARROLLO HUMANO Y SALUD MENTAL

Autora:

MARÍA JOSÉ ACOSTA NÚÑEZ

Director:

Psc. Cl. VICTOR MANUEL CUADRADO Mg.

Ambato – Ecuador

Enero 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

LA DEPRESIÓN Y EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES

Línea de Investigación:

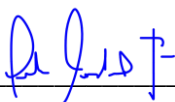
Desarrollo humano y salud mental

Autora:

MARÍA JOSÉ ACOSTA NÚÑEZ

Víctor Manuel Cuadrado, Psc. Mg.

CALIFICADOR

f. 

María Isabel Ramos Noboa, Psc. Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

Juana Rosario Lara Machado, Dra. Mg.

CALIFICADOR

f. 

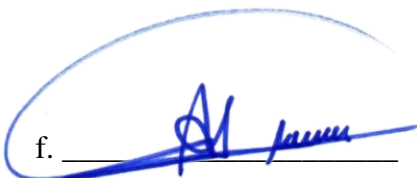
Varna Hernández Junco PhD.

DIRECTOR ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 

Ambato – Ecuador

Enero 2022

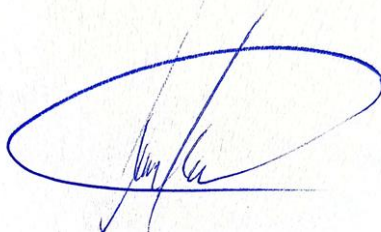
DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **MARÍA JOSÉ ACOSTA NÚÑEZ**, con **CC 1805372107**, autora del trabajo de graduación intitulado: “**LA DEPRESIÓN Y EL ESTADO DE SALUD EN ADULTOS MAYORES**”, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en forma 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 se respeta los derechos del 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, se respeta las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, diciembre 2021



María José Acosta Núñez

CC. 1805372107

AGRADECIMIENTO

“Los fracasos son huellas en el camino hacia el logro. Uno fracasa de camino hacia el éxito”

-C.S. Lewis

No importa quien llegue primero a la meta, lo importante es disfrutar del trayecto. Agradezco a mi familia por el apoyo brindado durante todo el camino, por su apoyo incondicional, a los adultos mayores que aceptaron ser parte de mi investigación y a los doctores: Dr. Marcelo Vaca y al Dr. Montufar que me permitieron el acceso al Hospiesaj. Agradezco, también, a mi director de tesis por su guía y apoyo.

-María José Acosta

DEDICATORIA

Te lo dedico a ti, quien siempre te dedicaste a mí.

A quien nunca se rindió.

A quien siempre me apoyo.

A mi ejemplo a seguir.

La que primero me amo y por mi lucho.

A mi mamá que desde un inició me apoyo incondicionalmente para alcanzar mis metas y sueños, que siempre me brindó comprensión y apoyo. Gracias te adoro.

-María José Acosta

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar si hay relación entre la depresión y la preocupación por la salud en adultos mayores. Se considera de relevancia debido a que en el Ecuador no se ha encontrado investigaciones con el tema planteado y esta es de interés para futuras investigaciones dentro del área. Dentro de la investigación se establece un estudio de tipo cuantitativo no experimental y de corte transversal, con un alcance descriptivo y correlacional. La población estuvo conformada por 90 adultos mayores que acuden a consulta externa del Hospiesaj. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron la Ficha Sociográfica, el Inventario de Depresión de Beck, la escala de Salud SF36 y el Cuestionario Breve de la calidad de vida. Los adultos mayores presentan niveles altos de depresión moderada y grave, mientras que en lo que corresponde a salud se encontraron niveles medios-regulares que indican un preocupación moderada-baja; más el frecuente uso de los servicios sanitarios y de salud. En tal virtud, la correlación es negativa entre las dos variables, es decir, a mayor nivel de depresión por pérdidas menor es nivel de salud general, funciones físicas, sociales y salud mental.

Palabras Clave: *adulto mayor, salud, depresión, preocupación*

ABSTRACT

The objective of this research is to determine if there is a relationship between depression and health concern in older adults. It is considered of relevance because in Ecuador no research has been found on this topic and it may be of interest for future research in this area. The research is a quantitative, non-experimental, cross-sectional study, with a descriptive and correlational scope. The population consisted of 90 older adults attending the Hospiesaj outpatient clinic. The evaluation instruments used were the Sociographic Card, the Beck Depression Inventory, the SF36 Health Scale and the Brief Quality of Life Questionnaire. The older adults present high levels of moderate and severe depression, while in terms of health, medium-regular levels were found, indicating a moderate-low concern; plus the frequent use of health and sanitary services. Therefore, the correlation is negative between the two variables, i.e., the higher the level of depression per loss, the lower the level of general health, physical and social functions and mental health.

Keywords: elderly, health, depression, worry

ÍNDICE DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	19
1. Depresión.....	19
1.1.1 Breve reseña histórica	19
1.1.2 Definición y generalidades de la depresión.....	19
1.1.3 Enfoque psicodinámico	20
1.1.4 La depresión desde el enfoque conductivo-conductual.....	23
1.1.5 Criterios Diagnósticos	24
1.1.6 Depresión en adultos mayores.....	26
1.2 Adultez Tardía.....	27
1.2.1 Conceptos generales de la Adultez tardía.....	27
1.2.2 Tipos de envejecimientos	27
1.2.3 Cambios en la adultez tardía	28
1.2.3.1 Cambios físicos y biológicos.....	28
1.2.3.2 Cambios cognitivos	30
1.2.3.3 Cambio psicosociales	30
1.2.4 Preocupaciones	31
1.2.5 Pérdidas	32
1.2.6 Duelo	33
1.2.7 Salud en el adulto mayor	35

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
2.1 Metodología de la investigación.....	37
2.2 Paradigma.....	37
2.3 Nivel.....	37
2.4 Modalidad.....	38
2.5 Alcance.....	38
2.6 Corte temporal de la investigación.....	39
2.7 Herramientas.....	39
2.7.1 Ficha Sociodemográfica.....	39
2.7.2 Inventario de Depresión de Beck.....	39
2.7.2.1 Nivel de confiabilidad de Inventario de Depresión de Beck.....	40
2.7.3 Cuestionario de Salud SF-36 Versión española.....	41
2.7.3.1 Nivel Confiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 Versión española.....	42
2.7.4 Cuestionario Breve de Calidad de Vida-CUBRECAVI.....	43
2.7.4.2 Nivel Confiabilidad del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).....	44
2.8 Población y Muestra.....	44
2.8.1 Análisis sociodemográfico de la población.....	45
2.9 Procedimiento metodológico.....	48
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
3.1 Análisis descriptivo.....	50
3.1.1 Análisis descriptivo de Resultados de Inventario de Depresión Beck.....	50
3.1.2 Análisis descriptivo de Resultados del Cuestionario de Salud SF-36.....	51
3.1.3 Análisis descriptivo de resultados del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).....	54
3.2 Análisis Correlacional Estadístico.....	59

CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1	41
Análisis de fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck	41
Tabla 2.2.....	41
Distribución y Descripción de Dimensiones e ítems del Cuestionario de Salud SF36	41
Tabla 2.3.....	43
Análisis de fiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 Versión española	43
Tabla 2.4.....	43
Escalas del Cubrecavi con sus respectivos contenidos	43
Tabla 2.6.....	45
Análisis sociodemográfico de la población.....	45
Tabla 3.1	51
Análisis de Resultados del Cuestionario de Salud SF36.....	51
Tabla 3.2.....	54
Análisis de Resultados del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)	54
Tabla 3.3.....	59
Matriz de correlaciones	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. El A-B-C de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis. Elaboración propia.....	23
Figura 1.2 Criterios diagnósticos DSM-V. Elaboración propia	24
Figura 1.3. Síntomas de la depresión. Fuente (Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, 2017).....	25
Figura 2.1: Institut Municipal d'Investigació Mèdica [IMIM-IMAS] (2015)	42
Figura 3.1 Representación global del Inventario de Depresión de Beck	50
Figura 3.2 Distribución de las dimensiones del Cuestionario de Salud SF36.....	52
Figura 3.3 Distribución de las dimensiones del Cuestionario Cubrecavi.....	55
Figura 3.3 Distribución de la dimensión Acceso a servicios sanitarios de cuestionario Cubrecavi	57
Figura 3.4 Distribución de la dimensión Satisfacción con servicios sanitarios de Cubrecavi	58

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	74
ANEXO 2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA	75
ANEXO 3. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II.....	76
ANEXO 4. VERSIÓN ESPAÑOLA (ESPAÑA) ESTÁNDAR SF-36.....	79
ANEXO 5. BREVE CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (CUBRECAVI)	83

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se sustenta en investigaciones realizadas previamente, sobre la depresión en el adulto mayor, con énfasis en factores asociados y calidad de vida. Estas investigaciones corresponden a los últimos cinco años y miden el grado de depresión y calidad de vida. De igual manera se analiza aspectos metodológicos como el lugar, el tipo de muestra, el objetivo y los principales resultados de las investigaciones, ha cumplido con ciertos parámetros que garanticen el carácter científico de los estudios revisados. Por lo tanto, en los siguientes párrafos se describen ciertas investigaciones que permitieron el desarrollo de la temática propuesta.

Dentro de los antecedentes a nivel nacional, en una investigación realizada en Quito por Calderón (2018), “Epidemiología de la depresión en el adulto mayor”, en ella se realizó una revisión bibliográfica desde el año 2000, su objetivo es contribuir al conocimiento de la epidemiología de la depresión del adulto mayor, en el que se encontró que la prevalencia varía según la localidad, país y, también, según la herramienta utilizada para el diagnóstico. Asimismo, en cuanto a la relación de los factores de riesgo el autor concluye que la familia, la sociedad y el estado emprenderá acciones específicas para paliar especialmente los factores modificables como el apoyo social y la mejora de la calidad de vida de los ancianos (Calderón, 2018). Como se observa, esta es una de las pocas investigaciones realizadas en el Ecuador sobre la depresión en el adulto mayor en los últimos años.

De igual forma, en un proyecto de investigación realizado en Cuenca, titulado “Relación entre Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Determinantes Sociodemográficos en Adultos de Cuenca, Ecuador”, con una muestra de 280 sujetos, en el cual se empleó un cuestionario para determinantes sociodemográficos y el Cuestionario de Salud SF-36 para medir la comparación de la variable en los diferentes subgrupos, cuyos resultados muestran que las mujeres se encuentran con una peor salud percibida en relación a los hombres.

En una investigación llevada a cabo en México – Quintanaroo en el 2015 y publicada en 2017 sobre la “Depresión en un centro geriátrico de Quintanaroo” con una muestra de 16 sujetos de 65 a 87 años, con una media de edad de 76 años, de ambos sexos y con la aplicación del paquete estadístico STATA V.12 se encontró que no se identificaron casos de depresión grave, sin embargo, se pudo observar que el 50,0% de la muestra presentan criterios de depresión con una prevalencia mayor en hombres que en mujeres. Asimismo, indica que los adultos mayores forman

parte del grupo de riesgo para padecer depresión, así lo reportó el INEGI en 2012, observándose a esta patología como tercera causa de morbilidad en adultos mayores egresados (Hernández-Chávez et al., 2017).

Igualmente en una investigación realizada en Colombia publicada en 2014 Alvarado García y Salazar Maya, que trata sobre el “análisis del concepto de envejecimiento”, se aborda desde una perspectiva bibliográfica la etapa de la vejez y en la cual concluye que el envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte, a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

Dentro de la revisión bibliográfica se ha encontrado que los adultos mayores se encuentran dentro de un grupo de riesgo de padecer depresión, que esta enfermedad es producto de varios factores que afectan la calidad de vida y el estado de salud. Sin embargo, no hay una correlación entre la depresión, sus causas o el incremento de la preocupación por el estado de salud.

El interés sobre la investigación surge tras ver las limitaciones y temas inexplorados en el campo de la psicogeriatría, y que en su mayoría se limitan al deterioro cognitivo. Lo que lleva a indagar sobre el proceso de adaptación en esta etapa y los posibles conflictos que se presentan como las pérdidas tanto de capacidades y habilidades, de pareja y pares. Esta etapa se caracteriza por un estado de vulnerabilidad (Salazar-Barajas, y otros, 2020). Por ello, es común que se presenta como uno de los trastornos más frecuentes la depresión, la cual está enmascarada por síntomas e incide en su salud.

El envejecimiento es un proceso natural y normal por el cual, atraviesan todos los seres vivos, pero en realidad cuesta y es difícil de aceptar. Actualmente el nivel poblacional de adultos mayores en el Ecuador hay 16 millones de habitantes aproximadamente, el 10 % corresponde a las personas de más de 60 años. Es decir, hay un total de mil adultos mayores aproximadamente en Ecuador. Además, que se estima que está incrementará. Es por ello, que es necesario indagar acerca de cómo optimar su calidad de vida. Y esto se consigue mediante la indagación de los factores que les generan malestar.

De acuerdo a los estudios realizados en España sobre los factores asociados a la preocupación por la salud en un centro de atención primaria se ha encontrado que en el grupo poblacional de

ancianos hay un alto porcentaje relacionado con el factor de duelo (Calderón M, Diego 2018). Lo que lleva a suponer que el proceso de duelo genera malestar psicológico que generaría preocupación por el estado de salud. Por lo tanto, la presente investigación pretende ver la relación entre depresión por pérdidas sufridas y preocupación por el estado de salud en adultos mayores. De acuerdo a Cancio & Coertero (2017), la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en adultos mayores y a menudo se presenta de manera encubierta como múltiples quejas de tipo somático y, a veces, con un fuerte componente hipocondríaco que enmascara el proceso depresivo subyacente. Es decir, que los síntomas enmascaran un posible conflicto.

De igual manera, según Torres Ortuño, Nieto Munuera, & Abad Mateo (1998) en los ancianos la percepción de una baja calidad de vida se relaciona con la presencia de un patrón que tiende al desarrollo de actitudes de somatización explicadas por tensiones o por conflictividad psicobiográfica y, además, por la incidencia de cuadros distímicos y de inhibición afectiva. Por lo que se demuestra una relación entre factores psicosociales, como el duelo, que inciden en el desarrollo de preocupación por la salud. Sin embargo, como se ha visto no hay una investigación centrada en analizar la relación entre depresión por pérdidas sufridas y preocupación por el estado de salud en Adultos mayores. Por lo tanto, la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿La depresión por pérdidas sufridas a lo largo de su vida incrementa la preocupación por su estado de salud? Para responder a esta pregunta de investigación se parten de los siguientes objetivos:

Objetivos

Objetivo General.

Relacionar la depresión con la preocupación por la salud en Adultos mayores.

Objetivos Específicos

1. Fundamentar bibliográficamente la depresión y salud en el adulto mayor.
2. Evaluar mediante reactivos la depresión y la preocupación por la salud en adultos mayores.
3. Realizar un análisis correlacional entre la depresión con la preocupación por el estado de salud en adultos mayores.

Para responder a la pregunta científica y alcanzar los objetivos ya mencionados en la investigación es necesario que se realice un estudio de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional. El diseño de la investigación es no experimental porque no existe manipulación de las variables por parte del investigador, el estudio es de corte transversal puesto que dichas variables se observan en un tiempo único sin aplicaciones posteriores. Se analiza la relación entre la depresión y la preocupación por el estado de salud en adultos mayores, también, se toma en cuenta variables como factores socioeconómicos, edad, sexo entre otros, y en la cual se aplica reactivos a una población determinada.

Las variables mencionadas en el presente proyecto de investigación son pertinentes de ser objeto de estudio pues permiten generar distintos aportes científicos. Como indica la OMS (2017) la depresión es la enfermedad más común en la tercera edad, por lo que constituyen un problema de salud público con altos costos económicos y sociales. Esto a su vez ha incrementado en la expectativa de vida y las proyecciones demográficas hacen que las investigaciones de este grupo poblacional tomen mayor relevancia.

Dentro de la Constitución de la República del Ecuador [CRE]. Art. 36 (2008) sobre los Adultos Mayores dice: “Las personas Adultas Mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán Adultas Mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad”. Por ello, este fragmento de la población que es reconocido como más vulnerable, que requiere pronta atención, y para atenderlos es necesario determinar cuáles son las causas de su malestar.

Además, la investigación genera un aporte a la academia e investigación, principalmente a la Escuela de Psicología de la PUCESA, puesto que, hasta la presente fecha el repositorio digital no cuenta con investigaciones similares, pese a la gran difusión que tiene la temática propuesta, es así que este estudio sirve a futuros estudiantes interesados en este tema.

El primer capítulo corresponde al marco teórico, en donde se recopilan los principales conceptos alrededor de la temática propuesta, por medio del desarrollo de definiciones, clasificaciones y características de la depresión en adultos mayores, los duelos, causas y efectos en la calidad de vida; y la preocupación por el estado de salud. Además, se sustentan las dos variables con

investigaciones, artículos o libros que ayuden a entender mejor los aspectos teóricos de cada una de ellas.

El segundo capítulo contempla la metodología utilizada en la investigación, por lo que se explica el tipo y diseño de investigación, los instrumentos psicométricos empleados, los participantes del estudio y el procedimiento metodológicos que se llevó a cabo.

En el tercer capítulo se presenta el análisis estadístico y la interpretación de los resultados obtenidos, por medio de una descripción de los datos sociodemográficos y un análisis correlacional de los instrumentos aplicados.

En el cuarto capítulo se plantean las conclusiones y recomendaciones que surgen tras el desarrollo de la investigación y finalmente se adjunta la lista de referencias y anexos.

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1. Depresión

1.1.1 Breve reseña histórica

A lo largo de los años el ser humano ha experimentado la depresión, por muchos años fue un enigma, no se comprendía sus causas o saber cómo tratarla. Fue a través de Hipócrates que se empezó a comprender que la enfermedad y el sufrimiento provendrían del interior de la persona (García, 2017). De acuerdo, a la teoría de los humores la salud del cuerpo y el alma dependía del balance de los cuatro humores: sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla, que posteriormente cobra fuerza cuando Galeno la utilizó para describir la disposición emocional y el comportamiento de la personas (García, 2017). A la sangre se la relaciona con el temperamento sanguíneo; la flema con el flemático, la bilis amarilla con el colérico; y la bilis negra con el melancólico. De esta forma, el temperamento melancólico se le identifica como una descripción de la depresión para la época.

Por años la melancolía describiría no solo un desbalance humoral, sino también, síntomas y de conductas consideradas bizarras. Para el siglo XVII Thomas Willis, considerado como el padre de la neurología, consideraba que la melancolía se daba por daños en el tejido cerebral que afecta las habilidades cognitivas (Telles-Correia y Marques, 2015. Citado en García, 2017). A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX el término melancolía es reemplazado por depresión. A partir de las investigaciones de psiquiatras y psicólogos, conjuntamente con la creación de El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM, por su siglas en inglés) y la Clasificación Internacional de enfermedades CIE-10, el concepto de depresión y su tratamiento fue ampliamente desarrollado durante este siglo, que hasta la actualidad se aplica técnicas creadas en aquella época.

1.1.2 Definición y generalidades de la depresión

La depresión es uno de los trastornos del ánimo que más afecta a la población en la actualidad, se calcula que aproximadamente afecta a más de 300 millones de personas en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2020). La OMS la define como: “un trastorno mental

frecuente, que se caracteriza por presencia de tristeza, pérdida del interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (Organización Mundial de la Salud, 2020). Esta, con el paso del tiempo llegaría a ser crónica, recurrente y en casos extremos llevar a la muerte. De la misma forma, la depresión iniciaría a cualquier edad y presentarse de diferentes maneras. Según Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), los jóvenes muestra principalmente sintomatología comportamental, mientras los adultos mayores presentan frecuentemente síntomas somáticos.

Dentro del área de la salud mental se considera a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se detecta a través de los signos y síntomas que se encuentran detallados dentro de los manuales de diagnóstico de trastornos mentales. De acuerdo a la American Psychiatric Association (2016), para determinar la depresión es necesario que la persona cumpla cinco o más de los siguientes síntomas la mayor parte del día, casi todos los días:

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

Por un periodo mínimo de dos semanas, estos generarían malestar clínicamente significativo y afectar a las actividades de la vida cotidiana. Asimismo, provoca un daño significativo a las relaciones sociales como participación en el área laboral y genera un impacto económico y social (Morales, 2017). Las personas que presentan depresión experimentan menor productividad, posibles conflictos en relaciones interpersonales y relaciones laborales.

1.1.3 Enfoque psicodinámico

A lo largo de los años se ha hablado sobre la depresión, médicos, psiquiatras y psicólogos se ha interesado en ella. Desde la perspectiva psicoanalítica la depresión es la tendencia al desfallecimiento, abatimiento, inhibición, inmovilidad, fijada en la tristeza y la ausencia de deseos. Freud en su trabajo, Duelo y Melancolía, aborda los efectos de la pérdida del objeto y el

duelo, en el cual el sujeto al no superar la pérdida sufre efectos depresivos (Freud, 2015). También, se menciona que, en Duelo y Melancolía el fenómeno depresivo se encontraría la pérdida del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, inhibición de la productividad y sentimientos de autorreproche y autodenigración; mientras que en el duelo el mundo se ha hecho pobre y vacío (Freud, 2015).

Igualmente, entre los primeros autores en describir el modelo de depresión está Karl Abraham, quien realizó una construcción sistemática para describir el modelo de depresión, la relacionó con la ambivalencia amor-odio, la búsqueda de amor bloqueada por sentimientos de odio y la incapacidad de reconocer su propia hostilidad más los deseos destructivos existentes inconscientes (Aguirre, 2012, citado en Martín 2016).

Para los autores psicodinámicos posteriores se trataba de la incapacidad de superar la pérdida del objeto amado, donde se veía una relación de dependencia emocional. La pérdida de un objeto amado por separación, muerte o rechazo, se es más sensible a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria, estas pérdidas tempranas han hecho que el autoestima, autovaloración y afecto dependan de la aprobación del otro y genere incapacidad de superar la frustración (Valentí Bejarano, 2017). Es decir, la depresión se daría por la incapacidad de manejar la pérdida.

Para Grinberg (1976), la depresión es una expresión de conflicto de la personalidad, constituye una reacción básica del Yo del individuo, el Yo se encuentra paralizado porque se siente incapacitado para enfrentarse al peligro, el deseo de morir se superpone al deseo de vida, hay un sentimiento de impotencia a la incapacidad de enfrentar al peligro. Esto lo acerca más al thanos que al eros. Igualmente, la depresión se manifiesta por apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza, acompañados por sentimientos de culpa que suelen ser la causa, estos provienen de ataques reales o fantaseados que realiza el Yo contra los demás y como consecuencia de experiencias pasadas (Grinberg, 1976).

En cambio, Engel postula la existencia de la "depresión-retirada", una especie de evitación de la pérdida en donde se utiliza mecanismos como: negación, incorporación, introyección, proyección e identificación, etc., para mantener el autoestima del yo y la ilusión de que la pérdida no es significativa o podría reemplazarla, su actitud típica es la renuncia que como consecuencia

presenta desesperanza y desamparo o falta de ayuda (citado Palancar, 2017). Para evitar confrontar la pérdida se engaña a sí mismo sobre que el objeto no es significativo o lo reemplaza.

Rubinfine (1968) señala que, el efecto depresivo, es la señal de que una determinada aspiración u objetivo es peligroso no solo porque es prohibido sino porque no es alcanzable y hay una certeza de fracaso, también, considera que sería una señal de alarma al Yo contra los estados depresivos más severos y profundos (citado en Grinberg, 1976). La aspiración a lo considerado inalcanzable y la certeza de fracaso es la causa del efecto depresivo. Asimismo, para Lewin (1981), la depresión se aplica a un conjunto de elementos como: la agresión contra sí mismo, la regresión oral narcisista, la tensión entre el Yo y el Superyó, la considera como un señal de conflicto, en donde el depresivo lucha por preservar su regresión narcisista, el deseo narcisista latente de seguir durmiendo sobre el pecho de la madre es impedido por la interferencia de una tendencia que procura despertarlo (citado en Grinberg, 1976).

En cuanto a Bibring, la depresión parte de la primariamente de la tensión dentro del Yo mismo, como el correlativo emocional de un colapso parcial o completo de la autoestima del Yo, puesto que se siente incapaz de vivir a la altura de sus aspiraciones (Yo ideal, Superyó) mientras éstas son fuertemente mantenidas, representa al Yo en término de desamparo e inhibición de las funciones que lo implica al Yo como abandonado a la muerte (Grinberg, 1976, Palancar, 2017). La incapacidad de que el Yo alcance su Yo ideal genera tensión y por ende da paso a un Yo paralizado sin esperanza que espera a la muerte.

Para Rudolf (2019), la depresión refiere que la perturbación se encuentra en conflictos nucleares básicos de la personalidad y a la vulnerabilidad ante ciertos eventos estresantes, esta se relacione con factores específicos consistentes en padecimientos tempranos. Se trata del ajuste entre las necesidades individuales del niño muy pequeño y las posibilidades o limitaciones individuales y situacionales de sus cuidadores adultos.

Para Bertholet hay dos características de las depresiones: tristeza e inhibición, acompañadas por desgano, abatimiento, aislamiento, desesperanza, dolor, decepción, autocrítica ubicarla en relación con el yo y sus vasallajes: mundo exterior; ello; superyó (citado en Tamayo Arango, J. 2019). Asimismo, para Lacan tristeza es la “cobardía moral”, traición a sí mismo, por no reconocerse en el inconsciente, consecuencia de no-querer saber, del horror a la verdad, la

separación violenta del significativo ideal encarnado en algo o alguien es insoportable y el sujeto queda sumergido en una falta de respuesta que implica la depresión (Bertholet, 2012, Tamayo Arango, J. 2019).

1.1.4 La depresión desde el enfoque conductivo-conductual

Desde la perspectiva cognitiva se encuentra Beck, quien alejado del modelo psicoanalista puesto que lo consideraba largo y no lograba obtener resultados eficaces, propone un nuevo método de tratamiento para la depresión. Según Beck, los trastornos son un producto de alteraciones de los componentes cognitivos, comportamentales y emocionales, cuales están disponibles en los esquemas negativos que envuelven creencias, actitudes y suposiciones acerca de sí mismo, los demás y el mundo, y que predisponen a distintos tipos de alteraciones (Gonzalez , Barreto, & Salamanca , 2017). Una perspectiva negativa sobre sí mismo, percepción de un entorno peligroso y considera al futuro como desalentador.

Igualmente, Ellis con la TREC explica la depresión desde el modelo A, B, C. Este se considera como un marco referencial donde se conceptualizaría el problema (Ccasa, Echnique, & Zarate, 2017). Considera que: A como acontecimiento activador; B pensamiento irracional; y C consecuencia emocional. Esto se observa en la siguiente figura (*ver Figura 1.1*):

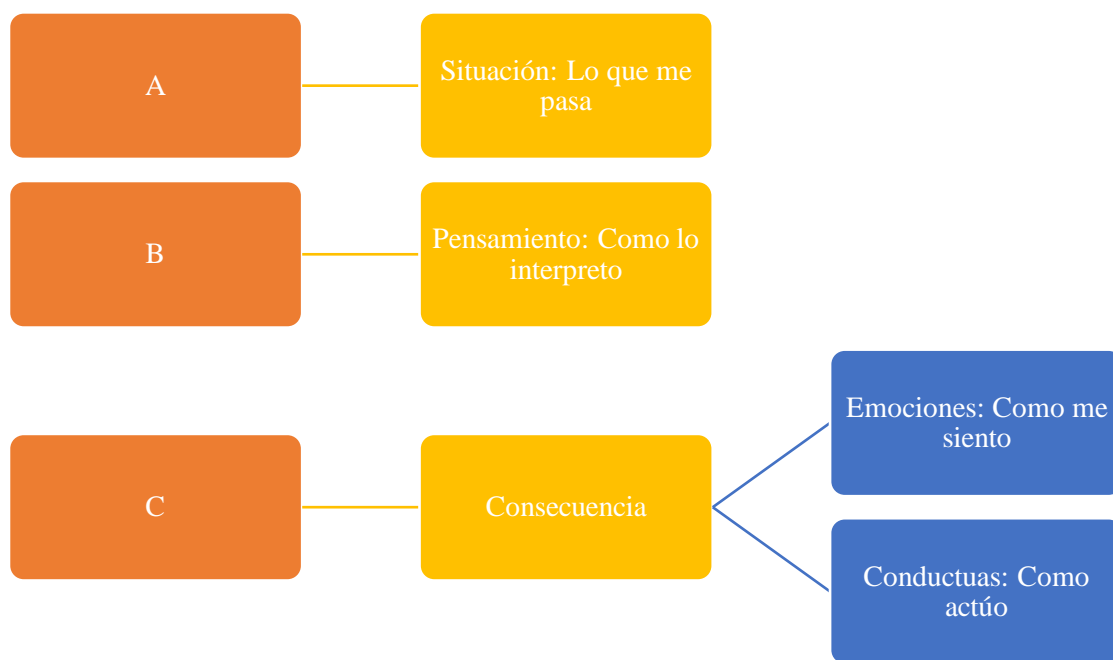


Figura 1.1. El A-B-C de la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis. Elaboración propia

Como se observa, se presenta un acontecimiento activador, este genera un pensamiento irracional que a su vez genera consecuencias emocionales.

1.1.5 Criterios Diagnósticos

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM – V, el trastorno depresivo se caracteriza por presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la funcionalidad del individuo (American Psychiatric Association, 2014, p. 155). La sintomatología esta presente por un período de dos semanas y presentar un malestar significativo. Los criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-V, que se observa en la figura que se presenta a continuación (ver *Figura 1.2*).

Criterios diagnósticos del DSM-V	Estado de ánimo deprimido
	Disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades
	Pérdida importante de peso o aumento de peso
	Insomnio o hipersomnia
	Agitación o retraso psicomotor
	Fatiga o pérdida de energía
	Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva e inapropiada
	Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones
	Pensamientos recurrentes de muerte, ideas suicidas recurrentes
	Intento suicida

Figura 1.2 Criterios diagnósticos DSM-V. Elaboración propia

Los criterios diagnósticos que plantea el DSM – V indican que se estaría presente ánimo deprimido la mayor parte del día de casi cada día, fatiga alteraciones del sueño, alteraciones psicomotoras y la presencia de culpa. Por otra parte, el cuadro depresivo se divide en leve, moderado o grave. Este es leve si pocos o ningún síntoma presente, la intensidad de los síntomas causa un malestar manejable y producen poco deterioro del funcionamiento social o laboral. Mientras que el moderado presenta cuatro o más síntomas y presenta grandes dificultades para continuar con sus actividades diarias, y el grave con presenta varios de los síntomas ya descritos marcados, la intensidad de los síntomas causa gran malestar, no es manejable e interfiere notablemente en el funcionamiento social y laboral (American Psychiatric Association, 2014, p. 188).

De igual manera, la clasificación de acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (2017), hay varios tipos de depresión en los adultos mayores, que entre las mas comunes se encuentran :

- Depresión grave o mayor: muestra síntomas graves que interfieren con la capacidad laboral, de dormir, concentrarse, comer y disfrutar.
- Trastorno depresivo persistente (distimia): síntomas depresivos con una intensidad menor a la grave pero de larga duración (por lo menos dos años)
- Depresión menor: sintomatología de intensidad menor al grave o al trastorno depresivo persistente y de corta duración.

La depresión varia de una persona a otra, sin embargo, es posible encontrar sintomatología común que permita identificar el padecimiento del trastorno por un lapso de tiempo. Esta afecta en diferentes formas los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas, interfiere con actividades de la vida cotidiana como el trabajo, estudio y las relaciones interpersonales. De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (2017), en la depresión se presentan muchos síntomas entre ellos se encuentra (ver *figura 1.3*):

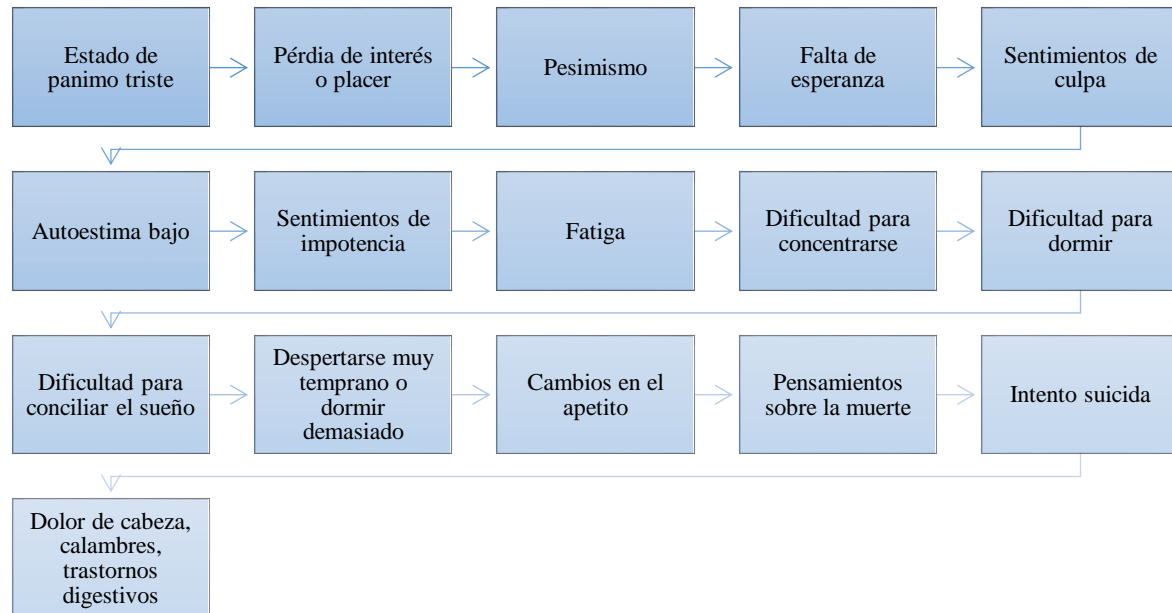


Figura 1.3. Síntomas de la depresión. Fuente (Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, 2017)

1.1.6 Depresión en adultos mayores

Con el paso de los años los seres humanos atraviesan por múltiples cambios, la jubilación, estrés, soledad, enfermedades y la pérdida de seres queridos, todo esto sumado a una sociedad menos tolerante afecta su salud mental. De acuerdo a Calderón (2018), el adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, la depresión en esta población tiene características especiales pues las personas mayores de 65 años tienen factores propios como: las enfermedades, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. Se la considera producto de múltiples factores que no cuenta con una red de apoyo adecuada.

Igualmente, la depresión geriátrica afecta a un número considerable de adultos mayores, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el 25% de la población mayor de 60 años padece de algún trastorno mental, la depresión como el más frecuente (Lorenzo Diaz, 2020). De la misma forma, para Kok & Reynolds (2017), entre el 10% y el 15% de los adultos mayores presenta síntomas depresivo significativos. Los cambios físicos, sociales y emocionales, las pérdidas, enfermedades e incluso la pérdida de las propias capacidades y habilidades genera estrés, causa diferentes reacciones en el adulto mayor e incluso llevar a la depresión.

Además, de los cambios biopsicosociales que se observan en la adultez tardía, se suma la vulnerabilidad ante las agresiones del medio y la falta de tolerancia a sus gustos, aspiraciones o intereses que causará alteraciones de su estado emocional (Lorenzo Diaz, 2020). Las condiciones de convivencia no solo en la familia, sino también, en la sociedad y la incapacidad de manejarlos causarían malestar significativo.

Esta no se presenta de la misma forma en adultos mayores que en los jóvenes, con mayor frecuencia la población anciana suele referir cuadro depresivos a través de síntomas físicos (Calderon, 2018). Además, presentarse con múltiples síntomas somáticos, dolencias médicas nuevas o exacerbaciones de síntomas cardiopulmonares, gastrointestinales, dolores articulares, deterioro funcional, fatiga, insomnio, alteraciones del apetito, entre otros frecuencia la población anciana suele referir cuadro depresivos a través de síntomas físicos (Calderon, 2018). Esto indica que el diagnóstico sería minucioso y estrictamente clínico, se apega a los manuales diagnóstico.

La depresión en la población geriátrica se ha tomado como normativa, es decir, que considera como parte del proceso del envejecimiento. Por lo que, al ser una de las enfermedades mentales más comunes no se detecta a tiempo y no se trata, una de las causas es que se presume que envejecer está ligado a la depresión (Solórzano Soto & Torres Manzanares, 2020).

1.2 Adultez Tardía

1.2.1 Conceptos generales de la Adultez tardía

En los últimos años la esperanza de vida ha incrementado en los últimos años, de acuerdo a la OMS (2020), alrededor de 124 millones de personas tienen 80 años o más. De igual manera, en Ecuador se estima que el 7% de la población es mayor de 65 años (Calderón, 2018). En esta población se considera que su crecimiento poblacional solo irá en aumento.

La adultez tardía, tercera edad o vejez se considera a partir de los 65 años y comprende el inicio de la etapa final del ciclo de la vida. El término vejez proviene del latín *veclus-vetulus*, que significa persona de mucha edad (Pinillos Patiño & Quinteros Cruz, 2017). De igual manera, el envejecimiento se entiende como la suma de todos los cambios que se producen con el tiempo y que conducen al deterioro funcional y a la muerte” (Salazar-Barajas, y otros, 2020). Es decir, una etapa del ciclo natural de la vida que todos los seres humanos experimentamos.

Igualmente, la Enciclopedia Británica lo define como el cambio gradual de un organismo que conduce a un riesgo de vulnerabilidad, pérdida de energía, enfermedad y muerte, mientras que para el Oxford English Dictionary lo considera como el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo (Salazar-Barajas, y otros, 2020).

1.2.2 Tipos de envejecimientos

El envejecimiento es un proceso natural, se lo considera multifactorial y de acuerdo a la cultura se define ya sea por condiciones físicas, psicológicas o cronológicas. La sociedad tiende a

definirla en términos de edad cronológica para conveniencias estadísticas y establecer marcas para cada una de las etapas de la vida, entre tanto que existen sociedades en las que la vejez está determinada por las condiciones mentales y físicas más que por las condiciones cronológicas (Pinillos Patiño & Quinteros Cruz, 2017).

Los tipos de envejecimiento se diferencian en dos: el primario y el secundario. De acuerdo a Papalia & Matorrell (2017), el envejecimiento primario es un proceso gradual de deterioro corporal que inicia a una edad temprana y no se detiene; mientras que el envejecimiento secundario es el resultado de la enfermedad, el abuso y la inactividad física (Papalia & Matorrell, 2017). Por otra parte, según Caballero (2010), el envejecimiento patológico es la incidencia de la enfermedad lo que altera los diversos parámetros e impide su adaptación y afecta la capacidad funcional orgánica que transforma el proceso fisiológico natural a patológico (Citado en Parra 2017). Asimismo, desde un punto de vista neurológico el envejecimiento es normal y patológico. El primero no presenta deterioro o enfermedades neurodegenerativas, mientras que el segundo trae consigo la pérdida de funcionalidad y autonomía lo que genera un estado de dependencia (Juanas & Rodríguez, 2019).

1.2.3 Cambios en la adultez tardía

La disminución de energía, vitalidad, deterioro físico y de las funciones mentales son varios de los factores que usualmente se usan para describir la etapa de la adultez tardía, pues esta se asocia a la pérdida de habilidades, capacidades y la enfermedad. Se considera un proceso de cambios y alteraciones físicas, cognitivas y psicosociales.

1.2.3.1 Cambios físicos y biológicos

Los cambios físicos y biológicos son los más notorios, se aprecia desde el encanecimiento del cabello, las arrugas en la piel o la disminución de la estatura. De la misma forma ocurre a nivel de los sistemas y órganos. Según Papalia & Matorrell (2017), los signos físicos del envejecimiento son más evidentes en algunas personas que en otras, la piel pierde elasticidad y color, se reduce la grasa muscular, y la estatura se reduce a medida que se atrofian los discos intervertebrales (p. 549). Estos se observan claramente, pero hay otros que afectan el funcionamiento orgánico.

Igualmente, el deterioro del sistema nervioso provoca lentitud de movimiento y pérdida de los actos reflejos, reducción del rango de movimiento, a nivel muscular presenta disminución del tono y la capacidad de elasticidad (González Bernal & de la Fuente Anuncibay, 2017). Asimismo, la adultez en algún momento sufrirá una degeneración de habilidades perceptivo-motrices (estructuración espacial y temporal, lateralización, somatognosia, ritmo, etc.) al equilibrio y la tonicidad (González Bernal & de la Fuente Anuncibay, 2017). Estos aumentan el riesgo de sufrir accidentes y disminuyen la capacidad para realizar actividades tanto profesionales como de la vida cotidiana.

En relación al sistema cardiovascular, se reduce de la respuesta fisiológica del corazón al ejercicio, aumento de la presión arterial así como el endurecimiento de las arterias, lo que incrementa el riesgo de enfermedades cardíacas. De acuerdo, a Pinillos Patiño & Quinteros Cruz (2017), “estos son las principales características del envejecimiento en este sistema”(p.37). Por otra parte, el sistema inmunológico se debilita, mientras que en el digestivo disminuye el gusto y el reflejo de tragar, y en cuanto al sistema urinario aumenta la posibilidad de la incontinencia urinaria (González Bernal & de la Fuente Anuncibay, 2017). De igual manera, se produce un déficit sensorial, tanto la audición como la vista se ven afectados. Los ojos son más sensibles a la luz y resulta difícil leer o localizar señales, mientras que disminuye la capacidad auditiva significativamente (Papalia & Matorrell, 2017).

En cuanto al área sexual sufre cambios, la función reproductora gradualmente disminuye y estos son diferentes entre hombres como mujeres. En la mujer los genitales reducen su tamaño, hay pérdida de vello púbico y secreción vaginal, la vagina se estrecha y disminuye la producción de estrógenos y progesterona (Mejía Méndez, Cantarero Pleitez, Romero, & Miranda Baquedano., 2019). Los cambios son hormonales y físicos que se presentan en la mujer se expone a infecciones y generar inseguridad. En cambio, en los hombres hay pérdida de vello púbico y reducción de tamaño de los testículos, disminuye la capacidad de respuesta sexual al igual que la testosterona. Por lo que, la función reproductora disminuye (Mejía Méndez, Cantarero Pleitez, Romero, & Miranda Baquedano., 2019).

1.2.3.2 Cambios cognitivos

El envejecimiento conlleva cambios en los sistemas tanto anatómicos como funcionales. Los cambios cognitivos en la etapa de la adultez tardía se relacionan con procesos como la atención, la memoria, percepción, orientación y tiempo de reacción. Estas modificaciones en los procesos cognitivos aumentan los problemas de razonamiento y llegarían a producir pérdidas de memoria y otras funciones cognitivas. (González Bernal & de la Fuente Anuncibay, 2017).

En relación a la memoria se ha encontrado disminución en la capacidad de retención de información. La capacidad de retener información sin manipulación por períodos cortos de tiempo (memoria de corto plazo) muestra un mínimo de la memoria de trabajo (un constructo entre memoria de corto plazo, atención y concentración) se encuentra afectada, y la memoria de largo plazo, la memoria semántica (memoria a largo plazo asociada al conocimiento) tiende a mantenerse conservada durante el envejecimiento, mientras que la memoria episódica (memoria a largo plazo asociada a lo vivido y su contexto) está disminuida (Salech, Jaral, & Michea, 2012). Por otra parte, se ha encontrado dificultad para mantener el foco atencional o cambiarlo. La disminución en atención, especialmente la capacidad para mantener una adecuada focalización (atención selectiva) o llevar a cabo tareas de atención divididas (Figuroa Saavedra, Lagos Hernández, & García Domínguez, , 2017).

Dentro del proceso de pensamiento debido a que el funcionamiento del sistema de nervioso es más lento, esta afectará la velocidad de procesamiento de la información. Las deficiencias en el procesamiento de la información, la capacidad para resolver nuevas situaciones se relaciona a la acumulación de experiencias y conocimientos adquiridos durante toda la vida que con el pasar de los años disminuye (Rubio Herrera, y otros, 2011, citado en Cabrera Macias, Alonso Remedios, López González, & López Cabrera, 2017)

1.2.3.3 Cambio psicosociales

En cuanto a los cambios psicosociales que el adulto mayor se enfrenta a un nuevo rol, aceptar los cambios físicos y otros aspectos sociales como la jubilación. Este estará afectada por la concepción negativa de la vejez, que le genera exclusión por parte de la sociedad que al percibir dicha exclusión social pierde el rol que desempeñaba dentro de su círculo y generar una crisis del

desarrollo acompañada por una serie de preocupaciones que exigen un alto nivel de adaptación por su parte (González Bernal & de la Fuente Anuncibay, 2017).

En esta etapa el adulto mayor se enfrenta a la predisposición a la tristeza, la melancolía y a la depresión son aspectos relacionados con la vejez, estos están relacionados con los aspectos físicos debido a la pérdida de autonomía y/o a los aspectos sociales (jubilación, pérdida de seres queridos, miedo a la enfermedad y a la muerte, etc.) y como consecuencia se produce un mayor aislamiento social (González Bernal & de la Fuente Anuncibay, 2017). Su capacidad de manejar estos aspectos le permite adaptarse de manera saludable, o por el contrario, la sufrirá.

Dentro de esta etapa surge una especie de crisis. La vejez se entiende según Erikson como un período de vida en el que la principal tarea consiste en buscar el equilibrio entre la integridad del yo y un cierto sentido de desesperación, cuando se logre resolver este conflicto se alcanzará la sabiduría (Papalia & Matorrell, 2017). Esta es la última crisis del ciclo vital en donde la integración del yo permite encontrar satisfacción y sentido de vida, mientras que la desesperanza es por el poco tiempo que queda es insuficiente para cambiar o tomar otras decisiones o compensar lo perdido. Algunas personas desarrollan un sentimiento de orgullo y satisfacción respecto a su vida pasada, mientras que otras se sienten mal, sienten que les queda poco tiempo, muy poco para empezar una nueva vida y comenzar caminos alternativos para compensar lo perdido (Rubio Herrera, y otros, 2011, citado en Lacub & Sabatini, 2018).

1.2.4 Preocupaciones

La preocupación se considera un proceso usual en la vida cotidiana, la preocupación excesiva llegaría a ser patológica. De acuerdo a Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree (1983), la preocupación es una cadena de pensamientos o actividad lingüística verbal e imágenes (aunque más bien las primeras) cargados de afecto negativo y relativamente incontrolables, el proceso de preocupación representa un intento de solución mental de problemas sobre un tema cuyo resultado es incierto, está muy relacionada con el proceso del miedo (Citado en González, Ibáñez , & Barrera, 2017). Estas normalmente se concentra en el futuro, en evitar situaciones peligrosas y amenazante. Las preocupaciones tienden a centrarse en eventos futuros y en posibles amenazas, evitación del contenido amenazante, preocupación es un factor de riesgo y de mantenimiento para la depresión y ansiedad (González, Ibáñez , & Barrera, 2017).

Igualmente en su extremo las preocupaciones llegarían a ser patológicas, generar malestar e impedir la resolución efectiva de problemas. La evidencia empírica sugiere que se conceptualizaría la preocupación como un continuo que en su polo patológico se vincularía a ansiedad elevada, malestar emocional o baja efectividad en resolver problemas cotidianos (Erik Hedman-Lagerlöf, Peter Tyrer, John Hague, et al, 2019). Además, que estas usualmente se refieren a situación económica, salud y familia. Los contenidos de preocupación más frecuentes se refieren a la familia, a la salud tanto propia como de las personas cercanas (Erik Hedman-Lagerlöf, Peter Tyrer, John Hague, et al, 2019).

De la misma manera, para Rodin y Timko (1992), las personas mayores son particularmente sensibles a la ansiedad relacionada con la salud o con cualquier situación vital que puede potencialmente generar alguna pérdida en su control real o percibido sobre su propia vida y circunstancias vitales, lo que explicaría la importancia de las preocupaciones por la salud en esta edad (Erik Hedman-Lagerlöf, Peter Tyrer, John Hague, et al, 2019). Es decir, que la preocupación por la salud es normativa en esta etapa de la vida.

1.2.5 Pérdidas

Con el pasar del tiempo las personas experimentan pérdidas, no todos lo experimentan de la misma forma. Para Papalia & Matorrell (2015), las pérdidas serían del cónyuge, de relaciones y roles sociales y del empleo, el descenso en los ingresos, la movilidad, la salud física y la pérdida de oportunidades para desempeñar un trabajo significativo y con reconocimiento (p.464). Estas afectarán significativamente al adulto mayor si tiene dificultad para afrontarlas.

Si se habla de pérdidas generalmente se refiera a la del cónyuge, sin embargo, se encuentran las pérdidas material, pérdida de habilidades o capacidades y amistades que lo dejarían en un estado de vulnerabilidad emocional y social. Con la edad se dan pérdidas en los recursos sociales y personales, las cuales pondrían a los adultos mayores en riesgo de aislamiento y soledad, y afectar de manera negativa su calidad de vida (Quintero-Echeverri, Henao-Villa, Cardona-Jiménez, & Villamil-Gallego, 2018).

Rivera-Ledesma & Montero-López (2008), menciona que la estructura de pérdidas se define como el conjunto de objetos significativos (susceptibles de ser agrupados en diferentes clases de pérdidas), percibidos bajo amenaza de ser perdidos, efectivamente perdidos, o cuya pertenencia

es insegura o ambigua en una etapa determinada de la vida, y cuya influencia continúa define las cogniciones, afectos y conductas ante ella (Sandoval-Carlos , García Sánchez, & Luis Delgado, 2019). De la misma forma, son capaces de ocasionar enfermedad. Por ello, Baltes, Lindenberger y Staudinger categorizan las pérdidas en las siguientes cinco áreas (Sandoval-Carlos , García Sánchez, & Luis Delgado, 2019):

- El cuerpo: Dificultades en la funcionalidad física (disminución de la fuerza o el vigor).
- Las relaciones objetales (sociales): Todos los vínculos que ya no se tienen en la realidad o en la fantasía y que no hay posibilidad de reemplazar.
- El ser para el mundo: Los roles derivados del trabajo que permiten a la persona sentirse útil y productiva para la sociedad y que se pierden con la jubilación.
- El ser en el mundo: Como resultado de la misma pérdida del “ser para el mundo”, el contexto actual comienza a perder significado, pues la sociedad actual se vuelve cada vez más distinta de la que conoció en su pasado debido al avance tecnológico, por lo que la persona se siente en ocasiones “fuera de época”.
- La identidad: A consecuencia de las pérdidas anteriores, la persona se percata de que tiene que reestructurar la meta o el ideal de sí misma que quería alcanzar; es por ello que a veces le resulta más sencillo refugiarse en la persona que fue y en sus logros del pasado.

1.2.6 Duelo

El duelo se considera un proceso normativo posterior a la pérdida, la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor, por lo que no se considera estado ni un momento estático, es un proceso que se vive frente a una muerte o a una pérdida (Romero y Cruzado, 2016). Sin embargo, este se refiere a los cambios que se dan en esta etapa, desde que el adulto mayor pierde la capacidad para realizar alguna labor o tarea, el proceso de duelo se vivencia con la misma intensidad que si sufriera la muerte de un ser querido; esto tiene que ver con el proceso adaptativo, la personalidad y la formación a lo largo de la vida (Guerrero Castañeda, Castañeda Flores, Jiménez González, & Oliva Menezes, 2019).

El duelo sigue un proceso que se considera natural y posterior a la pérdida, las etapas pueden no seguir un orden, la persona iría de una etapa a otra, volver a la anterior o perdurar en una de ellas,

según Vasconcelos, Dutra y Oliveira, (2013); Bregman, (2017); Neimeyer & Smigelsky, (2018) estas son:

- Negación: La persona reacciona en forma defensiva, hay una “no aceptación” de la pérdida, renegar de la idea.
- Ira o Enojo: El paciente se rebela contra la realidad, en este estado le inunda de enojo y rencor, rebelión, envidia y resentimiento; a veces se necesita de esta fase para poder aceptar esta condición. La persona puede culparse a sí misma, culpar a otros, incluso culpar a su ser supremo o Dios.
- Pacto o Negociación: La persona asume su condición, aparece una etapa de tratar de negociar con el tiempo (Worden, 2018)
- Depresión: Este sentimiento aparece cuando se adquiere conciencia de que todas las fases fracasan y que la enfermedad sigue su curso hacia el final.
- Aceptación: La aceptación conlleva que la persona abra sus puertas a la acción para ser feliz, aunque la realidad es la única que existe, la persona en aceptación le encuentra un significado relevante a su vivencia, ha aprendido de lo que ha vivido y elige cómo ser feliz día a día.

Aunque se considera al duelo como característico de esta etapa, este llegaría intensificarse y mantenerse por varios años lo que conlleva a ser complicado o incluso patológico. Cuando no se da el periodo de adaptación, elaboración y reorganización en el duelo, se mantiene el dolor-sufrimiento y se da el denominado duelo complicado (Gamba-Collazos, & Navia, 2017). Worden (2004), indica que se clasifica al duelo complicado en cuatro categorías (Citado en (Gamba-Collazos, & Navia, 2017):

- Duelo crónico: la persona mantiene el duelo por varios años conscientemente y no logra resolverlo por sí misma
- Duelo retrasado: la experiencia emocional aunque haya aparecido en un inicio, no ha sido suficiente para elaborar la pérdida
- Duelo exagerado: en el que las respuestas se caracterizan por ser exageradas y conscientes, les incapacita para llevar el día a día, y desencadenaría una depresión clínica

- Duelo enmascarado: en donde las respuestas, que causan malestar, no son reconocidas como reacciones de duelo, la persona en duelo no es consciente del este, y estuviera ausente

Por otra parte, el proceso de duelo puede detenerse en una de las etapas y llegar a ser crónico. De acuerdo al modelo de Payás, las personas detendrían el proceso del duelo en la etapa de evitación y negación desarrollándose un duelo crónico evitativo o ausente (Gamba-Collazos, & Navia, 2017).

1.2.7 Salud en el adulto mayor

Generalmente la salud se considera la ausencia de enfermedad, sin embargo, esta se refiere más a bienestar físico, mental y social. Para el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Plan nacional de personas adultas mayores de Perú - PLANPAM (2013-2017) la salud en el adulto mayor es el aumento bienestar físico, psíquico y social que se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios socio-sanitarios, la garantía de una asistencia, la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad (Citado Varela Pinedo, 2016).

Para evaluar la salud se considera el nivel de funcionalidad e independencia, “la salud del anciano, como mejor se mide, es en términos de función” (Laguado Jaimes, Camargo Hernández, Campo Torregroza, & Martín Carbonell, 2017). Es decir, que la capacidad que tenga para realizar alguna actividad sin ayuda indica el nivel de funcionalidad. “La capacidad funcional es la competencia que tiene una persona para realizar actividades de la vida diaria sin la necesidad de supervisión o de ayuda” (Paredes Arturo, Yarce Pinzón, & Aguirre Acevedo, 2017, p. 116). Por lo tanto es uno de los indicadores del estado de salud en el adulto mayor.

Por otra parte, la salud en la vejez implica tanto salud física como mental, la capacidad para ejecutar actividades normales, cotidianas, y mantener recursos tanto económicos como sociales. Esto se refiere al conjunto de capacidades que permiten a una persona moverse en su entorno, realizar tareas físicas necesarias para su autocuidado y aquellas que le permitan mantener su independencia (Calderon, 2018).

Estudios acerca del significado de salud en adultos mayores han encontrado que esta se relacionada con aspectos físicos como el no estar enfermo, no tener dolor y valerse por sí mismo,

pero también, con aspectos económicos como tener dinero, trabajar y estar pensionado (Vargas-Santillán, et al, 2017). De acuerdo a este estudio realizado México, los significados de la salud que expresaron los adultos mayores estudiados a partir de sus vivencias dieron lugar a tres categorías: “poder hacer”, “estar bien con la familia” y “no tener dolor y enfermedad”, que se traduciría como la capacidad de hacer algo por sí solo, ausencia de síntomas y la conexión con los otros (Vargas-Santillán, et al, 2017).

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Metodología de la investigación

El presente proyecto de investigación se utilizó el paradigma post-positivista no experimental, con un enfoque de modalidad cuantitativa, con un alcance descriptivo, correlacional y de corte transversal, el cual se detalla a continuación.

2.2 Paradigma

El paradigma post-positivista indica que el conocimiento no es absoluto, se conoce la realidad en forma imperfecta debido a los mecanismos intelectuales y de percepción del ser humano, el investigador formaría parte del fenómeno de interés y el objeto de estudio influencia al investigador y viceversa (Ramos, 2015). Por lo que, la presente investigación busca responder a la pregunta científica desde una perspectiva cuantitativa que se apoya en la revisión bibliográfica y la observación. Además, la teoría que sustenta la investigación influye en esta y se la considera como una postura reflexiva que acepta sus limitaciones al considerar que los resultados que arroje son probablemente verdaderos (Ramos, 2015). En la presente investigación, se busca determinar si hay relación entre la depresión y la preocupación por la salud, por lo que los resultados son considerados circunstanciales y estos varían de acuerdo a la realidad de cada individuo, por esta razón, no se conocerán totalmente.

2.3 Nivel

El nivel en el que se basa la presente investigación es no experimental, puesto que, no hay manipulación de variables, se observa a los fenómenos vinculados con el sujeto de estudio sin intervenir. Por lo cual, no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza (Hérmendez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014). Se analiza la depresión y su relación con la preocupación por la enfermedad en un punto de tiempo. Por lo que, el eje es transversal – descriptivo. Transversal, debido a que, se da la recolección de datos se realiza en un momento determinado; y descriptivo, puesto que se puntualizan y describen las características esenciales de las variables.

2.4 Modalidad

La modalidad que se emplea es cuantitativa debido a que se realiza un proceso secuencial, se da la recolección de información, el análisis por medios estadísticos y se observa si se cumple con el objetivo de estudio. El enfoque cuantitativo utiliza la medición numérica y el análisis estadístico para comprobar la hipótesis y establecer patrones de comportamiento (Hernández, Fernández, & Baptista, 2015). Es decir, busca cuantificar la información para obtener por medio del análisis los resultados. Por lo que, se emplean instrumentos de evaluación que permite obtener datos cuantificados que facilita su análisis.

2.5 Alcance

El presente proyecto de investigación tiene un alcance exploratorio, descriptivo y correlacional con un corte transversal. El alcance exploratorio es debido a que el tema de investigación es poco estudiado o conocido. De acuerdo a Hernández, Fernández, & Baptista (2015), los estudio exploratorios sirve para familiarizarse con los fenómenos, obtener información, identificar conceptos o variables y establecer prioridades. Lo que me permite obtener información a profundidad sobre la depresión en el adulto mayor, y la preocupación por la salud en esta etapa de la vida. Tener un criterio más objetivo y plantearse la estructura de proceso posterior a la revisión de la literatura sobre el tema.

De igual manera, se encuentra también, el alcance descriptivo porque se necesita especificar las características, los resultados, la población que se va a utilizar dentro de la investigación o cualquier otro fenómeno que sea objeto de estudio. A partir de los datos obtenidos busca especificar propiedades, características y tendencias de un grupo o población (Hernández, Fernández, & Baptista, 2015). Se detalla los aspectos más relevantes de las variables que son objeto de estudio, se recoge información sobre la depresión y preocupación por la salud, en el grupo poblacional son los adultos mayores que asisten a consulta externa en el Hospiesaj se busca determinar sus características propias y tendencias grupales que se cuantifican por medio de las herramientas de medición. Por lo que se obtiene resultados producto del análisis conjuntamente con el de las evaluaciones de los instrumento de medición.

En cuanto al alcance correlacional tiene como objetivo identificar si hay una relación o el grado de relación entre las variables: depresión y preocupación por la salud. Su finalidad principal es intentar predecir el valor aproximado o grado de asociación que tiene un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en las variables relacionadas (Hernández et al., 2015). Por lo que, por medio de los resultados se determina si hay relación a través del análisis estadístico de correlación de Pearson entre la depresión y la preocupación por la salud en el adulto mayor, y si la hay determinar si es positiva o negativa.

2.6 Corte temporal de la investigación

Debido a la temporalidad de la investigación, el corte que se utiliza es transversal, en un determinado punto de tiempo se evalúa el fenómeno. Esta tiene como objetivo primordial identificar la frecuencia de una condición o enfermedad en la población estudiada, el investigador realiza una sola medición de la o las variables en cada individuo (Rodríguez & Mendivelso, 2018). Por ello, la evaluación y medición se da en un solo período de tiempo.

2.7 Herramientas

Los instrumentos que se utilizan principalmente son técnicas psicométricas. En la presente investigación son: Ficha Sociodemográfica, Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Salud SF-36 versión española y Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI).

2.7.1 Ficha Sociodemográfica

La ficha sociodemográfica contiene variables como edad, sexo, estado civil, grado de escolaridad; tiempo, datos familiares, ocupación actual y actividades extras, antecedentes médicos, percepción de salud, síntomas, problemas de salud, medicación. La ficha está basada en la ficha Ad Hoc de Recolección Sociodemográfica de Katerine Urrutia que se encuentra en el Anexo 2 de la Tesis: Severidad del Deterioro Cognitivo de los Adultos Mayores que Asisten a Centro Geriátrico de la Ciudad de Ambato. Análisis en Función a la Edad y el Sexo.

2.7.2 Inventario de Depresión de Beck

La versión original de 1961 de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, esta ha sido adaptada varias veces, cuenta con traducciones castellanas validadas en España para todas sus versiones

hasta la versión más reciente de 1996 o segunda edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), adaptada por Sanz, Navarro y Vázquez (Sanz & García-Vera, 2013). Esta fue desarrollado para ofrecer una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión y el objetivo del instrumento es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad (Sanz & García-Vera, 2013). Tiene un coeficiente de Cronbach que oscila de 0,87-0,90 que depende de la población en la cual es aplicada. Tiene una sensibilidad y especificidad mayor al 80% que varía de acuerdo a los puntos de corte que se utilicen.

Es un instrumento de auto informe de 21 ítems, cada uno de sus ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63 (Beck & Brown, 2006). Por otra parte, en un estudio realizado en Lima-Perú, se encontró que el inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDIIA) para población limeña presenta una confiabilidad muy buena, puesto que los índices de consistencia interna estimados mediante el alpha de Cronbach ($\alpha = 0.878$), dos mitades o split half ($r = 0.799$, $p < 0.01$), el coeficiente de correlación pares y nones ($r = 0.803$; $p < 0.01$) y el coeficiente test retest que evalúa la estabilidad del instrumento ($r = 0.996$; $p < 0.01$), así como supera el valor crítico del punto de corte de 0.75 (Carranza Esteban, 2013)

El cuestionario autoaplicado evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos, su marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa (Beck & Brown, 2006). Además, que su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, son los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

2.7.2.1 Nivel de confiabilidad de Inventario de Depresión de Beck

El análisis de la fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck se establece mediante el coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach (α). La cual se efectúa con el total de la población a evaluar, con un total de 90 participantes (ver *tabla 2.1*).

Tabla 2.1*Análisis de fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,908	21

Nota: 90 observaciones.

2.7.3 Cuestionario de Salud SF-36 Versión española

Cuestionario de Salud SF-36. El SF-36 fue desarrollado durante el Medical Outcomes Study (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento (Alonso, 2003). Además, fue originalmente desarrollado para su uso en los Estados Unidos, el SF-36 ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of Life Assessment (Alonso, 2003).

A continuación, se presenta: los ítems que conforman la misma, la descripción de lo que se pretende cuantificar para determinar la calidad de vida y las puntuaciones máximas y mínimas posibles para cada uno, que sirven posteriormente para otorgar un porcentaje a cada dimensión (ver *tabla 2.2*)

Tabla 2.2*Distribución y Descripción de Dimensiones e ítems del Cuestionario de Salud SF36*

Dimensión	N.º de ítems	Puntuaciones	
		mínimas y máximas	Resumen del contenido
Función Física	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10-30	Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos, y los esfuerzos moderados e intensos.
Rol Físico	4 ^a + 4b + 4c +4d	4-8	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

Dolor Corporal	7 + 8	2-12	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
Salud General	1+11 ^a +11b + 11c +11d	5-25	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
Vitalidad	9 ^a + 9e+9g+9i	4-24	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
Función Social	6+10	2-10	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
Rol Emocional	5 ^a +5b+5c	3-6	Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
Salud Mental	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.

Fuente: *Institut Municipal d'Investigació Mèdica [IMIM-IMAS] (2015)*

Para la transformación de los puntajes en porcentaje se utiliza la fórmula proporcionada en el instructivo del *Institut Municipal d'Investigació Mèdica [IMIM-IMAS] (2015)*, los datos se utilizan los valores que se presentan en la siguiente figura (ver *figura 2.1*).

$$\text{Escala de transformación} = \left[\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación más baja posible}}{\text{Máximo puntaje por cada dimensión}} \right] * 100$$

Figura 2.1: *Institut Municipal d'Investigació Mèdica [IMIM-IMAS] (2015)*

2.7.3.1 Nivel Confiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 Versión española

El análisis de la fiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 Versión española se establece mediante el coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach (α). La cual se efectúa con el total de la población a evaluar, con un total de 90 participantes (ver *tabla 2.3*)

Tabla 2.3

Análisis de fiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 Versión española

Alfa de Cronbach	N de elementos
,689	36

Nota: 90 observaciones.

2.7.4 Cuestionario Breve de Calidad de Vida-CUBRECAVI

Breve cuestionario de calidad de vida fue creado por Fernández-Ballesteros y Zamarrón en 1996, En este instrumento la variable principal es la calidad de vida evaluada en 18 preguntas, nueve áreas de la calidad de vida en personas mayores como son la salud, la integración social, las habilidades funcionales, la actividad y ocio, la calidad ambiental, la satisfacción con la vida, la educación, los ingresos, los servicios sociales y sanitarios y la calidad de vida en general (Uribe Rodríguez, Valderrama Orbegozo, & Molina Linde, 2007).

Su nivel de consistencia fiabilidad oscila entre 0,92 y 0,70 para las diferentes áreas, excepto para la de integración social, y su validez de criterio a partir de una correlación múltiple es de 0,66 (Uribe Rodríguez et al., 2007)

Es un cuestionario compuesto por 21 subescalas agrupadas en las nueve escalas siguientes (ver *tabla 2.4*):

Tabla 2.4

Escalas del Cubrecavi con sus respectivos contenidos

Escalas	
Salud (subjetiva, objetiva y psíquica).	La salud subjetiva representa el nivel de satisfacción que el sujeto manifiesta con respecto a su estado de salud. La salud objetiva indaga acerca de la ocurrencia y frecuencia de una serie de síntomas físicos. Por último, la salud psíquica pregunta por la ocurrencia y frecuencia de alteraciones psicológicas como depresión, pérdida de memoria y desorientación
Integración social.	Indaga sobre la frecuencia y satisfacción de las relaciones sociales tanto con las personas con las que convive como con las que no vive.

Habilidades funcionales.	Realiza una valoración general de cómo la persona puede valerse por sí misma y evalúa la dificultad que tiene para hacer algunas actividades de la vida diaria.
Actividad y Ocio.	Pregunta por la frecuencia e intensidad con la que la persona realiza actividad física. Además, indaga sobre la frecuencia con que se realizan una serie de actividades de ocio y productivas. Y, finalmente, se hace una pregunta sobre su satisfacción con la forma de ocupar el tiempo.
Calidad ambiental.	Se obtiene información sobre la satisfacción general que la persona tiene con su vivienda, en general, y por sus distintos elementos, en particular
Satisfacción con la Vida.	Se compone de una sola pregunta sobre su nivel general de satisfacción con la vida.
Servicios sociales y sanitarios.	Examina la frecuencia con que las personas utilizan estos servicios así como la satisfacción que tienen con los mismos.
Nivel de Educación.	Se pregunta por el máximo nivel de estudios alcanzados.
Nivel de Ingresos.	Recaba información sobre los ingresos mensuales totales que se reciben en el hogar.

Fuente: Santacreu, 2015

2.7.4.2 Nivel Confiabilidad del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)

El análisis de la fiabilidad del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) se establece mediante el coeficiente de Fiabilidad Alpha de Cronbach (α). La cual se efectúa con el total de la población a evaluar, con un total de 90 participantes (ver *tabla 2.5*)

Tabla 2.5

Análisis de fiabilidad del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)

Alfa de Cronbach	N de elementos
,796	80

Nota: 90 observaciones.

2.8 Población y Muestra

La presente investigación contó con la participación de adultos mayores que acuden a consulta externa en el Hospiesaj. Para la selección la muestra, se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico con criterio de inclusión, que implica seleccionar a los participantes del estudio de acuerdo con ciertos criterios. En las técnicas de muestreo de tipo no probabilísticas, la selección de los sujetos a estudio depende de ciertas características o criterios que el investigador considere

debido a que la población tiene acceso limitado, muy variable o muy pequeña (Otzen & Manterola, 2017). Por ello, en la presente investigación debido a la crisis sanitaria se incluyó bajo los siguientes criterios:

- Ser hombre o mujer mayor a 65 años.
- Asista al Hospiesaj por consulta externa.
- Accedan voluntariamente a formar parte de la investigación, mediante la firma de la carta de consentimiento informado (Ver Anexo 1).

De esta manera, la muestra está conformada por 90 pacientes del Hospiesaj de Riobamba que cumplen con los criterios mencionados.

2.8.1 Análisis sociodemográfico de la población

La siguiente tabla corresponde a las características sociodemográficas de la muestra (adultos mayores), que está conformada por: edad, sexo, estado civil, número de hijos, grado de escolaridad, lugar de residencia, ocupación y motivo de consulta o ingreso. Las variables cualitativas se presentan con la frecuencia (f) y la representación porcentual (%), mientras que las variables cuantitativas, en este caso edad, se expresan en medidas de distribución: media (\bar{X}) y desviación estándar (DS) (ver *tabla 2.6*):

Tabla 2.6

Análisis sociodemográfico de la población

Descriptivos		
Variables	M	DS
Edad	74,97	7,28
	Frecuencia (f)	Porcentaje (%)
Sexo		
Mujer	38	42,2
Hombre	52	57,8
Estado Civil		
Casado/a	38	42,2
Soltero/a	8	8,9

Divorciado/a	12	13,3
Viudo/a	29	32,2
Separado/a	2	2,2
Unión libre	1	1,1
Número de hijos		
0	7	7,8
1	15	16,7
2	19	21,1
3	24	26,7
4	12	13,3
5	2	2,2
6	5	5,6
7	2	2,2
8	3	3,3
9	1	1,1
Lugar de Residencia		
Familia	66	73,3
Solo/a	24	26,7
Grado de Escolaridad		
Primaria	21	23,3
Secundaria	31	34,4
Tercer Nivel	38	42,2
Ocupación		
Jubilado	78	86,7
QQCC	7	7,8
Trabajo independiente	4	4,4
Otro	1	1,1
Motivo de consulta		
Hipertensión	17	18,9
Diabetes	14	15,6
Olvidos Constantes	3	3,3
Fumar	2	2,2
Consumo de alcohol	3	3,3
Disminución visual	14	5,6
Disminución auditiva	6	6,7
Artritis/artrosis	3	3,3

Enfermedades del corazón	3	3,3
Osteoporosis	7	7,8
Parkinson	2	2,2
Demencia/Alzheimer	2	2,2
Cirugía	2	2,2
Lesiones	4	4,4
Tiroides	8	8,9

Nota: 90 observaciones.

La edad de los participantes de la presente investigación se sitúa en una media de $\bar{X} = 74$ años de edad con una desviación de $\sigma = 7.28$. Ecuador presenta un envejecimiento poblacional, prolongación de la vejez y un incremento en los rangos de vida más altos (Forttes, 2020). Como se observa, el número de personas que rebasen los 65 años aumentará en el país.

En la variable sexo se encontró que el (42,2%) de la muestra corresponde al sexo masculino, mientras que el (57,8%) pertenece al *sexo femenino*. Lo que evidencia la predominancia de la mujer. De igual manera, las mujeres enfrentan una vejez más larga, por sus altas tasas de esperanza de vida (Córdova-Jorquera, Córdova Jorquera, Pina Morán, & Urrutia Quiroz, 2018). En cuanto, al estado civil se encontró que el (42,2%) son casados, el (8,9%) son solteros, mientras que se encuentran un (13,3%) divorciados, el (32,2%) viudos, un (2,2%) separados y un (1,1%) en unión libre. Por lo que, se evidencia que el mayor porcentaje de la población se encuentra casada y viuda. De acuerdo a Quintero-Echeverri, Henao-Villa, Cardona-Jiménez, y Villamil-Gallego (2018), los adulto mayores que son solteros, separados, divorciados y viudos tiene un inclinación a experimentar sentimientos de soledad, depresión e ideación suicida.

En relación a la variable número de hijos, el (7,8%) corresponde a que los adultos mayores que no tienen hijos, mientras que el (16,7%) indica que tiene un hijo, el (21,1%) muestra que tiene dos hijos, el (25,6%) indica que tiene tres hijos, el (13,3%) cuatro hijos, el (2,2%) cinco hijos, el (5,6%) seis hijos, el (2,2%) siete hijos, el (3,3%) ocho hijos, y el (1,1%) nueve hijos. De acuerdo, a la variable lugar de residencia se observa el (73,3%) de la población vive con la familia y el (26,7%) vive solo.

En cuanto al grado de escolaridad se encontró que el (23,3%) tiene instrucción primaria, el (34,4%) secundaria y el (42,2%) de tercer nivel. Lo que indica que, un nivel alto de la población

tiene una formación académica alta. Con respecto a la variable ocupación un (86,75%) se encuentra jubilado, el (7,8%) se dedica a los quehaceres domésticos, el (4,4%) tiene un oficio y un (1,1%) indica otra ocupación como la escritura creativa.

En cuanto a, motivo de consulta se encontró que el (18,9%) acude por hipertensión, el (15,6%) por diabetes, el (3,3%) por olvidos constantes, el (2,2%) por fumar, el (3,3%) por consumo de alcohol, (15,6%) por disminución visual, mientras que el (6,7%) por disminución auditiva, el (3,3%) por artritis/artrosis, el (3,3%) enfermedades del corazón, (7,8%) por osteoporosis, el (2,2%) por Parkinson, el (2,2%) por Cirugía, el (4,4%) por lesiones y el (8,9%) por tiroides.

2.9 Procedimiento metodológico

La investigación se realizó en base a un proceso estructurado y secuencial, de acuerdo a Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista (2014), es un proceso riguroso que parte de una idea delimitada que deriva en objetivos y preguntas de investigación, revisión de la literatura, establecimiento de variables, medición y obtención de resultados para obtener conclusiones. El proceso de la elaboración de la presente investigación se observa a continuación (*Ver figura 2.2*)

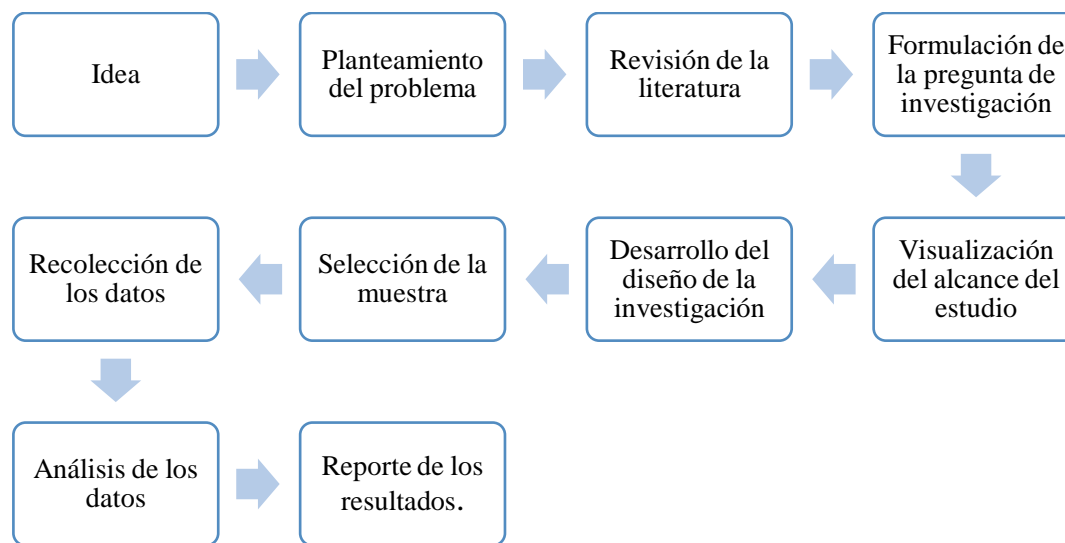


Figura 2.2 Proceso cuantitativo de la investigación adaptado de Hernández, Fernández y Baptista (2014)

Se realizó una extensa revisión bibliográfica sobre el tema de estudio, se profundiza sobre las variables que se desea relacionar, a continuación se estableció los objetivos, lo que permitió una adecuada selección de herramientas psicométricas para la valoración de dichas variables. Se

procede a identificar la población y seleccionar los participantes de estudio. Para ello, la investigación contó con la participación de 90 participantes que se encuentren entre los 65 años o más y que acuden a consulta externa en el Hospiesaj en Riobamba. El paso previo a la aplicación de los instrumentos, fue la presentación y socialización con el grupo de estudio, quienes voluntariamente decidían participar. A cada sujeto se le presentó una carta de consentimiento informado para garantizar la autorización de los participantes a ser evaluados, se garantiza la confidencialidad de sus datos personales para dar paso a la aplicación de los reactivos.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Análisis descriptivo

A continuación, se realiza un análisis descriptivo de los resultados obtenidos por medio de la aplicación de los reactivos: *Inventario de Depresión de Beck*, el cual está diseñado para valorar niveles de depresión, *Cuestionario de Salud SF-36 versión española*, que mide conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento, y *Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)*, que se encarga de medir calidad de vida en personas mayores.

3.1.1 Análisis descriptivo de Resultados de Inventario de Depresión Beck

El Inventario de Depresión de Beck Los resultados del Inventario de Depresión de Beck obtenidos de la aplicación del reactivo a se presenta a continuación en la figura. (Ver *figura 3.1*)

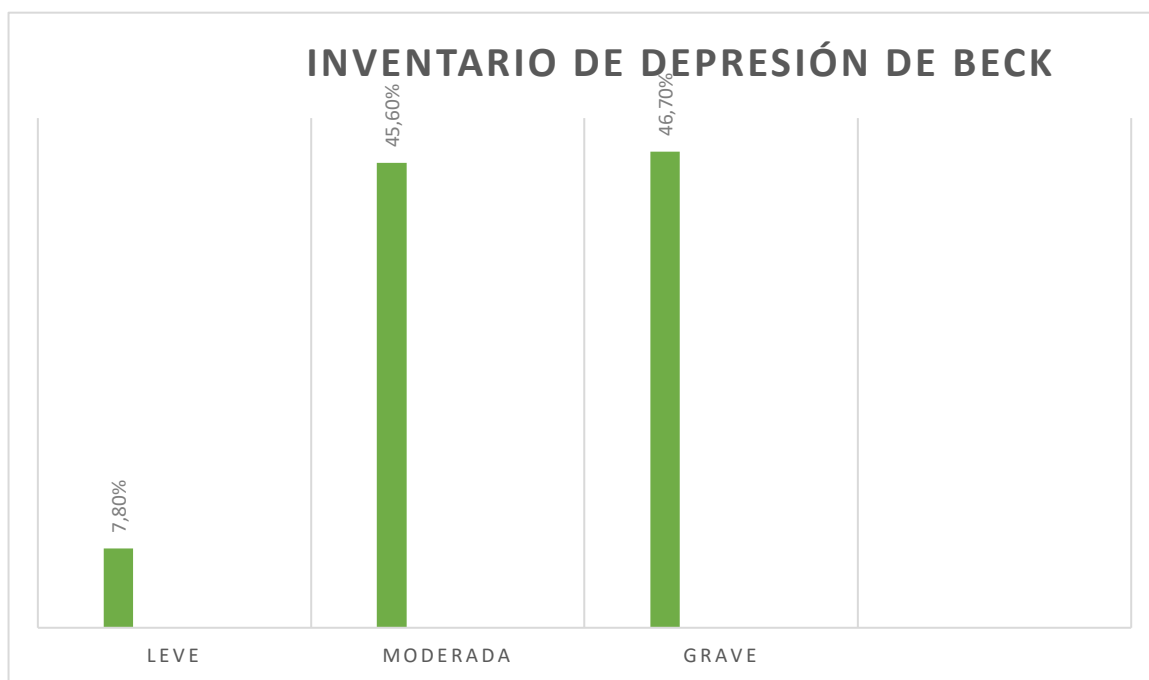


Figura 3.1 Representación global del Inventario de Depresión de Beck

Como se observa en el gráfico, los adultos mayores presentan 7,8%, en depresión leve, 45,6% en depresión moderada y 46,7% en depresión grave. En su mayoría presenta un nivel de depresión alta que generalmente se encuentra en promedio. Según Calderón (2018), la depresión tienen alta

prevalencia en el adulto mayor, en Ecuador la prevalencia fue de 39% según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) y esta aumenta su incidencias de casos por año. De la misma forma, Llanes, López, Vázquez y Hernández (2015) señalan la prevalencia de depresión geriátrica se encuentra en un 14,39% normal, leve en 34,92% y moderada-severa en 50,69% que son la combinación de factores psicológicos y sociales. Esto quiere decir que en la población geriátrica hay un nivel alto, moderado o severo de depresión.

3.1.2 Análisis descriptivo de Resultados del Cuestionario de Salud SF-36

Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de mínimo (*MIN*), máximo (*MAX*), media (\bar{X}), rango (*R*) y desviación estándar (*DS*). La tabla que se presenta a continuación indica las dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36. (Ver tabla 3.1)

Tabla 3.1

Análisis de Resultados del Cuestionario de Salud SF36

Dimensión	MIN	MAX	M	R	DS
Función Física	3	5	4,29	2	0,478
Rol Físico	4	5	4,82	1	0,384
Dolor Corporal	3	5	3,97	2	0,496
Salud General	4	5	4,34	1	0,478
Vitalidad	3	5	3,98	2	0,183
Función Social	3	5	4,11	2	0,435
Rol Emocional	3	5	4,76	2	0,521
Salud Mental	3	5	4,27	2	0,541

Nota: 90 observaciones

Como se menciona anteriormente el SF36 se utiliza para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamiento. El gráfico que se muestra a continuación contiene los porcentajes correspondientes a cada dimensión (ver *figura 3.2*)

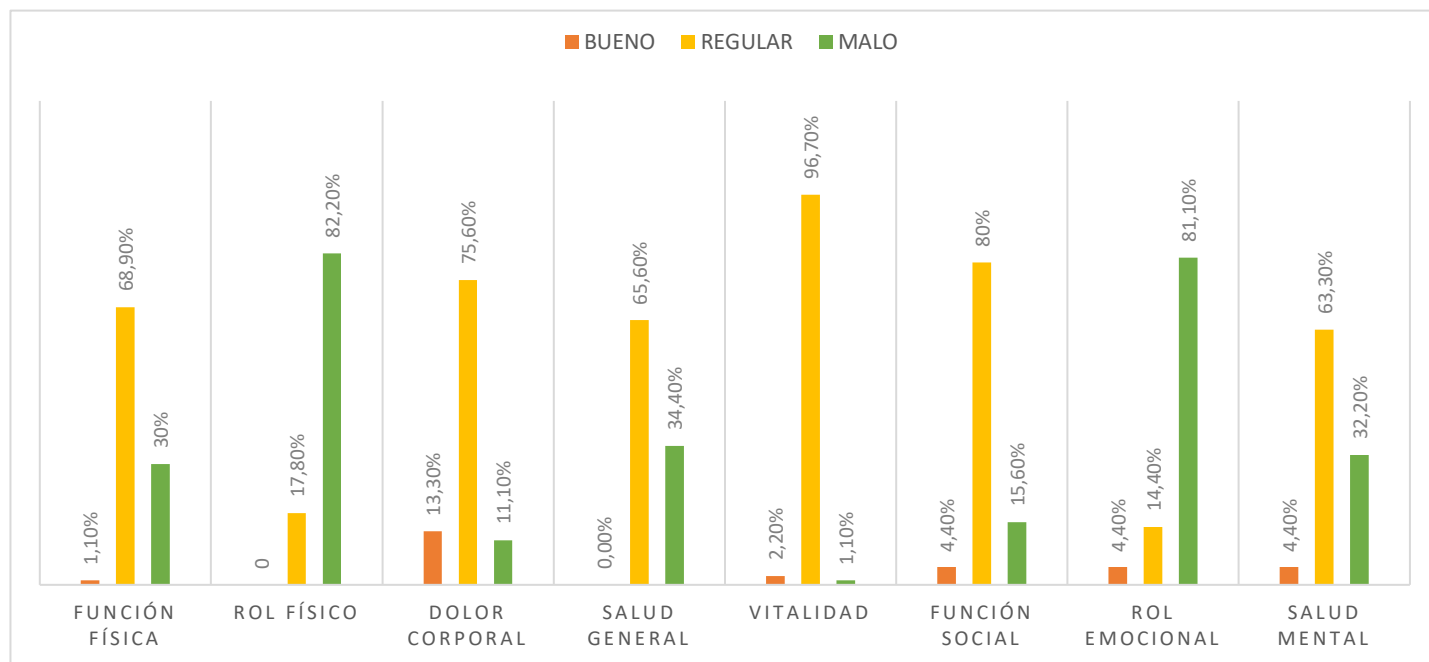


Figura 3.2 Distribución de las dimensiones del Cuestionario de Salud SF36

Como se observa en la Figura 3.2, el 1,1% de los adultos mayores tienen una función física buena, el 68,90% regular, el 30% mala, lo que indica que la salud limita en su mayoría con un nivel regular en lo que refiere a la capacidad de realizar actividades físicas como: autocuidado, caminar, subir escalera, inclinarse, llevar peso y esfuerzos moderados e intensos. De acuerdo a Pinillos Patiño & Quinteros Cruz (2017), que midió la funcionalidad física que se utiliza en el Índice de Barthel y las actividades instrumentales de la vida diaria por medio del Índice de Lawton, determinó que la función física disminuye y genera dependencia más en adultos mayores institucionalizados.

En cuanto al rol físico se aprecia el 17,80% de los adultos mayores presenta un nivel regular, mientras que el 82,20% un nivel malo. Esto indica, que la salud física interfiere significativamente en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación o dificultad en la realización de actividades. Para Martín (2018), la actividad física se correlaciona negativamente con el nivel de depresión según la escala de depresión geriátrica de Yesavage, es decir, que, a mayor nivel de actividad física, menor nivel de depresión. Por lo tanto,

en la población geriátrica se encontró niveles altos de depresión moderada y grave, mientras que el rol físico se encuentra en su mayoría en regular y malo. Esto quiere decir que a mayor depresión, menor capacidad para realizar actividades.

En relación al dolor corporal se encontró que el 13,3% presenta un nivel bueno, el 75,6% regular y un 11,1% malo. Lo que indica que la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual son frecuentes e interfieren con la funcionalidad del adulto mayor. De acuerdo a Andrés, Acuña, & Olivares (2014), una de las peores consecuencias que tiene el dolor persistente en el anciano es la pérdida de la independencia funcional y su infratratamiento provocaría depresión, ausencia de apetito, pérdida de peso, pérdida de las relaciones sociales, alteraciones en el sueño. Por lo tanto, los adultos mayores de la presente investigación presentan un alto nivel de dolor corporal e interferencia significativa con la funcionalidad.

En la valoración de la salud general el 65,6% presenta un nivel regular y el 34,4% mala. Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. Al respecto, Castaño-Vergara y Cardona-Arango (2015) determinaron que las razones por las cuales tienen una percepción de un estado de salud malo, interviene con el mal servicio de salud pública, sufrir dos o más enfermedades, no recibir tratamiento, no llevar un tratamiento psicológico.

Dentro de la dimensión de vitalidad se encontró que el 2,2% presenta un nivel bueno, 96,7% regular y un 1,1% mala. Esto indica que los sentimientos de energía y vitalidad son bajos frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. Si una persona está deprimida, como lo expresa Lowen (1998), percibe su vitalidad baja, siente que no tiene la energía disponible para moverse, de sentir que está viva y que no le es posible realizar las actividades cotidianas y hay pérdida de la motivación (Citado en Chaves Rodriguez, Barbosa, & Fernandes, 2016).

En lo referente a la función social se obtuvo que el 4,4% presenta un nivel bueno, el 96,7 regular y el 1,1% malo. Por lo tanto, los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. La trascendencia de la reducción de la vida social de los adultos mayores en la sociedad radica en que el aislamiento y la soledad constituyen importantes problemas que afectan al individuo y repercuten en su bienestar personal (Carmona Valdés , 2015).

Dentro del rol emocional se obtuvo que el 4,4% es bueno, el 14,4% regular y un 81,1% mala. Esto indica que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, los adultos mayores manifiestan sentirse menos activas, entusiasmadas e inspiradas que las de menor edad, lo que se interpreta como un signo de reducción de los recursos psicológicos que se produce con la edad (Navarro, Martínez, & Delgado, 2012).

En relación a salud mental general se obtuvo que el 4,4% es bueno, el 63,3% regular y el 32,2% mala, que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general. Según Aravena, Gajardo, & Saguez (2018), las personas de 60 años en adelante presentan vulnerabilidades específicas que aumentan el riesgo de experimentar problemas de salud mental y consecuencias terminales como el suicidio. Lo que indica que la salud mental de la población se encuentra en un estado de riesgo y debería ser tratada adecuadamente por servicios de salud mental.

3.1.3 Análisis descriptivo de resultados del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)

Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de mínimo (*MIN*), máximo (*MAX*), media (\bar{X}), rango (*R*) y desviación estándar (*DS*). La tabla que se presenta a continuación indica las dimensiones del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) (ver *tabla 3.2*)

Tabla 3.2

Análisis de Resultados del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)

Dimensión	MIN	MAX	M	R	DS
Salud (subjetiva, objetiva y psíquica)	1	5	3,43	4	0,811
Integración social.	1	5	2,84	4	0,859
Habilidades funcionales	1	5	3,61	4	0,846
Actividad y Ocio.	1	4	2,94	3	0,458
Calidad ambiental.	1	3	1,02	2	0,211
Satisfacción con la Vida.	1	5	2,17	4	0,941
Servicios sociales y sanitarios	1	9	1,92	8	1,211
Nivel de Educación.	2	4	2,62	2	3,301

Nota: 90 observaciones

El CUBRECAVI se utiliza para medir calidad de vida en el adulto mayor fundamentado en el enfoque multidimensional de calidad de vida. El gráfico que se muestra a continuación contiene los porcentajes correspondientes a cada dimensión (ver *figura 3.3*)

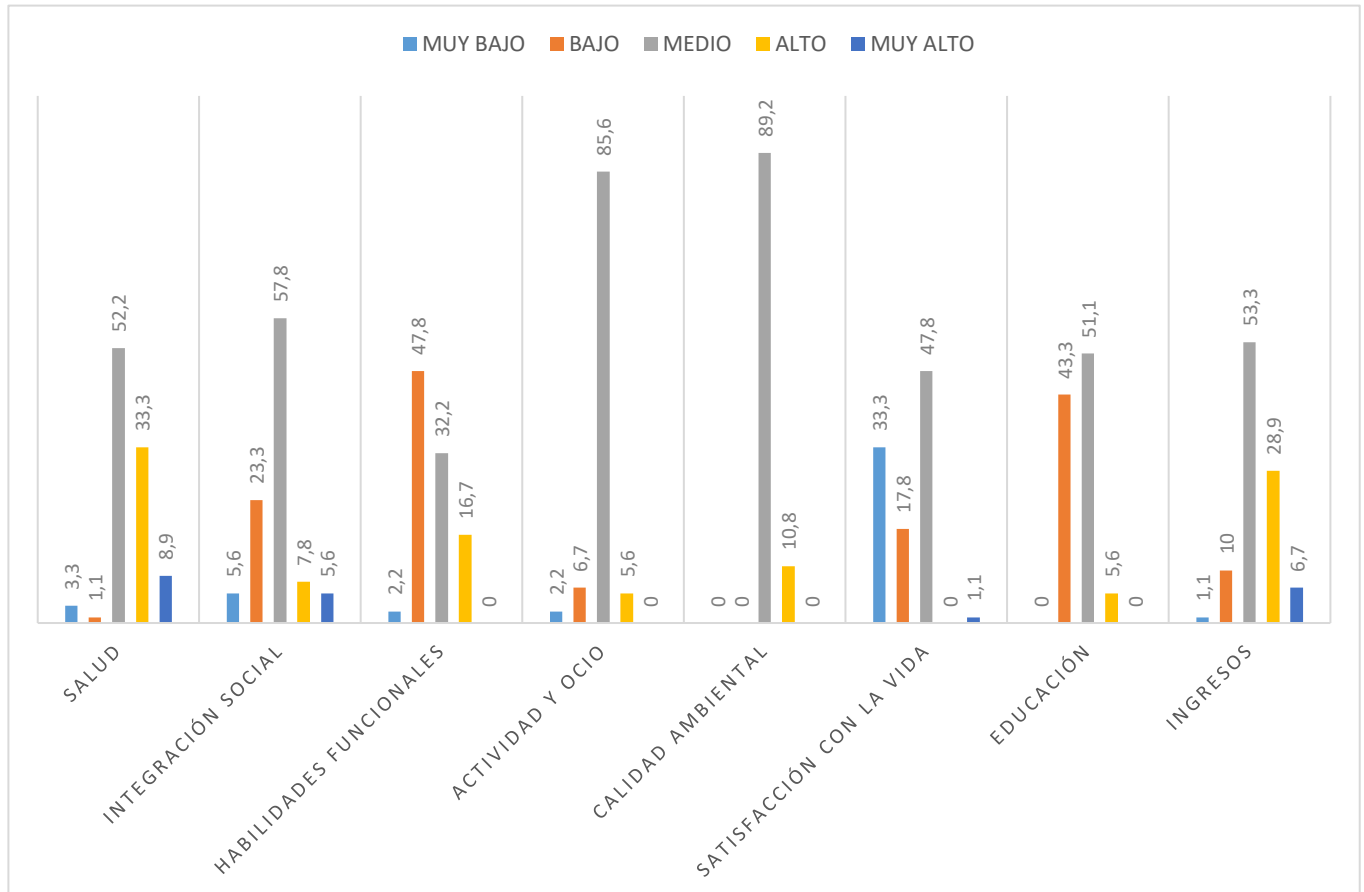


Figura 3.3 Distribución de las dimensiones del Cuestionario Cubrecavi

En lo referente a la dimensión salud se observa el 3,3% presenta un nivel muy bajo, 1,1% bajo, el 52,2% medio, mientras que el 33,3 % alto y un 8,9% muy alto. Lo que indica que hay un nivel medio en relación de satisfacción con respecto al estado de salud, hay presencia de síntomas físicos y alteraciones psicológicas como depresión. Según Ramos Cordero & Pinto Fontanillo (2015) la percepción de presentar algún problema de salud o enfermedad crónica, que aumenta con la edad, el 88,9% de los mayores de 65 años consume algún medicamento y considera que el 94% de las personas que padecen enfermedades crónicas están polimedicadas.

En cuanto a la dimensión de integración social se obtuvo que el 5,6% corresponde a un nivel muy bajo, el 23,3% a un nivel bajo, el 57,8% a medio, mientras que el 7,8% a alto y el 5,6% a muy

alto. Por lo que, la integración social en el adulto mayor es gran medida se encuentra algo satisfecho, y no favorable en relación con la calidad de vida. La actividad social en el adulto mayor aparece como una necesidad social básica, la participación en actividades sociales, productivas y de tiempo libre al igual que las relaciones sociales y familiares respaldan el autoconcepto y mantienen el bienestar persona, mientras que el aislamiento social genera desamparo y desesperanza (Carmona Valdés , 2015).

En relación a la dimensión de habilidades funcionales se observa que el 2,2% presentan un nivel muy bajo, el 47,8% medio, mientras que el 32,2% alto y el 16,7% muy alto. Por lo tanto, la población presenta dificultad moderada en realizar algunas actividades de la vida diarias y la capacidad para valerse por sí mismo. Como indican Duran, Orbegoz Valderrama, Uribe-Rodríguez, & Uribe Molino (2007), la funcionalidad se evidencia en el momento en que el adulto mayor tiene todas las facultades para realizar las actividades de la vida diaria y su disminución no se debería solo a la edad, sino también, a poca interacción con la familia y el sistema social.

En la dimensión de actividad y ocio se obtuvo que el 2,2% presenta un nivel muy bajo, el 6,7% bajo, el 85,6% medio y el 5,6% alto. Esto indica que, la frecuencia con que se realizan una serie de actividades de ocio y productivas es moderada y se encienden satisfechos con la utilización de su tiempo como: ver televisión, leer o ir de compras. La participación en actividades como deporte, arte, cultura, turismo y recreación, proporcionan una buena salud física y mental permite hacer frente a situaciones que en otra condición los haría enfermarse o caer en depresión; que por el contrario, su evitación genera frustración y molestia.

En relación a calidad ambiental el 98,9% refiere que a un nivel medio y el 1,1% alto, que indica que hay un nivel moderado de satisfacción con la vivienda, en general, y por sus distintos elementos. Salas-Cardenas & Sánchez-González (2014), indican que en la región el crecimiento urbano agrava las condiciones ambientales y los problemas de salud de la población de edad avanzada, una situación que se ve afectada por el contexto de vulnerabilidad social (pobreza, problemas de acceso a los servicios de salud).

La dimensión satisfacción con la vida indica que el 33,3% se encuentra con un nivel muy bajo, el 17,8% bajo, el 47,8% medio y un 1,1% muy alto. El nivel medio sugiere que la población se encuentra en su mayoría en cierto modo satisfecho, sin embargo, el nivel muy bajo muestra una

clara insatisfacción. De acuerdo con Erikson es la última crisis se expresa la contradicción el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte, encontrar satisfacción y sentido de vida que algunas personas desarrollan sentimientos de orgullo y satisfacción respecto a su vida pasada, mientras que otras se sienten mal con respecto a su vida y no lograr cambiarla (Rubio Herrera, y otros, 2011).

En relación a nivel de educación se encontró que el 43,3% presenta un nivel bajo, el 51,1% medio y 5,6% alto. La mayoría de los adultos mayores que integran el estudio se encuentran en un nivel educativo medio-alto. Soria Romero (2017), afirma que una persona con estudios tiene mayores oportunidades de insertarse en el mercado laboral formal y mejor remunerado, por lo que el alcance de satisfacer sus necesidades es superior al de aquellas personas que no tienen instrucción académica; además, de recibir una pensión. Dentro de la población un número significativo se encuentra jubilado y recibe una pensión.

En cuanto a la dimensión ingresos se obtuvo que el 1,1% son muy bajos, 10% bajo, el 53,3% medio, mientras que el 28,9% y el 6,7% muy alto. Los ingresos de la mayoría de la población permiten cubrir las necesidades básicas. La calidad de vida resulta de la unión de varios factores como los ingresos económicos que aseguran una capacidad de disponer recursos para asegurar atención en servicios de salud y desarrollo integral (Soria Romero, 2017).

En el siguiente gráfico se observa la frecuencia del acceso de a servicios sanitarios y de salud (ver *figura 3.3*)

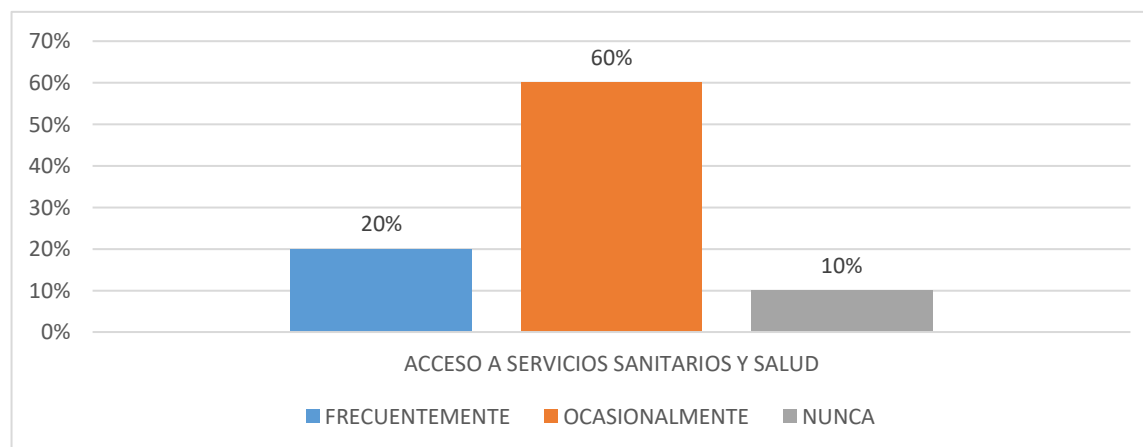


Figura 3.3 Distribución de la dimensión Acceso a servicios sanitarios de cuestionario Cubrecavi

En cuanto al uso de los servicios de sociales, salud y sanitarios se encontró que el 22,2% frecuentemente, el 66,7% ocasionalmente y 11,1% nunca. Con el aumento del número de ancianos hay un incremento de las necesidades de salud de este sector de la población. En un estudio realizado por Salcedo-Álvarez, Torres-Chirinos, & Zarza-Arizmendi (2010), se encontró que los servicios que más utilizaron los adulto mayores fueron los servicios médicos 325 (96.8%) y los servicios preventivos 11 (3.2%), en los primeros mencionados los motivos fueron por padecer alguna enfermedad crónica tales como diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, infecciones, por presencia de dolor crónico, por sufrir algún accidente, caída o violencia, por problemas óseos, problemas oculares, problemas de próstata y por alguna enfermedad mental, y en el uso de servicios preventivos fue por inmunizaciones principalmente.

En el siguiente gráfico se observa la satisfacción del uso de servicios sanitarios (ver *figura 3.4*)

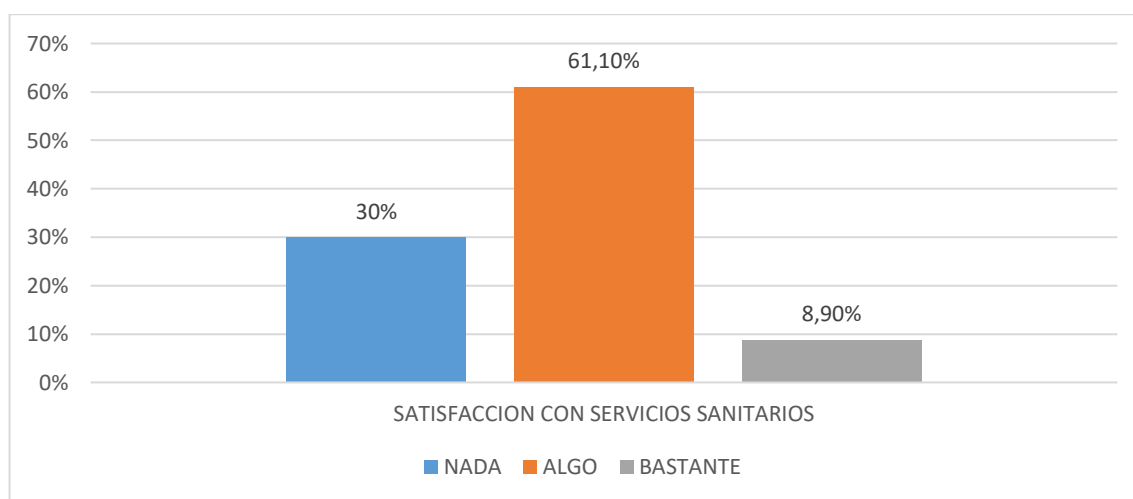


Figura 3.4 Distribución de la dimensión Satisfacción con servicios sanitarios de Cubrecavi

En relación a la satisfacción con los servicios sanitarios se encontró que el 30% se encuentra nada satisfecho, el 61,1% algo satisfecho, el 8,9% bastante satisfecho. El papel de la atención primaria al adulto mayor no reside solo en su impacto en la salud de estos, sino también, en lo que tiene que ver con la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud, lo que está estrechamente relacionado con la calidad del servicio, se considera todavía insuficiente debido a la falta de competencias para dar una atención de calidad o en el desconocimiento por parte del equipo básico de lo establecido para la atención al adulto mayor (Alvarez Lauzarique, Rocha Rosabal, Bayarre Vea, & Almenares Hernández, 2014).

3.2 Análisis Correlacional Estadístico

El análisis de correlación se lo realiza entre las variables de a través del análisis estadístico de correlación de Pearson. Por tanto, en la siguiente tabla se presenta la correlación entre ambas variables (ver *tabla 3.3*)

Tabla 3.3

Matriz de correlaciones

Inventario de Depresión de Beck	SF36			CUBRECAVI	
	Función Física	Función Social	Salud General	Salud Mental	Salud
Tristeza	,250*	,424**	0,330**	,121	-,362**
Pesimismo	,101	,303**	0,350**	,068	-,294**
Fracaso	,054	,093	0,392**	,019	-,210*
Pérdida del placer	-,192	-,344**	-,308**	-,041	-,360**
Sentimientos de culpa	-,014	,190	0,231*	-,011	-,248*
Sentimientos de castigo	,082	,222*	0,244*	-,036	-,276**
Disconformidad consigo mismo	,185	,266*	0,287**	-,008	-,270*
Autocrítica	,114	,277**	0,201	-,112	-,276**
Pensamientos de deseo suicida	,086	,157	0,141	-,007	-,215*
Llanto	,133	,063	0,098	,138	-,042
Agitación	,218*	,326**	0,017	-,103	-,329**
Pérdida del interés	-,151	-,295**	-0,158	-,081	-,371**
Indecisión	,124	,161	0,109	-,039	-,447**
Desvalorización	-,048	,037	0,182	-,051	-,223*
Pérdida de la energía	,233*	,187	-0,215*	-,024	-,376**
Cambio Hábitos del sueño	,120	,256*	0,182	-,070	-,349**
Irritabilidad	,026	,096	0,054	-,016	-,302**
Cambios en el apetito	,105	,055	0,411	,004	-,329**
Dificultad de concentración	,074	,155	0,112	-,034	-,289**
Cansancio o Fatiga	,149	,268*	-0,224*	,040	-,516**

Pérdida de interés sexual	,120	-,060	0,066	-,097	,180
---------------------------	------	-------	-------	-------	------

Nota: La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Después de haber obtenido el análisis estadístico de correlación de Pearson entre el *Inventario de Depresión de Beck* y el *Cuestionario de Salud SF-36 versión española*, se encontró que la correlación es inversamente proporcional entre *Pérdida del placer, pérdida de la energía, pérdida del interés* y *Salud General, función social*. Estudios realizados en Cuenca se destacan que las pérdidas son una cualidad afectiva actual importante estaría asociada a la depresión e incrementan el deterioro en la salud (Buenaño Barrionuevo Llaquelina Amanda, 2014). En cuanto a la correlación de Pearson entre el *Inventario de Depresión de Beck* y el *Cuestionario Breve de calidad de vida*, se encontró que la correlación es inversamente proporcional entre *pérdida del placer, pérdida de la energía, pérdida del interés* y la *dimensión salud*. En un estudio realizado en México se encontró que la frecuencia de pérdidas positivamente con depresión y enfermedad percibida, por lo que sugiere que el adulto se enfrentarán a pérdidas de manera acumulada que le generaría desajuste psicológico y por lo mismo en su salud (Rivera-Ledesma & Montero-López, 2008).

CONCLUSIONES

- La fundamentación a través del análisis bibliográfico, permite concluir, que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, sensación de cansancio y falta de concentración, varios autores consideran que este se produce por la incapacidad de manejar la pérdida ya sea de familiares, pareja, y en el caso de los adultos mayores capacidades y habilidades que se dan por los cambios biológicos y sociales propios de esta etapa, al no asimilar el proceso de envejecimiento adecuadamente este trae como consecuencias la presencia emociones y conductas negativas en niveles elevados ponen en riesgo su integridad.
- La salud en el adulto mayor no se trata de la ausencia de enfermedad, sino más se analiza en función de la competencia de las funciones físicas, sociales, salud mental, resolución de conflictos y toma de decisiones. Se estableció que los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se encuentran en un estado de vulnerabilidad. En esta etapa es notorio los cambios que en ellos se da, en muchos de los casos el cambio es percibido como amenaza, y los hace particularmente sensibles.
- La evaluación mediante reactivos la depresión y la preocupación por la salud en adultos mayores arrojó que los adultos mayores presentan niveles moderados y graves de depresión, que son significativos e indica un nivel de riesgo considerablemente alto, mientras que en lo que corresponde a salud se encontraron niveles medios-regulares que indican un preocupación moderada-baja; frecuente uso de los servicios sanitarios y de salud, pero un nivel de frecuencia moderado en relación a su satisfacción con el servicio.
- En el análisis correlacional entre la depresión con la preocupación por el estado de salud en adultos mayores se encontró que existe una relación inversa entre la depresión y la preocupación por la salud, es decir, a mayor nivel de depresión por pérdidas menor es nivel de salud general, funciones físicas, sociales y salud mental.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda para obtener resultados significativos en investigaciones con las mismas variables y población; de ser posible que cuenten con un mayor número de casos, para tener una muestra más grande que permita enriquecer los resultados de la investigación, además, se harían una comparación en función de la edad, igualmente sería oportuno considerar el estado actual de las funciones cognitivas y posibles enfermedades.
- Se recomienda elaborar un plan de intervención con la finalidad de mejorar los niveles de salud, calidad de vida y tratar adecuadamente la depresión en el adulto mayor, ofrecer servicios de atención en salud mental y promoverla.
- Se recomienda al hospital proporcionar un espacio para la prevención de la depresión en el adulto mayor, promover el uso de los servicios de salud mental de la institución, generar espacios de psicoeducación sobre prevención, factores de riesgo y estrategias que de afrontamiento frente a las pérdidas para brindar un servicio de atención integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, S. C. (2012). Confirmar si las teorías psicodinámicas de Freud y Abraham, explican los trastornos depresivos mayores (melancolía). *PSIMONART*, 4(1), 37-54. Obtenido de <https://icsn.co/web/documents/Psimonart/volumen4-1/05-Psimonart-Confirmar-si-las-teorias.pdf>
- Alonso, J. (2003). Su Salud y Bienestar. *Health Survey*, 1–8. Recuperado de http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Alvarez Lauzarique, M., Rocha Rosabal, M., Bayarre Veá, H., & Almenares Hernández, K. (2014). Calidad de la atención al adulto mayor en el consultorio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(4), 388-401. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2014/cmi144a.pdf>
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57–62. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2014000200002>
- American Psychiatric Association. (2016). *Value addition of agro-industrial wastes and residues*. <https://doi.org/10.1201/b15271>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V*. Madrid.
- Araya, J. C. (2015). Depresión: Una Enfermedad. *Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica Lxxii*, 72(615), 427-429. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152zk.pdf>
- Aravena, J., Gajardo, J., & Saguet, R. (2018). Salud mental de hombres mayores en Chile: una realidad por priorizar. *Rev Panam Salud Pública*, 42, 1-5. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49565/v42e1212018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Artiles Pérez, R., & López Chamón, S. (2009). Síntomas somáticos de la depresión. *SEMERGEN*, 35(1), 39-42. Obtenido de <file:///C:/Users/Home/Downloads/X1138359309908974.pdf>

- Baldeón, P., Luna, C., Mendoza, S., & Correa, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 47-52. Obtenido de <http://inicib.urp.edu.pe/rfmh/vol19/iss4/9/>
- Beck, A. S., & Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck* (BDI-II ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Bertholet, R. (2012). La depresión, una lectura desde el psicoanálisis. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, 4. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-072/725.pdf?view>
- Buenaño Barrionuevo Llaquelina Amanda, L. (2014). Deterioro cognitivo, depresión y estrés asociados con enfermedades crónicas en adultos mayores, Cuenca 2014. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas-Universidad de Cuenca*, 37(2), 13-20. Obtenido de <file:///C:/Users/Home/Downloads/davidachig-art-1.pdf>
- Cabrera Macias, Yolanda, Alonso Remedios, Alaín, López González, Ernesto, & López Cabrera, Ernesto. (2017). ¿Nos enferman las preocupaciones? Una respuesta desde la Psiconeuroinmunoendocrinología. *MediSur*, 15(6), 839-852. Recuperado en 05 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000600013&lng=es&tlng=es.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29. doi:<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Cañete, R., Guilhem, D., & Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*, 18(1), 121-127. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/554/55423585011.pdf>
- Carmona Valdés, S. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, 3(8), 393-401. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4576/457644946010.pdf>
- Castaño-Vergara, D., & Cardona-Arango, D. (2015). Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Rev. salud pública*, 171-183.

- Castaño-Vergara, D., & Cardona-Arango, D. (2015). Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Rev. salud pública.*, 17(2), 171-183. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n2/171-183/es>
- Castillo-Tamayo, Roberto, & Arias-Zamora, Helga. (2017). La evaluación de la identidad en el DSM-5: Una propuesta que está pasando inadvertida. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(1), 36-43. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000100005>
- Ccasa, J. P., Echnique, N. S., & Zarate, P. (2017). Revisión Bibliográfica de la Efectividad de la Terapia Racional Emotiva. *Apuntes Científicos Estudiantiles de Psicología*, 1(1).
- Cerquera Córdoba, A. M., & Quintero Mantilla, M. S. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 45, 173-180. Obtenido de <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/viewFile/665/1196>
- Chaves Rodriguez, M., Barbosa, M. R., & Fernandes, J. (2016). La vitalidad y la vejez. *Revista IGT na Rede*, 13(24), 114-133. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a08.pdf>
- Córdova-Jorquera, I., Córdova Jorquera, I., Pina Morán, M., & Urrutia Quiroz, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Revista Latinoamericana*(49), 153-175. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v17n49/0718-6568-polis-17-49-00153.pdf>
- Cortés, R. A. (2013). Duelo y Alexitimia. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(2), 1-13. Obtenido de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_y_alexitima.pdf
- de Andrés, J., Acuña, J. P., & Olivares, A. (2014). Dolor en el paciente de la tercera edad. *REV. MED. CLIN. CONDE*, 25(4), 674-686. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014700896>
- Duran, D., Orbeoz Valderrama, L., Uribe-Rodríguez, A., & Uribe Molino, J. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Univ. Psychol.*, 7(1), 263-270. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n1/v7n1a19.pdf>

- Erik Hedman-Lagerlöf, Peter Tyrer, John Hague, et al (2019), Temor persistente y excesivo de estar gravemente enfermo. *IntraMed.*, 364 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.1774>
- Figueroa Saavedra, C., Lagos Hernández, R., & García Domínguez, M. (2017). Nivel educativo, edad y funcionamiento ejecutivo. *IberAM Investigación*, 14(1), 1-8. Obtenido de <file:///C:/Users/Home/Downloads/Dialnet-NivelEducativoEdadYFuncionamientoEjecutivo-6505546.pdf>
- Forttes, P. (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en ECUADOR. *Banco Internacional de Desarrollo*. Obtenido de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
- Gamba-Collazos, Héctor Alfredo, & Navia, Carmen Elvira. (2017). Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 15-30. <https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.51205>
- García Mejía, M. A., Moya Polania, L. M., & Quijano, M. C. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(4), 398-403. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a07.pdf>
- García, D. (2017). *Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos*. Bogotá. Obtenido de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18022/Trabajo%20de%20grado%20David%20Garc%EDA%20Neme%20FINAL%20corregido.pdf;jsessionid=CF6E7B17D5A4F26AEA55F23D905A5F28?sequence=1>
- Gonzalez, D. F., Barreto, A. P., & Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 200-2007. Obtenido de <file:///C:/Users/Home/Downloads/Dialnet-TerapiaCognitiva-6642554.pdf>
- González Bernal, J., & de la Fuente Anuncibay, R. (2014). DESARROLLO HUMANO EN LA VEJEZ: UN ENVEJECIMIENTO OPTIMO DESDE LOS CUATRO COMPONENTES DEL SER HUMANO. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 121-129. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851791013.pdf>

- González, M., Ibáñez, I., & Barrera, A. (2017). Rumiación, preocupación y orientación negativa al problema: procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria. *Acta.colomb.psicol.*, 20(2), 30-41. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v20n2/es_0123-9155-acp-20-02-00042.pdf
- Grinberg, L. (1976). "*Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*". Buenos Aires: Paidós. Obtenido de http://files.usal-psicopatoinfanto.webnode.com.ar/200000171-df0b9e0056/Grinberg_Angustia.Depresion.Culpa.pdf
- Guerrero Castañeda, R., Castañeda Flores, T., Jiménez González, M., & Oliva Menezes, T. (2019). "PRE-COMPREENSIÓN FENOMENOLÓGICA DEL DUELO Y MUERTE EN EL ADULTO MAYOR: REFLEXIÓN PARA EL CUIDADO ENFERMERO". *Eureka*, 16, 178-20.
- Hérrnandez Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6 ed.). México DF: Mc Graw Hill Education. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Institut Municipal d'Investigació Mèdica [IMIM-IMAS]. (2015). *Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)*. Obtenido de http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/03/SF36_CUESTIONARIOpdf.pdf
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2017). Las personas mayores y la depresión. 6. Obtenido de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion_154573.pdf
- Juanas, Á., & Rodríguez, A. (2019). *Educación de Persona Adultas y Mayores* (Vol. 1). Madrid: UNEI. doi:8436276043, 9788436276046
- Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (2017). Manejo de la depresión en adultos mayores: una revisión. *JAMA*, 317(20), 2114-2122. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28535241/>

- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). MODELOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.
- Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K., Campo Torregroza, E., & Martín Carbonell, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135-141. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- Llanes Betancourt, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 223-232. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n3/enf08313.pdf>
- Llanes Torres, H., López Sepúlveda, Y., Vázquez Aguilar, J., & Hernández Pérez, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS*, 21(1), 65-74.
- Llanes, H., López, Y., Vázquez, J., & Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS. LA HABANA*.
- Lorenzo Diaz, J. C. (2020). Calidad de vida su vínculo con la depresión en el adulto mayor. *Rev Ciencias Médicas*, 24(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942020000300004
- Martín Aranda, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813
- Mejía Méndez, N. L., Cantarero Pleitez, J. S., Romero, E., & Miranda Baquedano., V. M. (2019). SEXUALIDAD EN LA MUJER ADULTA MAYOR CENTRO DE SALUD MIGUEL PAZ BARAHONA. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 6(1), 13-20. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS6-1-2019-4.pdf>
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. España.

- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136-138. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/136-138/es>
- Navarro, A., Martínez, B., & Delgado, J. (2012). Bienestar emocional en la vejez avanzada: estudio comparativo por edad y género. *Psychology, Society, & Education*, 5(1), 41-57. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/143457484.pdf>
- Nuevo Benítez, R., Montorio Cerrato, I., Márquez González, M., Fernández de Trocóniz, M., & Losada Baltar, A. (2004). Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 337-355. Obtenido de https://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-111.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *La salud de los adultos mayores: una visión compartida* (2 ed.). (M. Q. Osorio, Ed.) Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Palancar, A. (2017). EL SENTIMIENTO DE CULPA Algunas manifestaciones e las situaciones de cuidado de personas dependientes. 3(21), 1-18. Obtenido de <http://www.area3.org.es/uploads/a3-21-sentimientodeculpa-APalancar.pdf>
- Papalia, D., & Matorrell, G. (2015). *Desarrollo Humano*. Mc Graw Hill. Obtenido de <http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/0250.%20Desarrollo%20humano.pdf>
- Paredes Arturo, Y., Yarce Pinzón, E., & Aguirre Acevedo, D. (2017). Funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Rev Cienc Salud*,

- 16(1), 144-128. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v16n1/1692-7273-recis-16-01-00114.pdf>
- Pinillos Patiño, Y., & Quinteros Cruz, M. V. (2017). *Envejecimiento y vejez: del concepto y la teoría a la funcionalidad del adulto mayor*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/332917580_Envejecimiento_y_vejez_del_concepto_y_la_teoría_a_la_funcionalidad_del_adulto_mayor
- Pérez-padilla, E. A., Cervantes-ramírez, V. M., Hijuelos-garcía, N. A., Pineda-cortés, J. C., & Salgado-burgos, H. (2017). *Prevalencia , causas y tratamiento de la depresión Mayor*. 28(2), 73–98.
- Quintero-Echeverri, Á., Henao-Villa, E., Cardona-Jiménez, L. J., & Villamil-Gallego, M. M. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 36(2), 49-57. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v36n2/0120-386X-rfnsp-36-02-00049.pdf>
- Ramos, C. A. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. *Avances en Psicología*, 23(1), 9–17. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n1.167>
- Ramos Cordero, P., & Pinto Fontanillo , J. (2015). Las personas mayores y su salud: Situación actual. *Avances en Odontoestomatología*, 31(3). Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300001
- Rodríguez Blanco, L., Sotolongo Arró, O., Luberta Noy, G., & Calvo Rodríguez, M. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del Policlínico “Cristóbal Labra”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1), 64–75.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López , M. (2008). Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de medida. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 31(6), 461-468. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212099006.pdf>
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de Corte Transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141–146. <https://doi.org/10.26852/01234250.20>
- Rudolf, G. (2019). Modelos de la Perturbación y Estrategias de Intervención en el Tratamiento Psicodinámico de la Depresión. *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 1-12. Obtenido

de

https://www.revistamentalizacion.com/ultimonumero/rudolf%20_storungsmodelle.pdf

Rubio Herrera, R., Rubio Rubio, L., Quintero Osorio, M., Falque Madrid, L., Zambrano González, R., Balzán Ballesteros, J. L., . . . Pino Ramírez. (2011). *La Salud de los Adultos Mayores: una visión compartida* (2 ed.). (M. Quintero Osorio, Ed.) Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salas-Cardenas, S., & Sánchez-González, D. (2014). Envejecimiento de la población, salud y ambiente urbano en América Latina. Retos del Urbanismo gerontológico. *Revista de la Facultad de Arquitectura de la Universidad Autónoma de Nuevo León*, 8(9), 31-49. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3536/353632354004.pdf>

Salcedo-Álvarez, R., Torres-Chirinos, M., & Zarza-Arizmendi, M. (2010). Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería. *Revista CONAMED*, 15(2), 92-98.

Salazar-Barajas, M. A., Avila-Alpirez, H., Ruiz-Cerino, J. M., Guerra-Ordoñez, J. A, Pérez-Zuñiga, X. y Duran-Badillo, T. (2020). Uso de la metodología Walker y Avant para análisis del concepto: envejecimiento activo. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (56) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.56.20> Correspondencia: Av. Marte R. Gómez S/N. Col Alianz

Salech, F., Jaral, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimineto. *REV. MED. CLIN. CONDE*, 23(1), 19-29. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864012702699>

Sandoval-Carlos , K. C., García Sánchez, M. D., & Luis Delgado, O. E. (2019). Pérdidas a lo largo del ciclo vital. *Psicología y Salud*, 29(1), 79-90. Obtenido de <file:///C:/Users/Home/Downloads/2570-Texto%20del%20art%C3%ADculo-11905-1-10-20181123.pdf>

Santacreu, M. (2015). *Calidad de Vida en la vejez. Contrastación transcultural de un modelo multidimensional, objetivo-subjetivo. España - México*. Recuperado de <file:///C:/Users/alejo/Downloads/413050161-cubrecavi.pdf>

- Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales de Psicología*, 29(1), 66–75. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532>
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1995). *Trastornos del estado de animo: ii. Teorias psicologicas* (Vol. 11).
- Solórzano Soto, E. n., & Torres Manzanares, J. P. (2020). Frecuencia de depresión y características sociodemográficas de. *Frecuencia de depresión y características sociodemográficas de. Cuenca*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33824/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Soria Romero, Z. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Pap. poblac*, 23(93), 59-93. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252017000300059&script=sci_arttext
- Torres Ortuño, A., Nieto Munuera, J., & Abad Mateo, M. (1998). Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica. *Anales de psicología*, 14(1), 75–82.
- Uribe Rodríguez, A. F., Valderrama Orbegozo, L. J., & Molina Linde, J. M. (2007). Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores Colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 75–81.
- Valentí Bejarano, M. (2017). Indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del programa de Vaso de leche Sapallanga. Huancayo. Obtenido de https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4884/4/INV_FHU_501_T E_Valentin_Bejarano_2018.pdf
- Varela Pinedo, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 199-201. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001

- Vargas-Santillán, M., Arana-Gómez, B., García-Hernández, M., Ruelas-González, M., Melguizo-Herrera, E., & Ruiz-Martínez, A. (2017). Significado de salud: la vivencia del adulto mayor. *Aquichan*, 17(2), 171-182. doi:10.5294/aqui.2017.17.2.6
- Zoch Zannini, C. (2002). *Temas de psiquiatría para el médico general*. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/psiquiatria2004.pdf>

ANEXO 2. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Instrucciones: Lea con detenimiento cada uno de las indicaciones proporcionadas y marque con una (X) los datos que corresponda a su realidad.

I. Datos Personales.			
Edad:			
Sexo:			
Hombre		Mujer	
Estado Civil:	Soltero/a ()	Divorciado/a ()	Viudo/a ()
			Tiempo:
Casado/a ()	Separado/a ()	Unión libre ()	
¿Tienes hijos?		Cuantos:	
Grado de Escolaridad:			
Ninguno ()	Primaria ()	Secundaria ()	Tercer Nivel ()
Cuarto Nivel ()			
Lugar de residencia			
Familia	Solo	Asilo	Otro
II. Ocupación y Actividades Extras.			
Ocupación			
Jubilado/a ()	QQCC ()	Trabajo independiente ()	Oficio ().....
Ninguno ()		Otros ().....	
III. Motivo de consulta o ingreso			
Hipertensión ()	Diabetes ()	Olvidos constantes ()	Fumar ()
Disminución visual ()		Consumir alcohol ()	
Disminución auditiva ()	Artritis/ Artrosis ()	Osteoporosis ()	Enfermedades cardiacas ()
Parkinson ()	Alzheimer/Demencia Senil ()	Cirugía ()	Lesiones ()
Tiroides ()			

ANEXO 3. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK-II

Instrucciones: Elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido en las dos últimas semana, incluyendo el día de hoy. Marque solo una respuesta.

<p>1. Tristeza</p> <p>0. No me siento triste</p> <p>1. Me siento triste gran parte del tiempo</p> <p>2. Estoy triste todo el tiempo</p> <p>3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo</p>	<p>7. Disconformidad con Uno mismo</p> <p>0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo</p> <p>2. Estoy decepcionado de mí mismo</p> <p>3. No me gusto a mí mismo</p>
<p>2. Pesimismo</p> <p>0. No estoy desalentado respecto a mi futuro</p> <p>1. Me siento más desalentado respecto a mi futuro</p> <p>2. No espero que las cosas funcionen para mí</p> <p>3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>0. No me crítico ni me culpo más de lo habitual</p> <p>1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo habitual</p> <p>2. Me critico a mi mismo por todos mis errores</p> <p>3. Me culpo a mi mismo de todo lo malo que sucede</p>
<p>3. Fracaso</p> <p>0. No me siento como un fracasado</p> <p>1. He fracasado más de lo que hubiera debido</p> <p>2. Cundo miro atrás veo muchos fracaso</p> <p>3. Siento que como persona soy un fracaso total</p>	<p>9. Pensamientos o Deseos suicidas</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría</p> <p>2. Querría matarme</p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo</p>
<p>4. Pérdida del Placer</p> <p>0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto</p> <p>1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2. Lloro por cualquier pequeñez</p> <p>3. Siento ganas de llorar pero no puedo</p>

<p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutaras</p> <p>3. No obtengo ningún placer de las cosas que solía disfruta</p>	
<p>5. Sentimientos de culpa</p> <p>0. No me siento particularmente culpable</p> <p>1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2. Me siento bastante culpable de la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo</p>	<p>11. Agitación</p> <p>0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual</p> <p>1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento</p>
<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0. No siento que estoy siendo castigado</p> <p>1. Siento que tal vez puede ser castigado</p> <p>2. Espero ser castigado</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado</p>	<p>12. Pérdida de interés</p> <p>0. No he perdido el interés en otras actividades o persona</p> <p>1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas</p> <p>2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas</p> <p>3. Me es difícil interesarme por algo</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre</p> <p>1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p> <p>2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones</p> <p>3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión</p>	<p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito</p> <p>1ª Mi apetito es un poco menor a lo habitual</p> <p>1b Mu apetito es un poco mayor a lo habitual</p> <p>2ª Mi apetito es mucho menor que antes</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que antes</p> <p>3ª No tengo apetito en absoluto</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo</p>
<p>14. Desvalorización</p> <p>0. No siento que yo no sea valioso</p>	<p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. No me considero a mí mismo tan valiosos o útil como solía considerarlo 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros 3. Siento que no valgo nada 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada
<p>15. Pérdida de Energía</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Tengo tanta energía como siempre 1. Tengo menos energía que la que solía tener 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada 	<p>20. Cansancio o fatiga</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer
<p>16. Cambios en los Hábito del sueño</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño 1^a Duermo un poco más de lo habitual 1^b Duermo un poco menos de lo habitual 2^a Duermo mucho más de lo habitual 2^b Duermo mucho menos de lo habitual 3^a Duermo la mayor parte del día 3^b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme 	<p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo 2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo 3. He perdido completamente el interés en el sexo
<p>17. Irritabilidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No estoy más irritable que lo habitual 1. Estoy más irritable que lo habitual 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual 3. Estoy irritable todo el tiempo 	

ANEXO 4. VERSIÓN ESPAÑOLA (ESPAÑA) ESTÁNDAR SF-36

CUESTIONARIO "SF-36" SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año
 Algo mejor ahora que hace un año
 Más o menos igual que hace un año
 Algo peor ahora que hace un año
 Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

	Sí , me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a) Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Le limita para coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Le limita para subir varios pisos por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Le limita para subir un solo piso por la escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Le limita para agacharse o arrodillarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| g) Le limita para caminar un kilómetro o más | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) Le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) Le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) Le limita para bañarse o vestirse por sí mismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Durante las últimas semanas. ¿A tenido alguno de los siguientes problemas n su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

SI NO

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Durante los 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

SI NO

- | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- h) Cuánto tiempo se sintió feliz a
- i) Cuánto tiempo se sintió cansado

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?

Siempre Casi siempre Algunas veces Solo alguna vez Nunca

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Estoy tan sano como cualquiera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Creo que mi salud va a empeorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Mi salud es excelente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO 5. BREVE CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (CUBRECAVI)

1. Se siente usted satisfecho con actual estado de salud

Mucho	Bastante	Algo	Nada
4	3	2	1

2. En las dos últimas semanas ¿Con qué frecuencia ha tenido usted alguno de los siguientes síntomas?

	Nunca	Algunas Veces	Bastantes veces	Muchas veces
Dolor de huesos, de columna o de las articulaciones	4	3	2	1
Mareos o vahídos	4	3	2	1
Tos, catarro o gripe	4	3	2	1
Tobillos hinchados	4	3	2	1
Cansancio sin razón aparente	4	3	2	1
Dificultad para dormir	4	3	2	1
Debilidad en las piernas	4	3	2	1
Dificultad para respirar o sensación de falta de aire	4	3	2	1
Palpitaciones	4	3	2	1
Dolor u opresión en el pecho	4	3	2	1
Manos o pies fríos	4	3	2	1
Sueños durante el día	4	3	2	1
Boca seca	4	3	2	1
Sensación de náusea o ganas de vomitar	4	3	2	1
Gases	4	3	2	1
Levantarse a orinar por las noches	4	3	2	1
Dificultad para controlar la orina	4	3	2	1
Zumbido de oídos	4	3	2	1
Hormigueos en los brazos o piernas	4	3	2	1
Picazón en el cuerpo	4	3	2	1

Sofocos	4	3	2	1
Llorar con facilidad	4	3	2	1

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Frecuentemente	No contesta
Sentirse deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado	4	3	2	1	9
Tener problemas de memoria, olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o dónde puso sus objetos	4	3	2	1	9
Sentirse desorientado o perdido	4	3	2	1	9

	Todos los días o casi	Al menos 1 vez semanal	Al menos una vez al mes	Menos de 1 vez al mes	No sé/ no contesta
Hijos/as que no viven con usted en la misma casa	4	3	2	1	9
Nietos/as que no viven con usted en la misma casa	4	3	2	1	9
Familiares que no viven con usted en la misma casa	4	3	2	1	9
Vecinos	4	3	2	1	9
Amigos que no sean vecinos	4	3	2	1	9

	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	No contesta
Su conyugue	3	2	1	9
Sus hijos	3	2	1	9
Sus nietos	3	2	1	9
Otros familiares	3	2	1	9

Vecinos	3	2	1	9
Amigos no vecinos	3	2	1	9

	Muy bien	Bien	Regular	Mal	No sé/ no contesta
Considera que usted se puede valer por sí mismo	4	3	2	1	9

	Ninguna	Alguna	Bastante	Mucha	No sé/ no contesta
Cuidar de su aspectos físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse)	4	3	2	1	9
Realizar tareas casera	4	3	2	1	9
Caminar	4	3	2	1	9
Realizar tareas fuera de la casa	4	3	2	1	9

De las siguientes actividades señale la que describe mejor el nivel de actividad que tiene diariamente

1	Casi completamente inactivo (leer, ver televisión, etc.)	
2	Actividad doméstica normal (gestiones, ir a la compra, cine)	
3	Actividad física deportiva ocasional o esporádica semanal (caminar o pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades de ligero esfuerzo)	
4	Actividad física regular varias veces al mes (tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc)	
5	Entrenamiento físico varias veces a la semana	
9	No sé / no contesta	

	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	No contesta
Leer un libro/periódico	3	2	1	9
Visitar amigos/parientes	3	2	1	9
Ver la televisión	3	2	1	9

Escuchar la radio	3	2	1	9
Caminar	3	2	1	9
Jugar juegos recreativo	3	2	1	9
Cuidar niños	3	2	1	9
Hacer manualidades (coser, tejer)	3	2	1	9
Hacer recados o gestiones	3	2	1	9
Ir de compras	3	2	1	9
Viajar	3	2	1	9

	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	No contesta
En general cuan satisfecho está con la forma que ocupa su tiempo	3	2	1	9

Grado de satisfacción en relación con los aspectos de su cas/residencia donde vive:

	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	No contesta
El ruido / silencio	3	2	1	9
La temperatura	3	2	1	9
La iluminación	3	2	1	9
El orden y la limpieza	3	2	1	9
El mobiliario	3	2	1	9
Las comodidades (electrodomésticos, etc.)	3	2	1	9

	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	No contesta
Grado de satisfacción con la vivienda en genera	3	2	1	9

	Nada	Algo	Bastante	Mucho	No sé/ no contesta
--	------	------	----------	-------	--------------------

Grado de satisfacción con la vida	1	2	3	4	9
--	---	---	---	---	---

Ingreso mensual

Menos de 100 dólares 0	Entre 100 y 200 dólares 1	Entre 201 y 300 dólares 2	Entre 301 y 400 dólares 3
Entre 401 y 500 dólares 4	Entre 501 y 600 dólares 5	Entre 601 y 700 dólares 6	Entre 701 y 800 dólares 7
Entre 801 y 900 dólares 8		No sé/ No contesta 9	

	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca	No contesta	
Frecuencia con la que utiliza los servicios sociales y sanitarios que utiliza en su casa o residencia	3	2	1	9	
	Muy satisfecho	Bastante satisfecho	Algo satisfecho	Nada satisfecho	No sé/ no contesta
En qué medida está usted satisfecho con los servicio sociales y sanitarios que utiliza	4	3	2	1	9

Analfabeta 0	Educación Básica Incompleta 1	Educación Básica Completa 2	Educación Media Incompleta 3
Educación Media Completa 4	Bachillerato Incompleto 5	Bachillerato Completo 6	Educación Superior Incompleta 7
Educación Superior Completa 8		No contesta 9	

Señale según su criterio el grado de importancia a los siguientes aspectos

	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Tener buena salud	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Poder valerse por sí mismo	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Mantenerse activo	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Tener buenos servicios sociales y sanitarios	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Mantener buenas relaciones con la familia y sociales	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Tener una vivienda buena y cómoda	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Tener una buena pensión o renta	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Sentirse satisfecho con la vida	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Calidad del medio ambiente del barrio o de la ciudad	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Tener la oportunidad de aprender y conocer nuevas cosas	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Otras ¿Cuáles?	1°	2°	3°	4°	5°	6°
Ninguna	1°	2°	3°	4°	5°	6°
No sé/ No contesta	1°	2°	3°	4°	5°	6°