



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA**

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

Línea de investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL

Autora:

MARÍA JOSÉ ZAPATA MOGRO

Director:

Ps. Mg. SANDRA ELIZABETH SANTAMARÍA GUISAMANA

Ambato – Ecuador

Agosto 2021

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA**

Línea de investigación:

Vida digna y salud integral

Autora:

María José Zapata Mogro


Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Mg.

CALIFICADORA

f. 


Narciza de Jesús Villegas Villacres, Mg

CALIFICADORA

f. 

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Mg

CALIFICADORA

f. 

Varna Hernández Junco, PhD.

DIRECTORA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 

Ambato – Ecuador

Agosto - 2021

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: María José Zapata Mogro, con CC.0502877350, autora del trabajo de graduación intitulado: “RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA”, previa 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 formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos 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, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, agosto 2021



María José Zapata Mogro
CC. 0502877350

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional y poder compartirlo con las personas que más amo.

A mis padres Sayda y Santy por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

Gracias a toda mi familia por su amor, su inmensa bondad y su apoyo en cada decisión, y sobre todo gracias por creer en mí. A mami Coqui, mi abuelita y maestra, mi ejemplo de humildad y sinceridad, gracias por desear y anhelar lo mejor para mi vida. A Papi Alvino, no solo mi abuelito sino mi padre, mi ejemplo de responsabilidad y honestidad, gracias por estar siempre pendiente de mí, por sus palabras de aliento que me ayudaron a crecer, a vivir, amar incondicionalmente y sobre todo a no rendirme. A Mayta que con su carácter fuerte me ha enseñado a sobrellevar cada adversidad por más difícil que sea. A mis tíos: Diego, Paulina y José por recibirme cariñosamente siempre que los necesite, por guiarme con sus consejos y por ser mi ejemplo de superación y sacrificio. A mis queridos primos hermanos: José Gabriel, María Paz, David Jesús, Dieguito y Valeria por ser esa luz en mi camino, por sacarme una sonrisa con sus ocurrencias y por recordarme que la vida es mejor con un poco de humor.

A mis maestros por haber compartido sus conocimientos a lo largo de mi vida universitaria.

Y un especial agradecimiento a mi tutora Ps. Mg. Sandra Santamaría, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su ayuda y conocimientos, también por su paciencia para guiarme durante el desarrollo de mi tesis.

DEDICATORIA

A mis padres por estar a mi lado guiándome y apoyándome, principalmente a Sayda, mi madre, por su esfuerzo y sacrificio, por ser el pilar más importante y demostrarme su amor incondicional, ser el motor para levantarme y seguir en lucha para alcanzar mis metas.

A mis ángeles en el cielo, David Jesús y Papi Alvino, sé que estarán orgullosos de mí por este sueño tan anhelado.

A quien me apoyo en los momentos difíciles y me alentó para continuar y no rendirme, gracias Andree por tomar de mi mano, abrazarme y darme fuerzas para lograr que este sueño se haga realidad.

A mis amigas quienes compartimos conocimientos, alegrías, y tristezas, sin duda disfrute de cada momento, gracias por ser esas personas que están dispuestas a ayudar sin recibir nada a cambio, siempre las llevaré en mi corazón.

A mis compañeras de mis largas noches de estudio, Lupita y Morita gracias por llegar a mi vida en el momento perfecto.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y la depresión de los adultos mayores del Hospital General de Latacunga, para ello se realizó el diagnóstico de las variables mediante dos instrumentos el Cuestionario de Salud SF-36 y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). La metodología aplicada es post - positivista descriptiva con un enfoque mixto y alcance exploratorio descriptivo correlacional de corte transversal que permitió alcanzar el propósito de la investigación.

La muestra estuvo conformada por 100 adultos mayores que cumplieron con las condiciones para ser parte de la misma. Los resultados mostraron que solo el 29% de los encuestados tienen una mala y regular calidad de vida, por otra parte, el 15% presenta depresión moderada y el 12% severa. En tal virtud, la correlación de las dos variables es negativa, estadísticamente no significativa, debido a que, de acuerdo a los datos, hay ancianos que tienen regular o mala calidad de vida y alto nivel de depresión.

Palabras claves: *depresión, calidad de vida, adultos mayores, Latacunga.*

ABSTRACT

The objective of the present study is to determine the relationship between the quality of life and depression in the elderly at the General Hospital of Latacunga, for which the variables were diagnosed using two instruments: the SF-36 Health Questionnaire and the Scale of Geriatric Depression (GDS). The methodology applied is descriptive with a post - positivist with a mixed approach and a cross-sectional correlational descriptive exploratory scope that allowed to achieve the purpose of the research.

The sample consisted of 100 elderly people who met the conditions to be part of it. The results showed that only 29% of those surveyed have a poor and regular quality of life, on the other hand, 15% have moderate depression and 12% a severedepression. As such, the correlation of the two variables is negative, statistically not significant, because, according to the data, there are elderly people who have a regular or poor quality of life and a high level of depression.

Key words: *depression, quality of life, older adults, Latacunga.*

ÍNDICE DE CONTENIDO

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA.....	3
Marco teórico conceptual.....	3
1.1 Adultez tardía.....	3
1.1.1 Tipos de Envejecimiento	3
1.1.2 Tipos de adultos mayores	4
1.2 Cambios en la tercera edad.....	4
1.2.1 Cambios físicos y biológicos	4
1.2.2 Cambios cognitivos	7
1.2.3 Cambios psicosociales	8
1.3 Calidad de vida en el adulto mayor.....	9
1.3.1 Aspectos relacionados a la calidad de vida.....	10
1.4 Depresión.....	11
1.4.1 Tipos de depresión	12
1.4.2 Causas de la depresión	12
1.4.3 Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor.....	13
1.4.4 Signos y síntomas relacionados con la depresión	14
1.4.5 Teorías cognitiva y conductual de la depresión.....	15
1.4.6 Diagnóstico de la depresión.....	17
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
2.1 Metodología de investigación.....	20
2.2 Paradigma	20

2.3 Nivel	20
2.4 Modalidad	20
2.5 Alcance	21
2.6 Corte temporal de la investigación	21
2.7 Población y muestra	21
2.8 Herramientas	22
2.8.1 Cuestionario de Salud SF – 36	22
2.8.2 GDS – Escala de Depresión Geriátrica	24
2.9 Procedimiento metodológico	25
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1 Análisis de los resultados	26
3.1.1 Ficha sociodemográfica	26
3.1.2 Análisis de resultados del cuestionario de salud sf-36	32
3.1.3 Análisis de resultados escala de depresión geriátrica.....	38
3.2 Correlación entre depresión y calidad de vida.....	39
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXOS	56

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Conceptos de salud; número y nivel de ítems; contenido de las ocho escalas del sf-36 y un resumen de ítems relacionados con la evolución de la salud.....	22
Tabla 2. Escala de depresión geriátrica (GDS).....	24
Tabla 3. Información sociodemográfica	26
Tabla 4. Resultados calidad de vida.....	32
Tabla 5. Resultados depresión geriátrica	38
Tabla 6. Correlación de la variable depresión y calidad de vida	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo predictor del factor dolor de la calidad de vida	14
Figura 2. Síntomas de la depresión	15
Figura 3. Protocolo para el diagnóstico de los trastornos depresivos	17
Figura 4. Proceso cuantitativo de la investigación.	25
Figura 5. Diagrama de dispersión de las variables depresión y calidad de vida	40

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado	56
Anexo 2. Ficha sociodemográfica	57
Anexo 3. Cuestionario de salud SF-36.....	59
Anexo 4. Escala de depresión geriátrica GDS.....	63

INTRODUCCIÓN

En Latinoamérica los adultos mayores representan el 17% de la población total y se espera que para el 2050 este porcentaje se incremente a un 25%, debido a que la esperanza de vida ha incrementado en los últimos años, debido a que en la actualidad cerca del 11% de la población adulta mayor tiene una edad igual o mayor a 80 años (CEPAL, 2018). En este contexto, el aumento del número de ancianos, hace que el gobierno, la sociedad y las familias adopten medidas para asegurar la calidad de vida del adulto mayor y se esfuercen por evitar que factores tanto internos como externos disminuyan la misma.

Sin embargo, la etapa de envejecimiento es muy difícil para algunas personas, debido a las características y cambios que se presentan, como son cambios biológicos, psicológicos y sociales, desde padecer alguna enfermedad grave, hasta enfrentar pérdidas de amigos, compañeros de trabajo e incluso de la pareja, a ello se suman situaciones como la depresión.

La depresión se considera una de las enfermedades neuro-psiquiátricas que se presentan con mayor frecuencia en el adulto mayor; en el Ecuador la prevalencia de esta enfermedad es del 39% del total de adultos mayores, son factores de riesgo la soledad, la incapacidad de realizar ciertas actividades que tienen que ver con la calidad de vida de los mismos, (Calderón , 2018)

En virtud de lo mencionado, se presenta los siguientes objetivos de la presente investigación:

Objetivo General

Determinar la relación entre depresión y calidad de vida en adultos mayores del Hospital General de Latacunga.

Objetivos específicos

- Fundamentar bibliográficamente la relación entre depresión y calidad de vida en los adultos mayores.
- Diagnosticar la depresión y calidad de vida a través de test psicométricos.
- Realizar el análisis correlacional entre depresión y calidad de vida en adultos mayores.

Para el cumplir con dichos objetivos la investigación se estructura en tres capítulos. En el primero se estructuró el marco teórico, que permitió fundamentar bibliográficamente la depresión y la calidad de vida en la población objeto de estudio. En el segundo se aborda la metodología

empleada, y las herramientas que se utilizó para cuantificar las variables de investigación. Finalmente, el capítulo tres se presenta el análisis de los resultados que se obtuvo a través de los cuestionarios, además, la correlación entre depresión y calidad de vida de los adultos mayores lo cual permitió estructurar las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

Marco teórico conceptual

1.1 Adultez tardía

La tercera edad o edad adulta tardía empieza a los 65 años y comprende como uno de los últimos ciclos de vida. El término adulto mayor está ligado a la vejez y envejecimiento, según Hernández (2014), se trata de un proceso natural, inevitable por el cual, atraviesan todas las personas durante el transcurso de los años. Al respecto, cabe indicar que el adulto mayor está sujeto a continuos cambios a nivel de cuerpo y mente.

El término vejez proviene del latín “*veclus*” que en español refiere a una persona de mucha edad. Se trata, por tanto, de un proceso complejo que todo ser humano experimentara; en este sentido, la vejez tardía alude a la presencia de varias alteraciones biológicas (Pinillos y Quintero, 2017).

1.1.1 Tipos de Envejecimiento

En el proceso de envejecimiento se diferencian dos tipos: el primario que está relacionado a los cambios fisiológicos, es decir, es un desarrollo gradual inevitable que comprende el deterioro corporal en el sujeto; y el secundario que resulta de la enfermedad, el abuso y la falta de actividad física pero que son prevenibles. Bajo esta premisa, se evidencia que el adulto mayor se enfrenta a diversas situaciones propias de la edad en las que se verá involucrada su condición de vida para desenvolverse (Papalia y Feldman, 2012).

Por otra parte, según el criterio neurológico se diferencian dos tipos de envejecimiento, el normal y el patológico. El primero, es el que atraviesa la mayor parte de los adultos mayores, es aquel que, no presenta deterioro cognitivo o enfermedad neurodegenerativa, es decir, es un envejecimiento sano a nivel cerebral y funcional. Mientras que, en el envejecimiento patológico, según Juanas y Rodríguez (2019): “trae consigo una disminución en la funcionalidad y autonomía del individuo y, por tanto, la aparición del estado de dependencia” (p. 198), es decir, está relacionado con trastornos neuro cognitivos, donde la persona necesitaría de un tercero para ejecutar actividades de la vida diaria.

1.1.2 Tipos de adultos mayores

Es importante diferenciar los tipos de adultos mayores puesto que, en especialidades médicas les clasifican en funcionales y disfuncionales, se basa en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Según Hernández (2014) los funcionales refieren a los adultos mayores en capacidad de realizar actividades cotidianas sin alguna limitación, razón por la cual, son independientes. Mientras que los disfuncionales son aquellos que por alguna causa presentan dificultades para realizar pequeñas tareas y valerse por sí mismos.

Además, el adulto mayor independiente busca medidas que beneficien su propia seguridad; es decir, que es capaz de mantener un entorno seguro para él mismo, o acondicionarlo según sus necesidades (Hernández, 2014). En otras palabras, la seguridad del adulto mayor independiente proviene de la conciencia que tiene de su propio estado y condición, lo cual le otorga estabilidad física y emocional. Así, el adulto mayor dependiente presentaría un déficit cognitivo lo cual le impide diferenciar entre las situaciones seguras y las situaciones de peligro.

Por otro lado, en el envejecimiento se diferencian tres grupos de adultos mayores, el primer grupo es “viejo joven” que cronológicamente es una persona de 65 a 74 años que suele ser activa, vigorosa y animada. El segundo grupo es el “viejo viejo” tienen entre 75 y 84 años y el tercer grupo es “viejo de edad avanzada” que comprenden los 85 años en adelante. Los dos últimos grupos suelen ser propensos a enfermarse y tener dificultades para realizar actividades cotidianas (Papalia y Feldman, 2012)

1.2 Cambios en la tercera edad

1.2.1 Cambios físicos y biológicos

Las variaciones físicas que se presentan en el envejecimiento son evidentes más en algunas personas que en otras, pero es inevitable que estas aparezcan. Uno de los cambios que se observan es la piel, según Papalia y Feldman (2012) “La piel envejecida tiende a palidecer y a perder elasticidad, y arrugarse a medida que se reducen la grasa y la masa muscular” (p. 549). Es decir que, aparecen modificaciones en todo el cuerpo, pero serán más evidentes en el rostro; párpados caídos, flacidez en la cara y cuello.

De la misma manera, existe una reducción en el crecimiento de las uñas, así como dureza, y engrosamiento acompañado de pérdida de brillo como resultado de la disminución de colágeno (López, Aldave y Varela, 2014). Así mismo, en consecuencia, de la pérdida de colágeno en el cuerpo se presentan cambios en los vellos y cabellos, estos se hacen más delgados, desaparecen y pierden su color debido a la falta de melanina. De igual forma, las alteraciones hormonales que surgen en esta etapa provocarían la aparición de vello facial, en labio superior o mentón o a su vez la disminución de bello corporal.

Es fundamental indicar que en esta etapa se produce un deterioro del sistema nervioso el cual involucra órganos y sistemas. Según González y Fuente (2014) dentro del sistema músculo esquelético “disminuye el tamaño y densidad de los huesos, las articulaciones reducen el rango de movimiento, a nivel muscular se produce una disminución del tono y de la capacidad elástica de las unidades músculo-tendinosas, etc.” (p.123). Es decir que, los huesos son más débiles y propensos a dolores fuertes o fracturas y la pérdida de la masa muscular hace que los movimientos sean más pausados y exista fatiga muscular por falta de fuerza.

En cuanto al sistema cardiovascular y respiratorio, López, Aldave y Varela (2014) sostienen que: “el corazón y los vasos sanguíneos cambian debido a que las paredes del corazón se vuelven más rígidas, y el corazón se llena lentamente de sangre” (p.81). Al respecto, se menciona que, el corazón aumenta su tamaño por el incremento de sangre y la grasa que se deposita en sus cavidades por esta razón, es común que en esta etapa la presión sanguínea sea más elevada. Por otro lado, aparecerían cambios en el sistema respiratorio, en efecto, al pasar de los años los pulmones se debilitan y dificulta el ingreso y salida de aire, en consecuencia, problemas respiratorios en los adultos mayores.

Con relación al sistema digestivo, en la mayoría de adultos mayores suele ser eficiente, sin embargo, González y Fuente (2014) manifiestan que existe “disminución del sentido del gusto, del reflejo de tragar y de los movimientos automáticos que pasan a ser más lentos” (p.123). Esto significa que, se presenta pérdida de apetito, por consiguiente, los alimentos no son tan atractivos en su aroma o en olor, debido a que las funciones del gusto y el olfato desaparecen lentamente, por ejemplo, las papilas gustativas son menos sensibles y es más difícil diferenciar sabores, al igual que en el olfato se presenta la pérdida de receptores olfativos lo cual impide transmitir olores al cerebro.

En cuanto a los cambios que se producen en el sistema sensorial se ven afectadas las capacidades perceptivas los mismos que influyen en procesos cognitivos como son la atención, percepción, etc. Por lo tanto, si se presenta un déficit sensorial en el adulto mayor causarían dificultades en la visión o audición. Según Papalia y Feldman (2012): “Los ojos viejos necesitan más luz para ver, son más sensibles a la luz y resulta difícil localizar y leer las señales” (p.551). Se identifica que, en esta etapa las condiciones de vista cambiarían, la percepción de los tonos, disminuye y aparecerán enfermedades visuales propias de la edad como son las cataratas, atrofas en el nervio óptico o glaucomas.

La capacidad auditiva, también, disminuirá a medida que pasa el tiempo, pero se daría por diferentes causas, según el Instituto Nacional de la Sordera y otros trastornos de la comunicación (Instituto Nacional de la Sordera y otros trastornos de la comunicación, 2016), con frecuencia se da por los cambios que ocurren en el oído interno propios de la edad, o sería el resultado de alteraciones significativas en las vías nerviosas que van del oído al cerebro, así como problemas médicos y ciertos medicamentos, sin embargo existen los audífonos o implantes cocleares que sirven de apoyo para aquellas personas que poseen complejidad para oír.

Dentro del funcionamiento sexual, en la adultez tardía existen modificaciones que se dan de diferente manera en los hombres como en las mujeres, estas modificaciones están relacionadas con los órganos genitales, como menciona Llanes (2014) en la mujer, la mucosa vaginal se seca lo que hace que disminuya la secreción y este más expuesta a infecciones, por cierto, la vulva, labios menores, clítoris, decrecen y se produce un estrechamiento de la vagina, los ovarios disminuyen en tamaño y el moco cervical es espeso o escaso. Además, el resultado de la atrofia en los tejidos y la escasez de secreción hormonal los senos se vuelven flácidos.

En cambio, en los hombres existe reducción del tamaño de los testículos, sin embargo, se da el crecimiento de tamaño en la próstata. La capacidad de respuesta al acto sexual en el hombre permanece, pero depende del estado emocional y físico del adulto mayor, sin embargo, para lograr una erección necesitan de más tiempo, por lo que la necesidad física de eyacular es menor, mientras que su capacidad reproductiva a diferencia de las mujeres que termina en la menopausia, en ocasiones se mantiene hasta su muerte.

1.2.2 Cambios cognitivos

Los adultos mayores experimentan modificaciones a nivel cerebral que son propios de la edad, en algunas personas se afectaría de manera significativa, como en otras los cambios serán poco notorios. Dentro de las modificaciones que presenta el cerebro López, Aldave y Varela (2014) señalan, pérdida de peso y volumen del cerebro, así como la disminución del número de neuronas de manera irreversible, es decir, a partir de los 60 años el cerebro disipa aproximadamente 2 a 3 gramos anualmente. En consecuencia, el envejecimiento cerebral está relacionada con algunas capacidades intelectuales.

Una de las funciones cognitivas más importantes que suelen tener modificaciones es la memoria. Según Ramirez, Páez y Aguilar (2011) la memoria inmediata o primaria habitualmente se ve afectada, al igual que se presentan problemas al instante de procesar nueva información sin embargo se conserva la memoria secundaria o remota, es decir que, los cambios que se presentan en la memoria influyen en la asimilación de información presentada por primera vez, pero se conservan los recuerdos, habilidades y conocimientos adquiridos en el pasado.

La atención, también, se afecta en la edad adulta tardía, puesto que, al presentarse diversos estímulos al mismo tiempo, es más difícil de seleccionar la información principal. Es importante tomar en cuenta que la atención está ligada con la memoria puesto que, si existe algún tipo de afectación en la memoria, no le permite al sujeto guardar información, por lo tanto, se vuelve más distraído y con mayor dificultad para mantenerse atento en las actividades que realiza. Por otro lado, el razonamiento abstracto en el adulto mayor se apreciaría un enlentecimiento mínimo, al presentarse problemas de la vida diaria las respuestas son eficaces porque el sujeto selecciona experiencias de su vida para emitir una idea o solución (Veliz, Riffo y Arancibia, 2010)

Así mismo, en esta etapa Ramirez, Páez y Aguilar (2011) afirman que la personalidad “se hace más rígida, menos flexible, más insegura y egocéntrica. En efecto, desarrollarían actitudes defensivas, mostrándose hostiles y negativos ante todo lo nuevo” (p.6). De otro modo, el adulto mayor a pesar de tener una personalidad ya establecida presentaría reacciones diferentes, por lo que la persona requiere de compañía, seguridad y afecto para que sus actitudes y comportamientos sean entendidos y aceptados por quienes lo rodean.

De acuerdo con Benavides (2017) el deterioro cognitivo es una de las patologías de mayor frecuencia en este grupo etario, sus efectos se evidencian a partir del criterio de la calidad de vida del paciente adulto mayor y desenlace postoperatorio. Es fundamental destacar que la cognición se interpreta como el desempeño intelectual que posibilita interactuar con el medio con que la gente se desenvuelve; no obstante, con el envejecimiento se muestran cambios en el cerebro, como circulatorios, metabólicos, morfológicos, y bioquímicos que depende de las funcionalidades cerebrales conllevan a alteraciones cognitivas.

En un análisis de Da Silva, Ramos y Carvalho (2018) se reporta que los adultos mayores, particularmente los que presentan depresión tienden a incrementar las alteraciones cognitivas, por ejemplo, disminución en las habilidades de orientación, atención y cálculo, lenguaje, memoria, recuerdo diferido y capacidad viso-constructiva. Así como, el aumento en problemas para memorizar, codificar o recuperar información nueva o aprendida previamente. En cuanto a la orientación, cabe indicar que es uno de los principales factores cognitivos afectados en el adulto mayor, cuya variación se realiza a nivel espacial, temporal y personal; esto significa que, el individuo tiene problemas en ubicarse en los lugares, el tiempo o los días.

Los resultados presentados concuerdan con los hallazgos de Rodrigues, Carvalho, Quino y Gruart (2017), en donde la cognición en el adulto mayor presenta cambios significativos, lo que significa que las limitaciones cognitivas están asociadas con la comorbilidad depresiva. La memoria inmediata y la atención son las variables de mayor afectación y causales del estado depresivo (estado emocional negativo).

1.2.3 Cambios psicosociales

A medida que pasa el tiempo los roles frente a la sociedad cambian, y al momento de llegar a la adultez tardía se presentan nuevas oportunidades como es la jubilación, así como afirman López, Aldave y Varela (2014) “para algunas personas supone un momento de liberación y de placer, para otras la entrada de una etapa difícil, llena de preocupaciones y de dificultades económicas y familiares, para otras una etapa de desprestigio social y de pasividad” (p. 86), es decir que, al enfrentarse a estos nuevos roles dentro de la sociedad implicaran una nueva organización de hábitos y de esta manera reemplazar actividades para generar unas nuevas.

Es importante mencionar que, para el adulto mayor y como para todos los seres humanos, lo primordial es sentirse acogido, aceptado, querido, útil y capaz, y es por eso que, el entorno social adquiere importancia puesto que, el apoyo de sus amigos, pareja, conocidos y más que nada familiares son el factor que ayudará a que el transcurso de envejecimiento sea más llevadero y agradable tanto para el ambiente familiar como para el individuo que lo experimenta. Además, contribuye a una mejor toma de decisiones por parte del adulto mayor porque en esta etapa experimentarían pérdidas significativas con su trabajo, así pues, pierden vínculos de amistad laboral, lo cual afectaría a su autoestima o identidad (Rodríguez, 2008).

Para describir los cambios psicológicos que se producen en la fase de la adultez tardía se mencionan a dos autores importantes, para Erikson, el ser humano atraviesa por ocho crisis, en la última etapa se genera la necesidad de admitir el modo de vida que el individuo ha conformado de lo contrario se origina la desesperación. Para Peck, el sujeto atraviesa por tres crisis, que son elementales para envejecer de manera sana y alargar la identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y vida propia (Papalia y Feldman, 2012). Es decir que, para el adulto mayor es importante percibir esta etapa como una normal y de manera saludable, y se deja de lado el temor y la angustia de morir.

1.3 Calidad de vida en el adulto mayor

En cuanto a la calidad de vida, dicho de otra manera, es un discurso de interés político, gubernamental, de las instituciones de salud y del censo común; todos con perspectivas diferentes. Unos dan importancia a la infraestructura, y equipamiento de instituciones, al desarrollo económico; otros necesitan igualdad de acceso a empleo, educación, salud, vivir en entornos dignos para tener una vida y desarrollo digno (Espinosa, 2014).

Este interés por la calidad de vida, está presente a partir del inicio de la historia del ser humano y que hoy en día continúa como un objetivo a lograr. A finales de la década de 1930 e inicios de los 40, intentaron medir calidad de vida desde la tendencia económica; en los años 50 se incluyeron las condiciones materiales de la vida de los individuos, y de grupos para mantenerse y gozar la vida; en los años 80 surgieron dos corrientes de pensamiento para conceptualizar la calidad de vida; un grupo planteó medir calidad de vida a partir del aspecto cuantitativo y objetivo; y la otra versión defendió el estudio de las persecuciones de la satisfacción o descontento ante las diferentes dimensiones de la vida. Ya en los años 90 y 2000 se publica que para conservar la calidad de vida como un criterio integral se necesita incluir componentes cuantitativos y cualitativos y se propuso

siete dimensiones: confort material, salud, trabajo, productividad, intimidad, estabilidad, comunidad y confort emocional (Espinosa, 2014).

Entonces el concepto de calidad de vida, en las diferentes décadas ha tenido enfoques diferentes desde la visión económica, mejorar el nivel de vida, la adquisición de bienes materiales, acceso a educación salud, y ocio; y se culmina a lo actual que plantea la consideración la valoración de la opinión de la persona en cuanto a calidad de vida (Panzini, Bandeira, Fleck y Rocha, 2019).

Por otro lado, calidad de vida es un criterio multidimensional y global, en cual son evaluados diversos dominios de naturaleza humana: físico, psíquico, emocional y social, económico y espiritual; a saber, la calidad de vida está influenciada por una combinación de factores biológicos y socioculturales (Pinto, 2015).

1.3.1 Aspectos relacionados a la calidad de vida

No todas los seres humanos viven la etapa de la vejez de la misma manera, pues el comportamiento se encuentra relacionado a las acciones y omisiones que cada individuo realiza durante el transcurso de la vida, es decir, la vejez se construye desde la fase de la adolescencia, se considera que el desarrollo del envejecimiento es normal, natural e ineludible, tienen diferentes resultados principalmente debido a los cuidados de tiene la persona a lo largo de la vida (Aponte, 2015).

De acuerdo con Varela (2016) la calidad de vida se asocia con componentes económicos, sociales y culturales en el ámbito que se desarrolla, así como en la escala de valores de cada persona. El valor otorgado a la duración de la vida, condicionado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, influenciadas por las patologías, enfermedades, tratamientos y políticas sanitarias. Por tanto, se considera como un término relacionado a una visión multidimensional que incluye aspectos ambientales, culturales, económicos, sanitarios, entre otros.

Por su parte, Calero et al., (2016) reporta resultados que denotan la relación entre estado de ánimo en sujetos adulto mayores y la calidad de vida, en donde, las actividades físico recreativas conforman un elemento necesario para mantener la salud física y mental como técnica adecuada para mejorar el ciclo vital, pues incrementa el estado emocional de los individuos.

El análisis de la calidad de vida en personas de la tercera edad, implica añadir elementos asociados con la fase del ciclo vital, en donde el individuo se ve expuesto a enfrentar el envejecimiento

cronológico y funcional, debido a la reducción de las habilidades físicas, psíquicas y sociales para el funcionamiento de las ocupaciones cotidianas (Olivares et al., 2015).

Así mismo, Adell et al., (2016) sostienen que las variables que intervienen en la calidad de vida del adulto mayor tienen estrecha relación con variables clínicas, sociodemográficas, estado cognitivo emocional, así como otras como el ambiente, el núcleo familiar, cultura a la cual pertenece el individuo y las experiencias de vida.

1.4 Depresión

La depresión en los adultos mayores es un trastorno psiquiátrico común que perjudica su calidad de vida relacionada con la salud. La depresión mayor ocurre en el 2% de los adultos de 55 años o más, y su prevalencia incrementa con la edad. Además, del 10% al 15% de los adultos mayores tienen síntomas depresivos clínicamente significativos, inclusive en ausencia de depresión mayor (Kok & Reynolds, 2017).

Por otro lado, Morales (2017) establece que la depresión comprende el estado de ánimo conformado por síntomas, donde predominan los de tipo afectivo como irritabilidad, malestar, adicional síntomas cognitivos y físicos, en la práctica la depresión no se presenta de forma aislada, más bien está acompañada de otras patologías como la ansiedad y manifestaciones sintomáticas varias.

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, falta de autoestima, sentimientos de culpa, emociones que duran mucho tiempo, lo que perjudica la capacidad del trabajo diario u otras tareas. El resultado provocaría una depresión severa y en muchos casos llegar al suicidio. Así mismo, la depresión se divide en las siguientes categorías: trastorno depresivo mayor que presenta síntomas como; estado de ánimo bajo, energía reducida. Así, los episodios depresivos se dividen en, se leve, moderado y grave (OMS, 2017).

La depresión senil se presenta de forma heterogénea a través de diferentes mecanismos patógenos de la secuencia biológica que coexiste con la persona, se desencadenarían por diversas patologías en general o por el degeneración sensorial y física que está relacionada con el envejecimiento (Bastidas, 2014). De igual manera, la depresión es causada por la relación entre componentes genéticos, epigenéticos y del medioambiente los cuales afectan la bioquímica, la cito arquitectura y la capacidad en área específicas del cerebro (Cruzblanca ,Lupercio y Collas, 2016).

Los adultos mayores debido a las condiciones biológicas y sociales que determinan la edad, así como, las peligrosas situaciones provocadas por la falta de recursos económicos, personales y del ambiente son personas vulnerables. En una investigación llevada a cabo por Sims et al., (2017) señalaron que una vez que la depresión ocurre en los ancianos, se considera un fenómeno común de la edad, pero para la Organización Mundial de la Salud esto no es lo correcto. Sin embargo, los sujetos no son psicológicamente propensos a la depresión. Entre los adultos mayores de 65 años, el 25% presenta algún trastorno, y el más común es la depresión.

1.4.1 Tipos de depresión

Existen diferentes tipos de depresión, según el Instituto Nacional de la Salud Mental (2017) considera los siguientes:

- Depresión grave o mayor: se refiere a los síntomas graves que interfieren con la capacidad de trabajar, conciliar el sueño, concentrarse, comer y disfrutar de la vida. Se presentarían en un solo episodio como en varios.
- Trastorno depresivo persistente (distimia): síntomas de depresión no tan fuertes como los de la depresión grave, pero su duración es más extensa (por lo menos dos años).
- Depresión menor: síntomas de depresión que no son tan fuertes como la depresión grave o del trastorno depresivo persistente y que no duran mucho tiempo (p.1).

Entonces, es importante reconocer los tipos depresión puesto que, los síntomas serían físicos o muchas veces los síntomas de depresión lo asocian directamente con la tristeza y sería diagnosticada de manera incorrecta.

1.4.2 Causas de la depresión

La depresión comprende un trastorno del cerebro, originada por varias causas incluye factores, genéticos, ambientales y psicológicos, se presenta a cualquier edad, usualmente inicia en la etapa de la adolescencia o adultos jóvenes, es más habitual en las mujeres (Alzuri, Hernández y Calzada, 2017)

A criterio de Pérez et al., (2017) la depresión está conformada por factores genéticos y ambientales, que afectan al ser humano, no sigue un patrón clásico de herencia, sino sigue un modelo de susceptibilidad, expresado en que existe una variable que es susceptible a desarrollar la

enfermedad, generalmente están involucrados una serie de genes el cual estaría modulada por un conjunto de factores ambientales.

De acuerdo a Restrepo et al., (2017), mantienen que a pesar de tener una etiología poco conocida la depresión está relacionada con ciertos factores genéticos, uno de estos es el ácido ribonucleico (ARN) que está relacionado en diferentes procesos celulares, se conoce que, además, de producir ARN para elaborar proteínas, es el encargado de participar en procesos metabólicos, que inhiben la producción de ARNm lo cual es un elemento importante para el organismo.

Con respecto a los factores ambientales relacionados a la depresión, se comprenden todos los eventos estresantes, como, por ejemplo, los problemas entre la familia, afiliaciones entre pares, logros y compromisos que tienen una relación causal frente al padecimiento (Hoyos, Lemos y Torres, 2012). Dicho de otra manera, están formados por el conjunto de estímulos externos que intervienen en los individuos y que actúan a modo de desencadenantes de la depresión.

Varios estudios se han realizado para analizar los cuadros depresivos y los factores ambientales, donde evidenciaron que los factores ambientales en pacientes con depresión están relacionados con la edad, el sexo, origen familiar, estado civil y el nivel de estudios, situaciones negativas conducen a este padecimiento (Hernández et al., 2014)

1.4.3 Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor

El riesgo para presentar trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de la población varía entre el 10 y 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres. Por su parte, el predominio puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general oscila entre el 5 y el 9% para la población de sexo femenino y entre el 2 y el 3% en los habitantes de sexo masculino. Aspecto del cual se deduce, que los componentes asociados a una mayor prevalencia de riesgo son habituales en grupos minoritarios vulnerables, entre ellos, la población de tercera edad (Duarte-Raya et al., 2016).

En un estudio reportado por Martina et al., (2017), se diagnosticó una prevalencia del 14% de depresión para esta población, en donde los factores detectados de riesgo se correlacionaron con el género (femenino), la edad (mayor a 75 años), educación (nivel de instrucción), estado civil (vivir sin pareja), lugar de residencia (áreas rurales), nivel socioeconómico (pobre) y el padecimiento de algún tipo de discapacidad.

Resultados similares a los de King, Cáceres y Abdulkadi (2017), en donde la población objeto de estudio (de tercera edad) mostró cinco factores de riesgo, señalados a continuación: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, sufrir crisis económica, y la muerte de familiares o amigos cercanos en el último año; variables que dan lugar un posible deterioro cognitivo del adulto mayor.

El estudio de Pérez y Salamanca (2015) indica las variables que se correlacionan como elementos sucesores de la depresión y calidad de vida. A continuación, se describirán las relaciones entre las variables (Ver *Figura 1*).

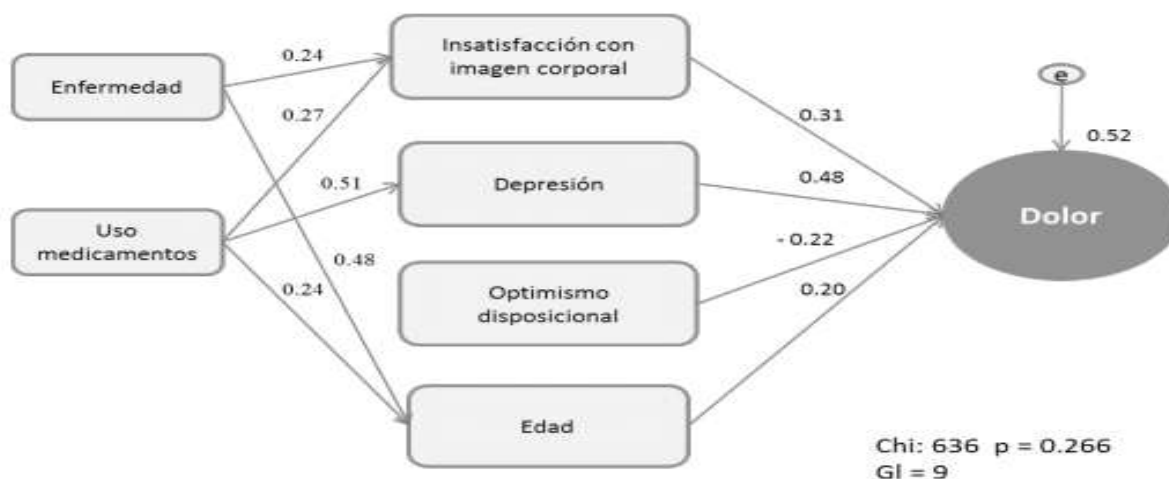


Figura 1. Modelo predictor del factor dolor de la calidad de vida
Fuente: (Pérez y Salamanca, 2015)

En la figura que antecede se observa variables como la satisfacción con la imagen corporal, modulada por la enfermedad reportada (24%) y el uso de medicamentos (27%); y la depresión modulada por el uso de medicamentos (51%), el optimismo disposicional (relación indirecta del -22%) y la edad modulada por el uso de medicamentos (24%) y la enfermedad (48%), todas en interacción explican el 52% del dolor (Pérez y Salamanca, 2015)

1.4.4 Signos y síntomas relacionados con la depresión

La depresión presenta síntomas similares en los adultos mayores y en las poblaciones más jóvenes. Al contrario de los pacientes jóvenes, los adultos mayores con depresión con frecuencia presentan varios trastornos médicos concurrentes y deterioro cognitivo. La depresión que ocurre en pacientes mayores a menudo no se detecta o se trata de manera inapropiada. Por lo que, los antidepresivos

son la opción de tratamiento mejor estudiada, pero la psicoterapia, la terapia con ejercicios y la terapia electro convulsiva, también, serían efectivas (Kok & Reynolds, 2017).

Según el Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos (2017), en la población de tercera edad, la depresión se diagnostica de forma errónea, puesto que se considera que la tristeza es el principal síntoma. No obstante, este problema de salud pública tiene muchos síntomas incluso de carácter físico. Los datos presentados en la Figura 2 exponen los síntomas principales.

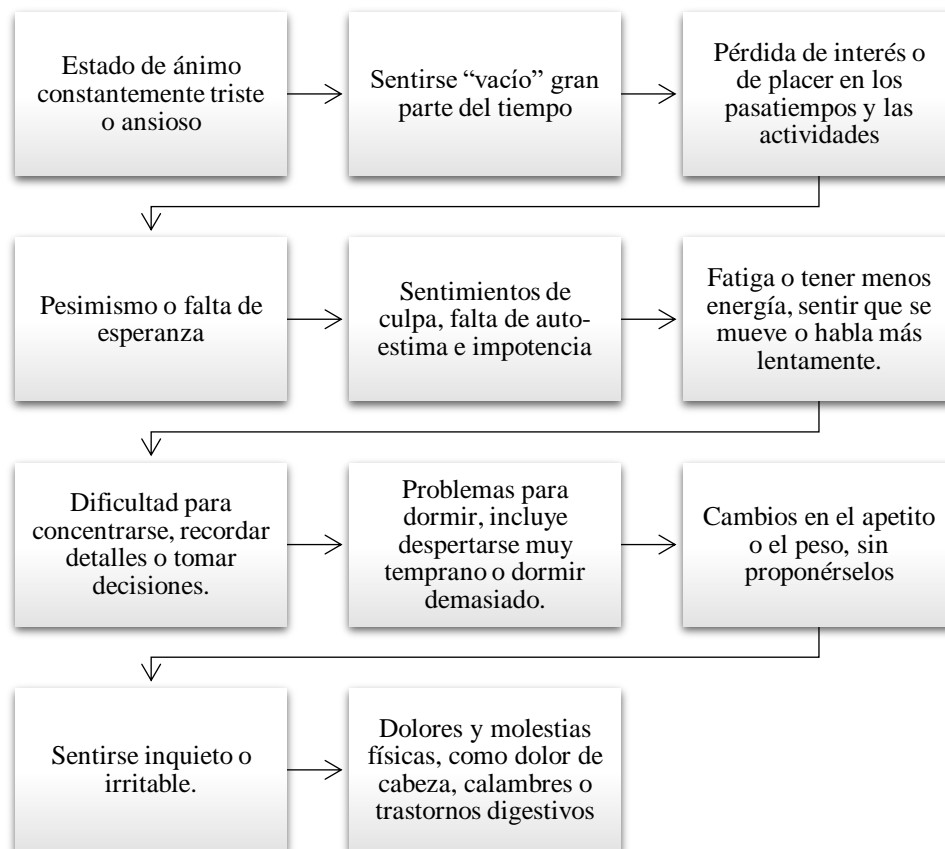


Figura 2. Síntomas de la depresión

Fuente: (Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos, 2017)

1.4.5 Teorías cognitiva y conductual de la depresión

La Terapia Racional Emotiva Conductual la perfeccionó Albert Ellis para reducir la ansiedad y la depresión, debido a que de acuerdo al autor los individuos son los encargados de: crear sentimientos, optar por pensamientos y sentimientos, por lo tanto, las personas se trastornan por las interpretaciones irracionales, desesperanzadoras y auto derrotistas (Ellis, 2006). En otras palabras, Ellis refiere que pensar, sentir y actuar son innatos de cada ser humano, en los que influye

la cultura y la sociedad, lo que ocasiona ansiedad en algunas personas por no encontrar un equilibrio entre estos factores y la forma de actuar de la persona (Pedroza, 2015).

La Terapia Racional Emotiva Conductual es de gran relevancia en el tratamiento de distintos trastornos, uno de ellos es la depresión, porque explica el proceso del trastorno mediante el modelo denominado ABC, que de acuerdo a (Casa, Echenique y Zarate, 2018) implica:

- a) Acontecimiento activado o adversidad: situación en el que el individuo se perturba
- b) Creencias: pensamiento sobre la situación perturbadora, reflejan las creencias del individuo.
- c) Consecuencias emocionales y conductuales: cómo se siente y comporta el individuo en respuesta al acontecimiento activado o adversidad.

De acuerdo a este modelo los trastornos se forman con base a los componentes del modelo ABC mediante el pensamiento inapropiado del individuo a lo que Ellis denomina pensamientos irracionales, que existen en todas las personas, pero en algunas ocasionaría depresión.

Por otra parte, la perspectiva cognitiva es esencial en el estudio de la depresión, puesto que ayuda a entender los procesos que las personas con depresión afrontan, lo cual permite desarrollar tratamientos psicológicos eficaces. La terapia cognitiva es un modelo propuesto por Beck (1993) que conceptualiza y trata trastornos psicológicos mediante la relación entre cognición, emoción y conducta, la cual define:

La Terapia cognitiva ha cumplido los criterios de un sistema de psicoterapia al proveer una teoría coherente y comprobable de la personalidad, la psicopatología y el cambio terapéutico; un conjunto de principios, estrategias y técnicas comprensibles y comprobables que se articulan con la teoría; y un cuerpo de datos clínicos y empíricos que soporta la teoría y su eficacia. (p. 194)

En el 2014 se realiza una actualización de la teoría a la cual denomino Modelo Completo de Personalidad Cognitiva, se sigue el modelo de González, Barreto y Salamanca (2017) el cual parte de la hipótesis; la articulación de los procesos cognitivos y conductuales explican que los trastornos, frente a una situación, las personas no actúan rápidamente, sino antes de emitir una respuesta perciben, catalogan, interpretan y establecen un significado al estímulo según la funcionalidad de esquemas cognitivos.

1.4.6 Diagnóstico de la depresión

De acuerdo al estudio de Pereira y Molero (2019), el diagnóstico se basa, en primer lugar, en abrir la historia clínica del paciente y la exploración psicopatológica detallada del mismo, conjuntamente se adquirirá información de terceras personas, por consiguiente, se valora el efecto de los síntomas y el riesgo que presentaría la situación del paciente en él o en terceros. A continuación, en la Figura 3 se presenta el proceso recomendado para diagnosticar trastornos depresivos.

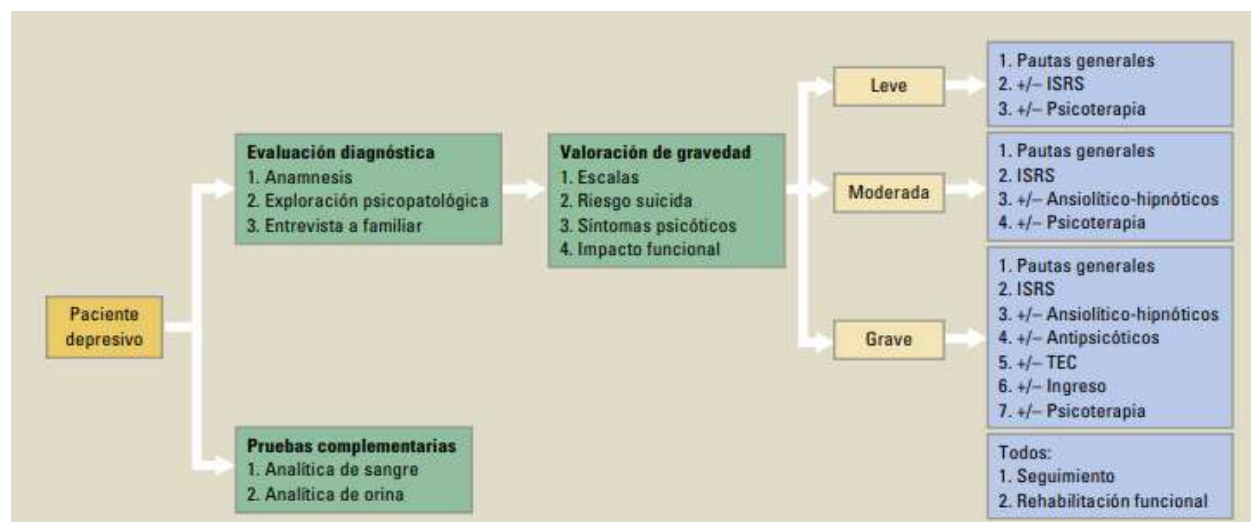


Figura 3. Protocolo para el diagnóstico de los trastornos depresivos

Fuente: Pereira y Molero (2019)

Durante el proceso de diagnóstico el terapeuta pediría pruebas complementarias médicas para valorar el estado del paciente en su totalidad, la valoración del paciente depende de la cantidad y gravedad de los síntomas que según el Ministerio de Salud Pública (2017) son:

- Estado de ánimo bajo.
- Reducción de la energía.
- Actividad reducida.
- Disminución en la capacidad de disfrutar, interés y concentración.
- Cansancio, incluso después de realizar esfuerzos mínimos.
- Sueño perturbado.
- Pérdida del apetito.
- Disminución de la autoestima y la confianza en sí mismo.
- Ideas de culpa o de ser inútil.

En este sentido, el episodio depresivo estaría entre:

- Leve: los síntomas en el paciente son entre 2 o 3 de los descritos, el paciente está tenso, pero apto para ejecutar las actividades diarias cotidianas.
- Moderado: los síntomas son entre 4 o más de los descritos, presenta dificultad para continuar sus actividades de la rutina diaria.
- Grave: varios de los síntomas están presentes en el paciente, y los más preocupantes son la autoestima, la idea de inutilidad y culpa, lo que implica que tenga ideas suicidas.

El término calidad de vida se refiere al proceso cambiante, que se tiene como resultado de la interacción del individuo y el entorno con el que se relaciona, por lo tanto, implica el desenvolvimiento saludable del individuo con el entorno y su estado mental, está ligada al nivel de satisfacción que el sujeto presenta en estos elementos (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012)

En este contexto, la presencia de enfermedades no afecta solo al individuo que la padece, también, a los miembros de su entorno, es decir, en la calidad de vida, el impacto dependerá del pronóstico, las características de la persona y de la interacción en la terapia del individuo con los más cercanos, en el caso de la depresión repercute negativamente en el nivel de satisfacción del individuo con su vida.

A criterio de Cadavid y Prieto (2007) a lo largo del tiempo se han creado instrumentos o cuestionarios dirigidos a evaluar la depresión, sustentadas en la aplicación de la observación y teorías para la evaluación y análisis de resultados.

Por otra parte, el Inventario de Depresión de Beck: es un cuestionario que fue creado para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos, el cual, se constituye de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta (0 a 3 puntos) donde el puntaje mayor indica mayor sintomatología depresiva (Valdés et al., 2017).

La escala de Hamilton para depresión (HRSD) fue creado por Hamilton en el año de 1960 consta de una escala de 21 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas depresivos, las preguntas cubren aspectos relacionados al estado de ánimo (emociones depresivas, sentimiento de culpa) y la existencia de pensamientos suicidas, ansiedad entre otras, la puntuación utilizada para determinar depresión fue de > 18 y de < 8 para la eutimia (Alonso, 2016).

Otra herramienta muy utilizada es la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) cuenta con 21 ítems, entre los cuales existen cuatro opciones de respuesta en escala de Likert, que van

desde 0 hasta 3. El cuestionario permite determinar en qué medida una frase describe cómo se sintió la persona en un período de tiempo, la ventaja del constructo es que es breve, son fáciles de responder y la interpretación es sencilla (Antúnez y Vinet, 2012).

El inventario de síntomas depresivos (IDS) formado por 30 preguntas y el inventario rápido de sintomatología depresiva (QIDS) compuesto por 16 ítems, están diseñados para evaluar los síntomas depresivos graves. Estas evaluaciones, además, se utilizan para detectar depresión, aunque se han utilizado principalmente como medidas de gravedad de los síntomas, el período de siete días antes de la evaluación es el marco de tiempo habitual para evaluar la gravedad de los síntomas (Gili et al., 2014)

En el estudio de Sotelo et al., (2012) plantea que, existen varias escalas de depresión enfocadas a las personas de la tercera edad, las más utilizadas son *Geriatric Depression Scale (GDS)* de Brink y Yesavage y la *Rating Scale for Depression* de Hamilton, estos dos instrumentos constan de preguntas acerca del estado de ánimo, insomnio, ansiedad, ideas suicidas, síntomas somáticos y paranoides.

La escala de depresión geriátrica (GDS) fue diseñado por Yesavage en el año de 1982 para medir el estado emocional de las personas adultas mayores, en un inicio constaba de 30 preguntas, posteriormente se abrevio el instrumento y se finalizó con 15 ítems, en esta escala se utilizan reactivos de forma dicotómica que va desde 0 a 15 y cuentas con los siguientes puntos de corte: de (0-5 puntos) no depresión; (6-9 puntos) probable depresión; (10-15 puntos) depresión establecida (Tellez et al., 2016).

De acuerdo al criterio de Rodríguez et al., (2015) el cuestionario GDS resulta útil para diagnosticar depresión en adultos mayores de 60 años, el instrumento reduce los problemas que las personas de esta edad suelen manifestar como son fatiga y falta de atención, por ello, resulta útil para evaluar los problemas depresivos.

La escala de Hamilton para depresión (HRSD) fue creado por Hamilton en el año de 1960, es una escala compuesta de 21 ítems que evalúan los síntomas depresivos graves, las preguntas contienen aspectos relacionado con las emociones (estado de ánimo bajo, sentimiento de culpa) y la existencia de pensamientos suicidas, ansiedad entre otros. Para determinar la depresión se utilizaron puntuaciones de > 18 y de < 8 para la eutimia (Alonso, 2016).

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Metodología de investigación

Con respecto a la metodología del presente trabajo de investigación, se utilizará el tipo de investigación del paradigma post-positivista no experimental, con un enfoque mixto, es decir, cualitativa y cuantitativa, de alcance descriptivo, correlacional y de corte transversal lo cual, se detallará y se dará a conocer, a continuación.

2.2 Paradigma

La investigación es parte del corriente post – positivista, dado que se enfoca en el realismo crítico, es decir, en la comprensión incompleta de la realidad, el investigador pasaría a formar parte del fenómeno de interés, y el objeto de investigación, por cierto, afectará al investigador y viceversa (Rámoz, 2015). En otras palabras, es una realidad aprehensible que ocurre de manera imperfecta e improbable. Es así que, la investigación que se realiza, muestra que la relación entre depresión y calidad de vida está provocada por diversos factores psicosociales asociados con la realidad de cada persona por esta razón no se conocerían en su totalidad.

2.3 Nivel

El estudio por las características particulares, es no experimental, porque la investigadora observa los fenómenos vinculados con personas adultas mayores de manera regular, sin intervenir en el desarrollo de cómo se dieron los hechos. En este sentido, la investigación tiene una clasificación transversal descriptiva, debido a que la recolección de datos se realiza en un momento determinado.

2.4 Modalidad

La investigación es de enfoque mixto, es decir, métodos cualitativos y cuantitativos. El enfoque cualitativo permitió realizar una investigación basada en la revisión bibliográfica Hernández, Fernández y Bapista (2014) que sostienen los datos expuestos en cuanto a la calidad de vida y los aspectos relacionados con los síntomas depresivos en la población de tercera edad. Por otro lado, a través del enfoque cuantitativo se recolectaron datos digitales que provienen de la aplicación de herramientas medibles para determinar la relación entre la depresión y la calidad de vida en adultos mayores (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En este caso, los datos estadísticos serán

recolectados y analizados, desde la perspectiva cuantitativa, de tal manera que el nivel de depresión y calidad de vida se midan, a través del uso de pruebas psicométrías.

2.5 Alcance

La presente investigación es de alcance exploratorio descriptivo correlacional. Exploratorio porque se investigan problemas poco estudiados, aparte, se resuelve y aporta conocimiento desde una perspectiva diferente (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Es decir que, los estudios exploratorios dan lugar a realizar una descripción más completa de todos los fenómenos desconocidos y obtener información que aporte de manera significativa a la investigación.

En este sentido se utilizarán instrumentos para conocer la calidad de vida y el nivel de depresión de la muestra seleccionada y posterior a ello se describirán los fenómenos que se presentan en la población. Finalmente, es correlacional, debido a que se determinara si existe relación las variables mencionadas con ello se pretende detallar situaciones o sucesos y como se manifiestan con el fin de determinar la existencia de algún vínculo con las variables de estudio.

2.6 Corte temporal de la investigación

Los estudios de corte transversal incluyen sujetos que cuentan o no con la condición en un momento determinado, es decir una evaluación simultánea. Este tipo de diseño requiere que el investigador no realice ningún tipo de intervención (Mendivelso, 2018). En breve, el investigador mide las variables en un solo momento, lo que permite identificar a los individuos en una condición o factor específico.

2.7 Población y muestra

Los participantes para dicho estudio están compuestos por 100 pacientes de la tercera edad del Hospital General de Latacunga. Para la selección la muestra, se empleó el tipo de muestreo no probabilístico con criterio de inclusión y exclusión, que implica seleccionar a los participantes del estudio de acuerdo con ciertos criterios, en la presente investigación los criterios de inclusión son:

- Ser hombre o mujer mayor a 65 años.
- No presente impedimento cognitivo para el desempeño de la prueba.
- Asista al hospital general de Latacunga por hospitalización, consulta externa o que pertenezca a grupos de apoyo del hospital.

- Firmar el formulario de consentimiento informado y aceptar voluntariamente participar en la investigación (Ver Anexo 1).

Por tanto, los criterios de exclusión son:

- No ser adultos mayores
- No ser pacientes del Hospital General de Latacunga
- Presentar impedimento cognitivo

De esta manera, la muestra está conformada por 100 pacientes del Hospital General de Latacunga que cumplen con los criterios mencionados.

2.8 Herramientas

En primer lugar, para la caracterización de los participantes del estudio, se diseñó una ficha de recolección de información sociodemográfica (Ver Anexo 2). Por consiguiente, para evaluar la calidad de vida, se seleccionó el test SF – 36 como herramienta de recolección de información (Ver Anexo 3) y se utilizó la escala de depresión geriátrica GDS, adjunta en el (Anexo 4), para cuantificar las variables de depresión. Los dos cuestionarios se describen a continuación.

2.8.1 Cuestionario de Salud SF – 36

El instrumento se utilizó para la calidad de vida, fue desarrollado en Estados Unidos, sin embargo, en el presente estudio se utiliza la versión española creada por Health Survey, en 1996-2000, la misma que fue adaptada por J. Alonso y Cols en el 2003 y para su verificación se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, el valor de este coeficiente es superior a 0,7, por lo que tiene fiabilidad para obtener resultados más precisos en esta investigación. El cuestionario consta de 36 ítems divididos en 8 escalas: funcionamiento físico (ff), desempeño físico (df), dolor corporal (dl), desempeño emocional (de), salud mental (sm), vitalidad (vt), salud general (sg) y funcionamiento social (fs).

A continuación, la Tabla 1 enumera cada dimensión con los ítems que conforman la misma, describe el contenido a cuantificar para determinar la calidad de vida y las puntuaciones máximas y mínimas posibles para cada dimensión, que servirán posteriormente para otorgar un porcentaje a cada una de estas. Tabla 1. *Conceptos de salud; número y nivel de ítems; contenido de las ocho escalas del sf-36 y un resumen de ítems relacionados con la evolución de la salud*

Dimensión		N.º de ítems	Puntuaciones mínimas y máximas	Resumen del contenido
Función Física		3a+3b+ 3c+3d+3e+3f+ 3g+3h+3i+3j	oct-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-ago	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-dic	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	may-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	abr-24	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
Función Social		6+10	2-oct	Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
Rol Emocional		5 ^a +5b+5c	3-jun	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	may-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.

Nota: Recuperado de Institut Municipal d'Investigació Mèdica [IMIM-IMAS], 2015)

Para la transformación de los puntajes en porcentaje se utilizará 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 Tabla 1.

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

2.8.2 GDS – Escala de Depresión Geriátrica

Este instrumento está especialmente diseñado para aplicar en personas mayores, con el objetivo de diferenciar entre ancianos depresivos y no depresivos. La herramienta consta de 15 ítems (Ver *Tabla 2*), la particularidad de la herramienta es que explora los síntomas cognitivos de un episodio depresivo. Tiene un modo de respuesta dicotómico para promover la comprensión del evaluado (Gómez-Angulo y Campo-Arias, 2011)

Tabla 2. *Escala de depresión geriátrica (GDS)*

Ítem.	Pregunta	Respuesta	
1.	¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3.	¿Siente usted que su vida está vacía?	SI	NO
4.	¿Se aburre usted a menudo?	SI	NO
5.	¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6.	¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	SI	NO
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	SI	NO
9.	¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10.	Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI	NO
11.	¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	SI	NO
12.	De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?	SI	NO
13.	¿Se siente usted con mucha energía?	SI	NO
14.	¿Siente usted que su situación es irremediable?	SI	NO
15.	¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	SI	NO

Nota: Recuperado de *Universitas Psychologica* (2011)

Se observa en la Tabla 2 las preguntas que corresponden a la escala de depresión geriátrica, en donde si las respuestas otorgadas por la persona son las resaltadas, se cuenta como un indicador depresivo, al final la suma total de indicadores representa cuan depresivo se encuentra el individuo.

2.9 Procedimiento metodológico

De acuerdo con la investigación de Hernández, Fernández y Baptista (2014) el proceso cuantitativo utilizado para la esta investigación se lleva a cabo en una estructura secuencial, tal como se muestra en la siguiente figura. (Ver *Figura 4*)

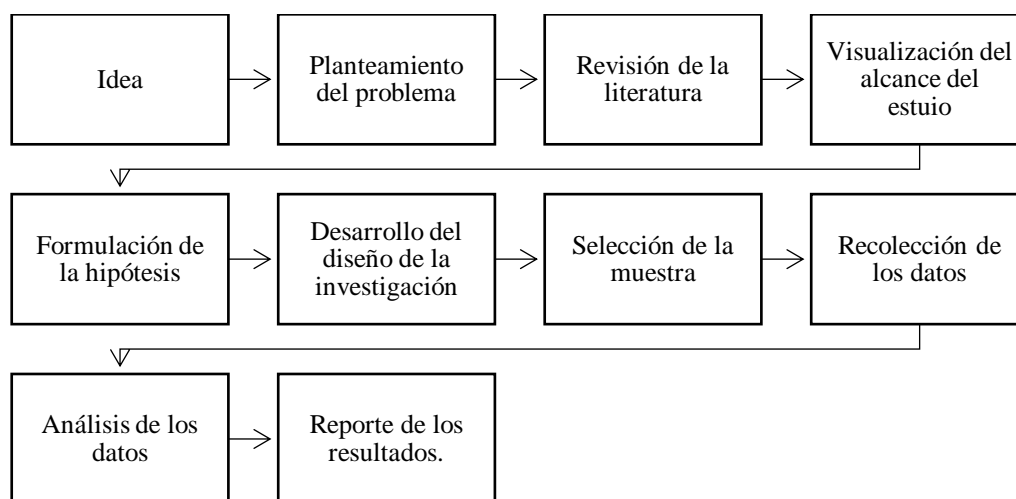


Figura 4. Proceso cuantitativo de la investigación.
Adaptado de Hernández, Fernández y Baptista (2014)

Respecto a la aplicación práctica, el presente estudio partió de la revisión bibliográfica para fundamentar la correlación entre depresión y calidad de vida, en tanto que, para la recolección de datos, en primer lugar, se eligieron los cuestionarios que permitan una adecuada recopilación de la información, para su posterior aplicación fue pertinente conocer el conocimiento de los participantes, posteriormente que permita desarrollar los test. En cuanto al tratamiento estadístico de la información se utiliza el software SPSS en la versión 22.0.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Análisis de los resultados

Este capítulo tiene como objetivo presentar de manera compacta los resultados que permiten determinar la relación entre la calidad de vida y la depresión en la población de las personas de la tercera edad que asisten al departamento de salud Hospital General de Latacunga. Para ello, en primera instancia se exponen los hallazgos sobre los datos sociodemográficos de los encuestados, y posterior la calidad de vida y el nivel de depresión.

3.1.1 Ficha sociodemográfica

En la siguiente tabla se muestra los resultados de la ficha sociodemográfica de los 100 encuestados

Tabla 3. *Información sociodemográfica*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	54	54%
Hombre	46	46%
Total	100	100%
Edad		
Entre 65 a 74 años	57	57%
Entre 75 a 85 años	28	28%
Mayor a 85 años	15	15%
Estado civil		
Soltero/a	6	6%
Casado/a	56	56%
Divorciado/a	7	7%
Separado/a	7	7%
Viudo/a	24	24%
Nivel académico		
Ninguno	29	29%
Primaria	43	43%
Secundaria	1	1%
Tercer nivel	19	19%
Cuarto nivel	7	7%
Ocupación		
Abogado	5	5%
Agencia de viajes	1	1%
Agricultura	7	7%

Ama de casa	23	23%
Bloquero	1	1%
Campesino	1	1%
Carpintero	1	1%
Comerciante	12	12%
Costurera	1	1%
Docente	4	4%
Economista	1	1%
Estudiante	1	1%
Ingeniero agrónomo	1	1%
Ingeniero Civil	1	1%
Jornalero	13	13%
Jubilado/a	14	14%
Licenciada	1	1%
Maestra en Belleza	1	1%
No trabaja	6	6%
Prensista	1	1%
Secretaria	1	1%
Voluntaria	1	1%
Dirección		
Urbano	54	54%
Rural	43	43%
Situación económica		
Muy buena	42	42%
Buena	6	6%
Regular	47	47%

Nota: 100 observaciones

En base a lo proporcionado, la distribución de los encuestados por género, como se observa el 54% son mujeres y el 46% hombres. Es decir, que la mayor parte de la población adulta mayor a quienes se administró el cuestionario, está representada por el sexo femenino. Estos resultados están relacionados con el estudio dirigido por la Organización Internacional del Trabajo (2015), quien refiere que las mujeres tienen más esperanza de vida en Latinoamérica, en donde se estima que existe 122 mujeres adultas mayores por cada 100 hombres, sin embargo, mencionan que en este grupo etario se evidencia la discriminación de género, porque generalmente las mujeres tienen niveles educativos e ingresos bajos, por lo que en su mayoría son víctimas de abusos y violencia, aparte, refiere que las mujeres adultas mayores se encargan del bienestar de toda la familia, asume

la responsabilidad del cuidado de los progenitores, de la pareja, de los hijos e incluso de la descendencia de los hijos.

No obstante, de acuerdo con el estudio de Ruiz-Ramos y Viciano-Fenández (2004) plantea que la esperanza de vida en general se incrementó en el siglo XX, por lo que es importante investigar si la calidad de vida mejora en cierta medida, debido a que a mayor edad de una persona, mayor es la prevalencia de enfermedades crónicas que causan discapacidad en la mayoría de la población adulta mayor.

Por su parte, en un estudio realizado por Rodríguez-Abrego, Ramírez-Sánchez y Torre (2017) encontraron que las mujeres viven más tiempo, pero tienden a padecer enfermedades crónicas o presentan limitaciones en la funcionalidad, por tanto, tienen mayor esperanza de vida, pero no es saludable.

En lo referente al rango etario de la población encuestada, el rango de edad de dicha población se encuentra entre los 65 y más de 85 años. Se identifica que la mayoría tiene entre 65 a 74 años, lo que representa el 57% de la muestra, el 28% tiene entre 75 a 85 años y el 15% es mayor a esta edad. Estos hallazgos concuerdan con el estudio de Capote, Casamayor y Castañer (2012), sobre la calidad de vida y depresión, en donde la mayoría (50%) de los adultos mayores tienen una edad entre 60 a 69 años.

Cabe mencionar que según datos de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM, 2019) en Latinoamérica el 11% de la población tiene más de 60 años y se estima que para el 2030 represente el 17%, además, plantea que la población de la región llega a la vejez a causa del aumento de esperanza de vida y de mejorar en algunos servicios de salud, al referirse al Ecuador se evidencia la cobertura de pensiones jubilares por lo que el índice de pobreza de este grupo etario es del 13% del total, por lo que se menciona que existe un porcentaje de población que continua con su trabajo, a pesar de formar parte de un grupo vulnerable.

Con respecto a la calidad de vida, Jáuregui (2017) sostiene que, se relaciona con la edad de la persona, porque mientras más edad tiene menor es el desempeño para realizar de diferentes actividades como: movilizarse, levantar pesos, por consiguiente, la perspectiva de la salud en un futuro cercano es mala.

Con relación al estado civil, el 56% de los encuestados está casado el 24% es viudo/a, el 7% está divorciado o separado, respectivamente y solo el 65 está soltero. Resultados semejantes a los presentados por Quiroz et al., (2017) en donde, se identifica que el 56,9% de los participantes están casados o con pareja.

Por otra parte, se realizó un estudio para encontrar diferencias entre la soledad de los adultos mayores institucionalizados y los adultos mayores sin tales servicios, se encontró que independiente de donde se encuentren para su cuidado, o su estado civil sea viudo, separado, soltero y divorciado tienen mayor propensión a sentirse solos, especialmente los de mayor edad, puesto que, son vulnerables a la soledad. (Quintero-Echeverri et al., 2018)

En cuanto a la calidad de vida y el estado civil de las personas de la tercera edad, en el estudio realizado por Soria-Romero y Montoya-Arce (2017) encontraron que los adultos mayores que envejecen con compañía tienen mejores condiciones de resistencia y recuperación para las dificultades emocionales y económicas, debido a que el cuidado es mutuo y existe apoyo moral, mientras que los ancianos solteros o viudos se sienten solo y es un factor que ocasionaría sintomatología depresiva.

El nivel académico refiere al grado de formación académica que tienen determinados individuos, en este caso, las personas adultas mayores. En concordancia con lo mencionado, seguidamente se muestran los resultados identificados sobre los estudios que tienen los encuestados (Ver *Tabla 3*). El 43% de los encuestados terminó la primaria, el 1% al colegio, el 19% a la universidad, el 7% estudio una maestría y el 29% no asistió a ningún nivel educativo. De igual forma, respecto al análisis de la depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos, Quiroz et al., (2017) evidencian que el 45,4% de la población analizada tiene como grado académico los estudios primarios, tan solo el 10% tiene instrucción superior.

En un estudio dirigido por la Organización Internacional del Trabajo (2015) en referencia con los desafíos del cuidado del adulto mayor en América Latina, encontraron que cerca del 25% de las personas mayores a 60 años presentan cierto tipo de dependencia, debido a la dificultad para realizar actividades cotidianas, en donde cerca del 10% es discapacitado, evidenciaron una asociación inversa entre el grado dependencia y el nivel de escolaridad, es decir, a mayor escolaridad, menor dependencia, por lo es un tema de preocupación considerado la correlación entre el grado académico bajo con pobreza.

Con lo anterior expuesto, se identifica que la mayor parte de los adultos mayores de la muestra cursaron la primaria, por lo que, se infiere la presencia de problemas económicos que influyen en algún tipo de malestar que causaría depresión e intervenir en la calidad de vida de la población estudiada.

En un estudio realizado por Paz y Arévalo (2019) a 4.654 adultos mayores, encontraron que la educación en el adulto mayor es uno de los factores que explican la pobreza, pero existen diferencias de género, porque las mujeres al incrementar la edad presentaron menor privación monetaria, a diferencia de los hombres, en donde no depende de la edad para presentar problemas económicos.

Los hallazgos relacionados con las diversas profesiones que tienen los adultos mayores del Hospital General de Latacunga y que formaron parte de los sujetos de estudio de la presente investigación. En la Tabla 3 se muestra la profesión de los encuestados, como se observa el 23% de los encuestados era ama de casa, el 14% está jubilado, el 13% es jornalero, el 12% es comerciante, el 7% se dedica a la agricultura, el 6% no se encuentra con trabajo, el 5% es abogado, el 4% es docente y el 1% es secretaria, prensista, maestra en belleza, presenta un licenciatura, ingeniero civil, agrónomo, es estudiante, economista, costurera, carpintero, comerciante, bloquero y trabaja en una agencia de viajes. Los datos sobre la profesión presentados con anterioridad concuerdan con el estudio de Vargas y Melguizo (2017), en donde se evidenció que la mayoría de adultos mayores, representados por mujeres se dedica a las ocupaciones del hogar.

Al respecto con la investigación realizada por Callazo (2017) indican que debido a las necesidades y requerimientos de la industria, el desarrollo de las actividades profesionales de las personas adultas mayores en el mundo laboral son limitadas, de esta manera, se realizó un estudio a 51 personas mayores, para identificar las actividades que realizan. En el caso de las mujeres 11 estaban jubiladas, 2 en relación laboral y 13 fueron amas de casa. Sin embargo, en el caso de los ancianos, 15 estaban jubilados y 10 en relación laboral, se evidenció la diferencia de sexo en el mercado laboral para los adultos mayores.

Al igual que la educación, la profesión influye en la calidad de vida del adulto mayor, tal como lo encontró en el estudio realizado por Soria-Romero y Montoya-Arce (2017) encontró que las personas mayores que tenían una profesión tienen una alta calidad de vida, tienen mayor

prevalencia de esta situación en hombres, al contrario los que no tenían una profesión tenían menor calidad de vida, son en su mayoría mujeres.

Respecto al área ya sea urbana o rural en donde residen las personas adulto mayores encuestados, se presenta los resultados obtenidos que corresponden a la población objeto de estudio. Como se observa en la Tabla 3, el 54% reside en el sector urbana de Latacunga, mientras que el 43% en el área rural. Al comparar los hallazgos con los reportados por Segura et al., (2014), se encontró una similitud, debido a que la mayoría (92,1%) de ancianos residen en áreas urbanas.

Por otra parte, en un estudio relizado por Arévalo-Avecilla et al., (2019) señalan que una de las necesidades de cualquier persona es una vivienda, medio que salvaguarda la vida y la seguridad para los adultos mayores. Las viviendas serían espacios con condiciones idóneas y seguras para evitar riesgos en su diario vivir, en donde las personas de la tercera edad residen más en zonas urbanas que rurales, debido a la diversidad de fuentes de empleo.

De la misma manera, en la investigación dirigida por Baldeón-Martínez et al., (2019) indican que el lugar de residencia de las personas adultas es 57,6% en la zona urbano y el 42,4% en la zona rural.

Por otra parte, la Tabla 3 muestra la situación socio-económica familiar de los encuestados, se evidencia que el 47% es regular, el 42% muy buena y el 6% buena. Al respecto, no se identifica un estudio sobre la condición económica medida en el nivel de ingresos, no obstante, la investigación de Vargas y Melguizo (2017) muestra que el 66,7% pertenece a los estratos 2 y 3, es decir, bajo y medio bajo.

Al respecto, un estudio realizado Soria-Romero y Montoya-Arce (2017), señalan que gran parte de las personas adultas mayores tienen buena calidad de vida porque tienen ingresos por el trabajo, apoyo recibido por familiares y no padecer enfermedades crónicas que le incapaciten o le generen gastos, puesto que son factores que afectarían la economía y la estructura del ingreso. Todavía más, indican que la calidad de vida es buena, si reciben algún tipo de ayuda, como por del Estado a través de la jubilación.

Por su parte, en la investigación de Madrigal-Martínez (2010) da a conocer que, la calidad de vida está directamente relacionada con la forma de satisfacer las necesidades, por tanto, el bienestar se condiciona por el ingreso, en el caso del adulto mayor el salario disminuye, incluso sería menor

que los que se obtienen de las pensiones, a pesar de que laboran 8 horas, por lo tanto, carecen de seguridad económica.

3.1.2 Análisis de resultados del cuestionario de salud SF-36

En la siguiente tabla se muestra los resultados por dimensión del cuestionario de salud sf-36, el cual se valoró mediante las preguntas valoradas en una escala de Likert (Ver *Tabla 4*).

Tabla 4. *Resultados calidad de vida*

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Función física		
Mala	26	26%
Regular	20	20%
Buena	25	25%
Muy Buena	10	10%
Excelente	19	19%
Rol físico		
Mala	50	50%
Regular	7	7%
Buena	3	3%
Muy Buena	4	4%
Excelente	36	36%
Dolor corporal		
Mala	5	5%
Regular	22	22%
Buena	27	27%
Muy Buena	26	26%
Excelente	20	20%
Salud en general		
Mala	4	4%
Regular	18	18%
Buena	36	36%
Muy Buena	32	32%
Excelente	10	10%
Vitalidad		
Mala	2	2%
Regular	14	14%
Buena	39	39%
Muy Buena	24	24%
Excelente	21	21%

Función social		
Mala	5	5%
Regular	16	16%
Buena	28	28%
Muy Buena	26	26%
Excelente	22	22%
Rol emocional		
Mala	29	29%
Regular	9	9%
Muy buena	10	10%
Excelente	52	52%
Salud mental		
Regular	10	10%
Buena	47	47%
Muy Buena	33	33%
Excelente	10	10%
Calidad de vida		
Mala	4	4%
Regular	25	25%
Buena	25	25%
Muy Buena	32	32%
Excelente	11	11%

Nota: 100 observaciones

Como se muestra en la Tabla 4, el 26% de los encuestados tienen una función física mala, el 25% buena, el 20% regular, el 19% excelente y el 10% muy buena. Lo que indica que el estado de salud de los encuestados limita en un nivel medio alto las actividades físicas que realiza como el autocuidado, caminar, subir escales, agacharse, levantar o llevar pesos, lo que provoca un esfuerzo de intensidad moderado.

Por su parte, Vargas y Melguizo (2017) reporta que, mediante la aplicación del test de calidad de vida, la mayoría tiene una autopercepción en esta dimensión de excelente, representado por el 87,4%, en tanto que el 12,6% la percibe como mala.

La percepción de la función física mala que tienen los ancianos sujetos de estudio, se adjudica a diferentes aspectos, como los mencionados por Ramos (2002) quien menciona que las diferentes condiciones médicas, psicológicas y sociales repercuten en la funcionalidad del adulto mayor, que debido al estado de vulnerabilidad propios de la vejez hace que el diagnóstico de la raíz del

problema se dificulte, por tanto es necesario realizar investigaciones sobre todos los aspectos que inciden en la percepción de las funciones físicas.

Con relación al rol físico evidenciada en la Tabla 4, al 50% de los encuestados la salud física interfiere en gran medida las actividades diarias que realiza, lo que implica que su rendimiento es menor que el deseado y tienen gran dificultad en la realización de actividades, por el contrario, al 36% de los encuestados la salud física realizan actividades diarias con normalidad. En comparación con el estudio de López et al., (2003), se identifica que la escala del rol físico tiene una puntuación elevada de 73,3%; no obstante, se considera que, a medida que los individuos envejecen, las puntuaciones obtenidas disminuyen principalmente en hombres.

Al respecto, en un estudio que evaluó la calidad de vida del adulto mayor realizada por Carrera y Quijia (2017) refieren que el rol físico considera el grado de salud física del adulto mayor en lo que respecta a actividades cotidianas o laborales, por lo que, si tienen la percepción de que no realizarían dichas acciones con normalidad, ello repercutirá en la calidad de vida de los individuos, en el análisis presentado por el autor mencionado encontró que cerca del 8% de los ancianos tienen una percepción del rol físico mala, a comparación del presente estudio en el que casi el 50% de los encuestados refiere tener dificultades en realizar las actividades diarias.

Por otro lado, en el estudio de Martín (2018) las actividades físicas en la vejez juegan un papel fundamental en la calidad de vida de los adultos mayores, porque representa múltiples beneficios como la preservación la función muscular y cognitiva, por ello, disminuye la ansiedad y depresión porque incrementar la autoestima, en este sentido, es importante mencionar que mientras más activos se encuentren los adultos mayores, tienen menor probabilidad de presentar enfermedades crónicas. Otro aspecto importante para realizar actividades físicas en el adulto mayor es que desarrollaría actividades sociales y vincularse entre generaciones.

Como se muestra en la Tabla 4, el 20% de los encuestados no presentan dolor corporal, al igual que el 26% y 27% que presenta un estado muy bueno y bueno con respecto al malestar, sin embargo, el 22% y 5% presentan malestar corporal en un nivel regular y malo lo que tiene un efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como en el hogar. De acuerdo con estos resultados, el estudio de García, Vera y Lugo (2014) reporta que en términos de dolor corporal, los adultos mayores reflejaron una media de 52,3%.

De acuerdo con el estudio realizado por Acuña y Olivares (2014) existe prevalencia de dolor corporal en los ancianos, lo que ha generado costos elevados para las familias y para el país. Señalan que el número de personas mayores a 65 que ingresan para ser hospitalizados son tres veces más frecuentes que de un individuo de menor edad, sin embargo, los profesionales de la salud subestiman el dolor, por lo que, una mala percepción del dolor corporal tendrá un impacto negativo en la calidad de vida.

Además, según la investigación de Arteaga, Santacruz y Ramírez (2011), el dolor musculoesquelético es frecuente en los ancianos, y es una de las principales causas de discapacidad, porque implica secuelas en la funcionalidad en el adulto mayor, especialmente en la movilidad, sin embargo, se reconoce como un evento adverso secundario de la vejez, por lo que no se aborda como diagnóstico y menos como tratamiento terapéutico, lo que disminuye la calidad de vida.

En cuanto a la valoración personal de la salud de los encuestados, el 36% se cataloga en un estado bueno, mientras que el 32% y el 10% en un estado muy bueno y excelente, respectivamente. Por el contrario, el 18% tiene una perspectiva de la salud regular y el 4% malo. En comparación con el estudio de Mirón et al., (2008), se identificó que, del total de participantes, el 80,3% consideró su salud buena, el 26% muy buena, el 12,8% excelente, mientras que para el 19,7% es regular.

Al respecto, en otro estudio realizado a 104 adultos mayores para determinar las razones por las cuales tienen una percepción de un estado de salud malo, encontraron que interviene, el mal servicio de salud pública, no recibir tratamiento, padecer dos o más enfermedades, no llevar un tratamiento psicológico (Castaño-Vergara y Cardona-Arango, 2015). Por lo tanto, se infiere que, en la muestra de adultos mayores, la mayoría presenta diferentes enfermedades o en el tratamiento no se considera una intervención psicológica.

Por su parte, en la investigación de Ramos (2002) refiere que, uno de los factores que explican la calidad de vida del adulto mayor es la salud, si bien es un concepto multidisciplinario, es uno de los aspectos más importantes, porque influyen en el bienestar general de las personas mayores, por tanto comprende la salud física, funcional y de la percepción que tiene de la salud.

Por otra parte, en la Tabla 4 se evidenció que el 39% de los encuestados tiene buenos sentimientos de energía y vitalidad, el 24% muy buenos y el 21% son excelentes, mientras que el 14% y el 2% tiene se siente regular y mal, es decir, tienen sentimientos de cansancio y agotamiento. Estos

resultados concuerdan con los reportados por Mirón et al., (2008) en donde a función de vitalidad, puesto que el 50,5% de los ancianos afirmó haberse sentido lleno de vida y con mucha energía.

Por otra parte, la vitalidad en el adulto mayor se potencia a través de una intervención, debido a que se relaciona con procesos biológicos y corporales, psicológicos y sociales, pero la energía proviene del cuerpo, por lo que es un indicador de bienestar (Chaves, Camarinha y Lopes, 2016). En este sentido, se evidencia que los adultos mayores del Hospital de Latacunga tienen una percepción de la vitalidad regular, con ello evidencia la necesidad de intervención.

Como se observa en la Tabla 4, el 28% tiene una buena función social puesto que, los problemas de salud no interfieren en la vida social cotidiana, en el 26% es muy buena y en el 22% es excelente. Por otra parte, el 16% y 5% tiene una función social regular y mala, respectivamente. En comparación con los resultados presentados por Seguí, Amador y Ramos (2010) según las observaciones, en términos de función social, los adultos mayores afectados son los de estado civil viudo o separado (30,2% y 36,5%, respectivamente).

En lo referente a la función social, dicho de otra manera, es un aspecto esencial para el adulto mayor, esto se evidencia en un estudio realizado en Colombia a 500 adultos mayores, en la cual encontraron que al igual que presentan cambios físicos, también, se dificulta la interacción social, por lo que lo social depende del estado físico del adulto mayor, así, presentarían pérdidas de funcionalidad, disminuye la interacción con redes de apoyo, los cuales son fundamentales en el estado emocional. Otro aspecto encontrado es que los ancianos que tienen un estado civil casado tienen menor habilidad social que un viudo o soltero (Durán et al., 2008).

Con respecto al grado en que los problemas emocionales afectan en el trabajo o en las actividades diarias de los encuestados, se encontró que el 52% y el 10% tienen un rol emocional muy bueno y excelente, mientras que el 9% y 29% es regular y malo. En cuanto a la salud emocional, Loredó et al., (2016) muestran que es un rol que afecta a la calidad de vida de los pacientes adulto mayores, puesto que el 30,5% considera haber disminuido las actividades por problemas emocionales y el 33,6% señala que abandonó las actividades cotidianas, debido a este conflicto.

De la misma manera, en un estudio realizado por Dorantes et al., (2007) señalan que el 20% de las personas sufren una condición emocional mala, generalmente se afecta el círculo social, calidad de vida, hábitos de vida debido al sentimiento de improductividad generada por la jubilación,

padecimientos físicos, dependencia personal o deficiencia visual, se considera a la dependencia como el factor determinante en el decrecimiento del rol emocional, más aún, afecciones físicas cognitivas, emocionales económicas y sociales, lo que limita la realización de actividades diarias.

En este sentido, en el estudio de Abusleme et al., (2013) manifiesta que existe una sobrevaloración de la juventud, por lo que existen estigmas sociales que adjudican a los adultos mayores, como un rango etario inactivo, pasivo y con alta dependencia para realizar cualquier actividad, por lo que son una población históricamente marginada y discriminada por familiares, instituciones y por la comunidad en general, lo que afecta la calidad de vida.

En la dimensión de salud mental, se presenta que el 47% presenta buena salud mental, el 33% muy buena, el 10% excelente y el 10% regular. En relación con esta dimensión, el estudio de Cruz y Rojas (2015) muestran que la mayoría de la población tiene una autopercepción buena salud mental, cuyo promedio fue del 62,46% en general; no obstante, los varones tuvieron mejor puntaje frente a las mujeres, con el 72,20% y 67,33%, respectivamente.

La principal afección de los adultos mayores en salud mental de acuerdo a la investigación de Tello, Alarcón y Vizcarra (2016) señalan que el 22% de pacientes presentes en el estudio tienen trastornos de salud mental relacionados con la depresión mayor, depresión permanente, trastorno psicofarmacológico, trastorno del sueño, síndrome de apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas, trastorno de comportamiento asociado con el sueño, relacionados con la limitación de aseo, lectura siestas intermitentes, fármacos o abandono de familiares.

Además, en el estudio realizado por Aravea, Gajardo y Saguez (2019) señalan que la mayoría de personas mayores varones presentan un porcentaje del 18% presenta síntomas relacionados con la salud mental tal como depresión, señales leves de situación de suicidio, en general los síntomas presentados no se considera una afección drástica en las personas, no obstante la atención a casos aislados sería tratados prematuramente.

En la misma línea argumentativa, Baldeón-Martínez et al., (2019), señalan que el 14,2 % de personas mayores de edad presentan una prevalencia de síntomas relacionados a la salud mental, con una prevalencia y factores demarcada por nivel de estudios, individuos que residen en el sector rural y pobreza, los mismos generan depresión en las personas encuestados por no obtener ingresos propios.

En la Tabla 4, se presenta el promedio de todas las dimensiones que considera el cuestionario de salud SF-36 para cada uno de los encuestados para cuantificar de alguna manera la calidad de vida, como se observa el 32% presenta una calidad de vida muy buena, el 25% buena y regular, respectivamente, el 11% excelente y el 4% presenta una mala calidad de vida.

Los datos expuestos coinciden con la investigación dirigida por Cáceres, Parra y Pico (2018) en donde se identifica que todos los puntajes de los dominios fueron superiores a 60%, lo que significa que los adultos mayores tienen una buena calidad de vida, debido a las condiciones del sistema de salud, salud mental, nivel de escolaridad, jubilación digna, en cuanto a la percepción negativa se observa factores determinantes tales como el sufrimiento de enfermedades crónicas y desempleo adulto.

En otro estudio realizaron una comparación de los resultados del cuestionario de salud sf-36 aplicado a personas de la tercera edad en España y Portugal, en donde encontraron que en Portugal la mayoría de las personas mayores tiene una percepción positiva de la salud, esto como consecuencia de la poca concurrencia a un centro de salud, además, la mayoría justifica las enfermedades como propias de la edad, lo que no ocurre en España, pero al comparar con los resultados del presente estudio se encuentra concordancias, por lo que se infiere que la mayoría de los encuestados tiene una buena percepción a pesar de acudir al hospital, el cual en la investigación sirvió para realizar la investigación (Pino, Bezerra y Carreiro, 2009).

3.1.3 Análisis de resultados escala de depresión geriátrica

Tabla 5. Resultados depresión geriátrica

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Depresión		
Severa	12	12%
Moderada	15	15%
Leve	39	39%
Normal	34	34%

Nota: 100 observaciones

Como se evidencia en la Tabla 5, el 34% de los encuestados presenta una depresión normal, el 39% leve, 15% moderada y el 12% severa, es decir, en el cuestionario de escala geriátrica respondieron conforme los índices depresivos un 27% de personas mayores. Los resultados presentados difieren con el estudio de Salazar et al., (2015), en donde, se encontró una depresión leve del 18,6%, y

severa 3%, sin embargo se asemejan en moderada del 16%, cuyos factores de riesgo están asociados a no trabajar, haberse jubilado o quedarse sin empleo.

De igual manera en la investigación de Llanes et al., (2015) señalan la prevalencia de depresión geriátrica en un 14,39% normal, leve en 34,92% y moderada-severa en 50,69%, lo cual en concordancia con la información obtenida se presenta se asemeja en el nivel leve, el estudio revela que entre los factores que inciden a la depresión está la inadaptación a la jubilación, temor a la muerte, soledad, pérdida de roles sociales o sentimientos de minusvalía.

En relación, al estudio de Tartaglini et al., (2017), señalan la prevalencia de depresión leve en 26,7% y moderada/severa en 9,1% representa una concordancia similar con los resultados presentados, de igual manera los resultados tienen relación directa con factores laborales o enfermedades asociadas con familiares cercanos. De igual manera el establecimiento de intervenciones para el control de depresión mediante fármacos o intervenciones psicológicas presentan resultados descendentes en el nivel de depresión geriátrica Rodríguez et al., (2017), coincide con los resultados se nota un índice del 83,3% de personas estudiadas presentan un nivel leve y 16,7% se refiere al nivel leve, sin presencia de casos severos o moderados.

3.2 Correlación entre depresión y calidad de vida

Se presentan a continuación los resultados de la correlación entre la variable depresión que se obtuvo del test escala de depresión geriátrica y la variable calidad de vida que se obtuvo del cuestionario de salud SF-36. Cabe mencionar que se utilizó el coeficiente de Spearman porque los datos de una las variables no tenían una distribución normal. La Tabla 6 expone los estadísticos: coeficiente de Spearman y nivel de significancia.

Tabla 6. *Correlación de la variable depresión y calidad de vida*

Variable	Estadísticos	Calidad de vida
Depresión	Coficiente de Spearman	-0,163
	Significancia	0,111

Nota: El coeficiente de Sperman es un valor negativo significativo

Como se observa en la Tabla 6 el coeficiente de Spearman es un valor negativo de -0,163, con ello indica que las variables tienen una correlación negativa, es decir, mientras menor es la calidad de

vida mayor depresión presentan, no obstante, es un valor cercano a 0 lo que indica que esta relación es baja. Al analizar el valor de significancia es de 0,111 mayor que 0,05, lo que indica que relación encontrada no es estadísticamente significativo. Por su parte, en el estudio de (Capote, Casamayor y Castañer, 2012), al relacionar la calidad de vida con la depresión, se obtuvo resultados estadísticamente significativos (X^2 de Pearson = 6,087; $p = 0,014$; $OR=2,091$), lo que indica que la depresión es usual en los adultos mayores, especialmente en los que sufren enfermedades crónicas lo que influye directamente en la calidad de vida.

Por su parte, la depresión en el adulto mayor surge por diferentes trastornos psiquiátricos, pero presenta características propias por lo que intervienen en la calidad de vida de diferentes formas, pero en algunos casos incluso generara ideas suicidas (Calderón , 2018).

Finalmente, en la investigación dirigida por Capote et al., (2012) en pacientes con más de 60 años de edad realizaron un análisis de calidad de vida y la depresión, y encontraron que el 60% presentó buena calidad de vida pero el 765 presentó síntomas clínicos de depresión, al correlacionar encontraron una relación significativa lo que indica la depresión influye en la calidad de vida del adulto mayor. (Ver *Figura 5*)

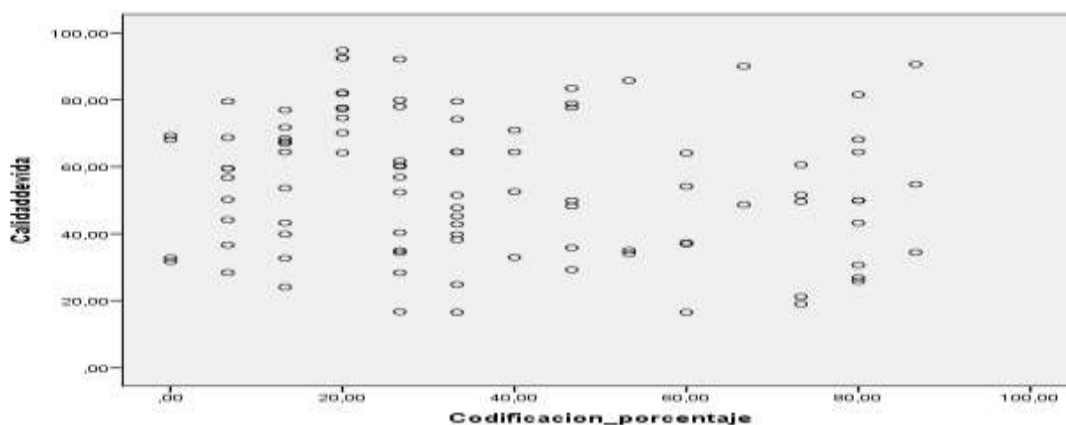


Figura 5. Diagrama de dispersión de las variables depresión y calidad de vida

La correlación encontrada, se visualizará de mejor manera en la Figura 5, como se observa los encuestados tienen un nivel de depresión medio y alto en menor proporción lo cual se está directamente relacionado con la calidad de vida, y al incluir esta variable se evidencia que existe una fuerte relación entre las variables.

CONCLUSIONES

- La fundamentación teórica permitió concluir que, la calidad de vida es un concepto multidimensional debido a que tiene diferentes enfoques que difícilmente sería cuantificada, sin embargo, los autores refieren que en la percepción de la misma intervienen la salud tanto física como psicológica, el estado emocional del individuo y las relaciones sociales, así como lo económico y espiritual, aspectos que cambian por diferentes factores, en el caso del adulto mayor influyen los cambios biológicos y sociales que disminuyen o incrementan la perspectiva de la calidad de vida. Es así, la depresión en las personas mayores, se caracteriza por el estado de ánimo de los mismos, que, por lo general, se presentan con emociones negativas que afectan la integridad de las personas adultos mayores.
- En la evaluación a los adultos mayores mediante la escala de depresión geriátrica y el cuestionario de salud SF-36, se evidencia respectivamente que el 29% de los encuestados tienen una calidad de vida regular y mala, mientras que el 15% de los encuestados presenta un tipo de depresión moderado y el 12% severa. Datos que se dan por las condiciones del entorno familiar en el que viven los adultos mayores, aspectos de salud y condiciones de vinculación con pares, familiares y amigos, en donde las condiciones físicas, de salud y mental juegan un rol preponderante
- De esta manera, se observa que los encuestados que presentan depresión se encuentran en menor proporción, y solo una pequeña parte tiene una mala o regular calidad de vida, en tal virtud, se relaciona la depresión con la calidad de vida. Puesto que los datos registrados en el presente estudio, muestran que la dispersión entre las variables se concentra entre el 20 y 60% de los ancianos, razón por la cual existe una relación fuerte entre las variables.
- Por último, de acuerdo con el tercer objetivo de estudio se realizó el análisis correlacional entre depresión y calidad de vida, se encontró una relación positiva que indica mientras mayor sea la calidad de vida, mayor nivel de depresión, es esta relación estadísticamente significativa pero no fuerte. Lo encontrado se asocia con el diagnóstico de la muestra, debido a que la mayoría presentó depresión entre moderada y severa, independientemente de la calidad de vida que se diagnosticó.

RECOMENDACIONES

El desarrollo de esta investigación permitió realizar las siguientes recomendaciones:

Se recomienda prestar especial atención a las personas de la tercera edad debido a la disminución de la calidad de vida y los niveles de depresión que presentan debido a las particularidades propias de la etapa de vida que atraviesan, por lo que es necesario encaminar acciones concretas tanto del Estado como de la sociedad y especialmente de las familias, con ello buscar alcanzar el bienestar general de los ancianos, tal como lo disponen la constitución y demás regulaciones conexas.

Es importante que se evalúe minuciosamente y sea parte del tratamiento y diagnóstico de los adultos mayores del Hospital General de Latacunga, dado el grado de depresión detectado en los mismos y que no tiene mucho que ver con la calidad de vida que presentan. O sea, articule estrategias orientadas al bienestar integral de este grupo poblacional, de la mano con lo dispuesto en los parámetros de salud integral que tiene la entidad rectora sanitaria en el país.

Para futuras investigaciones es importante evaluar el grado de afectación o impacto que tiene la depresión diagnosticada en la calidad de vida de la población objeto de estudio de la presente investigación. Es decir, se fortalezca la investigación académica para encontrar acciones efectivas, asociadas a la realidad de cada sector y entorno donde viven los adultos mayores, así alcanzar un bienestar pleno en esta etapa de la vida de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abusleme, M., Arnold, M., González, F., Guajardo, G., Lagos, R., & Massad, C. (2013). *Inclusión y Exclusión Social de las personas mayores en Chile*. Chile: Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor. Recuperado el 2020, de <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/661>
- Acuña, J., & Olivares, A. (julio de 2014). Dolor en el paciente de la tercera edad. *Revista médica clínica las condes*, 25(4), 674-686. doi:10.1016/S0716-8640(14)70089-6
- Adell, M., Casadó, L., Andújar, J., Solà, E., Martínez, E., & Salvadó, T. (2016). Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica terminal mediante un cuestionario de resultados percibidos por los pacientes. *Enfermería Nefrológica*, 331-340. doi:10.4321/S2254-28842016000400004
- Alonso, S. (2016). El trastorno bipolar: cambios cerebrales asociados con el estado de ánimo y el deterioro cognitivo. Barcelona, España. Obtenido de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/122788/1/SAL_TESIS.pdf
- Alzuri, M., Hernández, N., y Calzada, Y. (2017). Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento. *Revista Finlay*, 152-154. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v7n3/01307.pdf>
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 49-55. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000300005
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
- Aravea, J., Gajardo, J., & Saguez, R. (2019). Salud mental de hombres mayores en Chile: una realidad por priorizar. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386119/>

- Arévalo-Avecillas, D., Game, C., Padilla-Lozano, C., & Wong, N. (octubre de 2019). Predictores de la Calidad de Vida Subjetiva en Adultos Mayores de Zonas Urbanas y Rurales de la Provincia del Guayas, Ecuador. *Revista de Información Tecnológica*, 30(5). doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642019000500271>
- Arteaga, C., Santacruz, J., & Ramírez, L. (marzo de 2011). Evaluación del dolor musculoesquelético en el anciano. *Acta médica colombiana*, 36(1), 30 - 34. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v36n1/v36n1a06.pdf>
- Baldeón-Martínez, P., Luna-Muñoz, C., Mendoza-Cernaqué, S., & Correa-López, L. E. (diciembre de 2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas. *Revista Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47 - 52. doi:<http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>
- Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *PUCP*, 32(2), 1-27. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v32n2/a01v32n2.pdf>
- Beck, A. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 194–198. Obtenido de <http://spectrum.troy.edu/kness/Beck-Cognitive%20Handouts/Cognitive%20Therapy%20Past,%20Present,%20&%20Future.pdf>
- Benavides, A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de anestesiología*, 107-112. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Cáceres, F., Parra, L., & Pico, O. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 147-154. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n2/0124-0064-rsap-20-02-147.pdf>
- Cadavid, N., & Prieto, G. (2007). Construcción de una escala de depresión con el modelo de Rasch Psicothema. *Psicothema*, 515-521. Obtenido de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3393>
- Calderón, D. (julio de 2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191. doi:<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

- Calero, S., Klever, T., Caiza, R., Rodríguez, F., & Analuiza, E. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 366-374. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v35n4/ibi07416.pdf>
- Callazo, M. I., Calero, J. R., Ramos, R., Toledo, H., Morón, D., Pariente, T. G., & Valdés, R. (2017). Significados del envejecimiento desde la perspectiva de los ancianos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000400017#:~:text=Desde%20sus%20perspectivas%2C%20el%20envejecimiento,les%20puede%20hacer%20sentir%20bien.
- Capote, E., Casamayor, Z., & Castañer, J. (2012). Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 41(3), 237-247. doi:0138-6557
- Carrera, P., & Quijia, D. (junio de 2017). Evaluación de la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial, del Hogar de Anciano Santa Catalina Labouré y Proyecto 60 y piquito del barrio Parque Inglés, durante el mes de junio 2017. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/14082>
- Casa, J., Echenique, N., & Zarate, P. (2018). Revisión Bibliográfica de la Efectividad de la Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT). 1-15. Obtenido de https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/r_psicologia/article/view/934
- Castaño-Vergara, D., & Cardona-Arango, D. (septiembre de 2015). Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Rev. salud pública*, 17(2), 171-183. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.30730>
- CEPAL. (2018). *Panorama Social de América Latina 2017*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42716-panorama-social-america-latina-2017>
- Chaves, M., Camarinha, M., & Lopes, J. (2016). La vitalidad y la vejez. *Revista IGT*, 13(24), 114-133. doi:ISSN: 1807-2526

- Cruz, J., & Rojas, J. (2015). Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*, 217-224. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151zn.pdf>
- Cruzblanca,H.,Lupercio,P.y Collas,J. (enero de 2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39(1). Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000100047
- Da Silva, C., Ramos, V., & Carvalho, P. (2018). Incremento de los cambios cognitivos en pacientes con enfermedad de Alzheimer inicial debido a depresión. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*. doi:10.7714/CNPS/12.1.203
- Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. (2017). Las personas mayores y la depresión. *NIH*. Obtenido de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion_154573.pdf
- Dorantes, G., Ávila, J., Mejía, S., & Luis, G. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1), 1 - 11. Obtenido de <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v22n1/1-11/>
- Duarte-Raya, F., Rico-Maldonado, M., González-Guzmán, E., & López, B. (2016). Depresión y factores de riesgo asociados en mujeres con hijos en tratamiento psiquiátrico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58-63. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im161j.pdf>
- Durán, D., Orbeoz, L., Uribe-Rodríguez, A., & Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7(1), 263-270. doi:ISSN: 1657-9267
- Ellis, A. (2006). *Usted a ser feliz*. España: Paidós Ibérica. Obtenido de <http://celappa.com/wp-content/uploads/2016/03/Usted-Puede-Ser-Feliz-Albert-Ellis.pdf>
- Espinosa, F. (2014). Aproximación teórica al concepto de calidad de vía: Entre las condiciones objetivas externas y evaluación subjetiva del individuo. *Revista de Antropología*

- Experimental*(14), 331-347. Obtenido de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1801/1559>
- FIAPAM. (5 de marzo de 2019). *América Latina envejece a pasos de gigante*. Recuperado el 2020, de Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores: <https://fiapam.org/america-latina-envejece-a-pasos-de-gigante/>
- García, H., Vera, C., & Lugo, L. (abril de 2014). Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 26-39. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n1/v32n1a04.pdf>
- Gili, M., López-Navarro, E., Homar, C., García-Toro, M., & Llobera, J. (2014). Psychometric properties of Spanish version of QIDS-SR16 in depressive patients. *Actas Esp Psiquiatr*, 292-299. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25388771/>
- Gómez-Angulo, C., & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructural factorial. *Universitas Psychologica*, 735-743. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-92672011000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- González, & Fuente, D. I. (30 de Marzo de 2014). Desarrollo Humano en la vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *Infad revista de psicología*, 7, 129. doi: 0214-9877
- González, D., Barreto, A., & Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva antecedentes, teoría y metodología. *Psicología*, 200. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642554>
- Hernández. (2014). *Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente* (Vol. I). México, México: Literatura y Alternativas en Servicios Editoriales SC. Recuperado el 25 de Marzo de 2020, de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf

- Hernández, C., García, A., Leal, E., Peralta, V., & Durán, J. (2014). Factores ambientales relacionados a trastornos depresivos. *Práctica clínico-quirúrgica*. Obtenido de <https://n9.cl/xf97y>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill. Obtenido de https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121. doi:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539013>
- 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. (Enero de 2017). Las personas mayores y la depresión . (O. d. Científica, Ed.) *Departamento de salud y servicios humanos*, 6. doi: SQF 16-7697
- Instituto Nacional de la Sordera y otros trastornos de la comunicación. (Marzo de 2016). Pérdida de audición relacionada. *NIH*, 6. Recuperado el 14 de Abril de 2020, de <https://www.nidcd.nih.gov/sites/default/files/Documents/health/hearing/AgeRelatedHearingLoss-Spanish.pdf>
- Jáuregui, A. (2 de enero, junio de 2017). Calidad de Vida de la persona adulta mayor perteneciente al Programa Gerontológico Social de dos provincias de Ica, Perú 2017. *Revista electrónica*, 16(2), 2 - 19. doi:<https://doi.org/10.15517/psm.v0i0.32805>
- Juanas, D., & Rodríguez. (2019). *Educación de Personas Adultas y Mayores* (Vol. 1). (D. (. pub), Ed.) Madrid, España, España : Editorial UNED. doi:8436276043, 9788436276046
- King, M., Cáceres, J., & Abdulkadir, M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 1-15. Recuperado el 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400001

- Kok, R., & Reynolds, C. (2017). Management of depression in older adults: a review. *Jama*, *20*, 2114-2122. doi:10.1001/jama.2017.5706
- Llanes, B. (4 de Enero de 2014). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana Enfermería*, *29*(3), 223-232. doi:1561-2961
- 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.*, *21*(1), 65 - 74. Recuperado el 2020, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>
- López, Aldave, & Varela. (2014). *Características y necesidades de las personas en situación de dependencia* (Ediciones Paraninfo, S.A., ed.). Madrid, España: Ediciones Paraninfo, S.A. doi:8497329759; 9788497329750
- López, E., Banegas, J., Pérez, A., Gutiérrez, J., Alonso, J., & Rodríguez, F. (abril de 2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina clínica*, *120*(15), 568-573. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-valores-referencia-version-espanola-del-13046436>
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., & Juárez, A. (septiembre de 2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, *13*(3), 159 -165. doi:<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Madrigal–Martínez, M. (marzo de 2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, *16*(63), 117-153. doi:ISSN 2448-7147
- Martín, R. (octubre de 2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *17*(5), 813-825. Recuperado el 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000500813
- Martina, M., Ara, M., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *In Anales de*

la Facultad de Medicina. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n4/a04v78n4.pdf>

Mendivelso, R. (2018). Diseño de investigación de Corte Transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141 - 146. doi:<https://doi.org/10.26852/01234250.20>

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos*. Quito: Dirección Nacional de Normalización. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf

Mirón, J., Alonso, M., Serrano, A., & Sáenz, M. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(5), 336–44. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n5/336-344/>

Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cubana Salud Pública*. Obtenido de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/136-138/>

Olivares, D., Martínez, L., Oquendo, L., & Crespo, F. (2015). Calidad de vida en el adulto mayor. *VARONA*(61), 1-7. doi:<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>

OMS. (2017). *Depression and other common mental disorders*. OMS. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=B26FD13317B44761A14AB6FBC94A917F?sequence=1>

Organización Internacional del Trabajo. (2015). Envejecimiento de la población: ¿Quién se encarga del cuidado? *Notas Oit Sobre Trabajo y Familia*, 4. Recuperado el 2020, de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_184715.pdf

Panzini, R., Bandeira, D., Fleck, M., & Rocha, N. (abril de 2019). Psychometric properties of the WHOQOL-SRPB BREF, Brazilian Portuguese version. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(5), 411-418. doi:<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0083>

- Papalia, & Feldman. (2012). *Desarrollo Humano* (Duodécima edición ed.). (J. Mares, Ed., & M. E. Dávila, Trad.) Mexico: Interamericana Editores, S.A. DE C.V. doi:978-607-15-0933-8
- Paz, J., & Arévalo, C. (mayo de 13 de 2019). Pobreza en las personas mayores. Un estudio multidimensional para Argentina. *Revista Latinoamericana de Población*, 13(25). doi:<https://doi.org/10.31406/relap2019.v13.i2.n25.4>
- Pedroza, R. (2015). Reeducción cognitiva-emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes. *Revista Iberoamericana para la investigacion y el desarrollo educativo*, 319-335. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5280193>
- Pereira, V., & Molero, P. (2019). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión. *PROTOCOLOS DE PRÁCTICA ASISTENCIAL*, 12(86), 5070. doi:10.1016/j.med.2019.09.015
- Pérez, C., & Salamanca, R. (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, imc, y riesgo de tca como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 35-47. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v9n2/v9n2a03.pdf>
- Pérez, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., & Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Rev Biomed*, 89-115. Obtenido de <https://n9.cl/b1nce>
- Pinillos, Y., & Quintero, M. (2017). Envejecimiento y vejez: del concepto y la teoría a. 31-49. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/332917580_Envejecimiento_y_vejez_del_concepto_y_la_teoria_a_la_funcionalidad_del_adulto_mayor
- Pino, M., Bezerra, F., & Carreiro, J. (2009). Calidad de vida en personas mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud. *Revista de Investigación en Educación*, 6(1), 70 - 78. doi:ISSN 1697-5200, ISSN-e 2172-3427
- Pinto, I. (2015). Qualidade de vida de idosos no contexto do trabalho e suas representações sociais. João Pessoa, Brasil: Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba. Obtenido de <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8165/2/arquivototal.pdf>

- Quintero-Echeverri, Á., Villamil-Gallego, M., Henao-Villa, E., & Cardona-Jiménez, J. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 36(2), 49-57. doi:10.17533/udea.rfnsp.
- Quiroz, C., Quintana, J., Flores, R., Castro, S., García, J., & Rubio, L. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y salud*, 27(2), 179-188. Recuperado el 2020, de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535>
- Ramírez, Páez, & Aguilar. (2011). *Alteraciones psíquicas en personas mayores* (Vol. 1). Esapaña, Málaga, Esapaña: Vértice S.L. doi:9788492533558
- Ramos, F. (2002). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista pedagógica*, 83 - 104. doi: 0214-7742,
- Ramos, F. (2002). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista pedagógica*, 83 - 104. Recuperado el 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=743587>
- Rámoz, C. (2015). *Paradigmas de la Investigación* (Vol. 21). Ecuador, Universidad de las Americas. Recuperado el 2020, de http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2015_1/Carlos_Ramos.pdf
- Restrepo, M., Sánchez, E., Vélez, M., Marin, J., Martínez, L., & Gallego, D. (2017). Trastorno depresivo mayor: una mirada genética. *Divers.: Perspect. Psicol.*, 279-294. Obtenido de <https://n9.cl/0202>
- Rodrigues, C., Carvalho, A., Quino, J., & Gruart, M. (2017). Efectos de la depresión en los cambios cognitivos del enfermo con trastorno neurocognitivo leve debido a probable enfermedad de Alzheimer. *Ciencias Psicológicas*, 149-154. doi:10.22235/cp.v11i2.1486
- Rodríguez, M. (2008). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Revista Pensamiento Actual, Universidad de Costa Rica*, 31-39. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5897884>
- Rodríguez, M., Ramírez, D., Pérez, K., & Gómez, K. (2017). Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. *Humanidades Médicas*, 246-258. doi:ISSN: 0123-417X

- Rodríguez, Z., Casado, P., Molero, M., Jiménez, D., & Casado, D. (2015). Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico de depresión en población geriátrica. *Medigraphic*. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>
- Rodríguez-Abrego, G., Ramírez-Sánchez, J., & Torres, J. (2017). Esperanza de vida saludable en adultos mayores. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de <https://www.siicsalud.com/dato/resiiccompleto.php/145673>
- Ruiz-Ramos, M., & Viciano-Fenández, F. (2004). Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España. *Gac Sanit*, 18, 260-267. Recuperado el 2020, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911104720129>
- Salazar, A., Reyes, M., Plata, S., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., & Ríos, J. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb*, 31(2), 176-183. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>
- Seguí, A., Amador, P., & Ramos, A. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería nefrológica*, 13(3), 155-160. doi:ISSN 1139-1375
- Segura, A., Cardona, D., Segura, A., & Garzón, M. (2 de diciembre de 2014). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 184 - 193. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
- Sims, M., Ramírez, D., Castro, K. y Gómez, K. (2017). Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. *Humanidades Médicas*, 17(2), 306-322. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n2/hmc05217.pdf>
- Soria-Romero, Z., & Montoya-Arce, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de población*, 23(93), 59-93. doi:<https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>.
- Sotelo, I., Rojas, E., Sánchez, C., & Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en*

Medicina Familiar. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>

- Tartaglino, M., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V., & Stefani, D. (2017). Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 518-527. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160126>.
- Tellez, A., Juárez-García, D., & Jaime-Bernal, L. (2016). Prevalencia de trastornos de Sueño con relación con factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de Monterrey. *Revista Unal*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/804/804444652007/index.html?fbclid=IwAR1nOPgKZpj25p2W74B7u6aDDUtzy-nkYxIUhDbYaAYG1Sxu67MkrQC16A>
- Tello, T., Alarcón, R., & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(2), 342-350. doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 61-71. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006
- Valdés, C., Morales-Reyes, I., Pérez, C., Medellín, A., Rojas, G., & Krause, M. (2017). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck IA para la población. *Revista médica de Chile*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000801005
- Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 199-201. doi:[10.17843/rpmesp.2016.332.2196](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196)
- Vargas, S., & Melguizo, E. (18 de mayo de 2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 4(19), 549-554. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n4.55806>

Veliz, M., Rifo, B., & Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje. *Revista de lingüística teórica y aplicada*, 75-103. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48832010000100005

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado



PROYECTO DE TITULACIÓN

Relación entre depresión y calidad en los adultos mayores del Hospital General de Latacunga
--

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / Sra.....

Por medio de la presente quisiera obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación: **“Relación entre depresión y calidad de vida en adultos mayores del Hospital General de Latacunga”**, que se lleva a cabo por parte de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Ambato durante el año 2020. El objetivo general de esta investigación es: Determinar la relación entre niveles de depresión y calidad de vida en adultos mayores que acuden al Hospital General de Latacunga. En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para su participación en esta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. En el caso de su aceptación, tendrá que llenar una ficha de evaluación sociodemográfica e instrumentos de medición. La colaboración en este estudio no le quitara mucho de su tiempo. *Su participación será anónima*, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes del proyecto que se redactarán. Los instrumentos de evaluación llevarán un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que faciliten el proceso del proyecto. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted recurrirá a la Escuela de Psicología de la PUCESA para resguardar sus derechos si usted percibiese que estos han sido vulnerados en algún sentido.

Por último, si usted acepta participar, llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva la copia a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier duda o pregunta no dude en realizarla al momento de firmar o dirigirla al director de esta investigación.

Autorizo la participación.

Firma del Participante

C.C. _____

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**Lugar y fecha:** _____

Instrucciones: Lea con detenimiento cada uno de las indicaciones proporcionadas y marque con una (X) los datos que corresponda a su realidad, y en los lugares correspondientes llenar con la información necesaria.

DATOS PERSONALES	
1. Sexo	
Hombre ()	Mujer ()
2. Edad	Entre 65 a 74años () Entre 75 a 85 años () Mayor a 85 años () Edad exacta:
3. Estado civil:	Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Separado/a () Viudo/a () Unión de hecho ()
4. Estado de Escolaridad	Ninguno () Primaria () Secundaria () Tercer nivel () Cuarto nivel ()
5. Ocupación:	
6. Sector del domicilio	Urbano () Rural ()
7. Situación socio-económica familiar	Muy buena () Buena () Regular () Mala ()

8. ¿Con quién vive actualmente?	
9. Siente que sus familiares le apoyan en su estado de salud actual	Si () No ()
10. ¿Quién está a cargo de sus cuidados?	
11. Tiempo de hospitalización:	
12. ¿Presenta algún tipo de lesión?	<ul style="list-style-type: none"> • Fractura () • Luxación (debida a la descolocación de las articulaciones que unen a los huesos, dicha lesión deforma e inmoviliza a la parte afecta) () • Amputaciones () • Esguince (es una lesión ligamentosa que va desde una distensión hasta una ruptura parcial o total) () • Osteomielitis (es una infección que ataca al hueso) () • Otra () ¿Cuál?.....
13. Actualmente frente a ésta situación siente que su estado del ánimo es	Muy bueno () Bueno () Regular () Malo ()
14. Actualmente asiste a rehabilitación	Si () No ()
En caso de ser afirmativa cuanto tiempo	1-2 veces por semana () 3-4 veces por semana () 5-6 veces por semana () 7 veces por semana ()

POR FAVOR REVISE LOS ÍTEMS PARA VER SI HA DEJADO ALGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 3. Cuestionario de salud SF-36



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. 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. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en 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 las 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"/> |

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada Poco Regular Bastante Mucho

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No ninguno Sí, muy poco Sí, un poco Sí, moderado Sí, mucho Si, muchísimo

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada Poco Regular Bastante Mucho

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a) Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Cuánto tiempo estuvo muy nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Cuánto tiempo tuvo mucha energía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Cuánto tiempo se sintió agotado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Cuánto tiempo se sintió feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Cuánto tiempo se sintió cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué recurrencia 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"/>

FUNCIÓN FÍSICA	
FUNCIÓN SOCIAL	
LIMITACIONES DE ROL: PROBLEMAS FÍSICOS	
LIMITACIÓN DE ROL: PROBLEMAS EMOCIONALES	
SALUD MENTAL	
VITALIDAD	
DOLOR	
PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL	
CAMBIO DE LA SALUD EN EL TIEMPO	

Anexo 4. Escala de depresión geriátrica GDS

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS)**

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? SI / NO
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? SI / NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? SI / NO
4. ¿Se aburre usted a menudo? SI / NO
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? SI / NO
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? SI / NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI / NO
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? SI / NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? SI / NO
10. Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? SI / NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI / NO
12. De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? SI / NO
13. ¿Se siente usted con mucha energía? SI / NO
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? SI / NO
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? SI / NO