

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

Tema:

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DE CENTROS GERONTOLÓGICOS DE TUNGURAHUA**

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

Línea de investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

Nayeli Germania Procel Sanmartin

Directora:

Mg. Cristina Alexandra Torres Salazar

Ambato – Ecuador

Marzo 2026

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **NAYELI GERMANIA PROCEL SANMARTIN**, con cédula de ciudadanía **1401412091**, autora del trabajo de graduación intitulado: "SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE CENTROS GERONTOLÓGICOS DE TUNGURAHUA", previo la obtención del título profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, en la escuela de **SALUD Y BIENESTAR**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, marzo 2026



Nayeli Germania Procel Sanmartin

CC. 1401412091

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

Tema:

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES DE CENTROS GERONTOLÓGICOS DE TUNGURAHUA**

Línea de investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

Nayeli Germania Procel Sanmartin

Cristina Alexandra Torres Salazar, Psic Cl. Mg.

CC. 1804135380

CALIFICADOR

f. 

Mario Santiago Poveda Ríos, Psic Cl. Mg.

CALIFICADOR

f. 

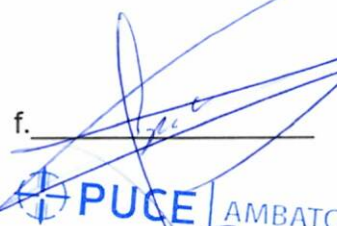
Freddy Patricio Mayorga Valle, Dr. Esp.

DIRECTOR ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

f. 

Diego Gonzalo Coca Chanalata, Dr. Mg.

PROSECRETARIO PUCE AMBATO

f. 

Ambato – Ecuador

Marzo 2026


PUCE | AMBATO
PROSECRETARÍA

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, con profundo amor y gratitud, a mis padres Vicente Procel y Margarita Sanmartin, por su apoyo incondicional, su esfuerzo constante y por ser el pilar fundamental de mi vida. A mis hermanos, por su compañía, cariño y apoyo silencioso a lo largo de este camino, recordándome siempre que no estaba sola.

De manera muy especial, dedico este trabajo a mi tía Flor, quien, aunque ya no se encuentra físicamente, permanece viva en mi corazón y en cada uno de mis logros. Asimismo, dedico esta tesis a mi tía Beatriz, quien, aun a la distancia, siempre estuvo presente con su apoyo, palabras de aliento y confianza. Este logro también es de ustedes.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a mis padres Vicente Procel y Margarita Sanmartin por su apoyo incondicional, su esfuerzo constante y la confianza depositada en mí a lo largo de mi formación académica. Su acompañamiento ha sido fundamental para alcanzar este logro. De manera especial, expreso mi gratitud a mi tía Beatriz, quien, aun a la distancia, siempre estuvo presente brindándome ánimo, apoyo y motivación en cada etapa de este proceso. A todos ellos, mi sincero agradecimiento por ser un pilar esencial en la culminación de este proceso.

RESUMEN

El interés de la presente investigación nace de las observaciones previas a este grupo poblacional de adultos mayores; la sintomatología depresiva constituye una de las problemáticas más frecuentes y, al mismo tiempo, menos visibilizadas. Diversos estudios evidencian que existe una elevada presencia de síntomas depresivos que se los asocia como parte normal del envejecimiento. Esta condición no solo afecta el bienestar emocional, sino también la autonomía personal, las relaciones interpersonales y la percepción de la calidad de vida.

La muestra del estudio estuvo conformada por 125 adultos mayores, a quienes se les aplicó una ficha sociodemográfica, la Escala de Depresión de Zung (SDS) y la Escala de Calidad de Vida FUMAT. El objetivo general del estudio fue analizar la relación de la sintomatología depresiva y la calidad de vida en adultos mayores de centros gerontológicos de Tungurahua. La metodología de la investigación se basó en el enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo descriptivo-correlacional y de corte transversal.

Los resultados evidenciaron que la mayoría de los participantes se ubicó dentro del rango normal de sintomatología depresiva. Se encontró una relación negativa, significativa y fuerte entre las variables ($r = -0.747$; $p < .001$), lo que significa que, a medida que la percepción de calidad de vida es menor, hay más síntomas depresivos en los adultos mayores evaluados.

Palabras clave: sintomatología depresiva, calidad de vida, adultos mayores.

ABSTRACT

Interest in this research arises from previous observations of the older adult population, in which depressive symptoms represent one of the most prevalent yet least visible mental health concerns. Evidence from prior studies indicates a high prevalence of depressive symptoms among older adults, often mistakenly regarded as a normal part of aging. This condition not only affects emotional well-being but also compromises personal autonomy, interpersonal relationships, and perceived quality of life.

The study aimed to analyze the relationship between depressive symptoms and quality of life in older adults attending gerontological centers in Tungurahua. A quantitative methodology was employed, using a non-experimental, cross-sectional design with descriptive and correlational scope. The sample consisted of 125 older adults who completed a sociodemographic questionnaire, the Zung Self-Rating Depression Scale (SDS), and the FUMAT Quality of Life Scale.

The results indicated that most participants were within the normal range for depressive symptoms. However, a strong and statistically significant negative correlation was found between depressive symptoms and quality of life ($r = -0.747$, $p < .001$), demonstrating that lower perceived quality of life is associated with higher levels of depressive symptoms in the assessed population.

These findings underscore the importance of early detection and intervention strategies targeting depressive symptoms in older adults, as well as the promotion of comprehensive approaches aimed at improving quality of life in gerontological care settings.

Keywords: *depressive symptoms, quality of life, older adults.*

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	5
1.1. Sintomatología depresiva	5
1.2. Síntomas y dimensiones	6
1.3. Modelos teóricos.....	9
1.4. Causales y efectos.....	12
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	19
2.1. Diseño de la investigación	19
2.2. Técnicas e instrumentos	20
2.3. Población, muestra y muestreo.....	25
2.4. Características sociodemográficas	26
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
3.1. Análisis descriptivo	31
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha visto un incremento de la población adulta mayor, y con ello el interés por realizar estudios en esta población también ha ido en aumento, sobre todo en temas de salud mental y calidad de vida. Se estima que para el año 2050 esta población se duplicara, considerando que en el 2020 se contaba con una población de mil millones y para el 2030 alcanzara una cifra de 1400 millones, en el 2050 se alcanzarán cifras de 2100 millones de habitantes con más de 60 años (Organización Mundial de la Salud, 2023). Por lo tanto, conviene señalar que, los adultos mayores representan grandes demandas en atención médica, apoyo social y sobre todo en atención psicológica, por ende, es crucial considerar la importancia y el impacto que tiene la salud mental en este grupo etario.

En un estudio realizado en Perú, orientado a la medición de la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados, se obtuvieron como resultados que la población estudiada presentó una percepción medianamente estable, es decir, sus respuestas fueron equilibradas y centradas en puntos medios, lo que significó que tenían una percepción positiva que les permitió mantenerse estables en su vida (Queirolo Ore, Barboza Palomino & Ventura-León, 2020).

A nivel del Ecuador, un estudio realizado en Cuenca sobre la calidad de vida en esta población reflejó que los adultos mayores evaluados percibieron un nivel medio de calidad de vida. Los 101 participantes se mantuvieron en actividades que promovieron un envejecimiento activo (Chalco, 2023). Esta percepción se debió a la satisfacción con los servicios de salud recibidos. Otro estudio realizado en el Hospital General de Latacunga, orientado a la prevalencia de depresión en adultos mayores con una muestra de 102 participantes, determinó que 48 fueron diagnosticados con depresión (Chicaiza Tasinchana, 2021). Además, se identificaron factores relacionados con la sintomatología depresiva, como el género, la religión, pérdidas significativas (como quedarse viudo) y enfermedades físicas como la diabetes e hipertensión.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2022), el 9% de la población Ecuatoria pertenece a este grupo etario, con edades de 65 años o más. Estas estadísticas reflejan un incremento de la población, además que la mayoría de estos no se encuentran en condiciones favorables en cuanto a su nivel económico y social, lo que representa una situación muy preocupante para la población. Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública (2021) ha señalado que la depresión es uno de los problemas de salud mental más comunes en esta etapa.

Un gran número de estos sujetos viven en centros gerontológicos donde deben lidiar con exigencias emocionales y psicológicas que atentan contra su bienestar integral. La sintomatología depresiva es una de las más prevalentes en este colectivo, con investigaciones nacionales e internacionales que porta una alta presencia. Una investigación de altoandinos en el Perú con adultos mayores de más de 60 años revela una depresión probable del 53,2% en la población, lo que debe llamar la atención en comunidades similares (Arias-Aroca et al., 2025).

Según lo mencionado se plantea la siguiente hipótesis: Existe relación entre la sintomatología depresiva y calidad de vida en adultos mayores de centros gerontológicos de la provincia de Tungurahua. La cual se pretende afirmar o rechazar según los resultados que se obtengan en la investigación, por lo cual se plantean los siguientes objetivos;

Objetivo general

- Analizar la relación entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en adultos mayores de los centros gerontológicos de la provincia de Tungurahua. Y se establecen los siguientes objetivos específicos:

Objetivos específicos

- Fundamentar teóricamente la sintomatología depresiva y la calidad de vida en adultos mayores de centros gerontológicos de Tungurahua.

- Evaluar la sintomatología depresiva y la calidad de vida en adultos mayores de centros gerontológicos de la provincia de Tungurahua.
- Establecer la relación entre la sintomatología depresiva y calidad de vida en adultos mayores de los centros gerontológicos de la provincia de Tungurahua.

La investigación se basa en el paradigma post positivista con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, con alcance descriptivo- correlacional y corte transversal. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Autoevaluación para la Depresión de ZUNG (SDS) y la Escala de Calidad de Vida FUMAT. Los participantes fueron adultos mayores de centros gerontológicos de Tungurahua.

En base a esta información se evidencia que el envejecimiento poblacional es una realidad creciente a nivel mundial y nacional, y la población adulta mayor cada vez, es más. Es por ello que, el interés de la presente investigación nace de las observaciones previas a este grupo poblacional, la sintomatología depresiva constituye una de las problemáticas más frecuentes y, al mismo tiempo, menos visibilizadas. Esta condición no solo afecta el bienestar emocional, sino que también repercute en la autonomía, las relaciones interpersonales y la percepción de calidad de vida.

A pesar de la relevancia de la sintomatología depresiva en adultos mayores de centros gerontológicos, existen limitados estudios específicos que analicen su impacto en la calidad de vida en el contexto de Tungurahua. La mayoría de las investigaciones se han centrado en aspectos clínicos generales, sin profundizar en cómo los factores emocionales influyen directamente en el bienestar integral de esta población. Este vacío en la literatura científica local subraya la necesidad de realizar investigaciones que aporten datos actualizados y contextualizados, contribuyendo así al conocimiento y desarrollo de estrategias de intervención más efectivas.

Por esta razón, la motivación de indagar sobre estas dos variables en esta determinada población nace por el interés de visibilizar y comprender la importancia

de la salud emocional en los adultos mayores que residen en centros gerontológicos de Tungurahua. La sintomatología depresiva, al igual que los diferentes estados de ánimo y las enfermedades que acompañan la vejez, no deben pasar desapercibidas porque repercute no solo en su calidad de vida, sino también en su participación social y su bienestar en general. Por lo tanto, es importante que, en la medida de lo posible, todos sean partícipes de promover un envejecimiento digno: familia, amigos, encargados, y los profesionales que se encuentran en los centros gerontológicos.

El resultado que se espera alcanzar con esta investigación es: contribuir al estado del arte sobre la relación entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en adultos mayores, así como, promover, al desarrollo de propuestas de intervención orientadas a la promoción de un envejecimiento digno y saludable. De acuerdo el con el Plan Nacional de Desarrollo “Ecuador no se detiene” (SNP, 2025), la investigación se alinea al eje social con el objetivo 1: mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población, para garantizar el goce efectivo de los derechos y la reducción de las desigualdades, con el Objetivo 2: potenciar las capacidades de la ciudadanía con acceso universal a una educación inclusiva de calidad, acceso a espacios de intercambio cultural y una vida activa, junto con la ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible) con el objetivo 3: Salud y Bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1.Sintomatología depresiva

Definición

Es un conjunto de síntomas emocionales, somáticos, cognitivos o psicomotores que indican un estado depresivo, pero que no necesariamente cumplen los criterios clínicos para un diagnóstico de depresión mayor o un trastorno depresivo. Es una descripción de manifestaciones clínicas como: tristeza, fatiga, anhedonia, dificultades de concentración, entre otras, que pueden presentarse de forma aislada o agrupada, sin constituir un cuadro clínico completo (DSM-V,2013).

Desde esta perspectiva, la sintomatología depresiva no implica necesariamente la presencia de un diagnóstico clínico, sino que hace referencia a la presencia aislada o combinada de estas manifestaciones, las cuales pueden variar en intensidad, frecuencia y duración. Su identificación se basa en la observación de cambios en el estado emocional y en el funcionamiento general de la persona, especialmente cuando estos síntomas generan malestar subjetivo o interfieren en las actividades diarias (CIE-10, 2018).

En síntesis, la sintomatología depresiva constituye un conjunto de indicadores clínicos que describen un estado de afectación emocional y funcional, sin que por sí misma determine la existencia de un trastorno, para ello se requieren criterios específicos relacionados con número de síntomas, tiempo de evolución y grado de deterioro, tal como establecen los sistemas diagnósticos internacionales.

En este contexto, la salud mental de los adultos mayores marca un punto de partida muy significativo. La sintomatología depresiva se presenta frecuentemente en los adultos mayores, y a menudo se lo relaciona como parte del envejecimiento normal, lo que limita un diagnóstico temprano que pueda ayudar a mejorar su desempeño (Estupiñán Sáenz, Sinchi-Sinchi, & Ramírez, 2025). Síntomas como alteraciones del sueño, pérdida del interés, quejas somáticas frecuentes, tristeza, pasan

desapercibidos porque lo han normalizado (World Health Organization, 1992). Sin embargo, es importante resaltar que cada persona vive, siente y experimenta de forma diferente cada uno de estos síntomas y de la misma manera cada uno lo expresa diferente.

De acuerdo con el DSM-5 (2013), los síntomas del trastorno depresivo mayor son; estado de ánimo deprimido, incluye tristeza, pérdida de interés o del placer en actividades que disfrutaba antes, pérdida significativa del peso, insomnio, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentirse cansado con fatiga, sin energía, percepción de inutilidad o culpa excesiva, dificultad para tomar decisiones o no poder concentrarse, ideación suicida, intento o planeación. Para su diagnóstico se deben cumplir con 5 o más de los síntomas mencionados, y al menos uno de ellos debe ser estado de ánimo deprimido, y los síntomas deben estar presentes durante 2 semanas, casi todos los días, la mayor parte del día.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (2025), define la depresión como un trastorno mental común con los siguientes síntomas: pérdida del interés y placer en actividades que antes eran gratificantes y estado de ánimo deprimido. Estos síntomas son centrales y los más reportados por los pacientes que han llegado a experimentarlo, por tal motivo, requieren una atención prioritaria porque son los que más generan un impacto negativo en su vida, afecta su desempeño a nivel general en las diferentes áreas; personal, social, laboral, familiar. Se estima que a nivel mundial el 5,7 % de la población adulta tienen depresión.

1.2. Síntomas y dimensiones

sea en su bienestar, funcionalidad o autonomía, por esta razón hay que aprender a identificar los patrones depresivos de forma correcta, sobre todo en la población adulta mayor, ellos utilizan una terminología diferente para expresar su malestar y por tal motivo muchos de los casos pasan desapercibidos, se estima que el 50% de los casos atendidos en los servicios de atención primaria no son percibidos (Basta et al., 2021). Por ello es necesario mejorar la detección para poder lograr una

intervención temprana y se logre mejorar la sintomatología, para ellos se deben considerar los siguientes componentes.

Dentro del componente emocional se habla de un término muy importante “la gestión positiva de las emociones”, debido a que los adultos mayores son más propensos a presentar síntomas depresivos, es necesario aprender a manejar sus emociones, principalmente la tristeza prolongada, porque estas alteraciones se encuentran relacionadas directamente con su funcionalidad cognitiva, conductual y fisiológica (Vela, 2024). En esta etapa de la vida, los adultos mayores también se ven afectados por el declive cognitivo que es inevitable por la edad, por lo que un limitado manejo de sus emociones no solo afecta su estado de ánimo sino también físico causando dolencias como la fatiga.

En la misma línea, la pérdida del interés junto con la disminución del disfrute de actividades que eran gratificantes, se lo conoce como anhedonia, un estado en el que la persona que lo presenta no encuentra motivación para realizar actividades de su diario vivir, generando un impacto directo en su calidad de vida y autonomía (Vela, 2024). Por esta razón al no poder procesar, entender o regular adecuadamente sus emociones, los adultos mayores se encuentran en un alto riesgo de manifestar síntomas depresivos, como los anteriormente mencionados. En consecuencia, queda demostrado, que no solo importa el estado de ánimo sino también la competencia emocional para manejarlo.

En el mismo estudio realizado por Vela, (2024), sobre inteligencia emocional y depresión en adultos mayores de la provincia de Chimborazo, se evidencio que de la muestra el 83 % de las mujeres presentaba depresión leve y un 25 % de los hombres síntomas más marcados. Aquellas personas mayores con menor desarrollo de competencias emocionales tienen mayor vulnerabilidad para desarrollar o sostener síntomas depresivos. Este dato refuerza la idea de que la sintomatología depresiva en los adultos mayores no solo es cuestión de factores biológicos o sociales, sino también de dimensiones emocionales que pueden ser potenciadas o intervenidas.

Desde el punto de vista del componente cognitivo, la sintomatología depresiva no se expresa como tristeza en sí, sino más bien como contenidos cognitivos negativos: una perspectiva subjetiva negativa del futuro, pensamientos de ineficacia, ideas de inutilidad, recuerdos de pérdidas cercanas, la percepción de ser una carga para la familia, etc. En una revisión sobre factores psicosociales y depresión entre adolescentes en Latinoamérica, encontraron que la sintomatología depresiva también se puede expresar con síntomas somáticos y también se relaciona con interpretaciones subjetivas generalmente negativas (Galindo, 2024). En las cogniciones pueden aparecer pensamientos como: "ya no me necesitan", en el que influye el componente interpretativo que mantiene el malestar o lo extingue.

En la parte conductual se observa la disminución de actividades, un escaso involucramiento en actividades dentro de casa o, en su defecto, no participan en los programas del centro. Investigaciones recientes relacionadas con población mayor institucionalizada demuestran que quienes consiguen puntuaciones más elevadas en depresión, tienden a acudir menos a actividades recreativas y reportar menos interacción social, lo que también afecta en la calidad de bienestar subjetivo que se puede observar (Mendoza, 2022). Es muy importante estar atentos a comportamientos tales como: "solo querer dormir", "no querer salir", es un indicador conductual que corresponde a una expresión conductual de depresión, estas conductas no hay que considerarlas como una parte más de la vejez normal sobre todo si son conductas que se producen con una alta frecuencia.

En el componente físico, se presenta; cansancio, menor apetito, quejas de dolor, dificultad para dormir o somnolencia diurna. Un estudio de depresión geriátrica en Ecuador observó que más de la mitad de los participantes mayores que residían en centros con atención presentaban algún grado de depresión y que dicha depresión era producto de las enfermedades que presentaban y/o limitaciones funcionales que terminaban por relacionarse (Alba, 2024). Por tanto, los síntomas físicos no deben ser tratados de manera aislada, ésta es su forma de expresar el malestar emocional. Jiménez (2022), en su análisis de factores de riesgo psicosociales, señala que las condiciones de salud y la sobrecarga de enfermedad están asociadas a una sintomatología depresiva en mayores.

Por otro lado, las características en lo que respecta a los signos se puede observar un aspecto poco aseado, baja expresión facial, una voz baja, el apartarse del grupo, la lentitud motora o respuestas sorprendentes con monosílabos. La pérdida de la autonomía también se puede observar, y las personas mayores se vuelven dependientes (Barrios, 2025). A causa de que en muchas ocasiones los adultos mayores no verbalizan el malestar que les produce su tristeza, el hecho de observar dichos signos es muy importante para poder afrontar su malestar y poder ayudarlos en sus necesidades.

1.3. Modelos teóricos

Desde el modelo cognitivo, la sintomatología depresiva se explica a partir de la presencia de esquemas disfuncionales y pensamientos automáticos negativos que distorsionan la interpretación de la realidad. Beck sostiene que estas cogniciones conforman la tríada cognitiva: visión negativa de uno mismo, del entorno y del futuro, lo que favorece la aparición de tristeza, desesperanza, autocrítica e inactividad como manifestaciones sintomáticas (Beck, 1976). De manera complementaria, Ellis plantea que las emociones depresivas se originan en creencias irracionales, como los imperativos absolutistas y las valoraciones globales de inutilidad; cuando estas son interiorizadas, generan autodescalificación, impotencia y tristeza (Ellis, 1995). En ambos enfoques, la sintomatología no se atribuye a los hechos externos en sí mismos, sino a la interpretación cognitiva que la persona realiza de su experiencia.

Desde la perspectiva psicodinámica, la sintomatología depresiva puede comprenderse como expresión de conflictos intrapsíquicos no resueltos. Freud describe la melancolía como resultado de una pérdida significativa que no logra elaborarse, produciéndose una interiorización del objeto perdido y una transformación de la hostilidad en autorreproches y culpa, manifestaciones que se evidencian como síntomas afectivos (Freud, 1917). Lacan, por su parte, señala que la falta de respuesta del deseo en el Otro y una identificación simbólicamente inadecuada pueden traducirse en pérdida de motivación y de sentido vital, configurando expresiones sintomáticas de tristeza y vacío (Lacan, 1964).

Desde la neurociencia, la sintomatología depresiva se asocia con alteraciones en la organización y comunicación de redes neuronales. Se han identificado cambios en estructuras como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, vinculadas con la memoria y la regulación emocional, cuya disminución funcional se relaciona con la persistencia de pensamientos negativos y menor procesamiento de emociones positivas (Machaj et al., 2024). Asimismo, alteraciones en la red por defecto y en la red de saliencia favorecen la autorreflexión excesiva y la dificultad para cambiar el foco atencional, procesos asociados con la rumiación y el mantenimiento de síntomas (Unveiling the Brain Mechanism Underlying Depression, 2025).

En el plano neuroquímico, la sintomatología depresiva se vincula con disfunciones en neurotransmisores como serotonina, dopamina y noradrenalina, los cuales intervienen en la regulación del estado de ánimo y la motivación. Una menor disponibilidad de serotonina y baja sensibilidad de sus receptores se asocia con anhedonia, apatía y alteraciones del sueño (García-Gutiérrez et al., 2023). Además, la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y el aumento de citocinas proinflamatorias pueden generar alteraciones en la regulación emocional y en la plasticidad cerebral, facilitando la aparición de síntomas (Smith & Jones, 2024). Los avances en tratamientos que actúan sobre el sistema glutamatérgico, como la ketamina, refuerzan la relevancia de estos mecanismos biológicos en la manifestación sintomática (Ketamine and the Neurobiology of Depression, 2023).

Modelo biopsicosocial

En la actualidad, la **sintomatología depresiva** se comprende como un fenómeno multidimensional en el que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales de manera dinámica. El modelo biopsicosocial, propuesto por Engel, permite explicar cómo los procesos biológicos se entrelazan con la experiencia emocional y el contexto social en la manifestación de síntomas (Engel, 1977). Desde esta perspectiva, los síntomas no se reducen a una alteración cerebral aislada, sino que reflejan una afectación integral del individuo en interacción con su entorno.

Desde el plano biológico, la sintomatología depresiva se asocia con desequilibrios neuroquímicos, disminución de la neuroplasticidad y variaciones en redes cerebrales vinculadas con la regulación emocional y la motivación. Estas alteraciones también se relacionan con predisposiciones genéticas y hormonales, como la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y el aumento de cortisol ante el estrés (Smith & Jones, 2024). No obstante, estos factores actúan como condiciones predisponentes cuya expresión sintomática depende de las experiencias y del contexto psicosocial.

En el ámbito psicológico, los procesos cognitivos, afectivos y de personalidad influyen en la aparición y mantenimiento de los síntomas. Los pensamientos automáticos negativos, los esquemas disfuncionales y determinadas características personales median entre las experiencias de pérdida o estrés y la respuesta sintomática (Beck & Haigh, 2020). Asimismo, estilos de afrontamiento ineficaces y dificultades en la regulación emocional pueden intensificar las manifestaciones, evidenciando la interdependencia entre mente y cerebro.

Desde el componente social, factores como el aislamiento, la soledad, la pobreza y la ausencia de redes de apoyo se asocian con un incremento en la presencia de sintomatología depresiva, especialmente en personas mayores (World Health Organization [WHO], 2023). Además, el estigma y la limitada disponibilidad de servicios de salud mental pueden dificultar la identificación e intervención oportuna, reforzando tanto vulnerabilidades biológicas como patrones cognitivos negativos.

En síntesis, el modelo biopsicosocial plantea que la sintomatología depresiva emerge de la interacción recíproca entre cuerpo, mente y entorno. Por ello, su abordaje requiere intervenciones integradas que contemplen la regulación biológica, el trabajo cognitivo-emocional y el fortalecimiento del entorno social, postura ampliamente respaldada en el campo de la salud mental (Deacon, 2013).

1.4. Causales y efectos

El estado de salud física es uno de los factores más determinantes en la aparición de sintomatología depresiva en la vejez. Las enfermedades crónicas, el dolor persistente, la dependencia y la pérdida de movilidad favorecen sentimientos de desesperanza y desmotivación. En Ecuador y otros países de la región, se ha observado que afecciones cardiovasculares, metabólicas y musculoesqueléticas se asocian con mayores niveles de síntomas depresivos debido a la pérdida de autonomía y disminución de actividades diarias (Mucha-Samaniego et al., 2023).

El bienestar psicológico y la capacidad de afrontamiento también influyen significativamente. El estrés acumulado, los duelos no resueltos y la dificultad para adaptarse a cambios vitales debilitan la estabilidad emocional. Jiménez (2022) señala que la carencia de recursos psicológicos y emocionales incrementa el riesgo de síntomas depresivos, al igual que la presencia de ansiedad o deterioro cognitivo, que afectan la autorregulación emocional.

El contexto social impacta directamente en el equilibrio emocional del adulto mayor, el aislamiento, la viudez y la reducción del contacto interpersonal favorecen la tristeza persistente. Una red social limitada y escaso apoyo familiar constituyen factores de riesgo (Parada Muñoz, Portilla y Tapia, 2022), mientras que la participación comunitaria y relaciones significativas actúan como factores protectores al fortalecer el bienestar y el sentido de pertenencia.

Las condiciones económicas también son determinantes. La insuficiencia de ingresos, la dependencia financiera y el riesgo de pobreza incrementan el estrés y la sensación de inutilidad. En América Latina, donde muchos adultos mayores cuentan con pensiones mínimas o limitada cobertura social, la pobreza representa un factor de riesgo importante (García-Vázquez & Cueva-Maldonado, 2021), además de restringir el acceso a salud, alimentación y ocio, favoreciendo aislamiento y baja autoestima.

El entorno físico y ambiental incide igualmente en el bienestar psicológico. Viviendas inadecuadas, barreras arquitectónicas, inseguridad y contaminación limitan la movilidad y la interacción social. La Organización Mundial de la Salud (2023) destaca que los entornos que promueven participación y autonomía actúan como protectores de la salud mental, mientras que ambientes poco accesibles favorecen aislamiento e impotencia.

En cuanto a los efectos, la sintomatología depresiva impacta negativamente el bienestar general. Manifestaciones como pérdida de interés, fatiga y vacío emocional se asocian con menor satisfacción vital y peor percepción de salud (González, Álvarez & Reyes, 2022), dificultando la adaptación a los cambios propios del envejecimiento. La autonomía también se ve comprometida. Las personas mayores con síntomas depresivos muestran menor iniciativa y mayor dependencia en actividades cotidianas. Ramírez y Morales (2023) relacionan esta pérdida de autonomía con sentimientos de inutilidad y temor a la incapacidad, reforzando el círculo de desmotivación. Asimismo, la fatiga y la lentitud psicomotora dificultan el desempeño diario.

La participación social disminuye debido a la apatía y la falta de energía, incrementando el aislamiento. Estudios evidencian que menor participación social se asocia con mayores niveles de síntomas depresivos y peor calidad de vida (Torres, Morales & Londoño, 2021), afectando la integración comunitaria y las habilidades comunicativas. Además, la satisfacción vital se ve afectada cuando predominan sentimientos de vacío, pérdida y desesperanza. Investigaciones en Ecuador y Perú muestran que los síntomas depresivos se relacionan con menor bienestar subjetivo y sentido de propósito (Quispe, 2023; Acosta, 2022), condicionando la percepción de utilidad y adaptación al envejecimiento.

Factores de riesgo

Tabla 1. Factores de riesgo

Factor de riesgo	Manifestación
Estado de salud (físico y mental)	Enfermedades crónicas, comorbilidad, dolor persistente y limitaciones funcionales que reducen autonomía y generan sentimientos de dependencia, frustración y desesperanza (Montaño, Cabrera & Ruiz, 2023; Santos & Flores, 2023).
Aislamiento social	Disminución de vínculos familiares, pérdida de amistades, soledad percibida y baja participación social, afectando el sentido de pertenencia y el apoyo emocional (Ramos, Fernández & Cedeño, 2023; Soto et al., 2022).
Condiciones económicas precaria	Ingresos insuficientes, pensiones bajas y riesgo de pobreza que generan estrés, inseguridad y sentimientos de carga familiar, además de limitar acceso a servicios básicos y de salud La pobreza, las pensiones bajas y la inseguridad financiera generan estrés constante y limitan el acceso a servicios de salud y recreación, afectando el bienestar psicológico (Díaz & Ramos, 2023; Valdivieso, 2022).
Vulnerabilidad psicosocial asociada a la etapa vital	Experiencias de pérdida, disminución de autonomía y cambios fisiológicos propios del envejecimiento que incrementan la vulnerabilidad psicológica (Montaño, Cabrera & Ruiz, 2023).

Fuente: elaboración propia

Calidad de vida

Definición

La definición de calidad de vida que posee la Organización Mundial de la Salud es la propia que, teniendo en cuenta la cultura y los valores de las personas, se entiende como la consideración que una persona ocupa en su vida en el contexto cultural, de valores en que vive, en relación con las metas, expectativas y preocupaciones que de ella tiene. Esto viene a dejar entrever su carácter, subjetivo y multidimensional, en la medida que depende tanto de aspectos objetivos como de la propia interpretación personal que la persona hace de su contexto (OMS, 2023). En la vejez, esta interpretación y esta percepción cuentan con el estado de salud, la autonomía y el modo de integración social, convirtiendo la calidad de vida en un indicador relevante del bienestar emocional y funcional.

Desde la óptica psicológica, la vida del sujeto con calidad está asociada con la evaluación realizada por la persona acerca de la satisfacción con su propia existencia; el balance entre aquello que desea y lo que ha obtenido; la aptitud de sobreponerse a situaciones desfavorables insignificantes. Para ciertos autores actuales, tal valoración está estrechamente correlacionada con la autoestima, la autoeficacia y el sentido de vida (Rojas & Escobar, 2021). La vida del adulto mayor entendida como calidad de vida no es únicamente la ausencia de enfermedad; es el bienestar psicológico, la disponibilidad del apoyo social y entre otros motivos, la posibilidad de poder contribuir a la comunidad.

En el caso latinoamericano, los estudios más recientes mencionan que la calidad de vida debe comprenderse dentro de los contextos socioeconómicos y culturales específicos donde se encuentra. En áreas de escasos recursos, la vivienda, los servicios básicos y la seguridad social potencian fundamentalmente la evaluación del bienestar (Valdivieso, 2022); por ello, a la hora de examinar la calidad de vida en los adultos mayores se debe tener en cuenta tanto la posible dimensión subjetiva del bienestar como todas las condiciones estructurales que la sostienen.

Dimensiones y características

La calidad de vida está constituida por varias dimensiones interrelacionadas de tal manera que la calidad de vida física, psicológica, social, ambiental y espiritual. La calidad de vida física incluye el estado de salud, la movilidad y la capacidad para hacer las actividades de la vida diaria. González et al. (2022) lo definen como una dimensión fundamental de la satisfacción vital, las limitaciones funcionales son seguidas de la disminución de una percepción de la independencia y de control respecto a la vida misma. Por el contrario, el mantenimiento de la buena forma física es favorable para conseguir el estado de competencia y el bienestar general durante la vejez.

La dimensión psicológica es la que tiene que ver con aspectos como la autoestima, la estabilidad emocional o la experiencia y el sentido de la vida. Las investigaciones más recientes evidencian que los adultos mayores que tienen más equilibrio

emocional y optimismo informan de tener más niveles de calidad de vida (Pérez y Navarro, 2023). La capacidad de adaptación, el aceptar el proceso del envejecimiento o la gratitud son algunos de los elementos más importantes a considerar en este mismo apartado. De este modo, el bienestar psicológico sería el mediador entre las experiencias vitales y la forma de percibir el tipo de satisfacción que se tiene.

La dimensión social, y ambiental también es muy relevante. El ambiente familiar, la red familiar de apoyo, e incluso las condiciones del hábitat constituyen su sentido correspondiente de la pertenencia y de la seguridad. Martínez y Carrillo (2021) retoman al respecto cómo la poseer espacios recreativos, al igual que la relación intergeneracional que sostiene a la vida comunitaria van en el sentido de favorecer el bienestar social y emocional. En estas coordenadas, los aspectos que componen la calidad de vida en este periodo vital son caracterizados por ser dinámicos, multidimensionales e interdependientes de tal suerte que los aspectos que las definen son dependientes de la interacción que se produce entre las características de la persona y las características situacionales.

Según Schalock y Verdugo (2002) existen 8 dimensiones centrales de calidad de vida: bienestar emocional (sentirse seguro donde se consideran indicadores como la satisfacción), relaciones interpersonales (amigos, familiares, pareja), bienestar material (tener una vivienda y suficiente dinero para comprar lo que se necesite), desarrollo personal (tener conocimiento y aprender nuevas cosas), bienestar físico (salud), autodeterminación (decidir por sí mismo), inclusión social (participar en actividades con las demás personas) y derechos (que te traten igual que al resto de la gente) (p.5).

Causales y efectos

La calidad de vida se encuentra influenciada por diversos factores de tipo causal, tales como las condiciones de salud, el apoyo social, las variables económicas y el propio entorno ambiental. Para Mendoza (2022), las enfermedades crónicas, la dependencia funcional y la ausencia de red de apoyo provocan una pérdida

considerable en la percepción del bienestar. En cambio, estas condiciones históricas producen, en muchas ocasiones, la presencia de malestar emocional, sensaciones de inútil e impotente, sobre todo en la población anciana con limitaciones funcionales. De esta manera, la disminución de la pérdida funcional y el refuerzo de los apoyos sociales son, indudablemente, elementos clave para mantener una buena calidad de vida.

Con respecto a los efectos, los niveles altos de calidad de vida se relacionan con una mayor satisfacción personal, estabilidad emocional y participación social. Ortiz y Guerrero (2023) establecen que las personas mayores que informan altos niveles de bienestar tienen la tendencia a tener un enfoque positivo de la vida y menos síntomas depresivos. Igualmente, una percepción positiva del medio ambiente propicia la adherencia a los tratamientos médicos y la predisposición a mantener estilos de vida saludables. En ese sentido, el bienestar global actúa como factor de protección ante la adversidad.

Por el contrario, una mala calidad de vida tiene su reflejo en deterioro físico y emocional. Nuevas investigaciones confirman que las personas mayores con mala calidad de vida tienen más riesgo de aislamiento, deterioro cognitivo o síntomas depresivos (Ruiz y Bastidas, 2021), lo que pone de manifiesto que la calidad de vida no sólo es un indicador de bienestar actual, sino que actúa como un buen predictor del estado de la salud que puede tener un carácter pronóstico del estado global de la salud y del estado funcional en la vejez.

Factores de riesgo

A continuación, se presentan los principales factores de riesgo que inciden en la calidad de vida en la vejez, la enfermedad crónica, la dependencia funcional, el aislamiento social y la inseguridad económica; según Hernández y Vera (2023), la existencia de estas condiciones se interrelaciona de tal manera que provoca una merma en las vivencias de autonomía y control, lo que se traduce en una insatisfacción vital más pronunciada. También la existencia de oportunidades para

participar en actividades significativas potencia la percepción de inutilidad y pérdida de propósito.

Otros factores ambientales también forman parte de estas condiciones de riesgo. En entornos donde hay infraestructuras deficientes, hay barreras arquitectónicas y el acceso a los espacios recreativos resulta escaso, también se ve comprometido el bienestar físico y social de las personas mayores. Domínguez (2021) sostiene que los adultos mayores que viven en la urbe en espacios inseguros o en la ruralidad donde los servicios son escasos, presentan una disminución de su calidad de vida en general. El entorno, en consecuencia, deviene un determinante indirecto de la salud emocional y de la salud funcional.

Por último, la desigualdad de género y el escaso nivel de educación son factores que aumentan la vulnerabilidad en la vejez. Los trabajos recientes que se han desarrollado evidencian que las mujeres mayores y aquellas personas que presentan escasa escolaridad tienen menos oportunidades para recibir servicios de salud y de apoyo institucional (Callejas & Bravo, 2022). Las desigualdades sociales aparecen de este modo para incrementar las diferencias en la percepción de bienestar, apuntando a que la calidad de vida no depende sólo de su proceso de envejecimiento, sino de las condiciones sociales en las que va envejeciendo.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Diseño de la investigación

Esta investigación se basó en el paradigma post-positivista, el cual sostiene que la realidad existe, pero solo puede conocerse de manera aproximada debido a las limitaciones humanas y contextuales. Este enfoque rechaza las verdades absolutas y privilegia un conocimiento probabilístico y revisable (Creswell, 2014), aunque mantiene la importancia de un estudio crítico, sistemático y empírico. Reconoce la posibilidad de error del investigador y la necesidad de controles estrictos para minimizar sesgos. Asimismo, enfatiza la objetividad crítica y el uso de métodos válidos y confiables, promoviendo principios como la refutación, la triangulación y el razonamiento basado en evidencia (Guba y Lincoln, 1994). En este sentido, se configuró como un puente entre la rigurosidad científica y la comprensión contextual de fenómenos complejos.

Dentro de la perspectiva metodológica, este paradigma se vinculó con el enfoque cuantitativo, permitió medir las variables de estudio y analizar su relación mediante procedimientos estadísticos. Este enfoque se basó en la recolección y análisis de datos numéricos para generar explicaciones sustentadas en evidencia empírica. Se caracterizó por el uso de instrumentos estandarizados y técnicas objetivas que garantizaron precisión y confiabilidad en los resultados. Según Quezada et al. (2021), este enfoque permite obtener datos verificables y comparables, facilitando la identificación de patrones y tendencias en poblaciones específicas.

El enfoque cuantitativo se relacionó directamente con el objetivo de la presente investigación, tanto la sintomatología depresiva como la calidad de vida constituyeron variables susceptibles de medición mediante instrumentos estandarizados. A través de la obtención de datos numéricos, se identificaron los niveles de sintomatología y los índices de calidad de vida en la población adulta mayor. Asimismo, el uso de procedimientos estadísticos permitió analizar la relación entre ambas variables que garantizaron resultados verificables y comparables dentro del contexto estudiado.

La investigación se enmarcó, en un diseño no experimental, debido a que las variables fueron observadas en su contexto natural sin manipulación ni intervención directa por parte de la investigadora. Este tipo de diseño permite analizar los fenómenos tal como se presentan en la realidad, examinando el comportamiento y la relación entre variables sin alterarlas. En este sentido, Cazau (2020) señala que los estudios no experimentales se orientan a la observación sistemática de las variables en su ambiente natural, sin ejercer control sobre ellas.

En coherencia con este diseño, el estudio adoptó un corte transversal, la recolección de datos se realizó en un único momento del tiempo, permitiendo analizar las variables dentro de un periodo específico. Este tipo de estudios facilita la evaluación simultánea de las características de una población determinada, sin seguimiento longitudinal. Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2014) indican que los diseños transversales recopilan datos en un solo momento con el propósito de describir variables y analizar su interrelación en un contexto dado.

En cuanto al alcance, la investigación se desarrolló bajo un enfoque descriptivo–correlacional, puesto que permitió, por un lado, caracterizar los niveles y propiedades de la sintomatología depresiva y la calidad de vida en los adultos mayores y, por otro, analizar la relación existente entre ambas variables. Los estudios descriptivos buscan especificar características y perfiles de una población, mientras que los correlacionales determinan el grado de asociación entre variables sin establecer causalidad, tal como lo plantean Hernández Sampieri et al. (2014). De esta manera, se logró comprender tanto la manifestación de los fenómenos estudiados como su posible vinculación dentro del contexto investigado.

2.2. Técnicas e instrumentos

La entrevista estructurada es una técnica de recolección de datos propia de la investigación cuantitativa, basada en la formulación de preguntas previamente definidas que se administraron a todos los participantes en el mismo orden, lo que permitió obtener información homogénea y comparable. Troncoso-Pantoja (2017) señala que la estandarización de la entrevista estructurada contribuye a reducir

sesgos y facilita el análisis sistemático de los datos. En el presente estudio, esta técnica se operacionalizó mediante una ficha sociodemográfica, la cual funcionó como instrumento para recopilar información básica como edad, sexo, estado civil, nivel de educación y condiciones de salud, datos necesarios para contextualizar la sintomatología depresiva y la calidad de vida en las personas adultas mayores.

La aplicación psicométrica constituyó la técnica de recolección de datos empleada en la investigación, al permitir la administración estandarizada de instrumentos validados para la medición de variables psicológicas. Estos instrumentos, estructurados mediante ítems predefinidos y aplicados de forma uniforme, facilitaron la obtención de respuestas comparables y susceptibles de análisis estadístico, tal como señala Meneses (2016) respecto al uso de cuestionarios estructurados en estudios cuantitativos. En el presente estudio, la técnica se operacionalizó a través de la aplicación de la Escala de Zung y la Escala FUMAT, utilizadas para evaluar objetivamente la sintomatología depresiva y las dimensiones de la calidad de vida en personas adultas mayores.

Uno de los instrumentos que se utilizó, fue el consentimiento informado constituyó un procedimiento ético, orientado a garantizar el respeto por la autonomía y dignidad de los participantes. Este documento tuvo como finalidad informar de manera clara y comprensible acerca de los objetivos del estudio, los procedimientos a realizar, la voluntariedad de la participación, la confidencialidad de la información y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Desde la perspectiva bioética, el consentimiento informado se fundamenta en el principio de autonomía, el cual reconoce el derecho de las personas a tomar decisiones libres y conscientes sobre su participación en investigaciones, tal como lo plantea (Rodríguez Gómez, 2023).

La ficha sociodemográfica se utilizó como un instrumento estructurado para recabar información básica sobre los participantes, como edad, género, estado civil y otras características personales y familiares, con el fin de describir y contextualizar la muestra en el presente estudio. Los cuestionarios de variables sociodemográficas han sido diseñados en investigaciones previas para evaluar aspectos como datos

demográficos y características de vida mediante ítems que permiten organizar y analizar datos relevantes en estudios cuantitativos y correlacionales (Toledano, 2019).

La Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung, en inglés Self-Rating Depression Scale (SDS), es un instrumento desarrollado por William W. K. Zung en 1965, el objetivo de la escala es evaluar de manera cuantitativa la intensidad de los síntomas depresivos, permitiendo medir de forma rápida y estándar la presencia y gravedad de manifestaciones asociadas a la depresión en diversos contextos (Zung, 1965; Biggs, Wylie & Ziegler, 1978). Su propósito no es diagnosticar un trastorno depresivo clínico, sino medir el nivel de síntomas afectivos, psicológicos y somáticos. Al ser un test cribado no confirma un diagnóstico, solo detecta la presencia probable de síntomas depresivos.

La Escala de Depresión de Zung se aplicó de manera autoadministrada o mediante la lectura de los ítems por parte del evaluador cuando el participante lo requería, garantizando que cada persona comprendiera correctamente las preguntas. La administración se realizó de forma individual y sin límite rígido de tiempo; sin embargo, el instrumento generalmente se completó en aproximadamente 10 a 15 minutos.

La versión española ha sido traducida y validada por varios investigadores; así podemos encontrar la adaptación de Conde et al. (2021) que reportan buenos índices de confiabilidad ($\alpha > 0.80$) y validez de constructo al comprobar que resulta útil en contextos clínicos hispanohablantes, donde su puntuación total se obtiene mediante el método de sumar sus ítems y transformarla a una escala estandarizada de 25 a 100 puntos, las que obtienen puntuaciones más altas significan por sí mismas una mayor presencia de síntomas depresivos, por lo que se puede comprobar su pertinencia para tu investigación que será capaz de conseguir un juicio objetivo y no viciado por la sintomatología depresiva en ancianos.

En el presente estudio la fiabilidad del instrumento fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de $\alpha = 0.940$, lo que evidencia

una excelente consistencia interna. El intervalo de confianza al 95 % se ubicó entre 0.888 y 0.993, lo que indica que el instrumento presenta una alta estabilidad y precisión en la medición del constructo evaluado en la muestra de adultos mayores.

El cuestionario lo conforman 20 ítems relacionados con sintomatología depresiva, la mitad de estos ítems se redacta en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. La escala otorga un énfasis considerable a los síntomas somáticos y cognitivos, con ocho ítems destinados a cada uno de estos grupos, mientras que los cuatro ítems restantes evalúan el estado de ánimo y los síntomas psicomotores. La medición se realiza sobre la frecuencia de los síntomas, más que sobre su intensidad, mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos, 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (buena parte del tiempo), 4 (la mayor parte del tiempo) (Zung, 1965).

Tabla 2. Escala de calificación

Dimensiones	Ítems	Escala
	Negativos	
Somática, cognitiva	1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19.	1 (rara vez) a 4 (la mayor parte del tiempo)
	Positivos	
Afectiva	2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.	1 (rara vez) a 4 (la mayor parte del tiempo)

Fuente: elaboración propia

El rango de calificación es de 20-80:

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

La Escala de Evaluación de la Calidad de Vida para Adultos Mayores (FUMAT) fue elaborada por Verdugo, Gómez y Arias en 2009 con la intención de comprobar la calidad de vida de personas adultas mayores y de población con necesidades que requieren apoyo. De acuerdo con Verdugo (2019), la escala posee un conjunto extenso de indicadores distribuidos en distintas áreas según el contenido del instrumento. Su objetivo es evaluar la calidad de vida de personas adultas mayores,

incluyendo 8 diferentes dimensiones; Bienestar emocional, Bienestar físico, Bienestar material, Relaciones interpersonales, Inclusión social, Desarrollo personal, Auto determinación y Derechos.

En cuanto a su aplicación según su diseño original, puede aplicarse de manera autoadministrada, permitiendo que los participantes respondan los ítems por sí mismos (Verdugo et al., 2019). En esta investigación, la escala se administró mediante lectura de los ítems por la estudiante, asegurando que los adultos mayores comprendieran correctamente cada pregunta; la aplicación se realizó de forma individual y tomó entre 15 y 20 minutos por participante.

Los diferentes estudios que han llevado a cabo la evaluación de la fiabilidad de la escala FUMAT han mostrado un buen rendimiento, destacando los datos de Gómez (2020), con un coeficiente alfa superior a 0.85, confirmando así su estabilidad y fiabilidad interna. Con respecto a las validaciones que se han llevado a cabo en unidades de población latina, se han mostrado también adecuada validez factorial y también sensibilidad para comprobar la calidad de vida de personas adultas mayores.

Tabla 3. Análisis de fiabilidad del test FUMAT por dimensión

Dimensión	Ítems	α de Cronbach	95% CI	
			CI límite inferior	CI límite superior
Bienestar emocional	8	0.730	0.648	0.811
Relaciones interpersonales	6	0.672	0.552	0.792
Bienestar material	7	0.740	0.664	0.816
Desarrollo personal	8	0.577	0.461	0.692
Bienestar físico	6	0.498	0.377	0.618
Autodeterminación	8	0.776	0.719	0.833
Inclusión social	9	0.740	0.675	0.805
Derechos	5	0.388	0.185	0.591
TOTAL	57	0.906	0.884	0.929

Nota: CI= Intervalo de confianza

Fuente: elaboración propia

En esta investigación la tabla 3 evidencia que la Escala FUMAT presentó una consistencia interna adecuada, con un Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.906$, lo que confirma su fiabilidad excelente y su solidez.

La Escala FUMAT evaluó la calidad de vida a través de ocho dimensiones específicas, cada una compuesta por un conjunto de ítems que representan distintos aspectos del bienestar del adulto mayor como se describen en la siguiente tabla:

Tabla 4. Escala de calificación

Dimensiones	ítems	Escala
Bienestar emocional	1 al 8	1 siempre o casi siempre a 4 nunca o casi nunca
Relaciones interpersonales	9 al 14	1 siempre o casi siempre a 4 nunca o casi nunca
Bienestar material	15 al 21	1 siempre o casi siempre a 4 nunca o casi nunca
Desarrollo personal	22 al 29	1 siempre o casi siempre a 4 nunca o casi nunca
Bienestar físico	30 al 35	1 siempre o casi siempre a 4 nunca o casi nunca
autodeterminación	36 al 43	1 siempre o casi siempre a 4 nunca o casi nunca
Inclusión social	44 al 52	1 siempre o casi siempre a 4 nunca o casi nunca
Derechos	53 al 57	1 siempre o casi siempre a 4 nunca o casi nunca

Fuente: elaboración propia

La calificación se realizó sumando las puntuaciones obtenidas en cada ítem correspondiente a las distintas dimensiones, según lo indicado por el manual del instrumento (Verdugo, Gómez & Arias, 2009). Se obtuvo la puntuación directa sumando los valores numéricos que el participante asignó a cada ítem dentro de la dimensión correspondiente. Posteriormente, estas puntuaciones directas se transformaron en puntuaciones estándar para cada dimensión, finalmente, sumando las puntuaciones estándar de todas las dimensiones se calculó el índice de calidad de vida (ICV) total. El rango de calificación el mínimo es 32 y el máximo es 109 en cuanto a las puntuaciones estándar.

2.3. Población, muestra y muestreo

La **población** de un estudio comprende el conjunto de personas que cumplen los criterios necesarios para responder al objetivo de investigación. Según Martínez-Salgado (2019), se trata del grupo al que se pretende extrapolar los resultados, definido mediante criterios que lo delimitan. En este estudio, la población se

conformó por 141 adultos mayores de centros gerontológicos de la provincia de Tungurahua, quienes cumplen los criterios de edad y participación comunitaria, constituyendo así una población finita y claramente definida.

La muestra es la parte seleccionada de la población con la finalidad de conseguir datos que la representen adecuadamente. Las muestras deben tener atributos inherentes de la población para garantizar así la validez y utilidad de los resultados (Otzen & Manterola, 2017), sobre todo cuando no se puede conseguir llegar a toda la población involucrada. Para este trabajo, la muestra quedó conformada por 125 adultos mayores lo que aumentó la precisión en la descripción y análisis de las variables.

El muestreo es el método para seleccionar a los participantes, pudiendo ser probabilístico o no probabilístico según el acceso y las características de la población. El muestreo no probabilístico por conveniencia se aplica cuando la participación depende de la disponibilidad de los sujetos y del cumplimiento de criterios de inclusión (Otzen & Manterola, 2017). Este estudio empleó este tipo de muestreo, incorporando a los 125 adultos mayores que aceptaron participar voluntariamente.

El tamaño mínimo de la muestra para una población de 141 adultos mayores, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, es aproximadamente 103 personas. Como explica Otzen y Manterola (2017), obtener una muestra igual o superior a la estimada aumenta la precisión y representatividad de los resultados. La muestra real es de 125 adultos mayores, lo que supera el mínimo requerido (103), lo que garantiza mayor confiabilidad estadística y significa que la muestra es adecuada, suficiente y estadísticamente sólida para analizar la relación entre sintomatología depresiva y calidad de vida.

2.4. Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas describen la composición de los participantes e incluyen variables como edad, sexo, estado civil, nivel educativo,

situación laboral, composición familiar y estado de salud. Estas variables, según Vázquez y Barrera (2020), son esenciales para contextualizar e interpretar los resultados en estudios cuantitativos. En esta investigación, se recopila información sobre dichas variables.

Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra (n= 125)

Análisis descriptivo cualitativo			
Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje %
Sexo	Femenino	78	62.4
	Masculino	47	37.6
Estado civil	Viudo/a	79	63.2
	Casado/a	17	13.6
	Divorciado/a	16	12.8
	Soltero/a	10	8.0
	Separado/a	3	2.4
Lugar de residencia	Centro gerontológico	68	54.4
	Domicilio particular	57	45.6
Relación con la familia	Buena	87	69.6
	Regular	31	24.8
	No tiene contacto	7	5.6
Fuente de ingresos	Apoyo familiar	75	60.0
	Pensión/Jubilación	22	17.6
	Bono o ayuda estatal	20	16.0
	Ninguna	8	6.4
Percepción económica	Adecuada	58	46.4
	Insuficiente	26	32.8
	Buena	41	20.8
Total		125	100.0

Fuente: elaboración propia

En la muestra de los 125 adultos mayores evaluados, predomina el sexo femenino (62,4%). La mayoría de los participantes se encuentran sin pareja, siendo únicamente el 13,6% casados. En cuanto al lugar de residencia, el 54,4% vive en centros gerontológicos, mientras que el 45,6% reside en su propio domicilio. El 69,6% reporta mantener una buena relación con su familia. Respecto al apoyo y situación económica, el 60,0% recibe apoyo familiar, el 46,4% considera que su economía es adecuada y el 32,8% la califica como insuficiente

Tabla 6. Condiciones de salud de los adultos mayores

Análisis descriptivo cualitativo			
Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje %
Enfermedades diagnosticadas	Sí	102	81.6
	No	23	18.4
Limitaciones físicas	Movilidad reducida	48	38.4
	Visuales	40	32.0
	Auditivas	27	21.6
	Ninguna	3	2.4
	Otras	7	5.6
Antecedentes emocionales	Sí	10	8.0
	No	115	92.0
Total		125	100.0

Fuente: elaboración propia

La tabla 6 muestra que el 81,6% de los adultos mayores evaluados presenta alguna enfermedad diagnosticada, reflejando una alta vulnerabilidad en la salud de este grupo. Las limitaciones físicas más prevalentes son la movilidad reducida (38,4%) y las limitaciones visuales (32,0%), seguidas por las auditivas (21,6%). En cuanto a antecedentes emocionales, el 92,0% no reporta antecedentes.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de edad y horas de sueño

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo	Asimetría	Curtosis
Edad (años)	82.36	7.21	67	99	-0.09	-0.56
Horas de sueño	6.62	1.38	3	10	-0.43	0.24

Fuente: elaboración propia

La edad media de los adultos mayores fue de 82,36 años (DE = 7,21), con un rango de 67 a 99 años, evidenciando que se trata de una muestra de edad avanzada y distribución aproximadamente simétrica. En cuanto a las horas de sueño, la media fue de 6,62 horas (DE = 1,38), con valores entre 3 y 10 horas, presentando una asimetría negativa moderada, lo que indica una mayor concentración de casos con horas de sueño en el rango alto.

Procedimiento

La investigación se desarrolló de manera secuencial y lógica, iniciando con la identificación y formulación del problema, así como la delimitación del tema, las variables y la población de estudio. Posteriormente, se establecieron los objetivos en función del alcance propuesto. La metodología y los instrumentos de recolección de datos fueron seleccionados conforme a dichos objetivos. Finalmente, el sustento teórico se fundamentó en una revisión bibliográfica exhaustiva.

Para el levantamiento de datos, primero se realizó la búsqueda y selección de los centros gerontológicos ubicados en la provincia de Tungurahua. Una vez identificadas las instituciones, se gestionó ante la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Ambato, la emisión de un oficio institucional que solicitaba la autorización para el ingreso a los centros seleccionados. Tras la emisión de dichos oficios, estos fueron remitidos a las autoridades responsables de cada institución, quienes revisaron y aprobaron la solicitud de ingreso para la aplicación de los instrumentos.

Posteriormente, se llevó a cabo la selección de los participantes siguiendo el método de muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se tomaron en cuenta las características de accesibilidad, disponibilidad y disposición de los adultos mayores para colaborar con el estudio. A continuación, se procedió a realizar el levantamiento de datos, informando a los participantes sobre los objetivos del estudio, garantizando la confidencialidad de los datos, el anonimato de los participantes y la voluntariedad en la aportación de los datos por parte de los participantes mediante la presentación y explicación de un consentimiento informado.

Durante esta fase se aplicó la ficha sociodemográfica, la Escala de Calidad de Vida (FUMAT) y la Escala de Sintomatología Depresiva de Zung, de acuerdo con los principios de la ética de la investigación psicológica. Una vez levantada la información, los datos fueron organizados y limpiados, corrigiendo valores erróneos y estandarizando respuestas, principalmente en las variables cuantitativas.

Seguidamente, se llevó a cabo el análisis estadístico mediante el programa JAPS, así las variables cualitativas fueron analizadas por frecuencias y porcentajes y las variables cuantitativas mediante estadísticos descriptivos (media, desviación típica, valores máximos y mínimos, asimetría y curtosis). Por último, los resultados obtenidos fueron organizados por tablas y por análisis descriptivos, coherentes con los objetivos planteados en la investigación.

Finalmente, se elaboró el informe de trabajo de titulación, en el cual se sistematizaron y analizaron los resultados obtenidos. Dicho informe fue entregado a las instancias administrativas correspondientes para su respectiva revisión y validación. Posteriormente, se procedió a la socialización de los resultados de la investigación, presentando los hallazgos a las autoridades y participantes involucrados.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis descriptivo

En las tablas 8 y 9 se presentó el análisis descriptivo de los dos test aplicados: la Escala de Autoevaluación para la Depresión de ZUNG (SDS) y la Escala FUMAT para la evaluación de la Calidad de Vida. Se reportaron los datos correspondientes a la media, desviación estándar, valores mínimo y máximo, así como los índices de asimetría y curtosis de ambos instrumentos.

Tabla 8. Análisis descriptivo del rango de calificación del test ZUNG

Rango de calificación							
	Participantes	Media	SD	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
Rango normal	108	37.88	6.103	-0.157	-0.909	24.00	49.00
Ligeramente deprimido	15	53.47	3.021	0.415	-1.339	50.00	58.00
Moderadamente deprimido	2	64.00	1.414	NaN	NaN	63.00	65.00
Total				125			

Fuente: elaboración propia

La mayoría de los participantes ($n = 108$) se ubicó en el rango normal del test Zung (SDS), con una media de 37,88 y una desviación estándar de 6,103, lo que indica moderada variabilidad y predominancia de ausencia de sintomatología depresiva. Solo 15 participantes presentaron sintomatología ligeramente depresiva, con una media de 53,47 y menor variabilidad y 2 participantes se ubicaron en el rango de sintomatología moderadamente depresiva.

Tabla 9. Análisis descriptivo de las dimensiones del test FUMAT

Estadística descriptiva						
Dimensiones	Media	SD	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo
BE	11.86	1.505	-1.382	2.297	7.000	14.00
RI	12.16	1.633	-1.041	1.095	7.000	14.00
BM	11.29	1.275	-2.194	4.361	7.000	12.00
DP	11.94	1.523	-0.392	-0.243	8.000	15.00
BF	9.808	1.274	-0.060	-0.360	6.000	12.00
AU	12.00	2.087	-0.606	-0.305	6.000	15.00
IS	13.10	1.568	-1.246	1.226	8.000	15.00
DR	9.920	1.075	-0.552	1.900	6.000	12.00

Nota: BE= Bienestar emocional; RI= Relaciones interpersonales; BM= Bienestar material; DP= Desarrollo personal; BF= Bienestar físico; AU= Autodeterminación; IS= Inclusión social; DR= Derechos.

El análisis de las dimensiones evaluadas revela que los participantes presentaron los puntajes más altos en inclusión social ($M = 13,10$), relaciones interpersonales ($M = 12,16$) y autodeterminación ($M = 12,00$), lo que indica una percepción elevada de integración social, solidez en los vínculos interpersonales y autonomía en la toma de decisiones.

Asimismo, se observó un nivel alto de bienestar emocional ($M = 11,86$) y desarrollo personal ($M = 11,94$), reflejando equilibrio afectivo y sensación de crecimiento individual. En contraste, las dimensiones de bienestar físico ($M = 9,81$) y derechos ($M = 9,92$) registraron las medias más bajas, lo que sugiere la presencia de preocupaciones relacionadas con la salud y posibles limitaciones en el reconocimiento o acceso a derechos.

En conjunto, los resultados evidencian que los participantes mantienen un notable equilibrio emocional, integración social y autonomía, aunque presentan áreas susceptibles de mejora en los aspectos físicos y en el ejercicio de sus derechos.

Tabla 10. Correlación de r Pearson entre sintomatología depresiva y calidad de vida

Correlación de Pearson		
Variables	Pearson's r	p
SDS- ICV	-0.747	< .001

Nota: SDS= sintomatología depresiva ICV= Índice de calidad de vida

El análisis de la correlación de Pearson entre la sintomatología depresiva (SDS) y la calidad de vida (ICV) arrojó un coeficiente $r = -0,747$ con un valor de $p < .001$. Este resultado indica una correlación negativa fuerte y estadísticamente

significativa entre ambas variables, lo que sugiere que, a mayor presencia de sintomatología depresiva, menor es la calidad de vida percibida por los participantes. La probabilidad de que esta asociación se haya producido por azar es prácticamente nula, reforzando la validez del hallazgo.

Tabla 11. Análisis de correlación r de Pearson del test ZUNG y las dimensiones del test FUMAT

Variabl e	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	SDS	IC V
BE	1									
RI	0.583** *	1								
BM	0.512** *	0.435** *	1							
DP	0.299** *	0.416** *	0.213*	1						
BF	0.365** *	0.371** *	0.243**	0.509** *	1					
AU	0.378** *	0.374** *	0.124	0.553** *	0.682** *	1				
IS	0.539** *	0.561** *	0.430** *	0.367** *	0.373** *	0.333** *	1			
DR	0.467** *	0.306** *	0.464** *	0.268**	0.189*	0.291** *	0.450** *	1		
SDS	- 0.722** *	- 0.559** *	- 0.440** *	- 0.506** *	- 0.488** *	- 0.483** *	- 0.494** *	- 0.402** *	- 0.722** *	
ICV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. D1= BE (Bienestar emocional); D2= RI (Relaciones interpersonales); D3= BM (Bienestar material); D4= DP (Desarrollo personal); D5= BF (Bienestar físico); D6= AU (Autodeterminación); D7= IS (Inclusión social); D8= DR (Derechos).

Se evidencia que existe una relación significativa entre las dos variables, por lo tanto, el análisis de correlación de Pearson muestra una correlación negativa alta ($r = -0.747$; $p < .001$) lo que significa que, cuando aumentan los síntomas depresivos, disminuye la percepción de calidad de vida en los adultos mayores. La magnitud del coeficiente sugiere una relación sólida e inversa entre ambas variables, lo que respalda la hipótesis planteada en el estudio. Siendo las más fuertes con el bienestar emocional ($r = -0.722$, $p < .001$), relaciones interpersonales ($r = -0.559$, $p < .001$) y bienestar físico ($r = -0.488$, $p < .001$). Del mismo modo el análisis por dimensiones evidencia una relación negativa y estadísticamente significativa, indicando que niveles elevados de depresión afectan directamente la percepción de cualquier dimensión.

CONCLUSIONES

- La investigación, desde una perspectiva teórica, sustentó la sintomatología depresiva y la calidad de vida en el adulto mayor a partir de la integración de modelos y aportes conceptuales relevantes, evidenciando que ambas variables mantienen una relación dinámica y bidireccional, influenciada por los cambios biológicos, psicológicos y sociales propios del proceso de envejecimiento.
- En la evaluación de las variables, se encontró que la mayoría de los adultos mayores presentó puntuaciones dentro del rango normal de sintomatología depresiva, aunque también se identificaron casos con niveles leves y moderados, lo que representa un hallazgo clínico significativo. En cuanto a la calidad de vida, los participantes reflejaron puntuaciones globales adecuadas, destacándose especialmente en las dimensiones de autodeterminación, bienestar emocional e inclusión social.
- El análisis estadístico permitió establecer una relación negativa, significativa y de alta magnitud entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida, indicando que un aumento en los síntomas depresivos se asocia con una menor percepción de calidad de vida en los adultos mayores, lo que confirma la importancia de abordar integralmente la salud mental en esta población.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que futuros estudios amplíen la muestra e incorporen adultos mayores de centros gerontológicos públicos y privados de otras provincias, con el fin de comparar resultados y fortalecer la generalización de los hallazgos a nivel regional o nacional.
- Es conveniente que investigaciones posteriores incluyan diseños longitudinales, que permitan analizar la evolución de la sintomatología depresiva y la calidad de vida a lo largo del tiempo, así como evaluar el impacto de intervenciones psicológicas o psicosociales en esta población.
- Finalmente, se recomienda a los centros gerontológicos implementar programas sistemáticos de detección temprana y prevención de la depresión, así como estrategias de fortalecimiento del bienestar emocional, la autodeterminación y la inclusión social, con el fin de mejorar de manera integral la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, R. J. (2022). Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de depresión. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 6(3), 145-158. Recuperado de <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/MIC/article/view/4128>
- Alba, H. P. (2024). Epidemiología de la depresión en pacientes geriátricos. *Revista ITSL*, 8(2). Recuperado de <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/402/582>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arias-Aroca, G. A., et al. (2025). Depresión en adultos mayores quechuahablantes habitantes de comunidades de gran altura de la región de Ayacucho, Perú en 2023. *Revista de Neuropsiquiatría*, 88(3), 223-233.
- Barrios, A. M. I. (2025). Prevalencia y factores asociados a la depresión geriátrica en adultos mayores. *Revista RETOS*. Recuperado de <https://revistaretos.org/index.php/retos/article/view/112848/84017>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2020). The evolution of cognitive behavior therapy: A personal and professional journey. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1), 1–24.
- Biggs, J. T., Wylie, L. T., & Ziegler, V. E. (1978). *Validity of the Zung self-rating depression scale*. *The British Journal of Psychiatry*, 132(4), 381–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.132.4.381>

- Callejas, N., & Bravo, R. (2022). *Desigualdades de género y bienestar subjetivo en la vejez latinoamericana*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 20(2), 89-104.
- Cazau, P. (2020). *La investigación no experimental: fundamentos y alcances*. Recuperado de <https://metodol.todoele.net/sites/metodol.todoele.net/files/Cazau2011-InvestigacionNoExperimental.pdf>
- Chalco, M. J. S., & Calle, J. V. Q. (2023). Calidad de vida en adultos mayores no institucionalizados de Cuenca-Ecuador, 2022. *Maskana*, 14(1), 41-50. Recuperado de <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/4486>
- Chicaiza Tasinchana, A. G. (2021). *Prevalencia de depresión en adultos mayores, en el hospital general Latacunga, durante el periodo de enero a mayo 2021*. Recuperado de <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/14218>
- Conde, A., Serrano, M., & García, M. (2021). Validación en español de la Escala de Depresión de Zung. *Psicothema*, 33(2), 287–295. https://scielo.isciii.es/pdf/psicothema/v33n2/psicothema_33_2_7.pdf
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846–861.
- Domínguez, P. (2021). *Entorno ambiental y calidad de vida en adultos mayores de zonas rurales*. *Revista Ecuatoriana de Gerontología*, 7(1), 55-67.
- Ellis, A. (1995). *Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT)*. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 13(2), 85–89.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Estupiñán Sáenz, C., Sinchi-Sinchi, H., & Ramírez, A. (2025). Sintomatología depresiva en adultos mayores ecuatorianos: prevalencia, factores asociados y análisis psicométrico. *Revista CES Psicología*, 18(2), 112–129. <https://doi.org/10.21615/cesp.7754>
- Ficha Técnica Escala de Zung Depresión. (s.f.). *Ficha técnica de pruebas psicológicas: Escala de Autovaloración de Depresión (SDS)*. Scribd. Recuperado de <https://www.scribd.com/document/594900630/FICHA-TECNICA-DE-ESCALA-DE-DEPRESION-DE-ZUNG>
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En *Obras completas* (Vol. XIV). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Galindo Mejía, K. I. (2024). Dependencia emocional y depresión en hombres con pareja, beneficiarios de un servicio comunitario. *PROHOMINUM. Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 6(4), 53-70. Recuperado de <https://www.acvenisproh.com/revistas/index.php/prohominum/article/view/818/1780>
- García, M., & Torres, A. (2021). *Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de centros comunitarios*. *Revista Panamericana de Psicogerontología*, 8(2), 120-134.
- García-Vázquez, J., & Cueva-Maldonado, M. L. (2021). Calidad de vida y salud mental en adultos mayores: aplicación del modelo de Wilson y Cleary. *Revista Médica Universidad Espíritu Santo*, 8(1), 85-94. Recuperado de <https://revistas.uees.edu.ec/index.php/rmed/article/view/410>

- Gómez-Restrepo, C., Uribe, M., & Rincón, C. J. (2020). Investigación cuantitativa en salud: fundamentos para su comprensión. *MedUNAB*, 23(2), 202–210. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3924>
- González, M., Álvarez, C., & Reyes, J. (2022). *Bienestar psicológico y síntomas depresivos en adultos mayores del contexto andino*. *Revista Salud & Sociedad*, 13(1), 55-66. Recuperado de <https://revistas.uasb.edu.ec/index.php/saludysociedad/article/view/2799>
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. RedALyC. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46155125009>
- Hernández, R., & Vera, D. (2023). *Factores que inciden en la calidad de vida y bienestar de adultos mayores ecuatorianos*. *Revista Ciencia y Humanismo*, 4(3), 144-158.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2022). *Envejecimiento poblacional en Ecuador*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Jiménez, J. M. (2022). Factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión de las personas mayores de la comunidad de Durán 2020-2021. *Revista Salud y Ciencias Médicas*, 3(1). Recuperado de <https://saludycienciasmedicas.uleam.edu.ec/index.php/salud/article/view/39/46>
- Lacan, J. (1964). *El seminario, Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Machaj, W., Podgórski, P., Maciaszek, J., Piotrowski, P., Szcześniak, D., Korbecki, A., Rymaszewska, J., & Zimny, A. (2024). Evaluation of intra- and inter-network connectivity within major brain networks in drug-resistant depression using rs-fMRI. *Journal of Clinical Medicine*, 13(18), 5507.

- Martínez, G., & Carrillo, L. (2021). *Interacción social, ambiente y bienestar en la vejez*. *Revista Iberoamericana de Psicología del Desarrollo*, 9(2), 90-103.
- Martínez-Salgado, C. (2019). La definición del universo y la muestra en investigación clínica y social. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(1), 1–12. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pe/article/view/38140>
- Mendoza, F. (2022). *Factores asociados a la calidad de vida en personas mayores con enfermedades crónicas*. *Revista de Ciencias de la Salud*, 18(1), 48-61.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Política pública de atención integral al adulto mayor*. Quito, Ecuador: MSP. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec>
- Mucha-Samaniego, M., Meza, R., & García, L. (2023). Asociación entre depresión y estado nutricional en adultos mayores. *Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 43(2), 20-28. Recuperado de <https://revista.nutricion.org/index.php/ncdh/article/download/408/350/3925>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud mental de las personas mayores*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95022017000200361&script=sci_arttext
- Parada Muñoz, E., Portilla, R., & Tapia, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-89. Recuperado de https://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2631-27862022000200077&script=sci_arttext

- Pérez, D., & Navarro, J. (2023). *Bienestar psicológico y percepción de vida en adultos mayores institucionalizados*. *Revista de Investigación Psicosocial*, 6(1), 75-88.
- Queirolo Ore, S. A., Barboza Palomino, M., & Ventura-León, J. (2020). Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). *Enfermería global*, 19(60), 259-288.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412020000400010&script=sci_arttext
- Quispe, L. (2023). *Depresión y satisfacción vital en adultos mayores de Lima Metropolitana*. *Revista Científica de Psicología y Educación*, 5(1), 80-92.
Recuperado de <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/523>
- Ramírez, K., & Morales, A. (2023). *Autonomía y depresión en adultos mayores de la región sierra del Ecuador*. *Revista Ecuatoriana de Investigación Psicológica*, 4(1), 112-123. Recuperado de <https://revistas.unach.edu.ec/index.php/reip/article/view/492>
- Ramos, L., Fernández, V., & Cedeño, M. (2023). *Apoyo social percibido y depresión en adultos mayores de la costa ecuatoriana*. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 14(3), 42-54. Recuperado de <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/psicologiasalud/article/view/784>
- Restrepo, A., Gómez, C., & Rincón, C. (2020). Diseño transversal y análisis correlacional en investigación en salud. *MedUNAB*, 23(2), 210–218.
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3924>
- Rodríguez Gómez, R. (2023). *Consentimiento informado en investigación clínica: revisión de la literatura 2012–2022*. *Revista Latinoamericana de Bioética*. Recuperado de <https://revistas.umng.edu.co/index.php/rlbi/article/view/6729>

Rojas, V., & Escobar, C. (2021). *Calidad de vida y sentido vital en la vejez: revisión teórica*. *Revista Chilena de Psicología*, 10(2), 101-114.

Ruiz, T., & Bastidas, M. (2021). *Relación entre calidad de vida y deterioro emocional en adultos mayores*. *Revista Latinoamericana de Salud Mental*, 9(1), 87-99.

Secretaría Nacional de Planificación (SNP). (2025). Plan Nacional de Desarrollo “Ecuador no se detiene” 2025–2029. Recuperado de: https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2025/08/PlanNacionalDeDesarrollo25-29_EcuadorNoSeDetiene.pdf

Smith, J. K., & Jones, L. M. (2024). Major depressive disorder: Hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1), 17.

Soto, A., Arancibia, C., & Palma, L. (2022). *Ejercicio físico, depresión y calidad de vida en personas mayores chilenas*. *Revista Panamericana de Envejecimiento Activo*, 5(1), 60-72. Recuperado de <https://revistas.uc.cl/index.php/rpea/article/view/2724>

Toledano-Toledano, F., Rodríguez-Rey, R., Moral de la Rubia, J., & Luna, D. (2019). *A sociodemographic variables questionnaire (Q-SV) for research on family caregivers of children with chronic disease*. *BMC Psychology*, 7, 85. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0350-8>

Torres, M., Morales, S., & Londoño, E. (2021). *Participación social y depresión en personas mayores colombianas*. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 12(2), 290-305. Recuperado de <https://revistas.ucn.edu.co/index.php/RevistaCienciasSociales/article/view/450>

- Troncoso-Pantoja, C., & Amaya-Placencia, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(2), 329-332. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112017000200329&script=sci_arttext
- Unveiling the brain mechanism underlying depression: 12 years of ... (2025). *Journal of Affective Disorders* (metanálisis).
- Valdivieso, G. (2022). *Calidad de vida en contextos vulnerables: análisis de la población mayor ecuatoriana*. *Revista Salud Pública y Bienestar*, 8(4), 120-131.
- Vázquez, A., & Barrera, C. (2020). La entrevista estructurada en la investigación psicológica. *Revista de Psicología de la Universidad de Costa Rica*, 39(2), 1–15. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psicologia/article/view/43145>
- Vela, J. A. P., Zhunio, M. C. S., & Guerra, C. E. P. (2024). Inteligencia emocional y depresión en adultos mayores. *Polo del Conocimiento*, 9(3), 2471-2489.
- Verdugo, M. A., Gómez, L. E., & Arias, B. (2019). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: revisión conceptual y aplicación del modelo FUMAT. *Siglo Cero*, 50(1), 25–42. <https://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/21963>
- World Health Organization. (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. En *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Meditor. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/40510>
- Zung, W. W. K. (1965). *A self-rating depression scale*. *Archives of General Psychiatry*, 12(1), 63–70.

ANEXOS

Anexo 1: consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO- MODALIDAD GRUPAL

Yo, _____, con número de cédula _____ en calidad de responsable y/o autoridad del Centro Gerontológico _____, autoriza la participación de los adultos mayores que forman parte de esta institución en el estudio titulado “**Sintomatología depresiva y calidad de vida en adultos mayores de centros gerontológicos de Tungurahua**”, desarrollado por la estudiante de Psicología Clínica Nayeli Germania Procel Sanmartín, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Ambato (PUCESA).

Se ha informado que el propósito de esta investigación es evaluar de manera general el bienestar emocional y la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes a centros gerontológicos de la provincia de Tungurahua, con fines estrictamente académicos, se garantiza la confidencialidad de la información, la cual será registrada con el nombre real de los participantes únicamente para fines de control interno; el acceso a dicha información será exclusivo de la estudiante. En los resultados finales, la información será presentada de manera general y anónima.

Asimismo, se ha informado que a los adultos mayores participantes se les aplicarán tres instrumentos: una **ficha sociodemográfica**, destinada a recopilar información general relevante para la investigación; la **Escala de Zung**, orientada a la evaluación de la sintomatología depresiva; y la **Escala FUMAT**, que permite medir la calidad de vida. La aplicación de los instrumentos se realizará de forma individual, con una duración aproximada de 30 a 40 minutos, y se brindará apoyo durante el proceso, adicional se

Se reconoce que algunas preguntas podrían generar incomodidad o emociones desagradables; sin embargo, los participantes podrán solicitar pausas o momentos de descanso durante la evaluación. La estudiante acompañará el proceso con el fin de garantizar un ambiente de respeto, tranquilidad y contención emocional. **No se contempla el retiro del estudio una vez iniciado**, salvo que la estudiante

determine la presencia de malestar significativo que justifique la suspensión de la aplicación.

Habiéndose proporcionado la información necesaria y comprendido el alcance del estudio, **SE AUTORIZA LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA DE LOS ADULTOS MAYORES** de esta institución en la investigación antes descrita.

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Anexo 2: ficha sociodemográfica**Ficha sociodemográfica**

Estudio: *Sintomatología depresiva y calidad de vida en adultos mayores de centros gerontológicos de Tungurahua.*

1. Datos personales

- **Nombre y Apellido:**
- **Numero de cedula:**
- **Edad:** _____ años
- **Sexo:**
 - Masculino
 - Femenino

2. Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Unión libre
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

3. Nivel educativo alcanzado:

- Ninguno
- Educación primaria incompleta
- Educación primaria completa
- Educación secundaria incompleta
- Educación secundaria completa
- Superior
- Otro: _____

4. Lugar de residencia actual:

- Centro gerontológico
- Domicilio particular

5. ¿Con quién vive actualmente?

- Solo/a
- Pareja
- Hijos/as
- Otros familiares

6. Frecuencia de visitas de familiares (si reside en centro gerontológico):

- Semanal
- Quincenal
- Mensual
- Rara vez
- Nunca

7. Número de hijos: _____**8. Relación con la familia:**

- Buena
- Regular
- Mala
- No tiene contacto

9. ¿Presenta enfermedades diagnosticadas?

- Sí
- No
- Si respondió Sí, indicar cuáles:

10. ¿Toma medicación de manera regular?

- Sí
- No
- Especificar: _____

11. Limitaciones físicas actuales:

- Ninguna
- Auditivas
- Visuales

- Movilidad reducida
- Otras: _____

12. Antecedentes de problemas emocionales o psicológicos:

- Sí
- No
- Especificar: _____

13. Ocupación antes de jubilarse: _____

14. Fuente de ingresos actual:

- Pensión/Jubilación
- Apoyo familiar
- Trabajo ocasional
- Bono o ayuda estatal
- Ninguna

15. Percepción de su situación económica:

- Buena
- Adecuada
- Insuficiente

16. Participación en actividades del centro o comunidad:

- Siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

17. Nivel de apoyo social percibido:

- Alto
- Medio
- Bajo

18. Horas de sueño aproximadas por noche: _____ horas

19. Actividad física:

- Alta
- Moderada
- Baja
- Ninguna

Anexo 3: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Anexo 4: Escala de Calidad de Vida FUMAT

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de las personas. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR lo describa y no deje ninguna cuestión en blanco.

Bienestar emocional	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1. En general, se muestra satisfecho con su vida.				
2. Manifiesta sentirse inútil.				
3. Se muestra intranquilo o nervioso.				
4. Se muestra satisfecho consigo mismo.				
5. Tiene problemas de comportamiento.				
6. Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe.				
7. Manifiesta sentirse triste o deprimido.				
8. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.				
Puntuación TOTAL:				

Relaciones interpersonales	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.				
10. Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude.				
11. Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude.				
12. Carece de familiares cercanos.				
13. Valora negativamente sus relaciones de amistad.				
14. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.				
Puntuación TOTAL:				

Bienestar material	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15. El lugar donde vive es confortable				
16. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)				
17. Se queja de su salario (o pensión)				
18. El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades				
19. El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades.				
20. dispone de las cosas materiales que necesita				
21. El lugar donde vive necesita reforma para adaptarse a sus necesidades				
Puntuación TOTAL:				
Desarrollo personal	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22. Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódicos, etc.)				
23. Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean				
24. Tiene dificultades para expresar información				
25. En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan				
26. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)				
27. Tiene dificultades para comprender la información que recibe				
28. Es responsable de la toma de su medicación				
29. Muestra escasa flexibilidad mental				
Puntuación TOTAL:				

Bienestar físico	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30. Tiene problemas de movilidad				
31. Tiene problemas de continencia				
32. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal.				
33. Su estado de salud le permite salir a la calle				
34. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)				
35. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales				
Puntuación TOTAL:				

Autodeterminación	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36. Hace planes sobre su futuro				
37. Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)				
38. Otras personas organizan su vida				
39. Elige cómo pasar su tiempo libre				
40. Ha elegido el lugar donde vive actualmente				
41. Su familia respeta sus decisiones				
42. Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas				
43. Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida				
Puntuación TOTAL:				

Inclusión social	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44. Participa en diversas actividades de ocio que le interesan				
45. Está excluido en su comunidad				
46. En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita				
47. Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita				
48. Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude				
49. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude				
50. Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude				
51. Su red de apoyos no satisface sus necesidades				
52. Tiene dificultades para participar en su comunidad				
Puntuación TOTAL:				

Derechos	Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
53. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos				
54. Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe				
55. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados				
56. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal				
57. Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)				
Puntuación TOTAL:				