

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA



**DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES A CAUSA DE LA SOLEDAD Y CALIDAD DE
VIDA EN EL CANTÓN ANTONIO ANTE**

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Magister en Psicología Clínica
mención Psicoterapia

AUTORA:

Ligia Estefanía Moran Jácome

DIRECTOR:

Jorge Edmundo Gordon Rogel

Ibarra, 2023

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

RESOLUCIÓN 173-SE-33-CACES 2020

26 de octubre del 2020

FACULTAD DE POSGRADO

Ibarra, 29 de junio de 2023

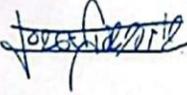
Dra. Lucía Yépez
DECANA
FACULTAD DE POSTGRADO

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señora Decana:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado Depresión en adultos mayores a causa de la soledad y calidad de vida en el cantón Antonio Ante de la maestrante Ligia Estefanía Morán Jácome, de la Maestría de Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutor/a	Jorge Edmundo Gordon Rogel	
Asesor/a	Marco Antonio Tafur Vasconez	



AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD	1003854468		
APELLIDOS Y NOMBRES	Morán Jácome Ligia Estefanía		
DIRECCIÓN	Calle Sucre 14-40 y Abdón Calderón		
EMAIL	stefimoran91@yahoo.es		
TELÉFONO FIJO	2909102	TELÉFONO MÓVIL:	0969727314

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Depresión en adultos mayores a causa de la soledad y calidad de vida en el cantón Antonio Ante
AUTOR:	Ligia Estefanía Morán Jácome
FECHA:	29 de Junio del 2023
PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría de Psicología Clínica mención Psicoterapia
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Magister en Psicología Clínica mención Psicoterapia
TUTOR	Jorge Edmundo Gordon Rogel

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 29 días del mes de junio del año 2023

EL AUTOR:

Ligia Estefanía Morán Jácome

Dedicatoria

Dedico esto a mis padres quienes me motivaron siempre a ser mejor.

Estefanía Moran J.

Agradecimiento

Agradezco a Andrés una persona maravillosa quien hizo que esto sea posible.

Estefanía Moran J.

índice

Resumen.....	9
Abstract.....	11
1. Problema de Investigación.....	12
1.1. Antecedentes.....	12
1.2. Planteamiento del Problema.....	13
1.3 Objetivos e Hipótesis.....	15
2. Marco Referencial.....	15
2.1. Marco Teórico.....	15
2.2. Adulto Mayor.....	15
2.2.1. Depresión en el Adulto Mayor.....	16
2.2.2. Soledad en el Adulto Mayor.....	17
2.2.3. Calidad de Vida en el Adulto Mayor.....	18
3. Marco Metodológico.....	21
3.1. Diseño.....	21
3.2. Población.....	21
3.3. Técnicas de recolección de datos.....	22
4. Resultados y Discusión.....	26
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	42
6. Anexos.....	44
7. Referencias Bibliográficas.....	66

Índice de Tablas

Tabla N° 1	23
Tabla N°2.....	26
Tabla N°3.....	27

Índice de Figuras

Figura 1.....	28
<i>Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con depresión, probable depresión, y no depresión:</i>	<i>28</i>
Figura 2.....	29
<i>Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con depresión, probable depresión, y no depresión agrupados por género:.....</i>	<i>29</i>
Figura 3.....	30
<i>Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con soledad social, según niveles alto, medio y bajo:.....</i>	<i>30</i>
Figura 4.....	31
<i>Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con soledad social, agrupado por género según niveles alto, medio y bajo.</i>	<i>31</i>
Figura 5.....	32
<i>Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con soledad social, agrupado por género y estado civil, según niveles alto, medio y bajo.</i>	<i>32</i>
Figura 6.....	33
<i>Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con bienestar psicológico según el test moral, según niveles alto, medio, y bajo.....</i>	<i>33</i>
Figura 7.....	34
<i>Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con calidad de vida, según la dimensión física en los niveles alto, medio, y bajo.</i>	<i>34</i>

Figura 8.	35
<i>Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con calidad de vida, según la dimensión psicológica en los niveles alto, medio, y bajo.</i>	<i>35</i>
Figura 9.	36
<i>Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con calidad de vida, según la dimensión de relaciones sociales en los niveles alto, medio, y bajo.</i>	<i>36</i>
Figura 10.	37
<i>Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con calidad de vida, según la dimensión de ambiente en los niveles alto, medio, y bajo.</i>	<i>37</i>

Resumen

Se realizó un estudio cuyo propósito fue determinar las relaciones entre la soledad, la calidad de vida y la depresión en adultos mayores del cantón Antonio Ante, se aplicó un diseño no experimental de carácter transeccional o transversal ya que se midió los niveles de soledad, los niveles de calidad de vida, los niveles de depresión, y las relaciones existentes entre estos factores, desde la depresión, pasando por la soledad, y al final por la calidad de vida en los adultos mayores del cantón Antonio Ante, en este estudio participaron 100 Adultos Mayores del proyecto “Adulto Mayor” del consejo cantonal de protección de derechos del cantón Antonio Ante, que fueron visitados por los técnicos de acompañamiento de la Junta Cantonal de Derechos.

Se utilizó la escala ESTE (Rubio y Aleixandre, 1991), que se emplea para medir la soledad en adultos mayores. También, se utilizó la escala de Depresión Geriátrica (EDG-15) (Sheik y Yesavage, 1986). Con 15 ítems que evalúan la presencia de síntomas de depresión en adultos mayores. Además, se utilizó el instrumento WHOQOL-BREF (Lucas-Carrasco, Laidlaw y Power, 2011), para medir calidad de vida en adultos mayores, en las dimensiones “física”, “psicológica”, “medioambiente” y “relaciones sociales”, este instrumento tiene 26 ítems, los cuales formaron parte del cuestionario.

Los resultados evidencian que existe una relación directa entre la soledad, la calidad de vida y la depresión; además, demuestran que existe un alto índice de depresión en los adultos mayores de este sector, posibilitando el desarrollo de varias patologías como consecuencia de esta enfermedad de salud mental, también cabe señalar que los adultos mayores se encuentran expuestos a soledad, a un bienestar psicológico regular, que podría devenir en poner en riesgo la

salud mental de los adultos mayores; y finalmente se concluye que su calidad de vida en sus dimensiones psicológica y de relaciones sociales no son óptimas para su bienestar.

Abstract

A study was carried out whose purpose was to determine the relationships between loneliness, quality of life and depression in older adults of the Antonio Ante canton, a non-experimental design of a transactional or transversal nature was applied since the levels of loneliness were measured, the levels of quality of life, levels of depression, and the relationships between these factors, from depression, through loneliness, and finally the quality of life in older adults in the Antonio Ante canton, 100 participants participated in this study. Older Adults of the "Older Adult" project of the cantonal council for the protection of rights of the Antonio Ante canton, who were visited by the technical support of the Cantonal Board of Rights.

The ESTE scale (Rubio and Aleixandre, 1991), which is used to measure loneliness in older adults, was used. The Geriatric Depression Scale (EDG-15) (Sheik and Yesavage, 1986) was also used. It has 15 items that evaluate the presence of depressive symptoms in older adults. In addition, the WHOQOL-BREF instrument (Lucas-Carrasco, Laidlaw and Power, 2011) was used to measure quality of life in older adults, in the dimensions "physical", "psychological", "environment" and "social relationships", this instrument has 26 items, which were part of the questionnaire.

The results show that there is a direct relationship between loneliness, quality of life and depression; they also show that there is a high rate of depression in older adults in this sector, enabling the development of various pathologies as a result of this mental health disease, it should also be noted that older adults are exposed to loneliness, a regular psychological well-being, which could become a risk for the mental health of older adults; and finally it is concluded that their quality of life in their psychological dimensions and social relationships are not optimal for their welfare.

1. Problema de Investigación

1.1. Antecedentes

La Depresión, es uno de los principales elementos de nuestro estudio, aparece como concepto en Europa Occidental; los primeros autores de una definición de lo que hoy conocemos como depresión fueron los hipocráticos del siglo V y VI a.C., aunque para esa época lo denominaban melancolía. Consecuentemente; llegamos al año 1621, en donde Robert Burton establece una definición más clara de lo que es la depresión; no obstante, continuaba conociéndose como melancolía. Burton lo define como "...un problema médico y moral generado por las pasiones que afectaban de manera muy peligrosa tanto la salud mental como del alma..." Burton ponía de manifiesto que la vida del ser humano estaba plagada de dolores y sufrimientos corporales, mentales y espirituales de los que era muy difícil escapar.

Actualmente la Depresión; según la Organización Mundial de la Salud (2020), es considerada como una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Además, la depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Sin embargo, la Depresión tiene una conexión directa con factores como la Soledad y la Calidad de vida que tienden a afianzarse al momento que estudiamos estos determinantes en personas Adultas Mayores.

Bajo este antecedente; por un lado, Rubio (2007) define la soledad como un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando carece de compañía para llevar a cabo aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales. El aislamiento social, la carencia de redes sociales y la marginación pueden estar asociados al "estar solo", está la soledad en adultos mayores, que según Segura et al

(2015) permite que se pierdan capacidades integrativas, mentales, poco interés en la realización de actividades, perpetuándose así el autoaislamiento, la sensación de soledad y la baja autoestima en los adultos mayores.

Por otro lado, tenemos a la calidad de vida que bajo la visión Vosvick et al (2003) definen a la calidad de vida en términos de cinco dominios: funcionamiento físico, energía/fatiga, funcionamiento social, funcionamiento del rol y salud general y dolor. Plantean que la habilidad de mantener un nivel de bienestar en estos dominios es esencial para una alta calidad de vida en personas viviendo con enfermedades crónicas, tales como cáncer o SIDA. Adicionalmente, Li-Juan, L. y Qiang, G. (2007) afirma que los adultos mayores de zonas urbanas presentan más sensibilidad ante una percepción mala de la salud que los de zonas rurales. En efecto, investigaciones indican que, ante la presencia de una enfermedad que interrumpe las actividades diarias de una persona, la satisfacción con la calidad de vida disminuye.

1.2. Planteamiento del Problema

Según información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el Ecuador el 11% de los adultos mayores viven solos, el 81% de los adultos mayores manifiestan estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, el 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. La felicidad en la vida de este colectivo en el país aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien. Según la información proporcionada por el INEC, los adultos mayores que están satisfechos con la vida que viven solos alcanza la cifra del 73%; y por otro lado los adultos mayores que se encuentran satisfechos con la vida que viven acompañados alcanza un 83%. Además, los adultos mayores que viven acompañados residen con sus hijos se encuentra en el 49%, nietos 16% y esposos o

compañeros 15%. Por otro lado, según la encuesta SABE (Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento) 2010, el 14,70% de los adultos mayores fue víctima de insultos y el 14,9 %, víctima de negligencia y abandono; además, en esta encuesta se revela que en nuestro país existe poca o casi nula participación de los adultos mayores en asociaciones, organizaciones, clubs o gremios.

Bajo este antecedente podemos prever que podría existir una correlación entre la depresión y variables como la soledad y la calidad de vida, según “El sentimiento de soledad en adultos (Jiménez et al., 2013)” en estudios realizados en Europa y América, sobre el sentimiento de soledad, ésta se ha relacionado con variables sociodemográficas como: edad, estado civil, estatus socioeconómico, y nivel educativo; otros aspectos: calidad de las redes sociales y contacto con los amigos, la depresión, los factores genéticos, la falta de afiliación religiosa y la violencia doméstica, entre otros parámetros. Además, el estrato socioeconómico como factor asociado con la soledad, determina que, si existe un mayor nivel socioeconómico, este se asocia con una red social más amplia; es decir, las personas cuentan con más apoyo en caso de necesitarlo.

Por lo tanto; y al no existir un estudio en esta localidad, es necesario realizar un estudio en el cantón Antonio Ante, que nos permita establecer si existe una correlación entre la depresión, soledad y la calidad de vida, además del impacto de estas variables en la salud mental de los adultos mayores del cantón.

1.3 Objetivos e Hipótesis

Objetivo general

Analizar las relaciones entre la soledad, la calidad de vida y la depresión en adultos mayores del cantón Antonio Ante.

Objetivos específicos

- Analizar la soledad en los adultos mayores del cantón Antonio Ante.
- Conocer los niveles de calidad de vida en los adultos mayores del cantón Antonio Ante.
- Estudiar los niveles de depresión en los adultos mayores del cantón Antonio Ante.

Hipótesis

- Los niveles de depresión en los Adulto Mayores del cantón Antonio Ante son bajos.
- Los niveles de soledad en los Adulto Mayores del cantón Antonio Ante son bajos.
- Los niveles de calidad de vida según los componentes de salud física, psicológica, relaciones sociales, ambiente, son bajos.

2. Marco Referencial

2.1. Marco Teórico

2.2. Adulto Mayor

Desde un punto de vista biológico la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que llegar a la edad de Adulto Mayor “es el resultado de la acumulación de una gran variedad de

daños moleculares y celulares que se producen en la vida de una persona a lo largo del tiempo”. Además, establece que el termino al que se refiere como Adulto Mayor se encuentra establecido para cualquier persona que siendo esta hombre o mujer sobrepase los 60 años de edad. Sin embargo, la OMS también realiza una clasificación para las personas que llegan a esta edad, estableciendo que de 60 a 74 años son considerados como edad avanzada; de 75 a 90 años son definidos como personas viejas o ancianas, y finalmente las que sobrepasan los 90 años de edad son denominados como grandes viejos o grandes longevos.

2.2.1. Depresión en el Adulto Mayor

La Depresión como concepto aparece en Europa Occidental, y como todo concepto ha tenido una larga evolución; los primeros autores de una definición de lo que hoy conocemos como depresión fueron los hipocráticos; según Jackson (1983), este concepto aparece en el siglo V y VI a.C., en esta época lo denominaban melancolía. Consecuentemente; llegamos al año 1621, en donde Burton (2002) establece una definición más clara de lo que es la depresión; no obstante, continuaba conociéndose como melancolía. Burton lo define como “...un problema médico y moral generado por las pasiones que afectaban de manera muy peligrosa tanto la salud mental como del alma...” Burton ponía de manifiesto que la vida del ser humano estaba plagada de dolores y sufrimientos corporales, mentales y espirituales de los que era muy difícil escapar.

Actualmente la Depresión; según la Organización Mundial de la Salud (2020), es considerada como una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Además, la depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Sin

embargo, la Depresión tiene una conexión directa con factores como la Soledad y la Calidad de vida que tienden a afianzarse al momento que estudiamos estos determinantes en personas Adultas Mayores.

La depresión en los Adultos Mayores, permite que se genere muchos cambios desde una perspectiva biológica, psicológica, económica y social, ya que a esta edad estas personas son más vulnerables y pueden ser más susceptibles a estos cambios. Las estadísticas obtenidas mediante la encuesta SABE en el Ecuador, confirma que existe una alta morbilidad en este grupo etario, además de padecer enfermedades crónicas mentales, físicas, que se van incrementando en el tiempo. Esta encuesta también determina que existe una alta prevalencia en el adulto mayor en Ecuador de la depresión, que alcanza la cifra de un 39%. (Calderón, 2018).

2.2.2. Soledad en el Adulto Mayor

La soledad en los Adultos Mayores se debe a dos factores, el primero por factores biológicos y el segundo por factores psicosociales. Los factores biológicos están determinados por la edad del adulto mayor, el género y la posibilidad de padecer enfermedades crónicas; por otro lado, los factores psicosociales se refieren al nivel de educación que alcanzaron en su vida los adultos mayores, su estado civil, su ingreso económico-social y el nivel de aislamiento que sufra este grupo etario. (Díaz et al., 2019)

También, Rubio (2007) desde otra perspectiva, define la soledad como un malestar emocional que se genera cuando un individuo se siente incomprendido y rechazado por otro, o cuando carece de compañía para llevar a cabo aquellas actividades que desea, sean físicas, intelectuales o emocionales. El aislamiento social, la carencia de redes sociales y la marginación pueden estar asociados al “estar solo”, está la soledad en adultos mayores, que según Segura et al

(2015) permite que se pierdan capacidades integrativas, mentales, poco interés en la realización de actividades, perpetuándose así el autoaislamiento, la sensación de soledad y la baja autoestima en los adultos mayores.

Por otro lado, Pérez et al (2022) define a la soledad como una sensación subjetiva de un fenómeno que es multidimensional y complejo, que principalmente involucra el aspecto psicológico, y que generalmente puede derivar en un factor de estrés. Además, menciona que es un resultado de carencias bien sea afectivas, sociales, y físicas, estas pueden ser reales; como por ejemplo la carencia de alguna compañía para realizar cualquier actividad, o también pueden llegar a ser percibidas, por ejemplo, cuando la persona adulta mayor se percibe como socialmente aislado pese a puede estar acompañado de otras personas, sean de su grupo etario o no. En el adulto mayor, la soledad puede ser relaciona con presencia de un deterioro cognitivo, enfermedades como el Alzheimer; que según Naranjo et al (2021), esta enfermedad es la primera causa de demencia en la ancianidad y constituye un problema sanitario y social de gran magnitud; así como también, la desnutrición en adultos mayores, la poca actividad física, la mala calidad del sueño y presencia de otras enfermedades conductuales como el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo u obesidad, hacen que el cuadro clínico del adulto mayor presente diagnósticos como por ejemplo una elevada presión sanguínea, y complicaciones en el sistema nervioso simpático.

2.2.3. Calidad de Vida en el Adulto Mayor

El desarrollo socioeconómico ha provocado procesos de cambio dentro de la sociedad, uno de ellos es el aumento en el número de adultos mayores en diferentes regiones del planeta,

con ello aumentan sus necesidades y también sus demandas sociales y especialmente de salud, y esto significa una repercusión directa en la calidad de vida, y más aún cuando se trata del grupo etario vulnerable que estamos estudiando.

La OMS (2020) define a la calidad de vida como la “percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”.

Por otro lado, González (1997) establece que el concepto de calidad de vida fue utilizado por primera vez por el presidente de los Estados Unidos de Norte América, Lyndon Jonson en 1964 al declarar acerca de los planes de salud; además, se popularizó entre investigadores de la salud en la década de los años 80; además el autor define que la “...la calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida...”.

Según la visión de Vosvick et al (2003) definen a la calidad de vida en términos de cinco dominios: funcionamiento físico, energía/fatiga, funcionamiento social, funcionamiento del rol y salud general y dolor. Plantean que la habilidad de mantener un nivel de bienestar en estos dominios es esencial para una alta calidad de vida en personas viviendo con enfermedades crónicas, tales como cáncer o SIDA. Adicionalmente, Li-Juan, L. y Qiang, G. (2007) afirma que los adultos mayores de zonas urbanas presentan más sensibilidad ante una percepción mala de la salud que los de zonas rurales. En efecto, investigaciones indican que, ante la presencia de una

enfermedad que interrumpe las actividades diarias de una persona, la satisfacción con la calidad de vida disminuye.

2.2.3.1. Componentes y Evaluación de la Calidad de vida

Los adultos mayores son vulnerables a presentar enfermedades crónicas como la diabetes o hipertensión arterial, entre otras. Por lo tanto, tienen que ser evaluados de forma periódica para valorar cómo están evolucionando, y de esta manera determinar si existe algún daño sistémico que podría resultar en un deterioro a su calidad de vida.

Para medir estos factores, existen una serie de cuestionarios que se encuentran aprobados y diseñados por diferentes autores para medir la calidad de vida, entre estos instrumentos de medición están: el CHAL, el MINICHAL, la Escala FUMAT y el Whoqol Bref. Todos y cada uno de ellos evalúan la calidad de vida; sin embargo, el más difundido en el mundo es la Escala Whoqol Bref.

El Whoqol-Bref es un instrumento de recolección de datos que se originó y derivó del Whoqol-100. El Whoqol-Bref está constituido por 26 ítems, 24 de los cuales se distribuyen en cuatro dominios o también llamadas dimensiones, siendo estas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y el medio ambiente.

Según Cardona et al (2014) este instrumento se encuentra ampliamente difundido, y ha sido traducido a 19 idiomas y se puede aplicar tanto a personas sanas como a personas enfermas. Su utilidad se encuentra establecida en que la puntuación final que se obtiene de este instrumento permite observar en el tiempo la dinámica de la calidad de vida de los adultos mayores, así se puede llevar a cabo un pronóstico de su evolución y hacer una valoración a cualquier intervención específica hecha para contrarrestar alguna enfermedad. Además, la importancia de

este instrumento radica en el grado de percepción y satisfacción de la persona ante situaciones de su vida diaria o quehacer cotidiano, esta es una de las características que lo hacen considerar como una opción de escala de mayor solidez y confiabilidad, en cuanto a su estructura y contenido.

3. Marco Metodológico

3.1. Diseño

La presente investigación tiene un diseño no experimental de carácter transeccional o transversal ya que se medirá los niveles de soledad, los niveles de calidad de vida, los niveles de depresión, y las relaciones existentes entre la depresión, la soledad y finalmente la calidad de vida en los adultos mayores del cantón Antonio Ante.

Según Hernández (2003) el diseño no experimental se divide tomando en cuenta el tiempo de duración en la recolección de datos; por otro lado, el autor afirma que el diseño trasversal nos permite recolectar datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interacción en un momento dado. Además, en un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan circunstancias ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. Es importante señalar que, en la investigación no experimental las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas; por lo tanto, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

3.2. Población

Hernández (2003) establece que lo primero que hay que definir es la unidad de análisis, es decir: personas, organizaciones, comunidades, eventos etc. Por lo tanto, para el presente estudio tomaremos en cuenta:

- Muestra: 100 personas
- Población: Adultos mayores del cantón Antonio Ante perteneciente al proyecto “Adulto Mayor” del consejo cantonal de protección de derechos del cantón Antonio Ante, que acepten participar en esta investigación, además que estén orientados en persona, tiempo y espacio.
- Tipo de muestra: Hernández (2003) establece que las muestras están clasificadas en dos ramas: probabilísticas y no probabilísticas. En este estudio **la muestra es no probabilística** debido a que es un estudio transversal cuantitativo por medio de encuestas, donde estableceríamos una estimación a las variables de la población y en este estudio será el censo. Nuestro muestreo no probabilístico nos permite **seleccionar individuos que considero accesibles (en este caso los adultos mayores de Antonio Ante) y de rápida investigación.** En nuestro caso es por la proximidad a él mismo.

3.3. Técnicas de recolección de datos

Realizamos un estudio de carácter cuantitativo por medio de encuestas hechas a los residentes adultos mayores del cantón Antonio Ante, durante los meses de enero/febrero 2022, tiempo durante el cual los adultos mayores son visitados por los técnicos de acompañamiento de la Junta Cantonal de Derechos.

Se tomaron en cuenta algunas variables sociodemográficas en el eje de la soledad la que tiene mayor peso para la predictibilidad es el estado civil, dependencia de personas y carga familiar. Por otro lado, en el eje de la calidad de vida la formación académica, edad, sexo, redes de apoyo (Relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional), como lo sugiere Palma (2016). Las principales variables como se detalla a continuación:

Tabla 1

Variables Socio Demográficas

Variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Análisis Estadístico
Calidad de Vida	Dependiente	Tipo Likert con 5 niveles de respuesta: Nada, un poco, regular, mucho, demasiado.	Descriptivo Multivariado MANOVA
Salud Mental	Dependiente	Escala categórica: Buena, mala, regular	Descriptivo Multivariado MANOVA
Edad	-	Ordinal	-
Sexo	-	Nominal	-
Estado civil	-	Nominal (Soltero, Casado, Unión libre, Divorciado Viudo)	-
Redes de apoyo social	-	Nominal (Familia, Amigos)	-
Variables socioeconómicas	Independiente	Categórica (Escolaridad, Seguridad económica, Ingresos, Seguridad social)	Descriptivo Multivariado MANOVA
Seguridad social	-	Ordinal (IESS, ISFA, ISSPOL, Seguro Privado)	

Fuente: *Elaboración propia*

Adicionalmente, se utilizará la escala ESTE (Rubio y Aleixandre, 1991), que se emplea para medir la soledad en adultos mayores. Creada por sus autores en España, la versión original consta de 34 ítems y cuatro factores: Soledad familiar, Soledad conyugal, Soledad social y Crisis existencial. La escala se construyó con base en cuatro instrumentos de amplio uso en la medición de la soledad: la Escala de Soledad de UCLA (Russell, 1996), con dos factores: Intimidad con otros y Sociabilidad; la escala SELSA (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults) (Di Tommaso y Spinner, 1993), con tres factores: Soledad romántica, Relaciones con amigos y Relaciones con la familia; la escala ESLI (Oshagan y Allen, 1992), con dos factores: Soledad emocional y Soledad social, y la Escala de Satisfacción Vital de Filadelfia (Lawton, 1972), que se basa en el bienestar psicológico y la satisfacción personal. También, se utilizará la escala de Depresión Geriátrica (EDG-15) (Sheik y Yesavage, 1986). Con 15 ítems que evalúan la presencia de síntomas de depresión en adultos mayores. Un puntaje igual a cinco puntos en la EDG-15 revela depresión, pero un puntaje igual o mayor a 10 es un claro indicador de la misma.

Además, se utilizó el instrumento WHOQOL-BREF (Lucas-Carrasco, Laidlaw y Power, 2011), para medir calidad de vida en adultos mayores, en las dimensiones “física”, “psicológica”, “medioambiente” y “relaciones sociales”, este instrumento tiene 26 ítems, los cuales formaron parte del cuestionario de la siguiente manera:

- Un ítem que valoró la calidad de vida en general;
- Un ítem que valoró la satisfacción con la salud; y,
- Veinticuatro ítems restantes que evaluaron los cuatro dominios o dimensiones de la calidad de vida, que se distribuyeron de la siguiente manera: 7 ítems para salud física,

6 ítems para salud psicológica, 3 ítems para relaciones sociales y 8 ítems para ambiente

De esta manera, para calcular el valor de la variable calidad de vida se siguió las siguientes consideraciones técnicas:

- Se examinó que cada uno los 26 ítems de la evaluación tengan un puntaje de 1 a 5.
- Se procedió a revertir 3 preguntas que son valoradas negativamente: P3, P4 y P26. Con cada una de las preguntas se colocó primero el 6 y se restó el puntaje obtenido por pregunta.
- Después de revertir las 3 preguntas o ítems se procedió a calcular el valor por dominios.
- Se calculó los puntajes por dominio, es decir, la suma total de los puntajes obtenidos por dominio se obtiene la media y se multiplica por 4:

DOMINIO 1 = SUMATORIA (Pregunta3, Pregunta4, Pregunta10, Pregunta15, Pregunta16, Pregunta17, Pregunta18) *4

DOMINIO 2 = SUMATORIA (Pregunta5, Pregunta6, Pregunta7, Pregunta11, Pregunta19, Pregunta26) *4

DOMINIO 3 = SUMATORIA (Pregunta20, Pregunta21, Pregunta22) *4

DOMINIO 4 = SUMATORIA (Pregunta8, Pregunta9, Pregunta12, Pregunta13, Pregunta14, Pregunta23, Pregunta24, Pregunta25) *4

- Luego, los puntajes brutos se llevaron a una tabla para obtener puntajes transformados, y se obtuvo el resultado final que permitió valorar la calidad de vida en tres valores finales que son calidad de vida baja, media o alta.

4. Resultados y Discusión

4.1. Resultados descriptivos

En este capítulo presentaremos los resultados obtenidos luego de realizar nuestra investigación con los 100 participantes del grupo etario Adultos Mayores del proyecto “Adulto Mayor” del consejo cantonal de protección de derechos del cantón Antonio Ante, que fueron visitados por los técnicos de acompañamiento de la Junta Cantonal de Derechos. Destacaremos las variables que han influido significativamente en el grupo de estudio, ofreciendo así las posibles razones que dan lugar a dichos resultados. Los mismos que muestran los diferentes niveles en los que se encuentran los componentes evaluados como son: depresión, soledad, bienestar psicológico según el test moral y calidad de vida.

En la siguiente tabla se puede apreciar que de los 100 participantes el 41% de los encuestados son hombres y el 59% son mujeres.

Tabla N°2

Adultos Mayores:

Número de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante clasificados por genero

Masculino	41
Femenino	59
Total	100

Fuente: *Elaboración propia*

Como se aprecia en la siguiente tabla, el 65% de los Adultos Mayores se encuentra en la edad de 65 a 70 años; por otro lado, el 24% se encuentra en la edad de 71 a 75 años; el 5% se

encuentra en la edad de 76 a 80 años; el 3% se encuentra en la edad de 81 a 85 años; el 2% se encuentra en la edad de 86 a 90 años y finalmente, el 1 % se encuentra en la edad de 91 a 95 años.

Tabla N°3

Edades estudiadas:

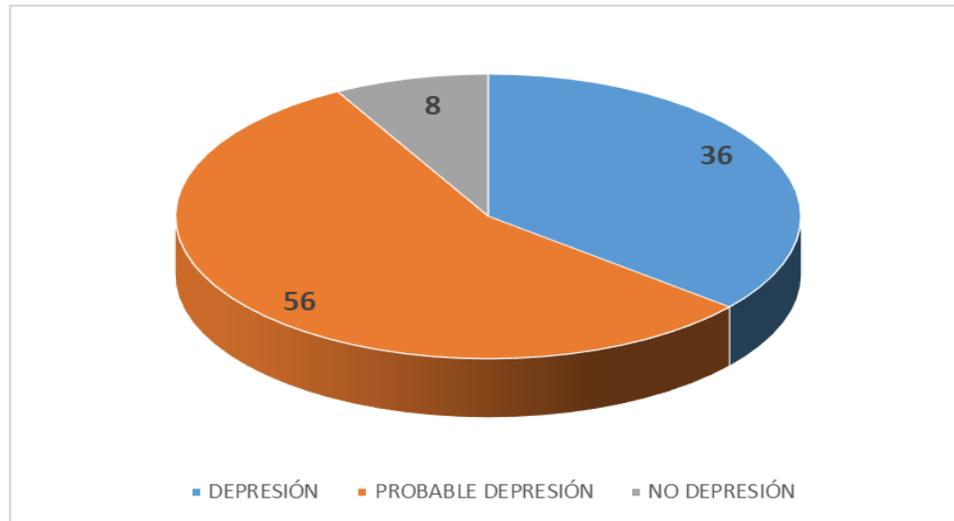
Edades	Masculino	Femenino	Total
65 – 70	27	38	65
71 – 75	9	15	24
76 – 80	2	3	5
81 – 85	2	1	3
86 – 90	1	1	2
91 – 95	0	1	1
Total	41	59	100

Fuente: *Elaboración propia*

En la siguiente figura, podemos observar que del 100% de adultos mayores encuestados, el 56% se encuentra con probable depresión; el 36% se encuentra con depresión; y el 8% no se encuentra con depresión. Demostrando que existe depresión en los adultos mayores del cantón Antonio Ante posibilitando el desarrollo de varias patologías como consecuencia de esta enfermedad de salud mental.

Figura 1.

Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con depresión, probable depresión, y no depresión:

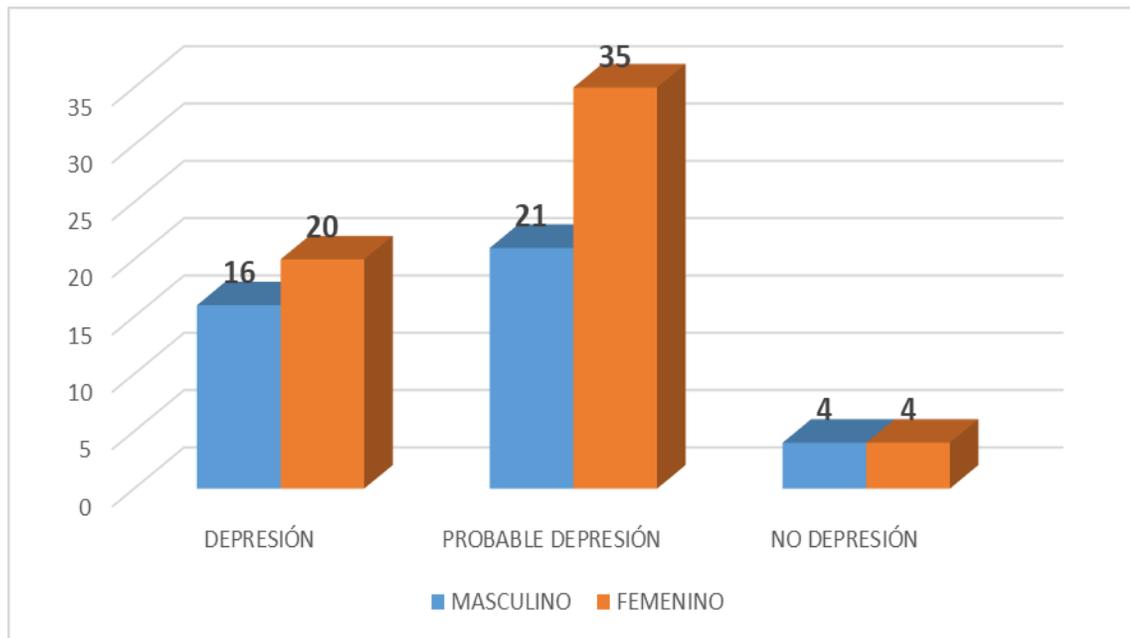


Fuente: *Elaboración propia*

En la siguiente figura, se puede observar que del 100% de adultos mayores encuestados existe un mayor porcentaje con depresión 20% y probable depresión 35% para el género femenino, en comparación al género masculino en donde se encuentran con 16% de depresión y 21% de probable depresión.

Figura 2.

Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con depresión, probable depresión, y no depresión agrupados por género:

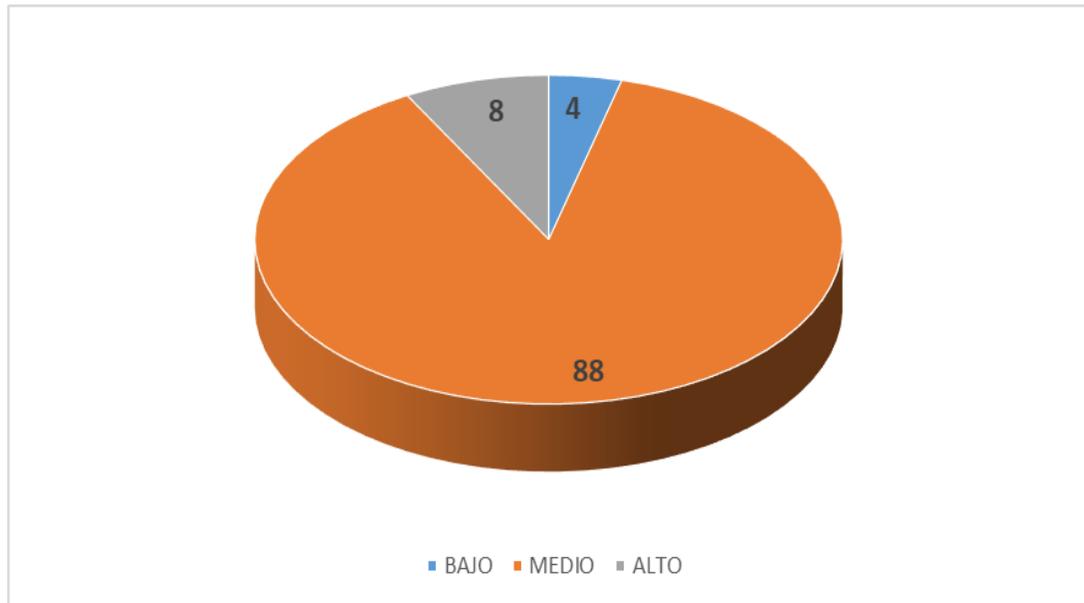


Fuente: *Elaboración propia*

En la figura 3, aparece la variable de soledad, aquí los resultados obtenidos nos muestran que del 100% del total de adultos mayores encuestados, el 88% tiene un nivel medio de soledad; el 8% tiene un nivel alto de soledad; y el 4% tiene un nivel bajo de soledad. Determinando que la soledad en los adultos mayores encuestados se encuentra presente; y de esta manera a raíz de los resultados, existe probabilidades de que los adultos mayores puedan reducir las destrezas cognitivas, como la concentración, toma de decisiones, solución de problemas e incluso la capacidad de cambiar los pensamientos negativos.

Figura 3.

Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con soledad social, según niveles alto, medio y bajo:

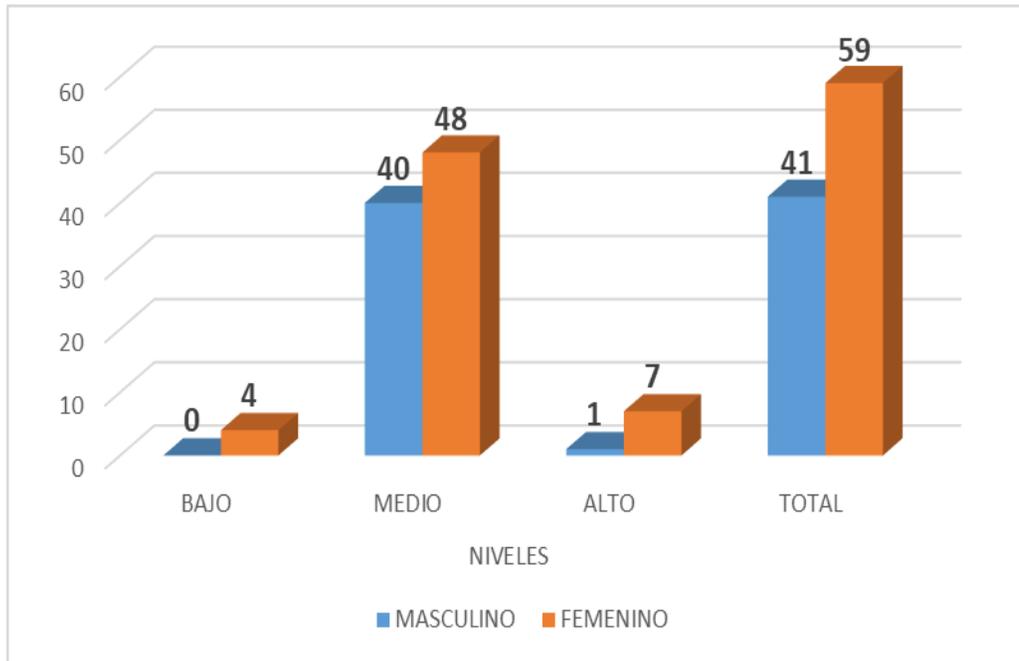


Fuente: *Elaboración propia*

En la siguiente figura, del 100% de adultos mayores encuestados existe un mayor porcentaje con soledad social perteneciente al género femenino, 48% nivel medio y un 7% nivel alto; por otro lado, el género masculino presenta valores menores. 40% medio y 1 % alto.

Figura 4.

Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con soledad social, agrupado por genero según niveles alto, medio y bajo.

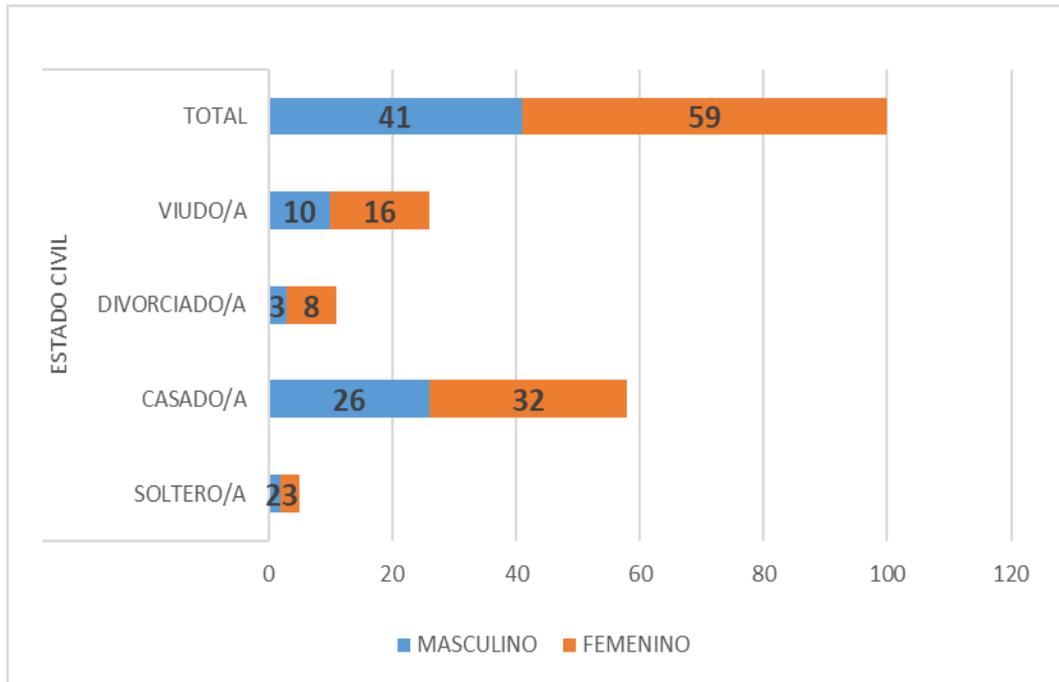


Fuente: *Elaboración propia*

En la siguiente figura del 100% de adultos mayores encuestados existe un mayor porcentaje con soledad para los casados con un 32% para el género femenino y un 26% para el género masculino; seguido por los viudo/as con un 16% para el género femenino y un 10 % para el género masculino. Salta a la vista, que los adultos mayores casados sientan soledad, y que esta sea mayor que los que están viudos.

Figura 5.

Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con soledad social, agrupado por género y estado civil, según niveles alto, medio y bajo.

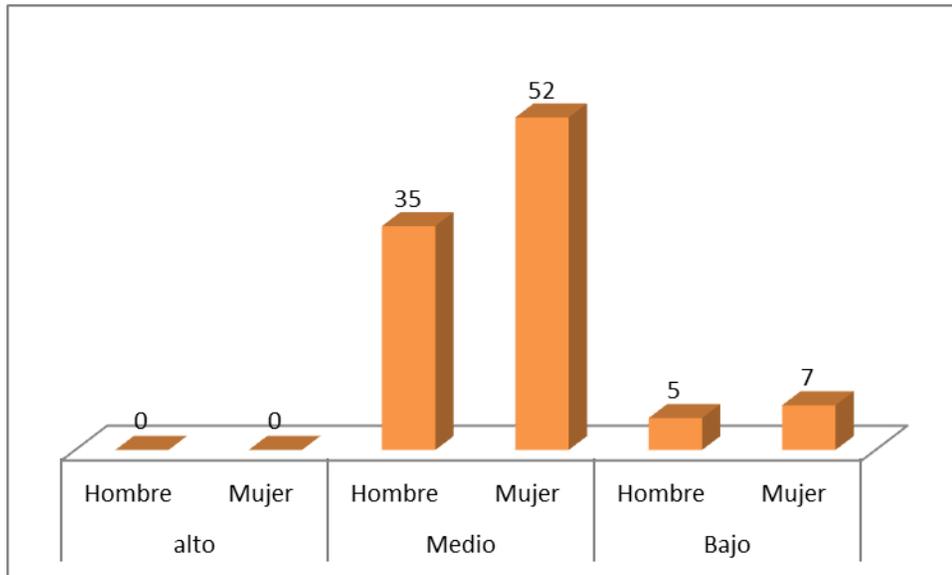


Fuente: Elaboración propia

En la figura 6, se muestra que, del total de adultos mayores encuestados, existe un 87% de bienestar psicológico regular según el test moral, de este, para el género femenino equivale un 52% y para el género masculino 35%. Aquí es importante destacar que todos los participantes de este estudio señalan estar con un bienestar psicológico regular, esto podría devenir en poner en riesgo la salud mental de los adultos mayores; además, esto se puede concatenar con los resultados obtenidos en la figura 2, ya que está relacionado con el nivel de depresión del grupo de estudio.

Figura 6.

Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con bienestar psicológico según el test moral, según niveles alto, medio, y bajo.

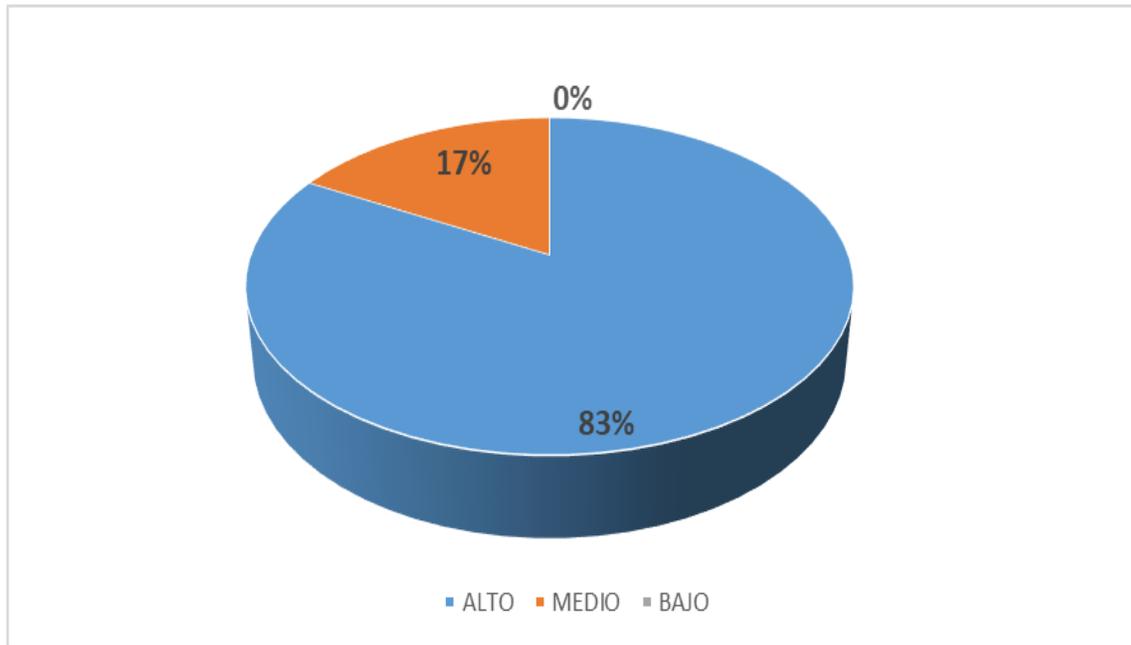


Fuente: *Elaboración propia*

La figura 7 pertenece al factor de calidad de vida que se encuentra dividido en 4 dimensiones, la primera dimensión es la física, en donde se pudo obtener los siguientes resultados: del 100% de encuestados adultos mayores existe un 83% con nivel alto según la dimensión física en calidad de vida; 17% con nivel medio según la dimensión física en calidad de vida; y, 0% con nivel bajo según la dimensión física en calidad de vida. En este resultado se puede concluir que los adultos mayores del cantón Antonio Ante tienen un balance óptimo en vitalidad, energía y su estado físico.

Figura 7.

Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con calidad de vida, según la dimensión física en los niveles altos, medio, y bajo.

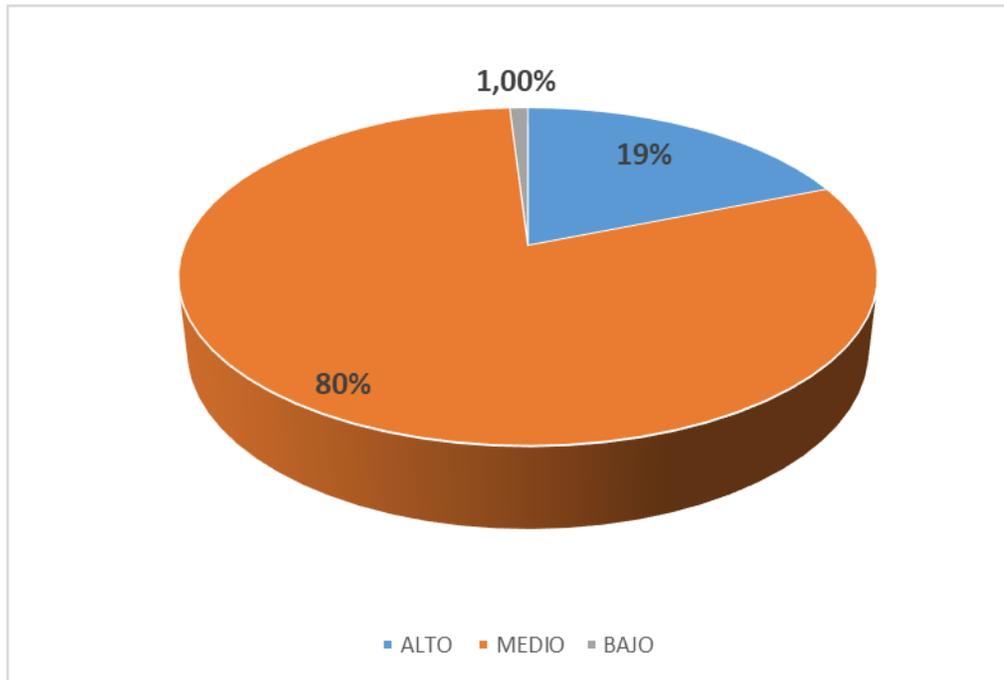


Fuente: *Elaboración propia*

En la figura 8, la dimensión psicológica dentro de la calidad de vida tuvo los siguientes resultados: del 100% de encuestados adultos mayores existe un 80% con nivel medio según la dimensión psicológica en calidad de vida; 19% con nivel alto según la dimensión psicológica en calidad de vida, y un 1% con nivel bajo según la dimensión psicológica en calidad de vida. Esto nos configura que existen pensamientos negativos relacionados con las emociones en los adultos mayores, así como también en su estado de ánimo, autoestima y grado de satisfacción de la vida.

Figura 8.

Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con calidad de vida, según la dimensión psicológica en los niveles altos, medio, y bajo.

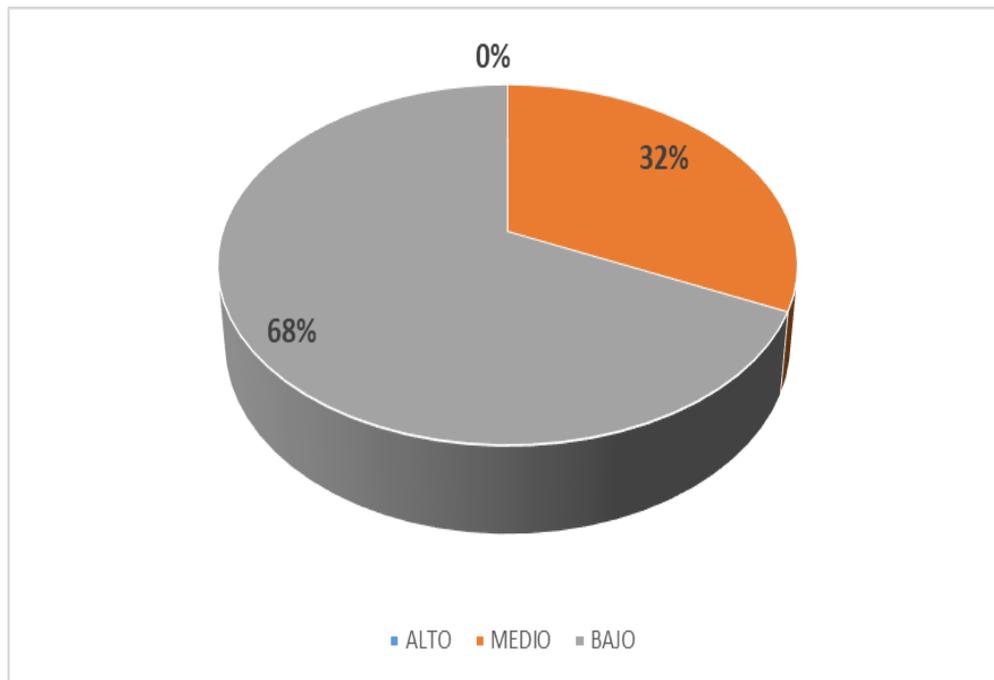


Fuente: *Elaboración propia*

En la figura 9, del 100% de encuestados adultos mayores existe un 68% con nivel bajo según la dimensión de relaciones sociales en calidad de vida; 32% con nivel medio según la dimensión de relaciones sociales en calidad de vida, y un 0% con nivel bajo según la dimensión de relaciones sociales en calidad de vida. Este resultado nos permite evidenciar que las relaciones interpersonales, las posiciones o roles sociales que se encuentren en la vida del adulto mayor, y el apoyo familiar dentro de su entorno social, no son óptimos y esto puede desembocar en patologías como depresión o ansiedad.

Figura 9.

Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con calidad de vida, según la dimensión de relaciones sociales en los niveles alto, medio, y bajo.

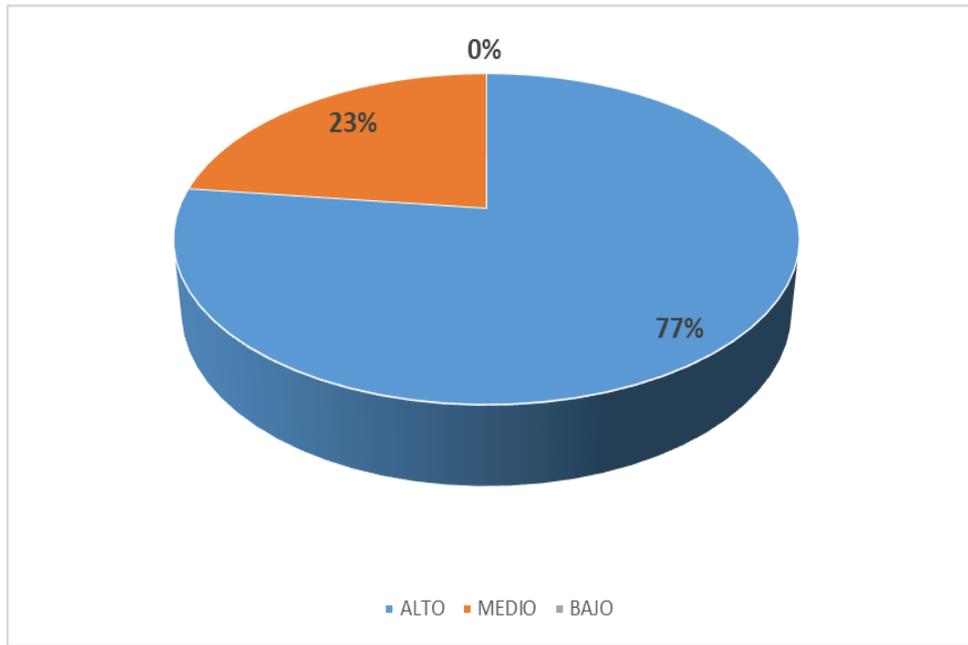


Fuente: Elaboración propia

Finalmente, en la figura 10, se puede observar que del 100% de encuestados adultos mayores existe un 77% con nivel alto según la dimensión de ambiente en calidad de vida; 23% con nivel medio según la dimensión de ambiente en calidad de vida, y un 0% con nivel bajo según la dimensión de ambiente en calidad de vida. Este resultado nos permite evidenciar que los adultos mayores viven en un ambiente óptimo, en aspectos naturales como la contaminación ambiental, visual y auditiva, así como también en el desarrollo armónico del grupo de estudio con la diversidad de ecosistemas.

Figura 10.

Total de Adultos Mayores del cantón Antonio Ante con calidad de vida, según la dimensión de ambiente en los niveles alto, medio, y bajo.



Fuente: Elaboración propia

4.2. Análisis de correlación

En este apartado se presenta el análisis de correlación, que básicamente consiste en seguir el procedimiento estadístico para determinar si las variables de estudio presentan o no correlación. Las variables que intervinieron en el proceso fueron: a) el género, b) la edad, c) la depresión, d) la soledad, e) la moral y f) la calidad de vida. Se empleó para este fin, el análisis del coeficiente de correlación de Pearson, para variables continuas. La base de datos empleada se presenta en el anexo 3.

Para la interpretación de los resultados se consideró que el coeficiente de correlación determinado puede tomar valores entre -1 y +1, donde el signo indica el tipo de correlación entre las dos variables. Como referencia se consideró 1 (correlación grande y perfecta), 0,9 a 0,99

(correlación muy alta), 0,7 a 0,89 (correlación alta), 0,4 a 0,69 (correlación moderada), 0,2 a 0,39 (Correlación baja), 0,01 a 0,19 (correlación muy baja), o (Correlación nula).

En la tabla 4 se presentan los resultados del coeficiente de correlación entre variables.

Tabla N° 4

Coeficiente de correlación entre variables:

	GENERO	EDAD	DEPRESIÓN	SOLEDAD	MORAL	CALIDAD DE VIDA
GENERO	1					
EDAD	-0,00510916	1				
DEPRESIÓN	-0,01758212	-0,06051182	1			
SOLEDAD	0,03781692	0,032608	0,18751744	1		
MORAL	0,0172692	0,01711692	0,01781111	0,011116932	1	
CALIDAD DE VIDA	-0,0292254	0,16924362	-0,27356394	-0,05129472	0,00711692	1

Fuente: *Elaboración propia*

De acuerdo a los resultados se puede observar una correlación positiva baja entre las variables edad y calidad de vida, lo que sucede de igual forma entre las variables depresión y soledad. Para el caso de la edad y depresión se encuentra una correlación baja inversa, de igual manera para las variables soledad y calidad de vida. Mientras que para las variables depresión y calidad de vida se presenta una correlación moderada negativa. El resto de variables presenta una correlación insipiente (menor a 0,03). Para el caso de la variable moral, no presenta correlación con otra variable debido a sus valores constates en toda la muestra de estudio-.

4.3. Discusión

La discusión se plantea entorno a los resultados alcanzados a lo largo de la investigación en contraste con trabajos similares, de alcance nacional y latinoamericano.

Los resultados revelan que el grupo etario de Adultos Mayores compuesto por 100 individuos se segmenta en 41% masculino y el resto del porcentaje es femenino, cuyas edades se acumulan mayormente entre los 65 y 70 años de edad.

Se encontró que el 56% y 36% del grupo de individuos se encuentran en probable depresión y depresión, respectivamente, afectación en mayor medida al género femenino. Los resultados son consistentes a los presentados por Peña et al. (2013), quienes sostienen que la depresión en personas mayores de 65 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida, de acuerdo a diagnóstico realizado en un grupo de adultos mayores en un departamento colombiano. Esto nos lleva a determinar que la hipótesis planteada en principio, en donde establecíamos que los niveles de depresión en los Adulto Mayores del cantón Antonio Ante son bajos, es nula.

En cuanto a los niveles de soledad, el grupo presenta un 8% de niveles altos, un 88% de nivel medio y tan solo un 4% de nivel bajo, que al igual que la condición de depresión, afecta mayormente al género femenino. Estos resultados son correspondientes a los presentados por Cardona et al. (2012), quienes sostienen que la depresión es la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores, afectando a un mínimo del 15% de grupos de edad avanzada en Colombia. Consecuentemente, contradice con lo determinado en nuestra hipótesis, en donde planteábamos que los niveles de soledad en los Adulto Mayores del cantón Antonio Ante son bajos; por lo tanto, nuestra hipótesis es nula.

Para la categoría de soledad social, el 88% presenta condición de soledades, afectando mayormente al género femenino. Díaz (2019), al respecto se encontró que la soledad en este grupo de adultos se relaciona con un sentimiento negativo que se asocia a la percepción de aislamiento social y falta de satisfacción con las relaciones humanas en un grupo de adultos mayores de Bogotá.

Para el caso de la categoría moral, todos los individuos presentan condiciones regulares, afectando de igual forma al género femenino, lo que da a revelar en los individuos un estado de ánimo medio, caracterizado por mantener la satisfacción con uno mismo y aceptación de lo que se puede cambiar.

Para el caso de la calidad de vida, dimensión física, se observó que el mayor porcentaje se acumula sobre los niveles de vida altos, invalidando nuevamente a la hipótesis planteada al inicio de la investigación; para la dimensión psicológica, se acumula mayormente en un 80% en niveles medios; para la dimensión de relaciones sociales corresponden un bajo en un 68% y finalmente; para dimensión ambiente en un 77% como nivel alto. Los resultados son consistentes al contrastar la calidad de vida medida en otros grupos de adultos mayores, en este sentido, Duarte et al. (2020) da a conocer que, para un grupo de adultos mayores de México D.C., la calidad de vida en general es percibida con un nivel de satisfacción de 30 puntos sobre 30. En este mismo estudio se mide otras dimensiones que componen la calidad de vida, las dimensiones psicológicas, sociales y ambientales presentan una percepción entre 11 y 16 puntos.

Aunque los resultados alcanzados revelan que no hay una correlación moderada en adelante entre las variables: a) el género, b) la edad, c) la depresión, d) la soledad, e) la moral y f) la calidad de vida, se puede notar niveles de correlación baja o muy baja, en varias de ellas. En

este sentido, se puede notar una escasa relación positiva entre la edad y la calidad de vida. Del mismo modo se encontró una baja pero positiva relación entre las variables depresión y soledad, en correspondencia con los resultados presentados por Palma et al. (2021), quienes identifican “como consecuencias del sentimiento de soledad en la salud de las personas mayores, la presencia de trastornos psicológicos como ansiedad y la depresión; como un elemento predictor de deterioro cognitivo y produce principalmente un mayor riesgo de mortalidad”.

Aunque se presenta una correlación escasa, existe un comportamiento inverso en cuanto a la depresión y calidad de vida. Lo que quiere decir que, aunque en poca medida, si aumentaría los niveles de soledad en este grupo etario, afectaría de forma negativa a los niveles de calidad de vida; además, que los niveles de depresión se ven afectados por la presencia de soledad. Estos datos son relevantes para emprender programas de intervención para mejorar la salud de adultos mayores, en correspondencia con lo propuesto por Cano y Escalona (2014), quienes afirman que “este tipo de estrategias, generalmente tratadas desde varias disciplinas como la psicología y medicina, influía positivamente en los cambios de variables psicológicas, como la ansiedad, la ira y la solución de problemas en pacientes hipertensos contribuyendo a la disminución en los niveles de presión arterial”.

Por lo que los resultados generados a lo largo de la investigación proporcionan una línea base para el diseño e implementación de planes de acción efectivos que contribuyan al mejoramiento de las condiciones y calidad de vida de los grupos poblacionales de adultos mayores, a partir del diagnóstico de las diferentes variables conductuales, como son la depresión, soledad, moral y calidad de vida, tal como los sugiere (Rodríguez et al., 2022).

En este sentido, minimizar los niveles de depresión en este grupo de adultos mayores, implicaría disminuir otros factores de riesgo inmersos como efectos del trastorno del sueño, episodios depresivos previos, demencia etc., como lo señala Peña et al. (2021).

En cuanto a la soledad, es una condición que este grupo poblacional ha accedido mayormente de manera involuntaria, asumiendo el sentimiento de soledad como una experiencia negativa que debe ser tratado para evitar problemas consecuentes.

Por último, se debe tomar en cuenta que para el adulto mayor, calidad de vida significa estar en paz, tener tranquilidad, tener los cuidados y protección de sus seres queridos principalmente por familiares quienes brinden este servicio con amor, respeto y dignidad, para de esta manera tener satisfechas las necesidades de los adultos mayores tanto en lo social, como en sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información como lo señala Vera et al. (2017), por lo que es necesario que el adulto mayor presente las condiciones, sean propias o externas, para satisfacer sus necesidades de alimentación, vestido, higiene, vivienda, afecto, etc.

5. Conclusiones y Recomendación

- Se confirma que existe una relación directa entre la soledad, la calidad de vida y la depresión en adultos mayores del cantón Antonio Ante; sin embargo, aunque los resultados alcanzados revelan que no hay una correlación moderada en adelante entre las variables: a) el género, b) la edad, c) la depresión, d) la soledad, e) la moral y f) la calidad de vida, se puede notar niveles de correlación baja o muy baja, en varias de ellas. En este sentido, se puede notar una escasa relación positiva entre la edad y la calidad de vida. Del

mismo modo se encontró una baja pero positiva relación entre las variables depresión y soledad.

- En cuanto a los niveles de soledad, el grupo presenta un mayor porcentaje de nivel medio, que al igual que la condición de depresión, afecta mayormente al género femenino.
- Para el caso de la calidad de vida, dimensión física, se observó que el mayor porcentaje se acumula sobre los niveles altos; para la dimensión psicológica, se acumula mayormente en niveles medios; para la dimensión de relaciones sociales corresponden un nivel bajo, la mayoría de adultos mayores carece de relaciones sociales; y finalmente; para dimensión ambiente se establece niveles altos.
- Se encontró que la mayoría de adultos mayores del cantón Antonio Ante, se encuentran en probable depresión y depresión, respectivamente, afectación en mayor medida al género femenino.
- Finalmente, luego de haber realizado la investigación y según los resultados presentados, como son: una relación directa entre la soledad, la calidad de vida y la depresión en adultos mayores, niveles de soledad y depresión considerables, escaso relacionamiento social, se recomienda trabajar en una propuesta junto al Gobierno Autónomo Descentralizado de Antonio Ante, para la creación de un centro de atención para Adultos Mayores, en donde se pueda brindar un ambiente seguro y acogedor, para que estas personas puedan socializar, aumentar sus habilidades para relacionarse., y mejorar en su salud mental.

6. Anexos

Anexo 1: Compendio de cuestionarios aplicados.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

EDAD:

SEXO: F..... M.....

ESTUDIOS:

CON QUIEN VIVE:

ESTADO CIVIL:

ACTIVIDADES:

.....

ENFERMEDADES:

.....

MEDICACION QUE CONSUME:

.....

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

FIRMA: -----

TEST DE DEPRESION

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

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

TEST DE SOLEDAD SOCIAL

Está compuesta por 15 ítems con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces y Nunca. Esta escala se divide en tres factores:

Factor 1: Percepción del apoyo social.

Factor 2: Uso que el mayor hace de las nuevas tecnologías.

Factor 3: Índice de participación social.

La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 30 puntos y se obtiene mediante la suma de la puntuación en cada uno de los ítems.

Factor 1: Percepción de Apoyo Social			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. ¿Vd. tiene a alguien con quien puede hablar de sus problemas cotidianos?	0	1	2
2. ¿Cree que hay personas que se preocupan por usted?	0	1	2
3. ¿Tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	0	1	2
4. ¿Siente que no le hacen caso?	2	1	0
5. ¿Se siente triste?	2	1	0
6. ¿Se siente usted solo?	2	1	0
7. ¿Y por la noche, se siente solo?	2	1	0
8. ¿Se siente querido?	0	1	2
Factor 2: Uso de Nuevas tecnologías			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
9. ¿Utiliza Ud. el teléfono móvil?	0	1	2
10. ¿Utiliza Ud. el ordenador (<i>consola, juegos de la memoria</i>)?	0	1	2
11. ¿Utiliza Ud. Internet?	0	1	2
Factor 3: Índice de Participación social subjetiva			
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
12. Durante la semana y los fines de semana ¿le llaman otras personas para salir a la calle?	0	1	2
13. ¿Le resulta fácil hacer amigos?	0	1	2
14. ¿Va a algún parque, asociación, hogar del pensionista donde se relacione con otros mayores?	0	1	2
15. ¿Le gusta participar en las actividades de ocio que se organizan en su barrio/pueblo?	0	1	2
PUNTUACIÓN EN SOLEDAD SOCIAL _____ Pts.			

TEST MORAL

Fue diseñada por Lawton en 1972 y se trata de una escala basada en el concepto multidimensional de bienestar psicológico, que parte del supuesto de que un estado de ánimo elevado, se caracterizaría por la sensación de satisfacción con uno mismo, un sentimiento de que “uno tiene un sitio en esta vida” y la aceptación de lo que no se puede cambiar.

	ITEMS	PUNTOS	
		1	0
1	¿A medida que se va haciendo mayor se ponen las cosas peor para usted?	NO	SI
2	¿Tiene usted tanta energía como el año pasado?	SI	NO

3	¿Se siente usted solo?	NO	SI
4	¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas queantes?	NO	SI
5	¿Siente que conforme se va haciendo mayor esmenos útil?	NO	SI
6	¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	NO	SI
7	¿Según se va haciendo mayor, las cosas son MEJOR, PEOR, IGUAL que lo que usted pensó que serían?	MEJOR/ IGUAL	PEOR
8	¿A veces siente que la vida no merece la pena servivida?	NO	SI
9	¿Ahora es usted tan feliz como cuando era másjoven?	SI	NO
10	¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	NO	SI
11	¿Tiene miedo de muchas cosas?	NO	SI
12	¿Se siente más irascible que antes?	NO	SI
13	¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	NO	SI
14	¿Cómo está de satisfecho con su vida ahora?: SATISFECHO o NO SATISFECHO	SATISFECHO	NO SATISFECHO
15	¿Se toma las cosas a pecho?	NO	SI
16	¿Se altera o disgusta fácilmente?	NO	SI

Puntuación en la escala de Filadelfia: _____
Nivel de satisfacción: _____

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5

9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5

19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

CUESTIONARIO COGNITIVO

1.	¿Cuál es la fecha de hoy?
2.	¿Qué día de la semana?
3.	¿En qué lugar estamos?
4.	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5.	¿Cuántos años tiene?
6.	¿Dónde nació?
7.	¿Cuál es el nombre del presidente?
8.	¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9.	¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10.	Reste de tres en tres desde 29

PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA- WHOQOL Bref

Facetas incorporadas en los dominios

Salud física

.....
.....

1. Actividades de la vida diaria
2. Dependencia de medicamentos y ayuda médica
3. Energía y fatiga
4. Movilidad
5. Dolor y disconformidad
6. Sueño y descanso
7. Capacidad de trabajo

Psicológico

.....
.....

1. Imagen y apariencia física
2. Sentimientos negativos
3. Sentimientos positivos
4. Autoestima
5. Creencias personales, religiosas y espirituales
6. Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

Relaciones interpersonales

.....
.....

1. Relaciones personales
2. Apoyo social
3. Actividad sexual

Entorno

.....
.....

1. Recursos económicos
2. Libertad y seguridad física
3. Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales
4. Entorno en el hogar
5. Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades
6. Participación y oportunidades de recreación y ocio
7. Entorno físico (Polución, ruido, tráfico, clima)
8. Transporte

Cálculo del puntaje

.....

Para calcular, se debe seguir el siguiente algoritmo:

1. Se debe examinar que cada uno los 26 ítems de la evaluación tengan un puntaje de 1 a 5.
2. Se procede a revertir 3 preguntas que son valoradas negativamente: P3, P4 y P26. Con cada una de las preguntas se coloca primero el 6 y se resta el puntaje obtenido por pregunta.
3. Después de revertir las 3 preguntas o ítems se procede a calcular el valor por dominios.
4. Se calcula los puntajes por dominio, es decir, la suma total de los puntajes obtenidos por dominio se obtiene la media y se multiplica por 4:

DOMINIO 1 = SUMATORIA (Pregunta3, Pregunta4, Pregunta10, Pregunta15, Pregunta16, Pregunta17, Pregunta18) *4

DOMINIO 2 = SUMATORIA (Pregunta5, Pregunta6, Pregunta7, Pregunta11, Pregunta19, Pregunta26) *4

DOMINIO 3 = SUMATORIA (Pregunta20, Pregunta21, Pregunta22) *4

DOMINIO 4 = SUMATORIA (Pregunta8, Pregunta9, Pregunta12, Pregunta13, Pregunta14, Pregunta23, Pregunta24, Pregunta25) *4

5. Luego, los puntajes brutos se llevan a una tabla para obtener puntajes transformados, y se obtiene el resultado final que permite valorar la calidad de vida en tres valores finales que son calidad de vida baja, media o alta.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

SALUD FÍSICA	Necesidad de tratamiento médico	7	BAJO	1- 30
	Capacidad para realizar sus necesidades cotidianas			
	Satisfacción con la capacidad de realizar sus actividades			
PSICOLÓGICO	Capacidad de concentración	6	MEDIO	31- 69
	Autoestima			
	Depresión			
RELACIONES SOCIALES	Actividad Sexual	3		
	Soporte social			
AMBIENTE	Seguridad psicológica	8	ALTO	70 - 100
	Satisfacción con su medio físico			
	Solvencia económica			
	Acceso a la información			
	Oportunidades recreativas			
	Posibilidad de atención Medica			

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO WHOQOL BREF

El coeficiente de Alfa Cronbach. - Desarrollado por J. L. Cronbach en 1951 mide la consistencia interna del instrumento, el cual requiere de una sola administración del instrumento de medición y produce valores que oscilan entre cero y uno. Es aplicable a escalas de varios valores posibles, por lo que puede ser utilizado para determinar la confiabilidad en escalas cuyos ítems tienen como respuesta más de dos alternativas.

Coeficiente Alfa Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

- K:** El número de ítems
 $\sum S_i^2$: Sumatoria de Varianzas de los Ítems
 S_T^2 : Varianza de la suma de los Ítems
 α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

La escala de valores que determina la confiabilidad está dada por los siguientes valores:

Tabla de índices de confiabilidad

Nivel de confiabilidad	Valores
Confiabilidad nula	0.53 a menos
Confiabilidad baja	0.54 a 0.59
Confiable	0.60 a 0.65
Muy confiable	0.66 a 0.71
Excelente confiabilidad	0.72 a 0.99
Confiabilidad perfecta	1.00

Anexo 2: Registro de fotografías







Anexo 3: Base de datos empleada para el análisis de correlación.

GENERO	EDAD	DEPRESIÓN	SOLEDAZ	MORAL	CALIDAD DE VIDA
masculino	66	Depresión	medio	regular	65
masculino	67	Probable depresión	medio	regular	52
masculino	66	Depresión	medio	regular	50
masculino	70	Probable depresión	alto	regular	65
masculino	69	Probable depresión	medio	regular	64
masculino	65	Depresión	medio	regular	68
masculino	67	Depresión	medio	regular	68
masculino	65	Probable depresión	medio	regular	72
masculino	66	Probable depresión	medio	regular	72
masculino	68	Depresión	medio	regular	60
masculino	67	Probable depresión	medio	regular	67
masculino	69	Probable depresión	medio	regular	61
masculino	70	Probable depresión	medio	regular	62
masculino	68	Depresión	medio	regular	58
masculino	75	Depresión	medio	regular	60
masculino	74	Depresión	medio	regular	61

masculino	83	Probable depresión	medio	regular	59
masculino	76	Depresión	medio	regular	57
masculino	75	Depresión	medio	regular	65
masculino	71	Depresión	medio	regular	60
masculino	69	Probable depresión	medio	regular	63
masculino	73	Depresión	medio	regular	58
masculino	83	Depresión	medio	regular	55
masculino	86	No depresión	medio	regular	90
masculino	75	No depresión	medio	regular	90
masculino	66	Probable depresión	medio	regular	49
masculino	73	No depresión	medio	regular	43
masculino	77	Probable depresión	medio	regular	58
masculino	67	Depresión	medio	regular	58
masculino	70	Probable depresión	medio	regular	74
masculino	68	Probable depresión	medio	regular	75
masculino	73	No depresión	medio	regular	68
masculino	67	Probable depresión	medio	regular	72
masculino	67	Probable depresión	medio	regular	65
masculino	67	Probable depresión	medio	regular	66
masculino	71	Depresión	medio	regular	64
masculino	66	Depresión	medio	regular	60
masculino	67	Probable depresión	medio	regular	64
masculino	68	Probable depresión	medio	regular	68
masculino	67	Probable depresión	medio	regular	69
masculino	67	Probable depresión	medio	regular	65
femenino	68	Depresión	alto	regular	66
femenino	71	Probable depresión	medio	regular	71
femenino	74	Depresión	medio	regular	60
femenino	71	Depresión	medio	regular	58
femenino	70	Probable depresión	medio	regular	61
femenino	72	Depresión	medio	regular	63
femenino	69	Probable depresión	medio	regular	56
femenino	66	Probable depresión	medio	regular	43
femenino	67	Probable depresión	medio	regular	60
femenino	66	Probable depresión	medio	regular	61
femenino	67	Probable depresión	alto	regular	61
femenino	66	Probable depresión	medio	regular	65
femenino	69	Probable depresión	medio	regular	65
femenino	68	Probable depresión	medio	regular	61

femenino	68	Depresión	medio	regular	61
femenino	73	Depresión	medio	regular	56
femenino	73	Probable depresión	medio	regular	58
femenino	69	Probable depresión	medio	regular	58
femenino	66	Probable depresión	medio	regular	65
femenino	69	Probable depresión	medio	regular	60
femenino	68	Depresión	medio	regular	62
femenino	68	Depresión	medio	regular	60
femenino	81	Probable depresión	alto	regular	62
femenino	67	Probable depresión	medio	regular	62
femenino	72	Depresión	medio	regular	59
femenino	66	Depresión	medio	regular	61
femenino	72	Depresión	medio	regular	64
femenino	67	Probable depresión	medio	regular	43
femenino	65	Depresión	alto	regular	84
femenino	73	Probable depresión	medio	regular	82
femenino	76	Probable depresión	medio	regular	90
femenino	69	No depresión	bajo	regular	92
femenino	65	Probable depresión	bajo	regular	74
femenino	90	Probable depresión	medio	regular	85
femenino	66	Probable depresión	medio	regular	90
femenino	65	Probable depresión	alto	regular	62
femenino	80	Probable depresión	medio	regular	73
femenino	68	No depresión	bajo	regular	61
femenino	66	Probable depresión	medio	regular	59
femenino	67	No depresión	medio	regular	52
femenino	67	Depresión	medio	regular	50
femenino	69	Probable depresión	medio	regular	45
femenino	70	Depresión	medio	regular	50
femenino	66	Depresión	medio	regular	56
femenino	69	Depresión	medio	regular	69
femenino	67	Probable depresión	medio	regular	69
femenino	71	Probable depresión	medio	regular	77
femenino	69	Probable depresión	alto	regular	63
femenino	91	Probable depresión	medio	regular	66
femenino	78	Depresión	alto	regular	58
femenino	73	Probable depresión	medio	regular	55
femenino	73	Probable depresión	medio	regular	63
femenino	75	Depresión	medio	regular	58

femenino	70	No depresión	medio	regular	65
femenino	74	Probable depresión	bajo	regular	57
femenino	66	Probable depresión	medio	regular	66
femenino	71	Depresión	medio	regular	60
femenino	67	Depresión	medio	regular	58
femenino	68	Probable depresión	medio	regular	65

GENERO	EDAD	DEPRESIÓN	SOLEDAD	MORAL	CALIDAD DE VIDA
1	66	3	2	2	65
1	67	2	2	2	52
1	66	3	2	2	50
1	70	2	3	2	65
1	69	2	2	2	64
1	65	3	2	2	68
1	67	3	2	2	68
1	65	2	2	2	72
1	66	2	2	2	72
1	68	3	2	2	60
1	67	2	2	2	67
1	69	2	2	2	61
1	70	2	2	2	62
1	68	3	2	2	58
1	75	3	2	2	60
1	74	3	2	2	61
1	83	2	2	2	59
1	76	3	2	2	57
1	75	3	2	2	65
1	71	3	2	2	60
1	69	2	2	2	63
1	73	3	2	2	58
1	83	3	2	2	55
1	86	1	2	2	90
1	75	1	2	2	90
1	66	2	2	2	49
1	73	1	2	2	43
1	77	2	2	2	58
1	67	3	2	2	58
1	70	2	2	2	74

1	68	2	2	2	75
1	73	1	2	2	68
1	67	2	2	2	72
1	67	2	2	2	65
1	67	2	2	2	66
1	71	3	2	2	64
1	66	3	2	2	60
1	67	2	2	2	64
1	68	2	2	2	68
1	67	2	2	2	69
1	67	2	2	2	65
2	68	3	3	2	66
2	71	2	2	2	71
2	74	3	2	2	60
2	71	3	2	2	58
2	70	2	2	2	61
2	72	3	2	2	63
2	69	2	2	2	56
2	66	2	2	2	43
2	67	2	2	2	60
2	66	2	2	2	61
2	67	2	3	2	61
2	66	2	2	2	65
2	69	2	2	2	65
2	68	2	2	2	61
2	68	3	2	2	61
2	73	3	2	2	56
2	73	2	2	2	58
2	69	2	2	2	58
2	66	2	2	2	65
2	69	2	2	2	60
2	68	3	2	2	62
2	68	3	2	2	60
2	81	2	3	2	62
2	67	2	2	2	62
2	72	3	2	2	59
2	66	3	2	2	61
2	72	3	2	2	64
2	67	2	2	2	43

2	65	3	3	2	84
2	73	2	2	2	82
2	76	2	2	2	90
2	69	1	1	2	92
2	65	2	1	2	74
2	90	2	2	2	85
2	66	2	2	2	90
2	65	2	3	2	62
2	80	2	2	2	73
2	68	1	1	2	61
2	66	2	2	2	59
2	67	1	2	2	52
2	67	3	2	2	50
2	69	2	2	2	45
2	70	3	2	2	50
2	66	3	2	2	56
2	69	3	2	2	69
2	67	2	2	2	69
2	71	2	2	2	77
2	69	2	3	2	63
2	91	2	2	2	66
2	78	3	3	2	58
2	73	2	2	2	55
2	73	2	2	2	63
2	75	3	2	2	58
2	70	1	2	2	65
2	74	2	1	2	57
2	66	2	2	2	66
2	71	3	2	2	60
2	67	3	2	2	58
2	68	2	2	2	65

7. Referencias Bibliográficas

- Aguilar, A. D. S., Aguilar, V. A. S., & Chasiluis, M. A. V. (2020). Depresión en el adulto mayor, factor predisponente para la mala calidad de vida. *Dominio de las Ciencias*, 6(4), 98-109.
- Alejandra Segura-Cardona, Doris Cardona-Arango, Ángela Segura-Cardon y María Garzón-Duque (2012). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública* (2015),17(2): 184.
- Calderón M D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *RevMedHered*. 2018 Julio; 29(182-191).
- Cardona-Arias J, Higueta-Gutiérrez L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública* Nombre de la revista [revista en Internet] 2014 [citado 20 de mayo de 2018];40(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_2_14/spu03214.htm
- Diana Marcela, Peña-Solano, Herazo-Dilson, María Isabel, & Calvo-Gómez, José Manuel. (2009). DEPRESIÓN EN ANCIANOS. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(4), 347-355. Retrieved February 23, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000400007&lng=en&tlng=es.
- Díaz, L. C., Moreno, S. C., & Arias-Rojas, M. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista cuidarte*, 10(2).
- Díaz, Lorena Chaparro, Moreno, Sonia Carreño, & Arias-Rojas, Mauricio. (2019). Soledad en el adulto mayor: implicaciones para el profesional de enfermería. *Revista Cuidarte*, 10(2), e633. Epub January 09, 2020. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.633>

- DiTomasso E y Spinner B (1993). The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for adults (SESLA). *Personality and Individual Differences*, 14, 127-134.
- Duarte Ayala, Rocío Elizabeth, & Velasco Rojano, Ángel Eduardo. (2020). Escala de calidad de vida en adultos mayores mexicanos: Validación psicométrica. *Horizonte sanitario*, 19(3), 355-363. Epub 19 de febrero de 2021. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n3.3729>
- González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR (ed.) *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. Ciudad de la Habana; 1997; 279-285.
- Hernández Sampieri, R. (2003). Fernández Collado, Carlos. Baptista Lucio, Pilar. *Metodología de la Investigación*, 2.
- Jackson, S. W. (1983). Melancholia and partial insanity. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 19(2), 173-184.
- Lawton, M. (1972). Assessing the competence of older people. En D. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.): *Research planning and action for the elderly*. New York: Behavioral Publications.
- Li-Juan, L. y Qiang, G. (2007). Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 16, 1275-1280.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. y Power, M. (2011). Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 15(5), 595-604.

- Miguel-Tobal, J., Cano-Vindel, A., Casado, M. & Escalona, A. (2014). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología* 10, 199-216.
- Naranjo-Hernández, Y., & Pérez-Prado, L. Y. (2021). Cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(1).
- Naranjo-Hernández, Y., & Pérez-Prado, L. Y. (2021). Cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(1).
- Organización Mundial de la Salud. Consultado el 10 de enero del 2023.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Oshagan, H. y Allan, R. (1992). Three loneliness scales: An assessment of their measurement properties. *Journal of Personality Assessment*, 59 (2), 380-409.
- Palma-Ayllón Elena, Escarabajal-Arrieta María Dolores. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos* [Internet]. 2021 [citado 2023 Feb 23]; 32(1): 22-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000100022&lng=es. Epub 05-Abr-2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s1134-928x2021000100006>.
- Palma-Candia, Oskarina, Hueso-Montoro, César, Ortega-Valdivieso, Azucena, Montoya-Juárez, Rafael, & Cruz-Quintana, Francisco. (2016). Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores en la región de Magallanes, Chile. *Revista médica de Chile*, 144(10), 1287-1296.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016001000008>

- Pérez-Villalva^{1a}, A. B., Riquelme-Heras, H. M., Juárez-Treviño^{2c}, M. A., & Pérez-Villalva^{3d}, P. E. (2022). Frecuencia de soledad en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19 en un Hospital de Nuevo León. *Artículo histórico*, 9, 109-15.
- Robert Burton, *Anatomía de la melancolía* (texto íntegro), Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, (1997–1998–2002), 3 vol., ISBN 8492163311, ISBN 84-921633-6-4
- Rodríguez Uribe, Ana Fernanda, Valderrama Orbegozo, Laura Juliana, & Molina Linde, Juan Máximo. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258. Retrieved February 23, 2023, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2010000100011&lng=en&tlng=es.
- Rubio, R. (2007). La problemática de la soledad en los mayores. *INFAD, Revista de Psicología*, 19(2), 11-28.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (1991). La escala “ESTE”: un indicador objetivo de la soledad en la tercera edad. *Geriatrka*, 15(9), 396-405.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20-40.
- Segura A, Cardona E, Segura A, Garzón M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2015;17(2):184-94.
- Sheikh, J. y Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, 5, 165-173.

- Velarde-jurado E, Avila-figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México. [Internet]. 2018 [citado 19 de mayo de 2018];44(4):349- 361. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
- Vera Martha. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An. Fac. med. [Internet]. 2007 Sep [citado 2023 Feb 23] ; 68(3): 284-290. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012&lng=es.
- Vosvick M, Koopman CH, Gore Felton CH, Thoresen C, Krumboltz J, Spiegel D. Relationship of functional quality of life to strategies for coping with the stress of living with HIV/AIDS. Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry 2003; 44: 51-8.