

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

“Validación de la escala geriátrica de depresión de Yesavage en adultos mayores, que asisten a los centros diurnos de la provincia de Imbabura”

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de Magíster en Psicología
Clínica Mención Psicoterapia

AUTOR:

Katherine Janeth Navarrete Flores

DIRECTOR:

PhD. Miguel Ángel Posso Yépez

Ibarra, 2023

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico a mi familia.

A mi hijo y esposo, los cuales han sido mi apoyo y motivación, para alcanzar este tan anhelado sueño.

A mis padres, que son mi pilar, gracia a sus enseñanzas y lucha incansable, gracias por no rendirse pese a las adversidades de la vida, por ser esa unión que no se rompe y que fortalece a cada uno de sus hijos.

A mis hermanos Lore, Ricky, Pabli, y Anita, por apoyarme a lo largo de este camino y siempre poder contar con ustedes.

AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por darme la oportunidad de vivir este sueño y contribuir con la sociedad, a la casona Universitaria por permitirme formarme profesionalmente y mejorando mis habilidades como profesional.

A mis docentes de maestría quienes compartieron sus conocimientos para formar profesionales de calidad.

A mi tutor PhD. Miguel Posso, por la predisposición y orientación en el desarrollo de esta investigación, además de haber facilitado los medios para llevar a cabo las actividades.

Al Ministerio de Inclusión Económica y Social quienes me dieron la apertura para poder realizar esta investigación, las personas adultas mayores, por su colaboración y amabilidad durante la recolección de datos.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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	100353564-6		
APELLIDOS Y NOMBRES	Navarrete Flores Katherine Janeth		
DIRECCIÓN	Atuntaqui- Calle 21 de Junio 12-80 y Bolívar		
EMAIL	knpsicologia@gmail.com		
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL:	0996634034

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	VALIDACIÓN DE LA ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE EN ADULTOS MAYORES, QUE ASISTEN A LOS CENTROS DIURNOS DE LA PROVINCIA DE IMBABURA
AUTOR (ES):	Katherine Janeth Navarrete Flores
FECHA: DD/MM/AAAA	19/09/2023
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA DE POSGRADO	Maestría en Psicología Clínica Mención: Psicoterapia
TÍTULO POR EL QUE OPTA	Magister en Psicología Clínica Mención: Psicoterapia
TUTOR	PhD. Miguel Ángel Posso Yépez

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 19 días del mes de Septiembre 2023

EL AUTOR

Firma _____

Katherine Janeth Navarrete Flores

CONFORMIDAD CON EL DOCUMENTO FINAL

Dra. Lucía Yépez
Directora
Instituto de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señora Directora:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “Validación de la escala geriátrica de depresión de Yesavage en adultos mayores, que asisten a los centros diurnos de la provincia de Imbabura” del/de la maestrante Katherine Janeth Navarrete Flores, de la Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	PhD. Miguel Ángel Posso Yépez	
Asesor/a	MSc. William Saud Yarad	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS	1
INDICE DE TABLAS	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
CAPÍTULO I.....	6
1. Introducción	6
1.1 Problema de investigación.....	7
1.2 Antecedentes.....	7
1.3 Objetivos de la investigación.....	9
1.3.1 Objetivo general.....	9
1.3.2 Objetivos específicos	9
1.4 Hipótesis	9
1.5 Justificación.....	9
CAPÍTULO II	11
2 MARCO REFERENCIAL	11
2.1. Marco Teórico	11
2.1.1 Depresión	11
2.1.2 Depresión en el Adulto mayor.....	11
2.1.3 Factores de riesgo	11
2.1.3.1 Demográficos	11

2.1.3.2	Biológicos.....	12
2.1.3.2.1	Enfermedad Orgánica.....	12
2.1.3.2.2	Deterioro Funcional.....	12
2.1.3.2.3	Deterioro Cognitivo.....	12
2.1.4	Socioeconómico.....	13
2.1.5	Autoestima.....	13
2.1.5.1	Conceptualización.....	13
2.1.5.2	Desarrollo.....	14
2.1.5.3	Niveles de autoestima.....	14
2.1.5.4.	Componentes de la autoestima.....	15
2.1.6	Escala de depresión geriátrica de Yesavage.....	16
2.1.	Marco Legal.....	17
CAPÍTULO III.....		18
3	MARCO METODOLOGICO.....	18
3.1	Tipo de investigación.....	18
3.2	Técnicas de Investigación.....	18
3.3	Universo y muestra.....	19
3.4	Hipótesis.....	22
3.5	Procedimiento.....	23
CAPÍTULO IV.....		24
4	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	24
4.1	Correlación Escala de Yesavage y Escala de Rosenberg.....	24
4.2	Correlación Escala de Hamilton y Escala de Rosenberg.....	25
4.3	Correlación Escala de Yesavage y Escala de Hamilton.....	25
4.4	Relación Depresión y sexo.....	26
4.5	Relación Depresión y Etnia.....	28
4.6	Relación Depresión y Educación.....	29

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
Conclusiones	31
Recomendaciones	32
Referencias Bibliográficas	33
Anexos.....	35

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Variables del instrumento	18
Tabla 2 Nivel de fiabilidad de las variables	19
Tabla 3 Distribución del universo de estudio por zonas	20
Tabla 4 Distribución de la muestra de estudio y variables (Sexo).....	21
Tabla 5 Etnia	21
Tabla 6 Educación.....	22
Tabla 7 Correlación escala de Yesavage & Rosemberg	24
Tabla 8 Correlación Escala de Hamilton y Escala de Rosemberg	25
Tabla 9 Correlación Escala de Yesavage y Escala de Hamilton.....	25
Tabla 10 Tabla cruzada Yesavage y Sexo.....	26
Tabla 11 Prueba Chi-cuadrado depresión y sexo.....	27
Tabla 12 Tabla cruzada Yesavage y Etnia	28
Tabla 13 Pruebas de chi-cuadrado	28
Tabla 14 Tabla cruzada Total Yesavage y Educación	29
Tabla 15 Pruebas de chi-cuadrado	30

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN
PSICOTERAPIA
RESUMEN

TÍTULO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
“VALIDACIÓN DE LA ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE
YESAVAGE EN ADULTOS MAYORES, QUE ASISTEN A LOS CENTROS
DIURNOS DE LA PROVINCIA DE IMBABURA”

Autor: Katherine Janeth Navarrete Flores

Tutor: PhD. Miguel Ángel Posso Yépez

Año: 2022

La presente investigación busca validar la escala geriátrica de Yesavage (versión abreviada de 15 ítems), en adultos mayores que asisten a los centros diurnos en la provincia de Imbabura. Se Conformó una muestra de 140 adultos mayores, de los cuales 75 son mujeres y 65 son hombres, con edades comprendidas de 65 y 96 años. Para la validación de esta escala se utilizaron alfa de Cronbach, coeficientes de correlación y Chi-cuadrado. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0.092, lo que indica que la escala GDS-15 no es altamente confiable; además se aplicaron en total tres reactivos psicológicos dos que miden depresión y uno Autoestima para determinar la variable convergente y divergente, obteniendo resultados que mostraron que solo existe correlación positiva entre las 3 escalas; por ello desde el análisis psicológico se pudo determinar que es una escala rápida y de tamizaje que nos permite evaluar sintomatología depresiva, mas no diagnosticarlo.

Palabras claves: validación, depresión, adultos mayores, GDS-15.

"VALIDATION OF THE GERIATRIC SCALE OF DEPRESSION OF YESAVAGE IN OLDER ADULTS, WHO ATTEND THE DAY CENTERS OF THE PROVINCE OF IMBABURA"

Author: Katherine Janeth Navarrete Flores

Tutor: PhD. Miguel Ángel Posso Yépez

Year: 2022

ABSTRACT

This research seeks to validate the geriatric scale of Yesavage (abbreviated version of 15 items), in older adults who attend day centers in the province of Imbabura. There was a sample of 140 older adults, of whom 75 were women and 65 were men, aged 65 and 96. For the validation of this scale Cronbach's alpha, correlation coefficients and Chi-square were used. The reliability coefficient of the scale is 0.092, which indicates that the GDS-15 scale is not highly reliable; in addition, three psychological reagents were applied, two measuring depression and one measuring self-esteem to determine the convergent and divergent variable, obtaining results that showed that there is only a positive correlation between the 3 scales; therefore from the psychological analysis it was possible to determine that it is a rapid scale and screening that allows us to evaluate depressive symptoms, but not diagnose it.

Keywords: validation, depression, older adults, GDS-15.

CAPÍTULO I

1. Introducción

Según De la Torre et al. (2006), se ha producido una variación a nivel mundial en el aumento de la población adulta mayor, tanto en los países desarrollados como también en los países subdesarrollados, aspecto que ha llevado a poner un especial énfasis en esta población.

Según Nance (2010) los adultos mayores se encuentran atravesando varias etapas o procesos que se dan durante el envejecimiento, los mismos que dependerán de varios y diversos factores que formarán parte y tendrán gran influencia en su calidad de vida. En esta población se podrán ver diferentes respuestas a dichos cambios, las mismas que pueden ser adecuadas o inadecuadas, favoreciendo a su calidad de vida.

La depresión es uno de los principales trastornos que suele presentarse en el adulto mayor y que resulta de gran complejidad, ya que se encuentra relacionado con cambios que se dan por su edad, como es el deterioro cognitivo y físico (pp. 239-240)

En Ecuador, de acuerdo a la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2009-2010) el 39% de los adultos mayores de 75 años tienen depresión leve o moderada.

La manifestación de enfermedades de la edad, bajos recursos económicos y escasa participación a nivel social, se considera a los adultos mayores como un grupo de atención prioritaria Ministerio de Inclusión Económica y Social (2012). Por lo tanto, la población adulta mayor, así como los otros sectores de la población son influenciados por factores bio-psico-sociales, manteniendo sus características que hacen diferente a cada grupo.

Por ello la investigación se centra en el estudio de la población descrita anteriormente para analizar los niveles de depresión en las personas adultas mayores que asisten a los centros diurnos de la provincia de Imbabura, mediante la aplicación de la escala geriátrica de depresión de Yesavage.

1.1 Problema de investigación

El trabajo de investigación consiste en el análisis de los niveles de depresión en las personas adultas mayores que asisten a los centros diurnos, mediante la aplicación la escala geriátrica de depresión de Yesavage, considerando que las personas sean mayores de 65 años; además es importante tomar en cuenta que la depresión es un problema de salud pública que se lo está dejando de lado en especial cuando este padecimiento es referente a la población adulta mayor.

Se estima que 1 de cada 7 adultos de la tercera edad sufre depresión Quizhpe (2011). Es importante mencionar que este grupo etario está en gran crecimiento, así menciona OMS (2017), entre 2015 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%.

El análisis de los niveles de depresión en la población adulta mayor que asisten a los centros diurnos es viable, ya que cada 6 meses se aplica la escala geriátrica de depresión de Yesavage, la misma que nos permitirá obtener la información de los niveles de depresión y la información de las variables que se van a investigar.

Visto desde la parte económica es viable ya que no representa un gasto excesivo, se debe tomar en cuenta que el mayor gasto es al momento de sacar las fotocopias de los test.

La población con la que se va a trabajar son adultos mayores que pertenecen a la misión envejeciendo juntos, que comprenden adultos mayores que viven en situación de pobreza y pobreza extrema, existe facilidad de poder trabajar con esta población ya que se encuentran agrupados en los centros de atención diurna, por lo que será más fácil administrar las escalas de valoración en un solo aplicación.

1.2 Antecedentes

Según De la Torre et al. (2006), se ha producido una variación a nivel mundial en el aumento de la población adulta mayor, tanto en los países desarrollados como también en los países subdesarrollados, aspecto que ha llevado a poner un especial énfasis en esta población. Con el objetivo de validar una escala de aplicación a población geriátrica que indague los niveles de depresión, los autores procedieron a

estudiar las propiedades psicométricas de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en pacientes adultos mayores.

El estudio fue realizado con la aprobación del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Tras la firma del consentimiento informado, los residentes de Geriátrica se encargaron de administrar, mediante una ficha previamente elaborada (y con el DSMIV considerado como gold estándar), la escala de depresión geriátrica de 15 ítems (GDS-15) y la escala depresión geriátrica de 4 ítems (GDS-4). Los sujetos con puntaje en el GDS-15 mayor o igual a diez y aquellos con dos o más en el GDS-4 se consideraron con el diagnóstico de depresión. El GDS-4 se tradujo del inglés al castellano por una traductora y un psiquiatra; adicionalmente fue revisado por un grupo de geriatras expertos.

Según indican los autores, en su estudio el GDS-15 presentó menor sensibilidad y menor valor predictivo negativo que el GDS-4, en comparación con el estándar de oro propuesto. Estudios previos hallaron una mayor sensibilidad para la depresión con el primer instrumento, debido a que el punto de corte usado fue menor e incluía las categorías de riesgo y depresión establecida, mientras que De la Torre et al. (2006) consideraron un puntaje de corte mayor o igual a 10, para considerar solo depresión establecida y no riesgo de depresión. El GDS-15 demostró tener una buena especificidad y mayor valor predictivo positivo que el GDS-4, aunque no un adecuado índice de concordancia ($Kappa = .52$), con respecto al estándar de oro. Por estas razones, se ha considerado que el GDS-4 es una herramienta de tamizaje útil ya que es más corta, de fácil aplicación, es más sensible y presenta un alto valor predictivo negativo.

Esta investigación busca estandarizar la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en los adultos mayores no institucionalizados de la ciudad de Cali pertenecientes a Centros Día.

En otra investigación realizada el objeto de estudio está focalizado en la población de adultos mayores de la ciudad de Cali, según las estadísticas del DANE (1999) son 99.087 adultos mayores de 60 años aproximadamente en todo Colombia. Se cuenta con una muestra de 500 adultos mayores de 60 años no institucionalizados. La selección de la muestra se lleva a cabo mediante un muestreo intencional.

Se conforma una muestra de 500 adultos mayores, dentro de los cuales 416 son mujeres y 84 son hombres, entre los 60 y 96 años de edad. Este diseño metodológico forma parte de la modalidad de validación de una prueba. Para la estandarización de la escala se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala fue de .726 indicando que la escala GDS- 15 es confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructo de depresión; sin embargo, desde el análisis Psicológico los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos.

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Validar la escala de valoración geriátrica de Yesavage en adultos mayores de la provincia de Imbabura.

1.3.2 Objetivos específicos

- Realizar un análisis factorial para explicar las posibles correlaciones que existen entre las variables.
- Determinar si existe consistencia interna en la escala de depresión de Yesavage.
- Evaluar el test con criterio convergente y se aplicará otra escala de depresión, para determinar si existe una correlación positiva.
- Evaluar el test con criterio divergente en donde se aplicará una escala de autoestima, para determinar la existencia de una correlación negativa.

1.4 Hipótesis

- Se replica la estructura factorial original.
- Se obtiene una consistencia interna adecuada sobre el 0.7
- Existe una correlación positiva con la variable convergente.
- Existe una correlación negativa con la variable divergente.

1.5 Justificación

A lo largo del desarrollo de la vida se cursan varias etapas y con forme va pasando el tiempo nos vamos envejeciendo, esto hace que tengamos mayores complicaciones médicas, deterioro a nivel físico y cognitivo, ya que los problemas de

salud limitan a las personas adultas mayores a desenvolverse de manera adecuada en el medio, dificultando así el desarrollo en las distintas esferas y excluyendo a la persona del medio social, lo que acarrea que se presenten trastornos tales como la depresión, entre otros. Nance (2010)

Como se evidencia en la información antes mencionada, existen varias investigaciones de este tipo, la escala ha sido validada en diferentes países, pero en Ecuador aún no se ha realizado la validación de la escala Geriátrica de depresión de Yesavage, en adultos mayores que asisten a los centros diurnos.

La presente investigación tiene como finalidad Validar la escala geriátrica de depresión de Yesavage en personas adultas mayores, que asisten a centros de atención diurna, ya que, esta escala está siendo aplicada en este servicio durante varios años sin una validación, por ello el trabajo de investigación tiene la finalidad de demostrar que esta escala es efectiva y se la puede seguir utilizando, para obtener resultados reales, que puedan ayudar a identificar depresión en los adultos mayores y posterior a eso, puedan ser atendidos, con profesionales de salud.

Desde el pragmatismo, las razones que motivan a realizar el trabajo de investigación, es por el aumento de personas adultas mayores con síntomas depresivos, que asisten a centros diurnos en la provincia de Imbabura.

CAPÍTULO II

2 MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco Teórico

2.1.1 Depresión

2.1.2 Depresión en el Adulto mayor

Dentro de las enfermedades que se consideran crónicas e incluso incapacitantes, se encuentra la depresión y varias lesiones, que se dan con mayor frecuencia en las personas adultas mayores, ya que son los que utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud, ya que su salud tiende a deteriorarse con forme trascurren los años, la mayoría de los mismos viven en casa, independientemente de su salud, y la mayoría de ellos consume algún medicamento con o sin prescripción médica. Los adultos mayores de 80 años son los que tienen mayor fragilidad. En una investigación se estudió el bienestar subjetivo de adultos mayores entre 80 y 84 años y la influencia de la fragilidad, y mostro que, la fragilidad tiene un mayor impacto en la población con más edad, poseyendo mayor sintomatología depresiva, que los que son independientes Quiroz & Flores (2013).

2.1.3 Factores de riesgo

Según Calderón M (2018), la problemática de la depresión en las personas adultas mayores influye algunos factores como son biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales. Dentro de estos factores los anatómicos tratan de manifestar o dar a conocer la depresión, un ejemplo podría ser el tamaño del hipocampo al ser más pequeño o más grande, amígdala, corteza prefrontal, etc. También se ha atribuido a las alteraciones neuronales que pueden existir en su tamaño y metabolismo, vulnerabilidad genética, estrés e inflamación. En estudios realizados se ha determinado que la alteración de la serotonina influye en la depresión en especial en personas vulnerables.

2.1.3.1 Demográficos

En la mayoría de estudios que se han realizado los resultados arrojados muestran que la mayoría de personas adultas mayores que sufren depresión son mujeres, así como

también las viudas, personas adultas mayores institucionalizados, en situaciones de abandono o que estén sometidos a estrés, presentan mayor sintomatología depresiva.

2.1.3.2 Biológicos

2.1.3.2.1 Enfermedad Orgánica

Algunas enfermedades han sido relacionadas con la depresión en la población adulta mayor los que, por sus particularidades, poseen mayor comorbilidad, por ello en varios estudios realizados se pudieron determinar algunas enfermedades asociadas a la depresión, como han sido las enfermedades cerebro vasculares, enfermedades cardiacas, procesos como hiperactividad simpático adrenal, inestabilidad ventricular, hiperactividad simpático adrenal, todo esto correlacionado con la depresión.

Se pudieron encontrar patrones de morbilidad que son frecuentes en las personas adultas mayores, como son enfermedades cardio-metabólicas y depresión, ansiedad y depresión, dolor-desordenes neuropsiquiátricos y depresión Bastidas-Bilbao (2023).

2.1.3.2.2 Deterioro Funcional

Según clínica traumatología y deporte (2023), las personas adultas mayores tienen riesgo de perder su independencia por diferentes causas, dentro de las que podrían ser potencialmente reversibles. Entre ellas limitada o escasa capacidad para caminar, depender de otras personas para utilizar el baño, vestirse con ayuda, lo que acarrea problemas no solo para la persona adulta mayor sino también para el familiar a cargo. Dentro de los factores que pueden ocasionar estos problemas son las enfermedades anteriormente mencionadas, así como también el consumo de medicación autoadministrada, caídas, problemas de sueño, memoria, hospitalizaciones, etc. Lo primordial es detectar a tiempo las enfermedades, prevenir caídas, etc. Para revertir la pérdida de independencia y no terminar en discapacidad.

2.1.3.2.3 Deterioro Cognitivo

La relación que existe entre la depresión y el deterioro cognitivo posee una amplia evidencia científica. La depresión puede ser un signo de demencia inicial y algunos pacientes con depresión permanecen sin síntomas mientras no tienen demencia, aunque ha sido difícil de establecer, en un estudio realizado en adultos mayores con deterioro

cognitivo, se encontró mayor relación depresión con Alzheimer que con otros tipos de demencia Calderón M (2018).

2.1.4 Socioeconómico

Calderón (2019) menciona que las condiciones socioeconómicas en las que se encuentran los adultos mayores, tienen gran incidencia en la aparición de la depresión. En un estudio que se realizó de forma longitudinal, entre adultos mayores pobres y no pobres, obteniendo resultados en donde los adultos mayores con menores síntomas depresivos fueron obtenidos por los no pobres. La participación de las personas adultas mayores en las redes sociales ayuda a que los niveles de depresión sean menores, por ello los adultos mayores que no pueden acceder a estos beneficios presentaran mayores índices de depresión. Dentro de otros hallazgos realizados en Corea se encontró que existen patrones diferenciales en salud, riesgo social y depresión que pueden facilitar la diferencia de grupos vulnerales para romper el vínculo entre pobreza-depresión.

2.1.5 Autoestima

2.1.5.1 Conceptualización

La autoestima es un concepto muy ambiguo y de discusión en el campo de la psicología. Autoaceptación, autovaloración, autoestima, autoajuste, autoconcepto y autoimagen son terminologías que son usadas indistintamente para referirse al concepto que uno tiene de sí mismo. En referencia a algunos autores que consideran a la autoestima como un constructo hipotético que simboliza el valor que los individuos tienen o se atribuyen o lo que los demás pueden pensar de ellos.

A la conclusión a la que llegaron varios autores es que existen cuatro maneras o formas de definir a la autoestima, explicándolo desde el enfoque actitudinal se comprende a la autoestima como la idea de que el self se puede considerar como cualquier objeto de atención para él. En otra definición se la toma como la diferencia entre el self real y el self ideal. La tercera definición se concentra en las respuestas psicológicas que las personas tienen del self, las respuestas se las pueden presentarse normales como la naturaleza afectiva o fundamentadas en el sentimiento de valorar a la persona, siendo así positivo-negativo, aceptar-rechazar. Y finalmente se entiende a la autoestima como un papel o componente de la personalidad; por ello la autoestima se la puede considerar como parte de uno mismo o un sistema del self que se vincula a la motivación y

autorregulación. Dentro de la práctica hay muchas formas de conceptualizar o definir a la autoestima, dependiendo de la persona que lo haga Pedro Ortega Ruiz (2001).

2.1.5.2 Desarrollo

Entendiendo que el desarrollo de la autoestima tiene lugar en los primeros años de vida, esto se podría atribuir al contacto o el relacionarse con los demás y el entorno que lo rodea en la parte social y cultural en donde se desarrolla. Se podría decir que la autoestima depende de las experiencias que tiene el niño, depende de los fracasos o éxitos y como aprendió de ellos, además existen otros factores como son la familia y el ámbito educativo, ya que estas son cruciales para la construcción y la base de valores, aprendizaje de sus fracasos, estructuración de la autoestima, todo esto contribuye a que el niño tenga confianza en sí mismo y en las actividades que realiza; por todo esto los padres y los profesores tienen un papel sumamente importante ya que son las primeras relaciones sociales que tienen, para luego establecer relaciones con sus pares u otros.

Vamos a enfocarnos en cómo se desarrolla en la etapa adulto maduro y adulto mayor que es donde se debe poner mayor énfasis, ya que la investigación realizada es en personas adultas mayores en estas etapas los objetivos de los adultos es ser padres, guías, profesores, etc. Por lo que si no cumple con estos procesos se llega a sentir estancado y vivirá sin un propósito hacia el futuro, Erickson menciona que es necesario que existan niños para poder cuidar de ellos y viceversa; al finalizar este ciclo la integridad recae en la aceptación de que las nuevas generaciones están para suplirlos, por ello la implicación del desarrollo de la sabiduría y de herencia cultural, mientras la persona no acepte esto entrará en desesperación y miedo a morir ya que no ha dejado un legado, un herencia; por ello es importante que los adultos mayores sean tratados con respeto y reconozcamos las herencias culturales que ellos nos dejan.

2.1.5.3 Niveles de autoestima

Quispe (2017), Señala que los niveles nos permiten medir la autoestima que han desarrollado las personas, dentro de los cuales tenemos autoestima alta, media y baja.

Autoestima alta: son personas que poseen cualidades como solidaridad, integradoras, comprensivas, honestas, responsables y amorosos, no carecen de autoconfianza, tienen sentimientos de competitividad, confían en sí mismos para tomar

sus decisiones, valorando la opinión de los demás y aceptándolos como son, reconocen sus limitaciones y sus potenciales, se sienten seguros del medio en que se desenvuelven.

Autoestima media: en este nivel se encuentran las personas que han pasado por experiencias positivas y negativas, teniendo desconcierto de su identidad, incluso de su valor, generándose dudas y esperando la aceptación de los demás, ya que dudan de sus capacidades.

Autoestima baja: el pensamiento en este nivel es de minusvalía, creen que no sirven para nada o muy poco, esperan lo peor de las cosas o personas, desconfían, prefieren estar solas y se aíslan de la familia y sociedad, poseyendo un escaso desarrollo integral por su desconfianza en si teniendo dificultades en el ámbito personal, social, cultural y psicológica.

2.1.5.4. Componentes de la autoestima

Según Quispe (2017), afirma que la autoestima es el comportamiento que se tiene para sí mismo como hábitos y es lo que nos permite pensar, servir, amar y actuar. Además, posee tres componentes:

- A. **Componente cognitivo:** se considera a las creencias y conocimientos que se tiene de uno mismo y entre las características tenemos:
 - Capacidad o incapacidad de distinguir en quien confiar.
 - Dialogo positivo o negativo hacia sí mismo.
 - Seguridad o inseguridad.
 - Autoimagen acertada o distorsionada.
- B. **Componente afectivo:** esta básicamente relacionado con las emociones y sentimientos que se dan en sí mismos y sus características son:
 - Estado alegre o depresivo.
 - Confianza o temor.
 - Claridad o confusión.
 - Sensibilidad o inestabilidad a las emociones.
- C. **Componente conductual:** es la forma o manera de actuar, se puede observar a través de la conducta de la persona y los componentes son:
 - Actitud dispuesta a ayudar o defensiva.

- Alimentación adecuada o inadecuada.
- Asertivo o no asertivo.
- Búsqueda de la excelencia o conformismo.
- Comunicativo o falta de comunicación.

Estos elementos son importantes deben estar en armonía, porque la percepción sentimientos y actitudes, ya que se verían afectados por cualquier hecho negativo y llegaría a provocar conflictos para el desarrollo de la autoestima.

2.1.6 Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Este instrumento, se conceptualiza a la depresión desde la sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como son los sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultad para relacionarse, sentimientos de minusvalía, desesperanza, entre otros.

Es un instrumento de autoreporte compuesto por 30 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, constituidas por 20 que miden la presencia de síntomas, 10 que son considerados ítems inversos. Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde si o no. Y los puntajes que tienen son la calificación más baja es 0 y el más alto es 30 puntos, en donde los puntajes altos reflejan mayor riesgo de presencia de depresión; por ello la utilizan como prueba de detección precoz (screening), tomando en cuenta las diferentes condiciones sociodemográficas, en las que la persona adulta mayor se desarrolla, como pueden ser nivel de educación, sexo, edad, Etc. Vista desde la parte teórica se dice que la estructura de este test es factorial unitaria, pero en estudios posteriores se evidencia una estructura multifactorial. En un estudio realizado en los estados unidos se realizó un análisis factorial exploratorio usando rotación VARIMAX, se obtuvo como resultados 5 factores explicando el 42.9% de varianza; dentro de los factores encontrados fueron: 1. Tristeza, 2. Fata de energía, 3. Humor positivo, 4. Agitación y 5. Retraimiento social Mauricio Blanco Molina (2014).

2.1. Marco Legal

Según la constitución ecuatoriana Art. 9 apartado b) de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores en cuanto a los Deberes del Estado consta lo siguiente, garantizar el acceso inmediato, permanente, y especializado a los servicios del Sistema Nacional de Salud, incluyendo a programas de promoción de un envejecimiento saludable y a la prevención y el tratamiento prioritario de síndromes geriátricos, enfermedades catastróficas y de alta complejidad ECUADOR (2019)

Para lo cual el servicio de centros diurnos que el ministerio de Inclusión Económica y Social en convenio con municipios, fundaciones u otros, ofrecen asistencia de calidad y calidez cumpliendo con el artículo antes mencionado, para lo cual los técnicos que trabajan ahí deben aplicar escalas de valoración geriátrica mismas que se valoran cada 6 meses, para conocer el estado de salud, deterioro físico, cognitivo que el adulto mayor pueda presentar, se encuentran las que se describen a continuación:

Escalas de valoración geriátrica:

Mini mental (mini examen del estado mental Reyes)

Escala geriátrica de depresión de Yesavage

Escala de Lawton y Brody

Índice de Barthel

CAPÍTULO III

3 MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación

El enfoque que tiene esta investigación es cuantitativo, que tiene un alcance relacional y a la vez descriptivo, manteniendo un diseño no experimental y de tipo trasversal. Lo que se pretende con esto es llegar a determinar el nivel asociativo entre las variables y obtener las principales características de sus resultados.

3.2 Técnicas de Investigación

El test aplicado contiene 22 preguntas o ítems, constituido por la variable sociodemográfica con 7 indicadores, y 15 indicadores de sintomatología depresiva; con un patrón dicotómico de respuesta (sí o no), el cual investiga sintomatología cognoscitiva de episodio depresivo mayor, durante los 15 últimos días. La escala excluye intencionalmente la sintomatología somática depresiva, debido a la alta prevalencia de estos síntomas en las personas adultas mayores, invalidando la validez del cuestionario. La forma de puntuación es mediante un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Estructurada de la siguiente manera (Tabla 1)

Tabla 1

Variables del instrumento

VARIABLES	INDICADORES
Sociodemográfica	1. Nombre
	2. Sexo
	3. Educación
	4. Estado civil
	5. Idioma
	6. Edad
	7. Etnia
	8. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?
	9. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?
	10. ¿Siente que su vida está vacía?
	11. ¿Se siente aburrido frecuentemente?
	12. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?
	13. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?
	14. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?
	15. ¿Se siente con frecuencia desamparado?
	16. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?

Síntomatología depresiva	17. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?
	18. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?
	19. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?
	20. ¿Se siente lleno de energía?
	21. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?
	22. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?

Nota: Escala Geriátrica de depresión de Yesavage (GDY -15)

Los ítems del instrumento (excepto la variable sociodemográfica), corresponde a una escala de Likert con opciones de respuesta de SI (1) y NO (2).

En cuanto a la fiabilidad en las variables de los instrumentos aplicados, utilizando el Alfa de Cronbach, según los criterios de George y Mallery (2003), están dentro del rango de aceptable, con los siguientes valores:

Tabla 2

Nivel de fiabilidad de las variables

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correl ación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Sexo	7,87	3,235	,053	,405
Instrucción	7,82	3,313	-,167	,640
Etnia	6,95	3,717	-,205	,529
Total Yesavage	8,17	2,373	,643	,092
Total Hamilton	8,08	1,929	,561	,010
Total Rosemberg	8,14	2,195	,651	,039

3.3 Universo y muestra

El universo que se investigó fue de 540 adultos mayores que asisten a los centros diurnos que tienen convenio con el MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social), que se encuentran en diferentes cantones de la provincia de Imbabura, localizados de la siguiente manera:

Tabla 3*Distribución del universo de estudio por zonas*

Nombre	Cantón	Parroquia	Sexo	
			<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
<i>Centro del día del BV para adultos mayores de la parroquia La Esperanza</i>	<i>Ibarra</i>	<i>La Esperanza</i>	<i>31</i>	<i>39</i>
<i>Centro de Día del BV para adultos mayores Divino Niño</i>	<i>Ibarra</i>	<i>San Francisco</i>	<i>33</i>	<i>37</i>
<i>AM- Comedor Juan Pablo II</i>	<i>Ibarra</i>	<i>Guayaquil de Alpachaca</i>	<i>29</i>	<i>31</i>
<i>Centro del Día del buen vivir para adultos mayores de la parroquia González Suarez</i>	<i>Otavalo</i>	<i>González Suarez</i>	<i>18</i>	<i>52</i>
<i>Centro Diurno San Pablo</i>	<i>Otavalo</i>	<i>San Pablo</i>	<i>23</i>	<i>47</i>
<i>A.M. PIMAMPIRO Centro Día BV para adultos mayores - GAD Pimampiro</i>	<i>Pimampiro</i>	<i>Pimampiro</i>	<i>34</i>	<i>36</i>
<i>AM - GAD Municipal De San Miguel De Urcuqui</i>	<i>San Miguel de Urcuqui</i>	<i>Urcuqui</i>	<i>24</i>	<i>36</i>
<i>AM-GAD Santa Ana De Cotacachi</i>	<i>Cotacachi</i>	<i>Sagrario</i>	<i>15</i>	<i>55</i>
TOTAL			207	333

La muestra será de tipo no probabilística, se trata de 140 adultos mayores, mediante la fórmula que posteriormente se dará a conocer, de los cuales será 75 mujeres y 65 hombres, que habitan en la provincia de Imbabura que asisten a los centros diurnos que tienen convenio con el Ministerio de Inclusión Económico y Social (MIES) algunos de ellos son analfabetos y con baja escolaridad, además que viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema. El criterio de inclusión por edad será a partir de los 65 años en adelante. Se tendrán en cuenta diferentes niveles socioeconómicos, etnia y el nivel educativo para la recolección de la muestra.

Se realizó un muestreo por cuotas ya que la muestra se escogió de distintos estratos de la población pero que tenían características comunes, y tomando en cuenta tener una población diversa en cuanto a etnia tomando en cuenta los centros diurnos presenten o alberguen a personas adultas mayores de diferentes etnias.

Tabla 4

Distribución de la muestra de estudio y variables (Sexo)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	65	46,4	46,4	46,4
	Mujer	75	53,6	53,6	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

Tabla 5

Etnia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Blanco	2	1,4	1,4	1,4
	Mestizo	73	52,1	52,1	53,6
	Indígena	64	45,7	45,7	99,3
	Afroecuatoriano	1	,7	,7	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

Tabla 6*Educación*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeto	78	55,7	55,7	55,7
	Primaria Incompleta	50	35,7	35,7	91,4
	Primaria Completa	10	7,1	7,1	98,6
	Alfabetización	2	1,4	1,4	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

Se realizó la investigación con 140 adultos mayores en el que el 53,57% fueron mujeres y 46,43% hombres, otra de las variables fue Etnia teniendo como resultados el 52,14% de mestizos, 45,72% indígenas, 1,43% blancos y 0,71% afroecuatorianos, nivel de educación o instrucción, los resultados arrojaron porcentajes de Alfabetizados 1,34%, analfabetos 55,71%, Primaria incompleta 35,72% y Primaria completa con 7,14%.

3.4 Hipótesis

Las hipótesis planteadas fueron cuatro (H_1), las mismas que intentan probar la existencia de una relación:

H1: Se replica la estructura factorial original.

H2: Se obtiene una consistencia interna adecuada sobre el 0.7

H3: Existe una correlación positiva con la variable convergente.

H4: Existe una correlación negativa con la variable divergente.

Después de analizar los datos obtenidos y tomando en cuenta que la muestra es mayor a 50 se tomara en consideración trabajar con la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, así mismo se observa que las variables no siguen una distribución normal puesto que el p-valor es 0,000, siendo así $< \alpha$ (0,05). En esta condición, el estadístico que se empleó fue la prueba de Rho de Spearman, mientras que para determinar la correlación que existe entre las escalas aplicadas fue el Chi-Cuadrado.

3.5 Procedimiento

Una vez aprobada la solicitud para trabajar con la población objetivo, se realizó una socialización con los coordinadores de los centros para conocer cuántos adultos mayores existían y las características que tenía cada centro en razón de etnia, edad, sexo y nivel de educación, se socializo los test o escala a aplicar, posterior a esto, se aplicó de forma individual a cada adulto mayor las tres escalas (Escala geriatría de depresión de Yesavage, escala de Hamilton y escala de Rosemberg), a los adultos mayores que asistían a los centros diurnos en donde presentaba diversas etnias; donde se obtuvo el alfa de Cronbach de 0,665 que según los criterios de George & Mallery (2003) se considera como aceptable, lo que significa que la aplicacion de las escala de Yesavage es confiable, la muestra fue no probabilística ya que el criterio de inclusión fue, edad será a partir de los 65 años en adelante. Se tendrán en cuenta diferentes niveles socioeconómicos, etnia y el nivel educativo. Los datos obtenidos fueron ingresados para su tabulación al programa SPSS, versión 25, para calcular los estadísticos que se mencionaron anteriormente y para elaborar las tablas cruzadas o de contingencia.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Correlación Escala de Yesavage y Escala de Rosenberg

Tabla 7

Correlación escala de Yesavage & Rosenberg

		Total Yesavage	Total Rosenberg
Rho de Spearman	Total Yesavage	1,000	,839**
	Coeficiente de correlación		
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	140	140
Total de Rosenberg	Total Rosenberg	,839**	1,000
	Coeficiente de correlación		
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	140	140

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En esta investigación se aplicó tanto la escala de Yesavage como la escala de Hamilton, para determinar la correlación positiva que puede existir obteniendo los siguientes resultados; Existe correlación positiva entre las variables ya que el p valor es $0,000 < 0,05$, para esto se utilizó Rho de Spearman, ya que la prueba de normalidad arroja que no siguen una distribución normal, también es importante determinar el tamaño del efecto basándonos en la correlación hecha anteriormente, para esto usamos los siguientes cortes efecto pequeño = 0,20, efecto mediano = 0,50 y efecto grande = 0,80, obteniendo 0,839 siendo $> 0,8$, lo que nos permite determinar que el tamaño del efecto es grande según Cohen (1997), con estos resultados lo que tenemos es una relación positiva significativa entre las dos escalas que miden depresión y Autoestima diciendo que a mayor depresión mayor autoestima; así se descarta la Hipótesis de que exista una correlación negativa entre las dos escalas Yesavage y Rosenberg, esto se debe a que el auto estima no es una variable significativa para determinar la presencia de depresión en las personas adultas mayores que asisten a los centros diurnos de la provincia de Imbabura.

4.2 Correlación Escala de Hamilton y Escala de Rosenberg

Tabla 8

Correlación Escala de Hamilton y Escala de Rosenberg

				Total Hamilton	Total Rosenberg
Rho Spearman	de Hamilton	Total	Coeficiente de correlación	1,000	,833**
			Sig. (bilateral)	.	,000
			N	140	140
	Total Rosenberg	Total	Coeficiente de correlación	,833**	1,000
			Sig. (bilateral)	,000	.
			N	140	140

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 8 nos muestra la correlación que existe entre la escala de Hamilton mide depresión y la de Rosenberg que mide Autoestima, y se obtuvieron los siguientes resultados $0,000 < 0,05$ del p valor lo que muestra que existe una correlación positiva, para determinar los efectos del tamaño tomaremos el coeficiente de correlación que arroja un 0,833 siendo así $> 0,8$ obteniendo un efecto grande en la correlación significativa entre las dos escalas.

En un estudio realizado por Duche (2021), para determinar la relación que existe entre la autoestima y los niveles de depresión en personas adultas mayores mostro que en la población estudiada no se encontró una correlación significativa entre la autoestima y los niveles de depresión, por ello se debe tomar en cuenta otros factores que pueden ser predisponentes para que se generen la sintomatología depresiva, entre estas podría ser enfermedades propias de la edad, abandono, economía, etc.

4.3 Correlación Escala de Yesavage y Escala de Hamilton

Tabla 9

Correlación Escala de Yesavage y Escala de Hamilton

				Total Yesavage	Total Hamilton
Spearman	Rho de	Total Yesavage	Coeficiente de	1,000	,783**
			correlación		
			Sig. (bilateral)	.	,000
			N	140	140
		Total Hamilton	Coeficiente de	,783**	1,000
			correlación		
			Sig. (bilateral)	,000	.
			N	140	140

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Aplicando las dos escalas tanto Yesavage así como la de Hamilton, se logró establecer que existen bajos niveles de depresión en los adultos mayores que asisten a los centros diurnos de la provincia de Imbabura, en ambas escalas arrojaron valores similares en cuanto a la presencia de sintomatología depresiva obteniendo así $0,00 > 0,05$ afirmando que existe una correlación positiva entre las dos escalas, en cuanto al coeficiente de correlación con $0,783 > 0,8$ con un tamaño del efecto grande proponiendo una correlación significativa entre las dos escalas que miden depresión.

Según Trinidad Hoyl M (2000), la escala de Yesavage es una escala rápida y de tamizaje, que permite descartar a los sujetos sanos de los que presenta sintomatología depresiva, esta escala no determina un diagnóstico definitivo, sino más bien debe ser evaluado mediante la intervención y/o evaluación clínica con el especialista, a diferencia de la escala de Hamilton que es aplicada en pacientes que han sido previamente diagnosticados con depresión, ya que tiene el objetivo de evaluar la gravedad de la sintomatología y los cambios que tiene el paciente, también se valora la entrevista clínica e información complementaria que pueden venir de otras fuentes. Purriños (s.f.)

4.4 Relación Depresión y sexo

Tabla 10

Tabla cruzada Yesavage y Sexo

			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
Yesavage	No depresión	Recuento	53	58	111
		% dentro de Total Yesavage	47,7%	52,3%	100,0 %
	Probable depresión	Recuento	10	15	25
% dentro de Total Yesavage		40,0%	60,0%	100,0 %	
	Depresión establecida	Recuento	2	2	4
		% dentro de Total Yesavage	50,0%	50,0%	100,0 %
Total	Recuento		65	75	140
	% dentro de Total Yesavage		46,4%	53,6%	100,0 %

Tabla 11

Prueba Chi-cuadrado depresión y sexo

		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado Pearson	de	,514 ^a	2	,774
Razón verosimilitud	de	,517	2	,772
Asociación lineal por lineal		,210	1	,647
N de casos válidos		140		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,86.

En cuanto a la relación que existe entre los niveles de depresión o sintomatología depresiva se pudo observar que la mayor prevalencia de sintomatología depresiva se presenta en las mujeres obteniendo porcentajes de 60% que representa a 15 de mujeres que presentan sintomatología depresiva, obtenido en el rango de probable depresión, al contrario de los hombres los cuales obtuvieron un 40% equivalente a 10 hombres que presentan sintomatología depresiva, aunque no es representativo para determinar que existe una relación significativa entre la depresión y el sexo. Se está utilizando un coeficiente de confianza del 93%, por lo que el nivel de significancia es del 7% (0.07); como la Sig. Asintótica (bilateral) es $0.7 > 0,05$, entonces, lo que se puede determinar es

que no existe una relación significativa entre sintomatología depresiva y el sexo, dados los resultados obtenidos al utilizar la prueba de Chi-Cuadrado Ricardi (2011).

4.5 Relación Depresión y Etnia

Tabla 12

Tabla cruzada Yesavage y Etnia

		Etnia					Total	
		Blanco	Mestizo	Indígena	Afroecuatoriano			
Yesavage	Total	Recuento	1	56	54	0	111	
		% dentro de Total Yesavage	0,9%	50,5%	48,6%	0,0%	10,0%	
		Probable depresión	Recuento	1	13	10	1	25
	Probable depresión	% dentro de Total Yesavage	4,0%	52,0%	40,0%	4,0%	10,0%	
		Depresión establecida	Recuento	0	4	0	0	4
	Depresión establecida	% dentro de Total Yesavage	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%	
		Total	Recuento	2	73	64	1	140
			% dentro de Total Yesavage	1,4%	52,1%	45,7%	0,7%	10,0%

Tabla 13

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	10,065 ^a	6	,122
Razón de verosimilitud	de	10,074	6	,122
Asociación lineal por lineal		1,714	1	,190
N de casos válidos		140		

a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,03.

En cuanto a la relación que existe entre Etnia y depresión los resultados obtenidos nos mostraron que la población con mayor prevalencia de sintomatología depresiva son los mestizos con un porcentaje de 52% representando 10 adultos mayores, 4% responde a 1 adulto mayor blanco, así como también 1 Afroecuatoriano y el 40% siendo 10 adultos mayores indígenas. En un estudio realizado en México, a personas indígenas, se conformaron varios grupos de análisis según el sexo, alfabetismo, determinando los síntomas depresivos encada grupo, concluyendo que existe una menor prevalencia de síntomas depresivos en personas indígenas que en la población no indígena Díaz, Niño, & AstudilloGarcía (2018).

Al utilizar la prueba del Chi-cuadrado para determinar la relación que existe entre la etnia y depresión, se pudo observar en la tabla que los datos arrojados son del 0,122 siendo este $> 0,05$, por lo que no existe una relación significativa puesto a los resultados arrojadjas por los datos ingresados en el programa SPSS.

4.6 Relación Depresión y Educación

Tabla 14

Tabla cruzada Total Yesavage y Educación

			Instrucción				Total	
			Analfabeto	Primaria Incompleta	Primaria Completa	Alfabetización		
Total Yesavage	No depresión	Recuento	61	41	7	2	111	
		% dentro de Total Yesavage	55,0%	36,9%	6,3%	1,8%	100,0%	
		Probable depresión	Recuento	15	8	2	0	25
Total Yesavage	Probable depresión	% dentro de Total Yesavage	60,0%	32,0%	8,0%	0,0%	100,0%	
		Depresión no establecida	Recuento	2	1	1	0	4
		% dentro de Total Yesavage	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%	
Total		Recuento	78	50	10	2	140	

	% dentro de Total Yesavage	55, 7%	35, 7%	7,1 %	1, 4%	1 00,0%
--	-------------------------------------	-----------	-----------	----------	----------	------------

Tabla 15

Pruebas de chi-cuadrado

		Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	de	2,832 ^a	6	,830
Razón de verosimilitud	de	2,549	6	,863
Asociación lineal por lineal		,065	1	,799
N de casos válidos		140		

a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,06.

Se presume en algunos estudios realizados que el nivel académico o educativo de una persona posibilita al desarrollo intelectual al igual que al crecimiento personal. En un estudio realizado en la OCED el porcentaje de personas que padecen de depresión en España son los que no tienen niveles de educación que están por debajo de la educación superior Nennisiwok (2017)

Se utilizo el programa SPSS ingresando los datos de rango de depresión y el nivel de instrucción o educación que tienen los adultos mayores que asisten a los centros de atención diurna en la provincia de Imbabura, obteniendo así los siguientes resultados, la prevalencia de sintomatología depresiva se encuentra definida en los adultos mayores Analfabetos con el 60% teniendo en cuenta que representan a 15 personas en la muestra a la que se aplicó las escalas a diferencia de los que tenían algún grado de educación como primaria incompleta, primaria completa o alfabetizados.

Al utilizar el Chi-cuadrado nos mostró que no existe relación significativa entre los niveles o rangos de depresión con el nivel de educación, ya que se obtuvo 0.830 en la Significación asintótica (Bilateral) > 0,05.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La validez de la escala geriátrica de Yesavage, se pudo determinar mediante la aplicación de la escala de Hamilton la cual también mide rasgos depresivos, ya que en ambas escalas se obtuvieron los mismos resultados que miden sintomatología depresiva, determinados por los diferentes rangos, en el momento de la aplicación a los adultos mayores que asisten a los centros diurnos de la provincia de Imbabura.

Las correlaciones que se encontraron en la aplicación de la escala y las diferentes variables como fueron sexo, etnia y educación, no tuvieron una correlación significativa la cual pueda determinar que dichas variables sean predictoras para que una persona adulta mayor presente sintomatología depresiva.

La correlación positiva se analizó aplicando dos escalas que miden depresión una la de Yesavage y otra la de Hamilton, las cuales nos ayudaron a determinar que, si existe consistencia interna, puesto que los valores obtenidos fueron $0,000 > 0,05$ corroborando lo antes mencionado y en cuanto al coeficiente de correlación obtenido fue de $0,783 > 0,8$ teniendo así un tamaño de efecto grande demostrando la correlación es significativa.

Para determinar el criterio convergente se aplicó una escala que mide autoestima (escala Rosseberg) y se realizó la correlación con la escala de Yesavage y se logró determinar que no existe una correlación negativa, puesto que los valores arrojados fueron $0,000$ siendo $> 0,05$, por lo que se puede determinar que el Autoestima no es factor determinante para la presencia de sintomatología depresiva en las personas adultas mayores.

Recomendaciones

Si bien la escala de Yesavage se la puede utilizar en la población de personas adultas mayores que asisten a los centros diurnos, se la debe tomar como una escala rápida y de tamizaje, solo para determinar si existe la presencia de sintomatología depresiva mas no como una escala que diagnostica depresión en los mismos, siempre debe ir acompañada de la evaluación clínica del profesional.

Es importante recomendar que los resultados obtenidos en esta investigación pueden ser utilizados en un estudio que sea de tipo experimental en el que se tome dos puntos de referencia en el tiempo antes y después, para que se puede evaluar la evolución de la persona adulta mayor al ingresar al centro diurno y como va evolucionado con forme asiste a al mismo.

Sería de gran utilidad realizar un estudio partiendo de este, pero tomando en cuenta variables como pueden ser problemas de salud, abandono, nivel económico, para determinar si estos son variables indicadoras para presentar sintomatología depresiva.

El universo estudiado fueron adultos mayores que asisten a centros diurnos, es recomendable ampliar el estudio a personas adultas mayores que no asisten a estos centros con la finalidad de tener una visión global de la población en general teniendo mayores variables a estudiar.

Referencias Bibliográficas

Angela María Bacca, A. G. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Revista Científica Javeriana*, 53-63.

Bastidas-Bilbao, H. (2023). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología (PUCP)*, 191-218.

Calderón M, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 182-191.

Carine Gómez Angulo, A. C. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Un i v e r s i t a s P s y c h o l o g i c a* , 735-743.

clínica traumatología y deporte. (08 de Ferero de 2023). *Traumatología & Ortopedia Cinica del Deporte*. Obtenido de Traumatología & Ortopedia Cinica del Deporte: <https://clinicatraumatologiaydeporte.com/deterioro-funcional/>

Díaz, K. L., Niño, J. A., & AstudilloGarcía, C. I. (2018). Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población indígena mexicana. *Biomedica*, 134-147. Obtenido de <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3681>

Duche, C. E. (2021). Relación entre autoestima y niveles de depresión en los adultos mayores Licán-Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 419-432.

ECUADOR, A. N. (29 de Abril de 2019). LEY ORGÁNICA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. Quito, Pichincha, Ecuador.

Mauricio Blanco Molina, M. S. (2014). Cuadernos Metodológicos, Compendio de Instrumentos de Medición IIP. En M. S. Mauricio Blanco Molina, *Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage* (págs. 1659-2921). Costa Rica: repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Nennisiwok. (16 de 10 de 2017). *ADAMED TV*. Obtenido de ADAMED TV: <https://www.adamedtv.com/depresion/a-mayor-nivel-educativo-menos-probabilidades-de-padecer-depresion/>

Pedro Ortega Ruiz, R. M. (marzo de 2001). AUTOESTIMA: UN NUEVO CONCEPTO Y SU MEDIDA. *Self-esteem: a new concept and measurement* . Murcia, España: Ediciones Universidad de Salamanca .

Purriños, M. (s.f.). *meiga.info*. Obtenido de [meiga.info](https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec):
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wjqyKOVNTO8J:https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec>

Quiroz, C. O., & Flores, R. G. (12 de 03 de 2013). *Psicología y Salud*. Obtenido de *Psicología y Salud*:
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/714>

Quispe, L. M. (2017). *La Autoestima*. Perú: Universidad Cesar vallejo .

Ricardi, F. Q. (01 de 12 de 2011). *MedWeve*. Obtenido de *MedWeve*:
<http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2011.12.5266>

Trinidad Hoyl M, E. V. (2000). Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *SciELO*.

Walter L. Arias Gallegos, A. M. (2019). Análisis psicométrico de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores de la Macroregión Sur del Perú. *Rev enferm Herediana*, 11-19.

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)					
Nombre:			Sexo:		Educación:
Estado Civil:			Idioma:		
Edad:	Años	Meses	Etnia:	Fecha de aplicación:	

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:

FIRMA DEL EVALUADOR**INSTRUCTIVO:¹**

Puntuación total: 15 puntos

PUNTOS DE CORTE:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser "sí" o "no" y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

¹ Aguado c, Martínez j, Onís mc et al.(2000). adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depresión scale" (gds) de Yesavage. *atención primaria*, 26 (supl 1): 328.

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños

Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamiltondepresión rating scale (HDRS)) es una escala, hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems [1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas [3, 4] como ambulatorios [5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplearlos siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22 Depresión muy

severa: >23

- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Escala de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale)					
Nombre:			Sexo:		Educación:
Estado Civil:			Idioma:		
Edad:	Años	Meses	Etnia:		Fecha de aplicación:

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)		
- Ausente		0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente		1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente		2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)		3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a		4

Sentimientos de culpa	
Ausente	0
Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
No hay dificultad	0
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
Palabra y pensamiento normales	0
Ligero retraso en el habla	1
Evidente retraso en el habla	2
Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	2
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

Ansiedad psíquica	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	0 1 2 3 4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas;respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadezen el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sussíntomas gastrointestinales 	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos generales	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	0 1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	0 1 2
Hipocondría	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado de sí mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	0 1 2 3
Pérdida de peso	
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 	0 1 2
Introspección (insight)	
<ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima,exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	0 1 2 3

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. Autoadministrada.

Interpretación:

Dos de los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal

De 26 a 29 puntos: autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre el 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma.

Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

Escala de Autoestima de Rosenberg					
Nombre:			Sexo:		Educación:
Estado Civil:			Idioma:		
Edad:	Años	Meses	Etnia:		Fecha de aplicación:

ITEMS	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pesar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				