UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA

TEMA: INFLUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. "CENTRO GERONTOLÓGICO DE ATENCIÓN DIURNA LA ESPERANZA" CANTÓN PEDRO MONCAYO

Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Magister en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia

AUTOR:

Miguel Ángel Moreira Navarrete

DIRECTOR:

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

IBARRA – ECUADOR
2025

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con profundo agradecimiento a mi querida madre, cuyo apoyo incondicional e infinito amor, a pesar de las dificultades y las adversidades de la vida, nunca faltaron sus palabras de aliento que siempre han sido el elemento estratégico que me ha permitido alcanzar todos y cada una de las metas a lo largo de mi vida.

A mis amigos, grandes seres humanos que supieron apoyarme y no permitieron que decline en los momentos difíciles.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento a mi madre y a toda mi familia por estar siempre cuando los necesité, por darme las fuerzas para continuar y no abandonar esta meta.

Un eterno agradecimiento a mis maestros grandes catedráticos y seres humanos quienes con su paciencia y guía fueron una fuente invaluable de aprendizaje.

A mis amigos, por su compañía y verdadera amistad por corregirme, apoyarme y hacer más llevadero todo este proceso.

Finalmente, a todas las personas que de una u otra manera, han sido parte de este viaje lleno de aprendizajes.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

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:	100356831- 6		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Moreira Navarrete Miguel Ángel		
DIRECCIÓN:	Los Ceibos, Ibarra		
EMAIL:	miguel-angel2020@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:		**CELULAR:**	0984014818

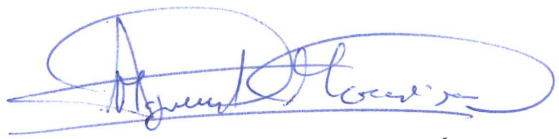
DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Influencia de la sintomatología depresiva en la calidad de vida de las personas adultas mayores. "Centro Gerontológico De Atención Diurna La Esperanza" Cantón Pedro Moncayo.
AUTOR (ES):	Moreira Navarrete Miguel Ángel
FECHA: DD/MM/AA	08-04-2025
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA DE POSGRADO:	☐ PREGRADO ■ POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Magister en Psicología Clínica con Mención en Psicoterapia
TUTOR	Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) 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 (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 08 días del mes de abril de 2025

AUTOR:



Moreira Navarrete Miguel Ángel

Ibarra, 9 de abril de 2025

Dra.
Lucía Yépez
DECANA FACULTAD DE POSGRADO

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señor(a) Decano(a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado "Influencia De La Sintomatología Depresiva En La Calidad De Vida De Las Personas Adultas Mayores. "Centro Gerontológico De Atención Diurna La Esperanza" Cantón Pedro Moncayo" del/el maestrante Miguel Ángel Moreira Navarrete, de la Maestría de Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Director/a	Dr. Acosta Vinueza Lola Yesenia	Firmado electrónicamente por: LOLA YESENIA ACOSTA VINUEZA
Asesor/a	Msc. Mantilla Posso Inés Margarita	Firmado electrónicamente por: INES MARGARITA MANTILLA POSSO

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA I

AGRADECIMIENTO II

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

ÍNDICE DE CONTENIDOS V

ÍNDICE DE TABLAS VIII

ÍNDICE DE FIGURAS IX

RESUMEN X

ABSTRACT XI

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 1

1.1 Problema de investigación 1

1.2 Formulación del problema 3

1.3 Antecedentes 3

1.4Objetivos de la investigación 4

1.4.1 Objetivo general 4

1.4.2 Objetivos específicos 4

1.5 Justificación 5

CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL 7

2.1 Marco teórico 7

2.2.1 Contexto del adulto mayor 7

2.2.2 Salud en los adultos mayores 9

2.2.3 Influencias sociales en la salud 11

2.2.4 Actividad física y de ocio en el adulto mayor 14

2.2.5 Cambios psicológicos relacionados al entorno familiar 15

2.2.6 Estado funcional en el adulto mayor 16

2.2.7 Alimentación del adulto mayor 18

2.2.8 La depresión en los adultos mayores 22

2.2.9 Calidad de vida del adulto mayor 31

2.2 Marco legal y ético 42

2.2.1 Marco Legal 42

2.2.2 Marco ético 45

CAPÍTULO III METODOLOGÍA 46

3.1 Descripción del área de estudio / Descripción del grupo de estudio 46

3.2 Enfoque de investigación 46

3.3 Diseño de la investigación 46

3.4 Tipo de investigación 47

3.5 Población objetivo 47

3.6 Criterios de inclusión 48

3.7 Criterios de exclusión 48

3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de información 48

3.8.1 Técnicas de recolección de datos 48

3.8.2 Instrumentos 49

3.9 Procedimiento de la investigación 49

3.10 Procesamiento de la información 50

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSÓN 51

4.1 Análisis de resultados 51

4.2 Discusión de resultados 56

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 59

Conclusiones 59

Recomendaciones 60

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 61

ANEXOS 68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Síntomas depresivos en función de las variables de estudio 30

Tabla 2 Escala cualitativa de los niveles de depresión 31

Tabla 3 Valoración de la escala de calidad de vida 39

Tabla 4 Datos sociodemográficos 51

Tabla 5 Valoración de la escala de depresión de Hamilton 52

Tabla 6 Relación entre el nivel de depresión 53

Tabla 7 Frecuencia y porcentaje de la variable calidad de vida..... 53

Tabla 8 Calidad de vida 54

Tabla 9 Relación entre los niveles de depresión y la calidad de vida..... 55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo deficitario y modelo de desarrollo de vejez 10

Figura 2 Modelo de Determinantes Sociales de la Salud 11

Figura 3 Factores de riesgo en depresión senil 26

Figura 4 Resultados por ítem divididos por diagnóstico 28

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA

INFLUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Autor: Moreira Navarrete Miguel Ángel

Tutor: Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

Año: 2025

RESUMEN

Son múltiples los factores que afectan la calidad de vida en los adultos mayores, el presente estudio tiene como objetivo analizar la influencia de la sintomatología depresiva sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores de un centro gerontológico de atención diurna en Pedro Moncayo -Pichincha-Ecuador 2024. Para lo cual se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 53 personas de entre 65 a 88 años que pudieron someterse a responder cuestionarios que buscaron la presencia de sintomatología depresiva y de la valoración de la calidad de vida dividida por categorías: baja, media baja y media en la salud física, estado psicológico emocional, relaciones interpersonales y el entorno y analizarla con los grados de depresión de acuerdo a la sintomatología encontrada. En los resultados se obtuvo un p valor de 0.0048 en cuanto a la relación a la presencia de depresión severa y calidad de vida media baja. En conclusión, la sintomatología depresiva de las personas adultas mayores influye directamente sobre la calidad de vida de nuestra población objetivo. Esto lleva a recomendar tomar cartas en el asunto como profesionales, establecer y desarrollar planes de acción a medida que hagan posible la actuación efectiva que permitan mitigar esta gran problemática de impacto social de ese centro.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, calidad de vida, adultos mayores, ansiedad.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

INSTITUTO DE POSGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA

RESEARCH WORK ON CLINICAL PSYCHOLOGY, SPECIFICALLY ON DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AND QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS. THE GENERAL OBJECTIVE IS TO DETERMINE THE INFLUENCE OF DEPRESSIVE

Author: Moreira Navarrete Miguel Ángel

Tutor: Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

Año: 2025

ABSTRACT

There are multiple factors that affect the quality of life in the elderly, the present study aims to analyze the influence of depressive symptoms on the quality of life of the elderly in a gerontological day care center in Pedro Moncayo -Pichincha. -Ecuador 2024. For which a descriptive cross-sectional study was carried out in 53 people between 65 and 88 years of age who were able to submit to answer questionnaires that sought the presence of depressive symptoms and the assessment of quality of life divided by categories: low, medium low and medium in physical health, emotional psychological state, interpersonal relationships and the environment and analyze it with the degrees of depression according to the symptoms found. In the results, a p value of 0.0048 was obtained in terms of the relationship between the presence of severe depression and low average quality of life. In conclusion, the depressive symptoms of older adults directly influence the quality of life of our target population. This leads to recommend taking action on the matter as professionals, establishing and developing action plans as they make effective action possible to mitigate this great problem of social impact of that center.

Keywords: Depressive symptomatology, quality of life, older adults, anxiety.

CAPÍTULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Problema de investigación

La situación de los adultos mayores es considerada un problema de salud pública, esto debido a los diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que están modificando sus estilos de vida, obligando a muchos a volverse sedentarios, seguido del cese de actividades de la vida diaria, intereses, ocio y tiempo libre, trastornos musculoesqueléticos y síndromes geriátricos típicos (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2021).

En el cantón Pedro Moncayo de la provincia de Pichincha en el Centro Gerontológico de atención diurna "La Esperanza", se encuentran siendo asistidas 53 adultos mayores; un pequeño número del valor total de adultos mayores que se encuentran registrados en el último censo del Ecuador.

Cada uno de ellos pese a compartir un mismo lugar de procedencia, tienen condiciones sociales distintas, condiciones educativas diferentes, con historias y actividades laborales y situaciones familiares y económicas también distintas que de alguna u otra forma han incidido en las condiciones de salud, especialmente la salud mental; así los individuos gozan de capacidades funcionales diferentes de acuerdo a como han sido afectados por el efecto del envejecimiento, condición que es determinada por distintos factores desde la genética hasta el propio desgaste individual (Inostroza et al., 2023).

Una de esas consecuencias se ven manifestadas por la presencia de síntomas depresivos. La depresión no solo es una enfermedad frecuente en ellos sino también ha sido considerada como un predictor de discapacidad; en otros estudios de nuestro país se estudió la depresión en

relación a factores sociales como el funcionamiento familiar y se vio una relación entrere la disfunción familiar y la alta prevalencia de depresión (Galindo et al., 2021).

Los adultos mayores pueden estar en mayor riesgo de sufrir depresión debido a factores como la soledad, el aislamiento social, las condiciones médicas crónicas y la pérdida de seres queridos, el sedentarismo, problemas de salud, y un retraimiento con la sociedad, que a corto plazo provoca cambios psicosociales, disminuye la seguridad, el interés personal, entre otros con secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de estas personas (Copara et al., 2021).

Entonces, a medida que las células envejecen y se provocan una serie de cambios físicos y fisiológicos y la persona va mermando su capacidad de relacionarse, deambular, ser productivo, auto sustentarse para mantener la independencia y tiene que lidiar con los problemas de memoria, y control anímico, va perdiendo su calidad de vida de este grupo prioritario, minimizando el avance de trastornos como la depresión es necesario el apoyo por parte de los familiares cercanos que influya de manera positiva en actividades cotidianas que aporten al mejoramiento de su mente y cuerpo (Plasencia y Tigre, 2018).

La minuciosa búsqueda de trabajos que estudian la sintomatología depresiva y la calidad de vida de las personas adultas mayores no consigue evidenciar el despliegue investigativo esperado; sin embargo, resulta ineludible que podamos resaltar obras investigativas que definen la relación entre una o más variables. La calidad de vida pasó a convertirse en una más de las preocupaciones de orden público ya que en ella se involucran aspectos de bienestar físico, social psicológico y espiritual. La presencia de sintomatología depresiva al parecer se correlacionaría negativamente con todas las facetas de la calidad de vida, lo que se pretende es evidenciar científicamente que, a medida que estos síntomas aumentan, se produce una reducción de

diferentes magnitudes en la calidad de vida de las personas mayores, por lo que se requieren intervenciones en esta área (Bernabé, 2022).

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la influencia de la sintomatología depresiva en la calidad de vida de las personas adultas mayores?

1.3 Antecedentes

Astorga (2021), en su estudio: *"Efectos del entrenamiento de fuerza con característica socializadora y lúdica sobre el riesgo de caída, la depresión y la calidad de vida en adultos mayores con anteposición de cabeza y cuello"*, evaluó los efectos del entrenamiento de fuerza con funciones sociales y recreativas sobre la adherencia al tratamiento, la depresión, la calidad de vida y el riesgo de caídas en adultos mayores. El estudio utilizó un diseño longitudinal experimental y la adherencia al tratamiento se evaluó con base en el número de visitas y la calidad de vida se evaluó con la prueba WHOQOL-BREF, la depresión mediante el test Yesavage, en 132 participantes con los criterios de inclusión: ángulo craneovertebral <50 grados, adultos mayores >60 años, sin patologías reumatológicas, infecciosas, osteomusculares y neurológicas. Concluyendo que el entrenamiento de fuerza con característica socializadora y lúdica fue efectivo para mejorar la adherencia al tratamiento, la depresión, la calidad de vida y el riesgo de caídas en adultos mayores (pág. 15).

Inostroza et al., (2023), en su artículo: *"Sintomatología Depresiva y Bienestar en Personas Mayores de Concepción, Chile: Rol moderador del apoyo social"*, aborda la relación entre bienestar, apoyo social y sintomatología depresiva en personas mayores de la provincia de

Concepción, con 538 adultos mayores. Se midieron su nivel de bienestar (utilizando el índice de bienestar de Pemberton), apoyo social (utilizando la Escala de apoyo social percibido multidimensional de Zimet) y síntomas depresivos (mediante el Patient Health Questionnaire-9). Las personas mayores muestran elevado bienestar y los resultados refuerzan la relevancia del apoyo social como un factor protector en las personas mayores, ello corrobora la importancia del fomento de este aspecto en los programas promocionales y preventivos destinados al bienestar y salud mental de adultos mayores (pág. 3).

Según Ávila (2017), en su trabajo: *"Determinantes sociales relacionados a la depresión del adulto mayor",* analizó la relación entre depresión y factores sociales en adultos mayores, mediante un estudio cuantitativo, analítico y transversal con 125 adultos mayores, donde se utilizó la prueba de Yesavage para medir el grado de depresión y la prueba FFSIL para medir el funcionalismo familiar; obteniendo como resultados que la prevalencia de depresión fue del 53,6% (44% con depresión moderada y 9,6% con depresión severa), concluyendo que la prevalencia de la depresión es alta y está influenciada por factores de riesgo como los aspectos conductuales del afrontamiento del envejecimiento y la disfunción familiar (pág. 7).

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Analizar la influencia de la sintomatología depresiva en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar la sintomatología depresiva que prevalece en las personas adultas mayores.

- Identificar los factores que determinan la calidad de vida en las personas adultas mayores.
- Establecer la relación entre los síntomas depresivos y la calidad de vida de las personas adultas mayores.

1.5 Justificación

Desde la practicidad, la principal razón que motiva el desarrollo del presente trabajo investigativo, tiene que ver con la continua identificación de síntomas depresivos que afectan especialmente a personas adultas mayores. Hoy por hoy, resulta común visibilizar la presencia de síntomas depresivos que tienen grandes incidencias sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

Esta condición de vida con los años aumenta la mortalidad de manera sustancial en los adultos mayores, el mismo que afecta la calidad de vida y actualmente es considerado como un problema de salud pública en varios grupos etarios, cabe recalcar que una persona con problemas de depresión se asemeja a padecer una enfermedad crónica.

Si consideramos la realidad de la política pública del Ecuador en materia de salud mental, adquiriremos suficientes argumentos para alegar que el fomento y la promoción del bienestar de las personas adultas mayores se encuentran bastante bien encaminadas. No obstante, la presencia de diversos factores patógenos tiende a quebrantar el estatus quo de las personas en edad adulta.

El actual trabajo de investigación también se ha de justificar gracias a que con gran regularidad las personas adultas mayores llegan a carecer de planes de salud mental y de vida, en muchos de los casos se deben al desconocimiento y a los intereses propios de las personas. Por

medio del presente estudio permitirá encontrar estrategias que permitan que la población objetivo alcance mayor conocimiento de causa.

Finalmente, el desarrollo y la conclusión de la temática de referencia concibe y confiere de un valioso aporte académico que claramente puede ser aprovechado por la comunidad en general, llegando a denotar de este modo una más de las razones que intervienen en el estudio y desarrollo del actual trabajo investigativo.

CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco teórico

2.2.1 Contexto del adulto mayor

a) El adulto mayor en América Latina

El envejecimiento acelerado que experimentan los países de América Latina y el Caribe está colocando una presión sin precedentes sobre la atención a este grupo poblacional a largo plazo; preparándose para afrontar el estrés futuro ofreciendo servicios de atención para reducir la exclusión social a la que se enfrentan las personas mayores (Aranco et al., 2018).

b) El Adulto mayor en el Ecuador

Es primordial conocer el principal recurso legislativo para la protección de los intereses de las personas de la tercera edad en el Ecuador es la Constitución de la República, la cual constituye los lineamientos políticos inevitables para el desarrollo de políticas y programas nacionales (Aleaga, 2018).

Se dará prioridad y especial atención a las personas adultas mayores en los ámbitos público y privado, especialmente en ámbitos como la inclusión social y económica y la prevención de la violencia (Asamblea Nacional, 2021).

c) El adulto mayor en la zona de estudio

Según el censo de 2010, el número de personas de la tercera edad que fueron registradas en el Ecuador ascendió a 940.905, lo que corresponde al 6,6% de la población total nacional, además, se consideran personas mayores aquellos ciudadanos que han alcanzado los 65 años de

edad y en adellante. El envejecimiento varía de acuerdo a las circunstancias en las que haya vivido, así como: sociales, educativas, culturales y económicas, algunas personas adultas mayores al ser jubilados reciben una pensión que les permite mantener una vida digna, en otros casos existen algunas que continúan trabajando y obteniendo sus propios ingresos para poder subsistir, así mismo algunos adultos mayores reciben cuidados; mientras que otros participan en actividades deportivas, de ocio, culturales y de trabajo comunitario voluntario (INEC, 2020).

Alega (2018), según la definición de la Organización Mundial de la Salud, se consideran personas de edad avanzada los que se encuentran en edades entre 60 y 74 años, las personas que se encuentran entre los 75 y 90 años se los denominó viejos, y grandes viejos o longevos a las personas que han alcanzado los 90 años en adelante; por lo tanto, se denomina ancianos a toda persona mayor de 60 años.

Posligua (2023), a su vez mantuvo la definición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que "define a las personas adultas mayores como las personas mayores de 60 años, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población de la región, así como las condiciones en las que se produce el envejecimiento". El artículo 3 de la Constitución de la República del Ecuador establece: "Es persona mayor de edad la que ha cumplido sesenta y cinco años" (Asamblea Nacional, 2021).

En América Latina es importante señalar que la población de edad avanzada está creciendo a un ritmo alarmante, en nuestro país es fundamental cuidar a los ciudadanos en especial a los más vulnerables, aumentar la población activa puede traer muchos beneficios a nuestra sociedad y cultura.

2.2.2 Salud en los adultos mayores

a) Determinantes de la salud en adultos mayores

Se determina como un conjunto complejo de procesos que pueden proteger o amenazar la salud individual y colectiva de la población, y estos elementos complejos determinan el nivel de salud individual y pública; se refiere a la vinculación entre las tipologías individuales que posee cada persona, los factores socio económicos y el entorno físico que alberga de cada población, estos elementos están estrechamente relacionado con la repartición de la riqueza entre los habitantes de una nación, no sólo con la creación de riqueza (MSP, Ministerio de Salud Pública , 2021).

Capacidad Funcional: Las capacidades funcionales se definen como la característica funcional que una persona posee para realizar actividades de la vida diaria, la misma que no necesite la supervisión de otra persona, es decir, la capacidad de ejecutar múltiples tareas y roles complejos que se realizan de manera cotidiana, la misma que le permite mantenerse en buenas condiciones y que no afecta la calidad de vida.

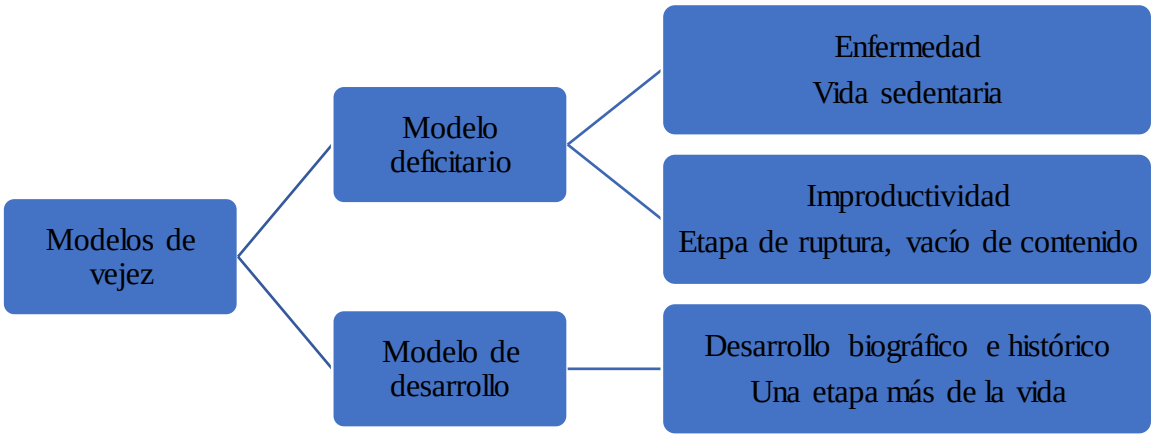
b) Grupos etarios en el adulto mayor

De acuerdo a la clasificación de la Organización mundial de la salud, se han establecido los siguientes puntos de corte:

- Edad avanzada personas con 60 años a 74 años.
- Personas viejas o ancianas: de 75 años a 90 años
- Grandes viejos o longevos: quienes han alcanzado los 90 años o más (OMS, 2021).

Figura 1

Modelo deficitario y modelo de desarrollo de vejez



Nota. El gráfico representa los modelos de desarrollo de una persona adulto mayor. Tomado de (Aranco et al., 2018).

Modificaciones fisiológicas asociados al envejecimiento

- **Altura:** A partir de los 40 años la altura de una persona disminuirá 1 cm cada 10 años debido al desgaste de los discos intervertebrales y al aplanamiento de los pies.
- **Visión:** La oxidación del triptófano provoca la atrofia del tejido periorbitario, lo que provoca la caída de los párpados superiores e inferiores, el endurecimiento del iris y el color amarillento de la pupila y el cristalino.
- **Oído:** Se produce la atrofia del conducto auditivo externo, engrosamiento de la parte interna de la membrana timpánica y deformación de las articulaciones óseas, lo que conduce a una disminución de las neuronas cocleares y de las células de Corti.
- **Piel:** Adelgazamiento de la dermis, elasticidad reducida, reducción del rubor y arrugas profundas, la pérdida de la función de las células del melón provoca la aparición de canas.

- **Esfera cognitiva:** Se observan dificultades en el pensamiento rápido, pero no has tenido ninguna dificultad de pensamiento en tu vida, tu coeficiente intelectual no disminuirá, mientras que las actividades mentales y el pensamiento abstracto cambiarán tu respuesta intelectual, y también perderás la capacidad de aprender.
- **Sistema nervioso:** El peso del cerebro disminuye debido a la pérdida de neuronas (neuronas corticales, cerebelo e hipocampo).
- **Sistema circulatorio:** La aurícula izquierda está agrandada, la aorta está dilatada y el tejido conectivo subendotelial forma vasos sanguíneos irregulares y rígidos.
- **Tracto gastrointestinal:** Las encías retroceden, se pierden algunos dientes, se desarrollan caries y la función de deglución se altera debido a cambios en los músculos del esófago.
- **Riñones:** Su función disminuye hasta un 30% y se pierden nefronas en la corteza renal.
- **Músculos esqueléticos:** la masa muscular disminuye (40%) y los tendones se vuelven más rígidos y aumenta la tasa de reabsorción ósea, lo que conduce a la osteoporosis, especialmente en las mujeres (Chuquipul y Izaguirre, 2018).

2.2.3 Influencias sociales en la salud

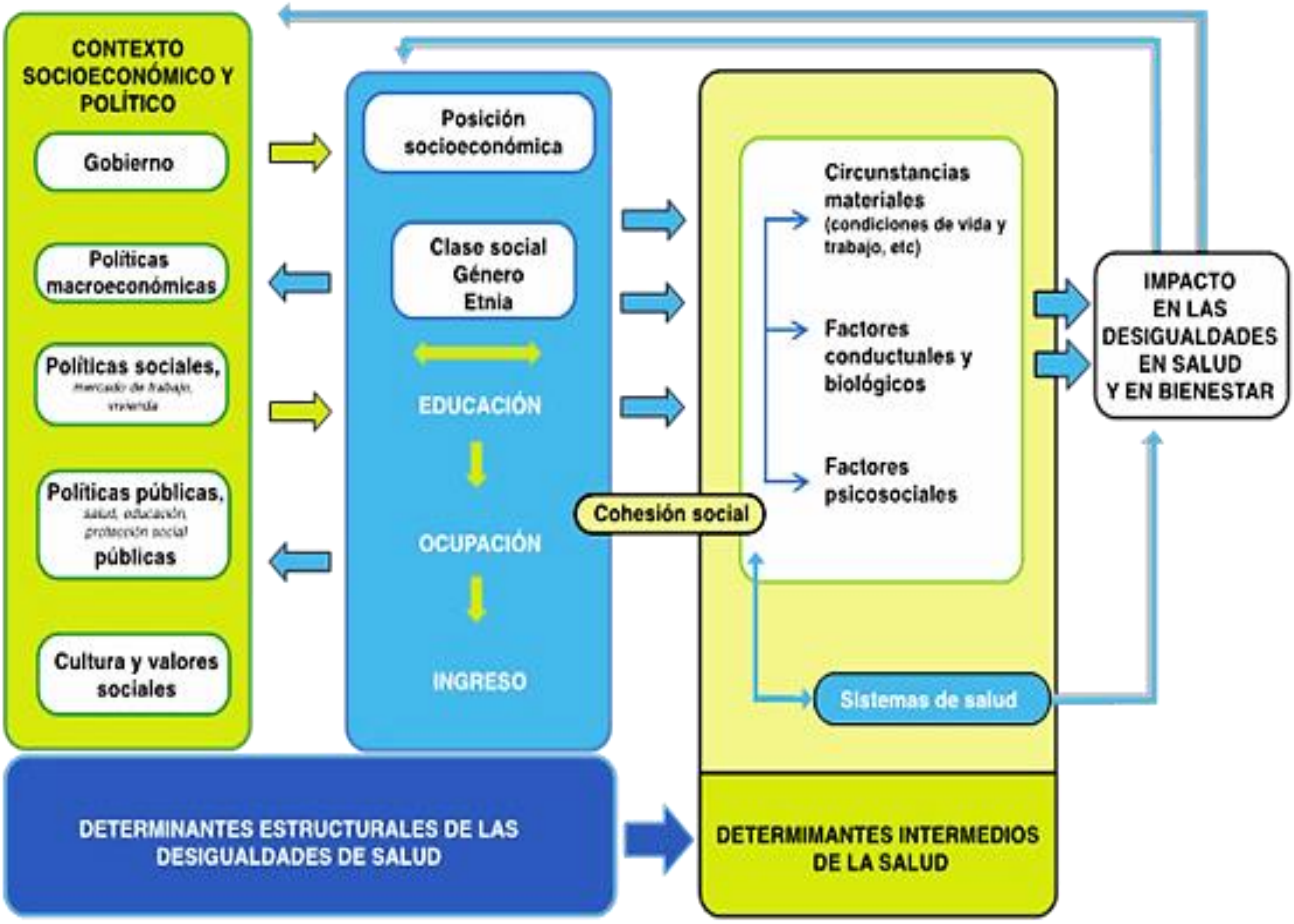
La Organización Mundial de la Salud OMS establece que los determinantes sociales de la salud (DSS) como el entorno en el que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluidas las fuerzas y sistemas más amplios que influyen en las circunstancias cotidianas; las situaciones mencionadas anteriormente pueden variar significativamente entre subgrupos de población y pueden generar diferencias en los resultados de salud.

Algunas de estas relaciones pueden ser inevitablemente diferentes, en cuyo caso se consideran desiguales, así como estas diferencias pueden ser innecesarias y evitables, en cuyo caso se consideran desiguales, y por lo tanto el objetivo adecuado de promover la desigualdad es aumentar la igualdad (OPS, 2021).

En la imagen 2 se describe el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud que recomienda la OPS/OMS para su abordaje, el cual menciona dos grandes secciones de los determinantes:

Figura 2

Modelo de Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: (Ruvalcaba y De la Guardia, 2020).

a) Estructurales y/o sociales

Manifiestan que los rasgos que crean o refuerzan la gradación social y determinan el nivel socioeconómico de las personas, formando la salud de los grupos sociales en función de su posición en el poder, prestigio y acceso a los recursos, enfatizando la jerarquía causal de los determinantes sociales de la desigualdad social relacionados con las condiciones sociales, el género, étnia, así como el acceso y la calidad de la educación y al empleo (OMS, 2021).

b) Intermedios y personales

Los determinantes intermedios y personales se distribuyen por clase social y explican las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a condiciones perjudiciales para la salud (OPS, 2019).

c) Categorías de determinantes

Condiciones materiales: Calidad de la vivienda y del medio ambiente que rodea a la persona, oportunidades de consumo (medios económicos para obtener alimentos sanos, vestimenta adecuada, etc.), acceso a servicios básicos y entorno físico de trabajo (OMS, 2017).

Entorno psicosocial: Estrés psicosocial, circunstancias vitales y relaciones estresantes, apoyo, redes y vínculos sociales (OMS, 2019).

Factores conductuales y biológicos: hábitos alimenticios, actividad y ejercicio físico, consumo de alcohol, tabaco y uso de drogas, factores biológicos, incluidos factores genéticos (Calderón et al., 2018).

Cohesión social: La confianza mutua y el respeto entre la población y sectores de la sociedad ayudan a las personas a valorar la salud tanto individual como colectiva.

Sistemas de salud: Exposición y fragilidad a elementos de riesgo, acceso a servicios de salud y campañas para reducir el desarrollo de las enfermedades en la vida de las personas.

2.2.4 Actividad física y de ocio en el adulto mayor

a) Variaciones fisiológicas

Con el paso de los años las células de los órganos y sistemas envejecen, lo cual provoca que se presentes dificultades en la calidad de vida de los adultos mayores, que poco a poco se van empeorando debido a que hay un proceso del ciclo de la vida en el cual provoca la muerte celular.

b) Variaciones corporales

Estas modificaciones se pueden observar en el cabello, la cara, con pérdida de cabello en los hombres y canas y arrugas en ambos sexos. Las orejas agrandadas, el mentón arrugado y los párpados caídos son los signos más visibles de la pérdida de elasticidad de los tejidos en todo el cuerpo.

c) Trasformaciones en el aparato locomotor

Conformado por el sistema musculoesquelético incluye huesos, músculos y articulaciones.

- Los huesos brindan soporte al cuerpo.
- Las articulaciones dan flexibilidad a los huesos.
- Los músculos proporcionan la fuerza y la resistencia necesarias para mover el cuerpo y sus órganos.

Actividad física: La colectividad de los adultos mayores pueden sacar provecho de diferentes tipos de actividad física: realizar bicicleta, nadar, levantar pesas y cultivar una planta son actividades seguras si se comienza lentamente (OMS, 2021).

2.2.5 Cambios psicológicos relacionados al entorno familiar

Desde el punto de vista psicológico, el cambio más notable se produce en la memoria a corto plazo, que muchas veces se asocia con la enfermedad de Alzheimer en las propias personas mayores, así como con la enfermedad de Alzheimer en nuestro entorno social o familiar. Esta intranquilidad se da porque no está claro si algunos de los cambios en la función cognitiva que se consideran normales ocurren en el adulto mayor, del mismo modo que los cambios en el estado de ánimo y la personalidad deberían considerarse normales y esperados.

Inteligencia: La inteligencia es el conocimiento acumulado durante la vida de una persona, que se origina en el hemisferio dominante del cerebro y se conserva durante toda la edad adulta (OMS, 2019).

Aprendizaje: Los adultos mayores pueden estar menos dispuestos a aprender ya que confían más en sus experiencias pasadas para resolver problemas, sin embargo, están dispuestos a probar nuevas tecnologías.

Memoria: Se considera tres tipos de memoria: la memoria de corto plazo, que dura de 30 segundos a 30 minutos, que incluye información aprendida hace mucho tiempo, y la memoria sensorial, que se adquiere a través de los sentidos y dura unos segundos; la recuperación de información de la memoria a largo plazo puede tardar varios segundos más, especialmente si la información no se utiliza o no se necesita todos los días.

La capacidad de mantener información en la conciencia disminuye mientras otra información se procesa en la memoria de trabajo, la pérdida de memoria puede ser causada por un sin número de factores además del envejecimiento natural.

Personalidad: Las trasformaciones fundamentales en la personalidad generalmente no ocurren con la edad, y la personalidad permanece constante durante la vida, aunque esta se expresaba de manera más abierta y honesta. La rigidez en los ancianos está más relacionada con limitaciones físicas y mentales que con cambios de personalidad, los tipos de personalidad no describen a todos los adultos mayores, el estado de ánimo, la actitud y la autoestima tienden a ser estables a lo largo de la vida.

Capacidad de concentración: La capacidad de atención (es decir, la capacidad de mantener la atención durante más de 45 minutos) se reduce en los adultos mayores.

Emociones y relaciones interpersonales: La área afectiva de los adultos mayores pueden volverse más intensa dependiendo de su nivel de apego a las personas de su entorno, por ejemplo la pérdida de una familia es una experiencia muy personal y cada persona tiene un nivel diferente de resiliencia, que incluye afrontar la adversidad o trauma y poder afrontarlo, pero con la edad la situación se vuelve más compleja, porque las personas mayores tienen relaciones interpersonales más débiles y tienden a aislarse y ocultar sus sentimientos (Quiñonez, 2020).

2.2.6 Estado funcional en el adulto mayor

La manera ideal de evaluar la salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, que proporciona datos verídicos que pueden predecir un futuro deterioro o mejora en la salud y permite a los médicos tomar las medidas adecuadas. Como la evaluación del estado funcional de las personas adultas mayores:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

- Ducharse
- Ponerse la ropa.
- Usar el baño
- Trasladarse de un lugar a otro
- Control de esfínteres
- Ingestas alimentarias autónomas

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

- Utilizar el transporte
- Comprar de manera autónoma
- Utiliza el teléfono
- Administración de medicación requerida
- Capacidad de independencia para hacer actividades en casa

Marcha y equilibrio

- Desplazamiento
- Estabilidad
- Caminata

El riesgo de que las personas mayores pierdan sus capacidades funcionales

- Presión arterial alta

- Consumo excesivo de azúcar (prediabetes/diabetes)
- Artritis reumatoide
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Alteraciones del estado de ánimo y mentales
- Abuso de drogas o sustancias
- Deterioro cognitivo

2.2.7 Alimentación del adulto mayor

Una alimentación correcta en conjunto con actividad física regular es una de las prácticas más influyentes para la salud general de los adultos mayores.

Nutrición: Es el procedimiento por el cual el cuerpo humano adquiere nutrientes de los alimentos a través de una serie de fenómenos inconscientes, como el proceso por el cual los nutrientes son absorbidos a través del tracto digestivo, ingresan a la sangre y son asimilados por las células (Valdés et al., 2017).

Nutrientes esenciales: El nutriente que brida energía suficiente para la ejecución de procesos vitales son los hidratos de carbono, los mismo que se encuentran en alimentos como el arroz, avena, maíz, quinua, trigo, papas, camotes, leche, etc. Las moléculas de carbohidratos más simples son los monosacáridos, como la glucosa y la fructosa, mientras que las más complejas son los polisacáridos, como el almidón y el glucógeno.

Estos nutrientes el organismo humano no puede crearlos, por lo que es necesario la administración y/o el consumo de alimentos que lo contengan.

Vitaminas: Son nutrientes esenciales que se encuentran en los tejidos animales y vegetales, proporcionan funciones celulares y algunos procesos metabólicos, el cuerpo humano no puede producirlos, ingresan al cuerpo con los alimentos.

Minerales: Representa el 5% del peso corporal y regula muchos procesos corporales. Estos pueden ser: macronutrientes (calcio, magnesio y fósforo), de los cuales se deben recibir al menos 100 gramos al día (yodo, cobre, hierro, potasio, sodio y cloro, flúor, azufre, zinc y manganeso), de los cuales; necesitas al menos 100 gramos al día (Aleaga, 2018).

Agua: Es indispensable para la vida y es muy abundante en la mayoría de los alimentos, es el componente más importante del cuerpo, porque constituye el 70% del peso corporal y es imprescindible para el funcionamiento de los órganos (Calderón, 2018).

a) Causas de la mala nutrición en el adulto mayor

Edad avanzada: Cuanto mayor es una persona, mayor es su riesgo de desarrollar problemas nutricionales, en parte porque es más probable que experimente problemas de salud que afecten su estado nutricional.

Enfermedades: Cuanto más enferma está una persona, más probabilidades hay de que experimente cambios en su dieta debido a la propia enfermedad o a su necesario tratamiento.

Aislamiento social: La nutrición es una preocupación importante para los adultos mayores que viven solos, lo que puede deberse a una falta de motivación para comer o a una falta de conocimiento sobre cómo preparar adecuadamente los alimentos.

Problemas financieros: Esto hace que sea difícil comprar los alimentos necesarios, y se deben evitar primero los alimentos caros que generalmente aportan más proteínas, como la carne y el pescado.

Disminución de la función física: En las personas mayores, esto es tanto una causa como una consecuencia de la desnutrición proteico calórica.

Problemas bucales: afectan el proceso de masticación y deglución e impiden que las personas mayores sigan una dieta adecuada, por lo que las enfermedades dentales pueden provocar problemas de malnutrición en las personas mayores (Fernández y Urgiles, 2023).

Abuso en la ingesta de bebidas alcohólicas : Es más común en personas con bajo nivel educativo, bajos ingresos económicos, depresión pasada o actual u otros problemas de salud y enfermedades mentales, si la cantidad consumida excede el 20% del total de calorías, pueden producirse deficiencias de macro y micronutrientes (INEC, 2020).

b) Recomendaciones y requerimientos nutricionales en el adulto mayor

Una alimentación adecuada o equilibrada se define como aquella que aporta alimentos suficientes y variados para solventar al organismo los nutrientes que necesita para funcionar correctamente.

Una dieta variada y equilibrada se considera a la que contenga todos los grupos de alimentos y en las porciones y cantidades adecuadas, ningún alimento por sí solo puede aportar al organismo los nutrientes que necesita para funcionar de forma óptima para que de esta manera se pueda mantener el estado de salud de los adultos mayores y se prevengan enfermedades crónicas que afecten la calidad de vida de manera prematura.

Vale la pena recordar que las personas mayores son más propensas a la deshidratación debido a la disminución de la función renal y de los niveles de agua en el cuerpo, a menos que tenga problemas renales o cardíacos, se recomienda beber suficiente cantidad de agua, porque las personas experimentan muchos cambios en la función y composición corporal a medida que envejecen.

Esto requiere algunos ajustes en las necesidades energéticas y nutricionales, por lo que las recomendaciones dietéticas específicas para mantener una buena salud son los principales aspectos nutricionales relevantes para esta etapa de la vida:

Vitalidad: La tasa metabólica basal disminuye con la disminución de la actividad física, por lo que las necesidades energéticas son menores; a partir de los 65 años, estas necesidades disminuyen un 10% anual, a la hora de calcular las necesidades calóricas se debe tener en cuenta el tipo y la intensidad de la actividad física habitual.

Recomendaciones nutricionales

- Frutas frescas: dos raciones al día
- Proteínas de alto valor biológico: dos raciones al día
- Verduras frescas: tres raciones al día
- Grasas insaturadas: utilizar con moderación
- Cereales, tubérculos y plátanos: cuatro raciones al día

Mientras tanto, los adultos mayores necesitan dos porciones de 90 gramos de proteína al día. Además, tus necesidades de calcio aumentan con la edad, y nunca es demasiado tarde para suplementar con calcio para mantener la masa ósea y reducir el riesgo de osteoporosis, pero

también debes obtener suficiente vitamina D para facilitar su absorción y hacer ejercicio durante al menos 30 minutos todos los días.

La vitamina A, presente en vegetales de hojas verdes, amarillos y naranjas, puede ayudar a los ojos a adaptarse a la poca luz y proteger la piel y otros tejidos; el ácido fólico interviene en la formación de glóbulos rojos y la falta de ácido fólico puede causar anemia.

La vitamina B12 se encuentra en vegetales de hojas verdes, algunas frutas, legumbres y cereales fortificados, y participa en la producción de glóbulos rojos y, cuando se combina con ácido fólico, puede causar anemia y, a veces, problemas neurológicos, la carne, el pescado, las aves, los huevos y los productos lácteos son buenas fuentes de zinc.

Las personas mayores deben beber abundante agua de 8 a 12 vasos al día aportan líquidos, pero deben seguir bebiendo bebidas variadas, jugos, leche, sopas, que pueden contener otros nutrientes, y no olviden que la mejor opción es la pura.

Cada situación individual es diferente, por lo que se recomienda consultar con un médico para conocer las necesidades nutricionales en cada caso, teniendo en cuenta la edad, el estado de salud y las actividades diarias.

2.2.8 La depresión en los adultos mayores

La depresión es un término que se usa a menudo para describir a las personas que se sienten la mayor parte del tiempo estados de tristeza profunda está clasificada científicamente como un trastorno psicológico que involucra una variedad de problemas relacionados con el comportamiento, las emociones y el pensamiento de una persona. A continuación, se proporcionan varios conceptos para que se pueda entender claramente la definición de depresión.

López (2021), señala que “la depresión es una exageración constante del sentimiento habitual de tristeza, al mismo tiempo se puede definir como una enfermedad grave que dura semanas o incluso meses y que sin duda afecta a la persona física y mentalmente”.

Concha (2021), respecto de la depresión sostiene que “es un trastorno de tipo emocional que se muestra como un estado de infelicidad y abatimiento, que puede tratarse de algo situacional o quedar fijado de forma estable y permanente”.

Galindo et al. (2021), en su trabajo de investigación, cita a la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes definen a la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño y apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Por otra parte, la depresión según Chuquipul y Izaguirr (2018), se define como “un trastorno psiquiátrico que se caracteriza por manifestar tristeza recurrente, anhedonia, inapetencia, fatiga, insomnio, sentimiento de inutilidad, entre otros más. Estos síntomas usualmente son ignorados por las propias personas que lo padecen, por la familia, incluso por profesionales de la salud, dada la complejidad para ser diagnosticados, y aún más considerando que son problemas comunes experimentados a diario por las personas adultas mayores”.

Las definiciones de los autores expuestos convergen en que la depresión está caracterizada por un estado de ánimo disminuido de las personas, que además se ve acompañada de sentimientos de culpa y tristeza; hoy por hoy, el trastorno de la depresión se ha convertido en un evidente problema de la sociedad, además, todo indica que la depresión es el problema que aqueja mayormente a la salud mental.

El 25% de las personas adultas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión las más frecuente; los trastornos depresivos aquejan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 y el 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades (Inostroza et al., 2023).

Por otra parte, según el (DSM-5-TR), se sustenta que "la depresión es un trastorno mental, que afecta los pensamientos y comportamiento del adulto mayor, causando una alteración negativa en sus relaciones personales, en este trastorno lo que ocurre es que se pierden las ganas de vivir" (Castro y Runzer, 2019).

Todos los inconvenientes que aquejan a las personas adultas mayores deberían estar sujetas a intervención social prioritaria; no obstante, la extensa brecha excluyente y por qué no, aquellos factores vinculados con el desconocimiento tienden a generan sentimientos negativos asociados en gran medida a estados de ánimo que desembocan en pensamientos de inutilidad, insatisfacción, desolación e ineficacia.

El impacto depresivo sobre las personas adultas mayores actualmente viene tomando una muy sería implicación médica, aunque generalmente termina siendo desapercibida ya que su sintomatología inicial es netamente cognoscitiva y tarda en su conversión a somática.

La depresión en adultos mayores es una condición común asociada con comorbilidad, sobreutilización de recursos de atención médica, suicidio y muerte, a menudo es infradiagnosticado y subtratado; la depresión en personas mayores se denomina depresión en la vejez.

Depresión de inicio temprano: comienza antes de los 60 años y se manifiesta como depresión recurrente o crónica en adultos mayores (Brüning, 2019).

Depresión de inicio tardío: inicio a partir de los 60 años, asociada a múltiples alteraciones neurológicas (neuroimagen, pruebas neuropsicológicas) y demencia (Brüning, 2019)

En algunas personas mayores, la depresión sin diagnosticarse o puede diagnosticarse erróneamente porque la tristeza no es su síntoma principal, tal vez tengan otros síntomas de depresión menos obvios o no quieran hablar de sus sentimientos. Hay varios tipos de depresión. Los más comunes incluyen los siguientes:

- **Depresión grave o mayor:** Los síntomas graves pueden afectar su capacidad para trabajar, dormir, concentrarse, comer y disfrutar la vida, algunas personas pueden tener solo un episodio en su vida, pero los episodios múltiples son más comunes (Astudillo, 2017).
- **Trastorno depresivo persistente (distimia):** síntomas de depresión no tan fuertes como los de la depresión grave, pero que duran por mucho tiempo (por lo menos dos años) (Castro y Runzer, 2019).

a) Etiopatogenia

La etiopatogenia se define como el origen o la causa del desarrollo de una patología, presentamos a continuación el mecanismo de cómo se produce la depresión en una persona adulta mayor.

En cuanto a la patogénesis de la depresión en la población geriátrica, cabe señalar de entrada que las causas de los trastornos del estado de ánimo en otros grupos de edad

(neuroquímicas, genéticas y psicosociales) son las mismas, aunque los factores predisponentes son los mismos en esta población; las características psicosociales y físicas están más estrechamente relacionadas que en otras poblaciones (Souza et al., 2022).

Así mismo, tenemos claro que los principales factores precipitantes de carácter somático contienen accidentes cerebrovasculares, trastornos neurológicos, infartos, infecciones agudas, radioterapia, entre otras más.

Figura 3

Factores de riesgo en depresión senil

Predisponentes	Contribuyentes	Precipitantes
Estructura de la personalidad (dependientes, pasivos-agresivos, obsesivos)	Situación socioeconómica	Crisis propias de la edad
Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión	Dinámica familiar	Abandono
Predisposición biológica (genética, neurofisiológica y neurobioquímica)	Grado de escolaridad, actividades laborales y de recreación	Sentimientos de desesperanza
	Pertenencia a un grupo étnico específico	Aislamiento
	Formas de violencia	Violencia
	Comorbilidad orgánica y mental	Muerte de familiares y allegados
		Pérdidas económicas
		Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades
		Discapacidad y disfuncionalidad
		Dependencia

Nota: El gráfico representa los factores de riesgo que inciden sobre la depresión senil. Tomado de (López, 2021).

b) Síntomas de la depresión

A medida que la edad avanza, los cambios que la vida nos depara repercuten sobre la salud física y mental de las personas en edad adulta, es normal que en esta fase de la vida se pueda identificar determinada sintomatología derivada de la depresión, que comúnmente actúa

desencadenando procesos de estrés, intranquilidad y tristeza. A continuación, se presentan los síntomas de la depresión más habituales en las personas adultas mayores:

Sentimientos de culpa

Ávila (2017), afirma que "la culpa se asocia a menudo con emociones relacionadas con la ética y la moralidad. Los teóricos la llaman una emoción autoconsciente caracterizada por sentimientos desagradables asociados con el remordimiento, el arrepentimiento y el malestar emocional, así como con componentes adaptativos y desadaptativos; alentar a las personas a cumplir con normas sociales y principios morales".

Insomnio

El insomnio suele estar asociado a una serie de problemas relacionados con la calidad del sueño. Bernabé (2022), afirma que “El insomnio es una sensación subjetiva de malestar con la duración y/o la calidad del sueño, con la creencia de que el sueño es insuficiente y poco reparador, afectando negativamente las actividades diarias (somnolencia diurna, bajo rendimiento, cambios de humor)”.

Inhibición psicomotriz

El retraso psicomotor en la edad adulta simplemente reduce o inhibe el funcionamiento de los sistemas corporales. Posligua (2023), afirma que “la depresión psicomotora es un grupo de trastornos psicomotores que, aunque no están asociados a patología neurológica u orgánica, en la mayoría de los casos están asociados a trastornos y condiciones que interfieren en el cuerpo, el movimiento y la comunicación”.

Ansiedad

López (2021), advierte que: “La ansiedad se define como una respuesta emocional a situaciones o eventos indeseables; como tal, evalúa específicamente los componentes cognitivos, fisiológicos y motores de las reacciones de una persona a diversos estímulos internos y externos, tal como los percibe y caracteriza el individuo. factores de estas reacciones.

Introspección

Mientras que la introspección implica una revisión íntima e interna, esta categorización de un problema desde cualquier perspectiva implica un acto de observación, no en el sentido físico, sino uno que se centra en la propia conciencia.

Respecto a la introspección, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2021), señala que “la introspección no debe entenderse como una observación del entorno interno del sujeto, que en última instancia no es una observación visual, sino un experimento en el que el sujeto objetiva el contenido de su conciencia”.

c) Factores predisponentes de la depresión en adultos mayores

Los factores que estimulan la aparición de la sintomatología depresiva en las personas adultos mayores según Labra y Ruvalcaba (2019) son:

Demografía social

Teniendo en cuenta todos los factores de riesgo, la depresión se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, y también es más común en adultos mayores que están estresados o aislados, las condiciones económicas y los informes de desempleo en las zonas rurales conducen a tasas de depresión más altas que en las zonas urbanas.

Estado civil

Los estudios muestran que los pacientes mayores que son viudos tienen más probabilidades de sufrir depresión, seguidos de los pacientes divorciados y solteros, lo que sugiere que en muchos casos la ausencia de una pareja tendrá un mayor impacto en los pacientes. productos orgánicos.

Las enfermedades orgánicas, como la enfermedad cerebrovascular, se asocian con la depresión, las personas con depresión tienen 2,5 veces más probabilidades de desarrollar enfermedad de la sustancia blanca subcortical.

Análisis estadístico de la depresión en personas mayores

A continuación, se presenta los análisis estadísticos relacionados con la depresión en personas mayores, (GDS-4) determinó lo siguiente: No se detectó depresión en el 79% de la población, mientras que el 21% presentaba síntomas de depresión. Según los resultados de los proyectos, el 96% de los encuestados se mostró satisfecho con su vida, el 4% se mostró insatisfecho y el 75% dijo que no tiene este sentimiento, tiene problemas de memoria, mientras que el 69% dijo que no (Astudillo, 2017).

Figura 4

Resultados por ítem divididos por diagnóstico

Frecuencia de respuesta de los ítems de GDS-4, según su diagnóstico (n/N).

	Sin manifestaciones depresivas (N=71)		Con manifestaciones depresivas (N=19)	
Item	SI	NO	SI	NO
Satisfacción con la vida	100%	- -	86%	14%
Impotencia o indefensión	7%	93%	62%	38%
Problemas de memoria	15%	85%	66%	34%
Abulia	5%	95%	38%	62%

Nota: El gráfico representa las manifestaciones depresivas y no depresivas de la población sujeta a investigación, citado por Espinoza & Vacacela (2014, p. 101)

Además, se utilizó datos estadísticos obtenidos de la implementación y desarrollo del artículo de investigación "Factores asociados a la depresión en residentes urbanos de 75 años y más". En este estudio se encuestó a un total de 400 personas de edades comprendidas entre 75 y 96 años, con una edad media de 81,29 años. El 46,8% son hombres y el 53,2% son mujeres.

El análisis descriptivo por género (Tabla 1) mostró que el 30,5% de los individuos presentaron síntomas depresivos, con mayor proporción de mujeres (40,1%) que de hombres (19,7%). El 78,2% de la población vive con otras personas y la proporción de mujeres es menor (68,7%) que la de hombres (88,9%). Por nivel de educación, el 51,8% de la población no ha completado la educación secundaria.

Tabla 1

Síntomas depresivos en función de las variables de estudio

	SÍNTOMAS DEPRESIVOS						
	Total		**Si**		**No**		**P**
Variables	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Edad							
<85	315	78,8	169	79	146	78,5	0,907
≥85	85	21,3	45	21	40	21,5	
Sexo							
Hombre	173	46,8	34	30,1	139	54,1	0
Mujer	197	53,2	79	69,9	118	45,9	
Convivencia							
Solo	87	21,8	57	26,6	30	16,1	0,011
Acompañado	313	78,3	157	73,4	156	83,9	
Nivel de estudios							
Con estudios	192	48,2	97	45,3	95	51,6	0,21
Sin estudios	206	51,8	117	54,7	89	48,4	
Ingresos mensuales							
<900	135	34,1	81	38,4	54	29,2	
≥900	190	48	97	46	93	50,3	0,126
Prefiere no contesta	71	17,9	33	15,6	38	20,5	
Autopercepción de salud							
Buena	236	62,9	97	51,1	139	75,1	0
Mala	139	376,1	93	48,9	46	24,9	
Fragilidad							
No Frágil	89	22,3	26	12,1	63	33,3	
Pre-frágil	218	54,25	122	57	96	51,6	0
Frágil	93	23,3	66	30,8	27	14,5	

Nota. La tabla representa los síntomas depresivos en función de las variables de estudio: recuento (n) y frecuencia (%), citado por (Inostroza et al., 2023).

e) Escala de Hamilton

La Escala de Calificación de Depresión de Hamilton (HDRS) es una escala utilizada de forma heterogénea, diseñada específicamente para su uso en pacientes previamente diagnosticados con depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad y el cambio de los síntomas en pacientes con depresión. Se evalúa con base en información obtenida durante entrevistas clínicas y complementada con información de otras fuentes secundarias (Inostroza et al., 2023).

Respecto al proceso de puntuación, el autor sugiere emplear los siguientes puntos de corte:

Tabla 2

Escala cualitativa de los niveles de depresión

Valoración	Porcentaje de valoración
No deprimidos	0 – 7
Depresión ligera/menor	8 – 13
Depresión moderada	14 – 18
Depresión severa	19- 22
Depresión muy severa	> 23

Nota. Puntos de corte recomendados para valorar La Escala de Hamilton, elaborado por (Aleaga, 2018).

2.2.9 Calidad de vida del adulto mayor

La senectud es un proceso normal que las personas experimentan a lo largo de sus vidas, y la calidad de vida es una forma de que las personas satisfagan sus necesidades antes de

terminar su existencia como seres humanos plenamente desarrollados como entes biopsicosociales y culturales.

De tal manera que los adultos mayores participan activamente en diversas actividades, mientras que el envejecimiento supone dificultades tanto físicas como mentales, parece más útil porque pertenecen a una comunidad con la que pueden compartir sus experiencias, alegrías y frustraciones.

Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, la población mundial de 60 años o más alcanzó los 600 millones en 2000, lo que corresponde a una décima parte de la población mundial total, el número de personas mayores ha seguido aumentando en los últimos años y se espera que siga aumentando.

Considerar su adaptación personal al entorno biológico y psicosocial cambiante que se presenta para lograr su bienestar óptimo, teniendo en cuenta el impacto en su salud física, la pérdida de memoria y el miedo, el abandono, la muerte, la adicción o la discapacidad. Desarrollo del envejecimiento (Barrera, 2017, pág. 22).

La exploración exhaustiva de aportaciones que investigue los síntomas depresivos y la calidad de vida en adultos mayores no reveló los hallazgos de investigación esperados, pero no podemos destacar estudios que definan asociaciones entre una o más variables. Teniendo en mente el tema principal de investigación “El impacto de los síntomas depresivos en la calidad de vida de las personas mayores”, tomaremos como punto de partida este trabajo “Calidad de vida y síntomas depresivos en una muestra de personas mayores”.

Este estudio destaca la relación entre los síntomas depresivos y la calidad de vida en la población, se ha confirmado que la conexión entre estos fenómenos no es casual, sino más bien un suceso común. Sabemos que la situación de vida del adulto mayor depende en gran medida de sus conexiones con sus familiares y seres queridos, pero sobre todo de la calidad y condición de esas conexiones.

Por otro lado, con base en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2018, presentamos el trabajo de investigación "Adultos mayores y síntomas de depresión: Características sociodemográficas y depresión en el adulto mayor", el cual permitió sostener las siguientes conclusiones:

El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre la presencia de síntomas depresivos y variables sociodemográficas, los resultados obtenidos concuerdan con los reportados en otros estudios, indicando que la probabilidad de aparición de síntomas depresivos aumenta si se tiene el estatus social y económico; personas mayores. Si bien todas las variables son importantes, es importante recalcar que existen ciertas condiciones que aumentan la probabilidad de desarrollar depresión en esta etapa.

El análisis mostró que las condiciones con mayor asociación fueron: ser mujer, ser local, tener más de 75 años, ser viudo, sin educación, vivir en zona rural, tener el menor índice de bienestar y tener dificultad para realizar actividades básicas de la vida. Además, se consideran como principales resultados las conclusiones del artículo de investigación titulado "El impacto de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores: un estudio transversal", el cual enuncia y sustenta los siguientes argumentos:

La presencia de síntomas depresivos se correlacionó negativamente con diversos aspectos de la calidad de vida, lo que sugiere que a medida que estos síntomas aumentan, la calidad de vida de los adultos mayores se deteriorará en diversos grados y se necesitarán intervenciones al respecto.

La calidad de vida es una variable de investigación multidimensional con gran significado y sustancia social. Actualmente se evalúa que este indicador tiene una marcada tendencia a la baja, lo que altera directamente la estabilidad biopsicosocial de la población mundial.

El continuo deterioro de la calidad de vida de las personas se debe, por supuesto, en gran medida a la gran insatisfacción con necesidades básicas como la alimentación, la vivienda, el trabajo, la seguridad social y los derechos humanos. En cada etapa de la vida, las personas necesitan darse cuenta de la importancia de la calidad de vida. Para obtener una comprensión teórica completa, a continuación, se presenta los diferentes enfoques teóricos de algunos personajes literarios destacados.

a) Factores de la calidad de vida de los adultos mayores

Aranco et al. (2018), manifiesta que "el estudio de la calidad de vida en las personas adultas mayores debe considerar al menos los factores que más influyen en el diario vivir de este grupo objetivo, a continuación, se detalla los componentes de mayor incidencia:

Salud emocional

- **Complacencia :** Sentirse satisfecho, feliz y satisfecho.
- **Autoestima:** Sentirse bien con su cuerpo, estilo de vida y sentido de valía.

- **Sin presión:** entorno seguro, estable y predecible, sin nerviosismo, sabiendo qué hacer y pudiendo hacerlo.
- **Interacción:** Socializar con diferentes personas y construir redes sociales.
- **Entorno social:** Mantener relaciones de calidad y calidez.
- **Apoyo:** contar con apoyo físico, emocional y económico, mantener personas que ayuden cuando sea necesario y te proporcionen información sobre tu situación actual.

Bienestar material

- **Situación financiera:** ingresos suficientes para comprar las cosas que necesarias.
- **Fuentes de empleo:** Conseguir un trabajo digno y un ambiente laboral adecuado.
- **Vivienda:** Un lugar cómodo y conveniente para vivir.

Desarrollo personal

- **Autoeducación:** oportunidades para aprender y enseñar.
- **Competencia personal:** El conocimientos y destrezas adquiridas a lo largo de sus vidas les permiten gestionar de forma autónoma su vida cotidiana, su trabajo, su ocio y sus relaciones sociales.
- **Desenvolvimiento:** Exitoso, y creativo en las actividades realizadas.

Buena salud

- **Salud:** buena salud, sin síntomas de enfermedad.

- **Actividades de la vida diaria:** Estar físicamente en forma y ser capaz de moverse de forma independiente y realizar actividades de cuidado personal como alimentarse, asearse y vestirse.
- **Atención en diferentes áreas de la salud:** prestación de servicios de atención sanitaria eficaces.
- **Recreación:** Estar en buena forma física y poder participar en actividades de ocio.

Autodeterminación

- **Emancipación personal:** toma decisiones autónomas.
- **Metas y valores personales:** valores personales, esperanzas, sueños.

Los componentes que acabamos de describir son particularidades que permiten vivir una vida digna, segura y, lo más importante, placentera, si algunos de estos no se desarrollan plenamente, esto puede tener consecuencias a nivel personal (Aranco et al., 2018).

b) Impacto en la calidad de vida de las personas mayores

La jubilación tiene el mayor impacto en la calidad de vida esperada de las personas mayores, ya que simboliza el retiro de la vida activa y la pérdida de estatus, y por lo tanto la necesidad de encontrar nuevas amistades, nuevos roles y actividades que disfrutarán en la vejez.

La persona es capaz de moverse con normalidad en su zona y el proceso de adaptación no es complicado después de esta etapa, evitándose así los síntomas, el aspecto espiritual juega un papel fundamental en la calidad de vida de las personas mayores, les hace sentir felices, y cuando dejan de trabajar o dejan de realizar las funciones que antes desempeñaban, caerán en un estado

de depresión, por lo que es creía que el paciente se separará de su familia, aislados del entorno social.

En Ecuador, la Constitución de la República permite una clasificación prioritaria de las personas mayores y permite una atención prioritaria y especial tanto en el sector público como en el privado (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Determinantes de la calidad de vida en las personas adultas mayores

Muchos autores han estudiado los factores del estilo de vida que se consideran importantes para la calidad de vida de las personas mayores; por supuesto, hay teorías que sugieren que la calidad de vida real varía dependiendo de la edad, el género, la ubicación y el lugar de residencia de las personas. Está claro que algunas personas tienen más o menos influencia que otras, por ejemplo, cuando hablamos del nivel de educación, vemos que es el menor en el caso de los adultos.

Por otra parte, algunos aspectos relacionados con la salud pueden afectar gravemente la calidad de vida de las personas mayores en general, presentándose síntomas depresivos y de ansiedad, que reflejan directamente las consecuencias de las condiciones antes mencionadas. La calidad de vida de las personas mayores estaría mejor vinculada a la esperanza de vida. Inversamente proporcional.

Respecto a la calidad de vida de las personas mayores, es necesario investigar aspectos como el estado de salud, el estado funcional, la predicción de discapacidad y la identificación de factores de riesgo. Con esta información se pueden planificar programas de prevención, campañas de salud específicas y organización de servicios y salud, por lo que es evidente que su utilidad va más allá del estrecho marco de los procesos de interés.

El envejecimiento puede considerarse uno de los factores más importantes que determinan la calidad de vida de las personas mayores como proceso biopsicofisiológico, la comunidad científica debe tener en cuenta que las capacidades cognitivas no se deterioran con el tiempo; por el contrario, si se producen procesos de estimulación efectivos desde la primera infancia, se puede alcanzar el pleno desarrollo intelectual en la edad adulta y la vejez.

Valoración de la calidad de vida

Para realizar evaluaciones de la calidad de vida, el Departamento de Ciencias de la Salud ha podido desarrollar varias herramientas para abordar las necesidades relacionadas con la salud física y mental de un individuo. En su mayor parte, los autores que desarrollan y editan los instrumentos de evaluación los crean basándose en sus creencias personales.

En concreto, hablamos de pacientes porque hablamos de personas con enfermedades que requieren diagnósticos específicos y tratamientos posteriores, para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud se utiliza una amplia gama de instrumentos: muchos de ellos son modelos orientados a la enfermedad que incluyen síntomas emocionales o físicos. Cabe destacar por su variedad de usos la Encuesta de Salud Short Form 36 (SFn36), que aparece en una amplia literatura sobre la calidad de vida en condiciones de enfermedad específicas.

Por otro lado, existen diversos instrumentos que pretenden evaluar algunos aspectos generales de la calidad de vida y la salud de las personas. Entre esta serie de cuestionarios, el instrumento más destacado es el conocido cuestionario abreviado de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL BREF), que ha sido validado y utilizado en el presente trabajo de investigación.

c) Escala WHOQOL BREF - World Health Organization of Life Questionnaire

La calidad de vida de los adultos mayores se puede evaluar de forma independiente utilizando la escala WHOQOL-BREF, que va de 0 a 100. Donde 0 es la peor puntuación y 100 es la mejor puntuación; actualmente no hay evidencia de que existan diferentes escalas de calificación cualitativa para evaluar la calidad de vida de las personas.

La escala WHOQOL BREF consta de 26 preguntas, dos de las cuales son preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y las 24 preguntas restantes se dividen en cuatro dominios: salud física, salud mental, relaciones sociales y medio ambiente. Las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida. La escala de respuesta fue tipo Likert con 5 opciones de respuesta.

Tabla 3

Valoración de la escala de calidad de vida

Calidad de vida	Porcentajes de valoración
Alta	100 a 90%
Media alta	90 a 80%
Media	80 a 60%
Media baja	60 a 45%
Baja	< 45%

Nota. Base de datos - escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, elaborado por (Calispa & Castillo, 2020)

d) Misión de los cuidadores

Podría decirse que una intervención temprana en la población mediante la mejora cognitiva, buenos hábitos alimentarios, programas de ejercicio aeróbico, prevención y control de enfermedades crónicas y redes de apoyo puede colocar a las personas en una mejor posición para un envejecimiento digno, logrando una senectud exitosa que se encuentra en la literatura

científica, es decir, en el proceso de envejecimiento las personas son capaces de mantener una calidad de vida optima, siendo independientes y pueden realizar diversas actividades.

Atención en la senectud

Atención interna o externa: Es responsable de los procesos mentales del adulto mayor, controlando los procesos mentales desde el exterior o interior.

Atención dividida y selectiva: es el enfoque de la atención en los estímulos relevantes y la distracción de los estímulos irrelevantes, mientras que la atención selectiva responde a los estímulos táctiles, visuales y auditivos (López, 2021).

Atención abierta y encubierta: en este caso el foco de atención será desplazado por la persona mayor, mientras que en el caso de atención forzada el estímulo no obliga al individuo a concentrarse

Subsistema de atención

Concentra su atención. - Se puede definir como la capacidad de nuestro cerebro para centrar la atención en un estímulo objetivo, independientemente de la duración de la fijación, la atención focalizada es un tipo de atención que nos permite identificar rápidamente los estímulos relevantes.

Atención selectiva. - Esto permite al receptor procesar los estímulos relevantes al tiempo que inhibe el procesamiento de estímulos irrelevantes para la tarea que pueden aparecer en el campo visual al mismo tiempo que los estímulos relevantes (López, 2021).

Atención alternada. – Se manifiesta sin problemas la atención de una tarea o regla de la casa a otra.

Distracción. - Es forma de atender a varios estímulos al mismo tiempo, la capacidad de centrarse en varios estímulos y tareas al mismo tiempo y de responder a diversas demandas ambientales.

Violación de los derechos de las personas mayores

El abuso de personas mayores en instituciones puede ocurrir con más frecuencia que en la comunidad y puede resultar en daños físicos graves y consecuencias psicológicas a largo plazo. Este abuso constituye una violación de los derechos humanos e incluye la violencia física, sexual, psicológica o emocional, el abuso económico o material, el abandono, la negligencia y la pérdida grave de la dignidad y el respeto.

La sensibilización pública sobre el maltrato y abandono de las personas mayores es una meta planteada por el Ministerio de Economía e Inclusión Social (MIES) y forma parte de las actividades nacionales que se realizan en el marco del Día Internacional de las Personas Mayores.

Para ello, en la parroquia Mariscal Sucre-San Pedro de Huaca, el MIES-Carchi aceptó una solicitud de propuestas para organizar unas actividades de ocio que permitieran participar a 75 personas mayores, compartir experiencias y apoyar la buena terapia y socialización. Según el MIES, la población adulta mayor del país es de 1.086.262, de los cuales 532.268 son hombres (47,4%) y 56.856 son mujeres (52,6%) (MIES, 2017).

En esta provincia, la institución funciona en dos programas: visitas puerta a puerta y reuniones de grupo, en el primer programa, los promotores brindan tratamiento, seguimiento gerontológico y más, en la segunda modalidad, coordinan con otras instituciones las discusiones

y coordinaciones médicas, de higiene, seguridad y solución de controversias por parte de los jueces de paz (MIES, 2017).

El Bienestar Mental

La salud mental abarca nuestro bienestar emocional, psicológico y social, afecta cómo pensamos, sentimos y nos comportamos en la vida, todas las etapas de la vida son importantes, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta (Astudillo, 2017).

Autoestima

Se trata de una autoevaluación, generalmente positiva, en psicología, es una autopercepción emocional que trasciende la razón y la lógica, en otras palabras, la autoestima es nuestro sentido de valor físico, mental y personal (Brüning, 2019).

2.2 Marco legal y ético

2.2.1 Marco Legal

a) Constitución de la República del Ecuador

Art.32. La salud es un derecho garantizado por el Estado, cuya implementación está relacionada con la implementación de otros derechos, incluidos el agua, la alimentación, la educación, el deporte, el trabajo, la seguridad social, el medio ambiente sano y otros derechos para una buena vida, el Estado garantiza estos derechos a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; acceso continuo, oportuno y no excluyente a programas, actividades y servicios de promoción y salud integral de la salud sexual y reproductiva (Asamblea Constituyente, 2008).

Art. 358. Un sistema nacional de salud tiene como objetivo desarrollar, proteger y restaurar la capacidad y el potencial individual y colectivo para la salud y una vida plena, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema seguirá los principios generales de los sistemas nacionales de inclusión e igualdad social, así como los principios de bioética, suficiencia e interculturalidad, así como aplicará un enfoque de género e intergeneracional (Asamblea Constituyente, 2008).

Art. 359.- El sistema nacional de salud incluirá instituciones, programas, políticas, recursos, actividades y actores del sector salud para garantizar la promoción, la prevención, la recuperación y la rehabilitación en todos los niveles; control social (Asamblea Constituyente, 2008).

Art. 360.- El sistema, a través de sus instituciones, asegurará la promoción de la atención de la salud a nivel familiar y comunitario, la prevención y la atención integrada basada en la atención primaria, y promoverá la complementariedad con la medicina ancestral y alternativa (Asamblea Constituyente, 2008).

b) Plan Nacional de Desarrollo 2021-2025

Objetivo 6.- Garantizar el derecho a una atención sanitaria integral, gratuita y de calidad, la Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, salud inclusiva y de calidad a través de políticas nacionales sobre estilos de vida saludables (Secretaría de Planificación y Política Pública, 2021).

c) Ley Orgánica de Salud

Art. 3.- La salud es un estado de completa aptitud física, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; estos son los derechos humanos inalienables, indivisibles, inalienables e inalienables, cuya protección y protección es responsabilidad primordial del Estado; es un proceso colectivo de interacción que tiene como resultado que el estado, la sociedad, la familia y los individuos creen conjuntamente el medio ambiente, el medio ambiente y un estilo de vida saludable (Ministerio de Salud Pública, 2015).

d) Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores

Art. 1.- Objeto. Esta ley tiene por objeto promover, regular y garantizar la plena efectividad, distribución y aplicación de los derechos especiales de las personas mayores en el marco de los principios de prioridad y atención especial establecidos en la Constitución de la República y documentos internacionales. Derechos humanos y conexos, teniendo en cuenta la igualdad de género, la movilidad humana, intergeneracional e intercultural (Asamblea Nacional, 2019).

e) Norma Técnica de Población Adulta Mayor

Se intentará operar unidades de atención a personas mayores dependientes del Ministerio de Economía e Inclusión Social, introduciendo servicios multimodales que incluyan los siguientes modos de transporte: alojamiento, guardería, cuidados alternativos en la habitación y pensiones. optimizar el uso de los recursos existentes, brindar servicios y atención a un grupo más grande de personas mayores que satisfagan sus diversas necesidades (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014)**.**

2.2.2 Marco ético

a) El código de Helsinki

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha emitido la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para la investigación médica con seres humanos, incluida la investigación con material e información humanos identificables.

Para cumplir su finalidad, sin duda el manifiesto debe ser considerado como un todo, y por supuesto cada uno de sus párrafos debe completarse en base y en relación con los demás párrafos característicos.

Principios generales

- El objetivo principal de la investigación médica humana es comprender las causas, el desarrollo y las consecuencias de las enfermedades y mejorar las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso las intervenciones mejor documentadas deben evaluarse continuamente mediante investigaciones para garantizar que sean seguras, efectivas, eficientes, asequibles y de alta calidad.
- La investigación médica está sujeta a estándares éticos que promueven y aseguran el respeto a todas las personas y protegen su salud y sus derechos individuales.
- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe anteponerse a los derechos e intereses de los investigadores involucrados (Asamblea Nacional, 2021).

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Descripción del área de estudio / Descripción del grupo de estudio

La presente investigación fue realizada en la parroquia de La Esperanza, del cantón Pedro Moncayo de la provincia de Pichincha, esta parroquia se encuentra ubicada al nororiente de la cuidad Quito.

El cantón Pedro Moncayo es uno de los ocho cantones que forman parte de la provincia de Pichincha, está ubicado al nororiente, aproximadamente a 51 km de la ciudad de Quito. La Esperanza es una parroquia de 37,78 km cuadrados de superficie, su altitud se encuentra entre los 4300 m.s.n.m en la zona alta y los 2400 m.s.n.m en la zona del río Pisque (zonas bajas), con un clima que varía según la altitud.

3.2 Enfoque de investigación

La investigación cuantitativa representa una manera estructurada de compilar y analizar información científica, por lo general los datos conseguidos provienen de distintas fuentes y la obtención de resultados viene de la mano de aplicaciones estadísticas y matemáticas. El actual estudio es cuantitativo ya que basó su enfoque en un número determinado de personas participantes, que están dentro del grupo etario bien definido como son los adultos mayores.

3.3 Diseño de la investigación

El estudio de investigación presenta un diseño no experimental ya que la muestra seleccionada, no estuvo sujeta a manipulación o cambios en cuanto a su naturaleza; al mismo tiempo, los resultados obtenidos son presentados de manera real y precisa.

3.4 Tipo de investigación

El trabajo investigativo es analítico, correlacional y de corte transversal, porque busca analizar y entender relaciones entre variables a través de datos numéricos; además, estudia las características de la población, determinando las situaciones, actitudes y costumbres, por medio de la exposición exacta de actividades, objetos, procesos y personas; permitiendo establecer el grado de relación y semejanza que exista o no entre dos o más variables, y de corte transversal porque tiene como función recopilar datos de la población por una sola ocasión y en un tiempo determinado mediante la aplicación de los instrumentos.

3.5 Población objetivo

La Población objetivo del presente trabajo de investigación son las personas adultas mayores que acuden al Centro Gerontológico de Atención Diurna La Esperanza, perteneciente a la parroquia de La Esperanza del cantón Pedro Moncayo, provincia de Pichincha, siendo un total de 53 personas.

Para este caso en particular, todo el trabajo fue desarrollado con un muestreo no probabilístico por conveniencia; los participantes seleccionados fueron 53 personas adultas mayores que se apostan en un rango de 65 a 88 años como promedio de edad, además, todas pertenecen a la parroquia la Esperanza, del cantón Pedro Moncayo de la provincia de Pichincha.

Asimismo, es importante resaltar que la participación de las personas es voluntaria en su totalidad, por lo que resulta prudente informar que los datos recolectados tendrán fines meramente investigativos en pro del bienestar del adulto mayor.

3.6 Criterios de inclusión

- Adultos mayores que asisten al Centro Gerontológico de Atención Diurna La Esperanza.
- Adultos mayores que no presenten discapacidad auditiva.

3.7 Criterios de exclusión

- Personas que no hayan firmado el consentimiento informado emitido por el investigador.
- Personas que no asistan el día de convocatoria para la aplicación de la herramienta de investigación estipulado.

3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de información

Escala de WHOQOL BREF - World Health Organization of Life Questionnaire

Escala de Hamilton - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)

3.8.1 Técnicas de recolección de datos

Entrevista: técnica de comunicación interpersonal establecida entre el investigador y las personas sujetas al estudio, que permite recolectar y analizar entre diferentes aspectos que favorecen al trabajo de investigación.

- Observación: técnica que permite identificar de manera rápida cualquier comportamiento observable dentro de un grupo específico.
- Cuestionarios: técnica que permite estandarizar e integrar el proceso de recopilación de datos.

3.8.2 Instrumentos

- Consentimiento informado
- Escala de depresión de Hamilton
- Escala de calidad de vida WHOQOL BREF

3.9 Procedimiento de la investigación

El desarrollo del actual trabajo de investigación será ejecutado por etapas; a continuación, especificaremos cada una de ellas:

Etapa 1. Socialización y permisos de autorización de la población objetiva:

En primera instancia, es necesario desarrollar una socialización del trabajo de campo que será puesta en marcha, al mismo tiempo, debemos obtener el permiso autorizado de las personas que fueron seleccionadas para ser evaluadas mediante un informe de aceptación de las partes.

Etapa 2. Aplicación de los instrumentos de investigación:

Con el objetivo de establecer la influencia de la sintomatología depresiva en la calidad de vida de las personas adultas mayores; haremos uso de la escala WHOQOL BREF que evalúa la calidad de vida de las personas en función de diferentes aspectos como son la salud física, psicológica, interpersonal y ambiental.

Por otro lado, se empleará la escala de Hamilton - Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS) para evaluar cuantitativamente la complejidad de los síntomas y valorar de manera efectiva los cambios del paciente deprimido.

Etapa 3. Evaluación, análisis y correlación de las variables: Para el desarrollo del actual trabajo de investigación, se procedió a evaluar la influencia de la sintomatología depresiva sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores.

3.10 Procesamiento de la información

Una vez realizada la recopilación de la información de los indicadores de calidad de vida y el estado depresivo, se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010. De este modo, una vez conocidos los resultados estadísticos, se analizó cada uno de estos elementos bajo estrictos criterios de viabilidad y fiabilidad, e identificando los principales parámetros de influencia entre variable. La discusión de los resultados obtenidos se contrastó con otras investigaciones con grupos de estudios de similares características.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSÓN

4.1 Análisis de resultados

Tabla 4

Datos sociodemográficos

Variables	n	%
Edad		
65 a 70 años	11	20,75
71 a 75 años	15	28,30
76 a 80 años	16	30,19
> 85 años	11	20,75
Género		
Masculino	20	37,74
Femenino	33	63,26
Residencia		
Rural	53	100,00
Estado civil		
Casado/a	23	43,40
Divorciado/a	1	1,89
Soltero/a	3	5,66
Viudo/a	26	49,06
Etnia		
Mestizo/a	53	100,00
Nivel de escolaridad		
Ninguna	18	33,96
Primaria incompleta	35	66,03
Ocupación		
Que hacer doméstico	33	62,26
Jornalero	20	37,74
Ingresos económicos		
Menos del salario básico	53	100,00

En la tabla 3 se puede identificar que el 30,19 % de los adultos mayores corresponde a edades entre 76 a 80 años, el 63,26% de la población fue conformado por el sexo femenino, todos los adultos mayores son procedentes de zonas rurales de la parroquia, el 49,06% son viudos, además se identificó que todos se autoidentifican como mestizos, el 66,03% refieren

haber cursado la primaria, también se identificó que más de la mitad de la población se dedican al que hacer doméstico y todos indican que tienen ingresos económicos menores a un salario básico unificado.

Tabla 5

Valoración de la escala de depresión de Hamilton

Niveles de depresión	n	%
No deprimidos	11	20,70
Depresión ligera/menor	33	62,30
Depresión moderada	7	13,20
Depresión severa	1	1,90
Depresión muy severa	1	1,90
Total	**53**	**100%**

Mediante la tabla 5 se identificó que más de la mitad (62,30%) de la población tienen depresión ligera o menor, y tanto la depresión severa y muy severa se presentó en el 1,90% cada una respectivamente.

Tabla 6

Relación entre el nivel de depresión

Nivel de depresión	Género			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
Depresión ligera/menor	22	66,67	11	55,00
Depresión moderada	3	9,09	4	20,00
Depresión muy severa	1	3,03	0	0,00
Depresión severa	0	0,00	1	5,00
No deprimido	7	21,21	4	20,00
Total	**33**	**100,00**	**20**	**100,00**

De acuerdo a la tabla 6 se puede identificar que en el sexo femenino hay un mayor porcentaje de depresión ligera, así mismo se puede observar que el porcentaje de mayor de adultos mayores no deprimidos supera el sexo femenino (21,21%) al masculino (20,00%).

Tabla 7

Frecuencia y porcentaje de la variable calidad de vida

Nivel de calidad de vida	n	%
Alta	0	0,00
Media alta	0	0,00
Media	18	33,96
Media baja	33	62,26
Baja	2	3,77
Total	**53**	**100,00**

Mediante la tabla 7 se identifica el nivel de calidad de vida que presentan los adultos mayores mediante la Escala de WHOQOL BREF - World Health Organization of Life Questionnaire, se identifica que más de la mitad (62,26%) de la población refleja tener una calidad de vida media baja, seguida por el 33,96% con una calidad de vida Media y el 3,77% una calidad de vida baja y por el contrario no se reflejaron calidades de vida Media alta y alta.

Tabla 8

Calidad de vida

Categorías	n	%
Salud Física		
Alta	0	0%
Media alta	0	0%
Baja	20	38,00
Media Baja	22	42,00
Media	11	21,00
Psicológica		
Baja	28	53,00
Media Baja	23	43,00
Media	2	4,00
Relaciones Interpersonales		
Baja	47	89,00
Media Baja	6	11,00
Media	0	0,00
Entorno		
Baja	31	58,00
Media Baja	20	38,00
Media	2	4,00

La tabla 8 refleja que mediante las categorías (Salud física, Psicológica, Relaciones interpersonales y el entorno) que evalúa la Escala de WHOQOL BREF - World Health Organization of Life Questionnaire, se observa la inclinación a la calidad de vida Baja, Media baja y media, y no se evidencia la calidad de vida media alta ni alta.

Dentro de la categoría de salud física se observa que casi la mitad (42,00%) presentan una calidad de vida media baja, de la categoría psicológica más de la mitad de la población (53,00%) presenta una calidad de vida baja, con la categoría de Relaciones interpersonales el 89,00% presenta una calidad de vida baja, y mediante la categoría del Entorno que rodea a la población el 58,00% también presenta una calidad de vida baja.

Tabla 9

Relación entre los niveles de depresión y la calidad de vida

Niveles de depresión	Calidad de vida						*P valor*
	Baja		Media baja		Media		
	n	%	n	%	n	%	
Depresión ligera/menor	1	50,00	21	63,64	11	61,11	
Depresión moderada	0	0,00	7	21,21	0	0,00	
Depresión muy severa	1	50,00	0	0,00	0	0,00	0,0048
Depresión severa	0	0,00	1	3,03	0	0,00	
No deprimido	0	0,00	4	12,12	7	38,89	

Mediante la ilustración 1 y la tabla 11 las cuales muestran la relación entre los niveles de depresión y la calidad de vida, en donde se puede evidenciar que los adultos mayores presentan depresión severa presentan una calidad de vida media baja, así mismo se puede observar que en adultos mayores con depresión ligera son personas que también tienen una calidad de vida media baja. Los adultos mayores no deprimidos son quienes tienen una calidad de vida media y en un menor porcentaje personas con una calidad de vida media baja.

La relación es estadísticamente significativa (p= 0,0048). Por lo que se puede identificar que existe relación inversamente proporcional entre el nivel de depresión con la calidad de vida de los adultos mayores, en donde mayor es el nivel de depresión, la calidad de vida se disminuye.

4.2 Discusión de resultados

La población estudiada tiene una mayor prevalencia de mujeres (n=33; 63,26%); en edades entre 76 a 80 años (n=16; 30,19%), con estado civil "viudo" (n=26; 49,06%), procedentes todos de zonas rurales y todos se consideran de etnia mestiza, con primaria incompleta (n=35; 66,03%), dedicados mayoritariamente al que hacer doméstico (n=33; 62,26%) y todos refieren percibir menos del salario básico al mes. Un estudio similar realizado en el sureste de Brasil, se obtuvieron datos diferentes, donde la población estudiada comprende mayoritariamente en edades entre 60 y 64 años (49,5%), con estado civil casados (60,10%), considerados blancos (65,30%), con estudios de secundaria completa (36,90%) y con presencia de educación superior (36,60%) (Souza et al., 2022).

Dentro de la sintomatología depresiva en el presente estudio se identificó que existe una mayor presencia de depresión ligera (n=33; 62,30%), seguido por la presencia de depresión moderada (n=7; 13,20%); en el estudio "Implicaciones de la depresión en la calidad de vida del anciano: estudio seccional" de Brasil, donde se analizó la asociación entre sintomatología depresiva y calidad de vida de 596 personas mayores que respondieron a tres instrumentos: biosociodemográfico, Escala de Depresión Geriátrica y WHOQOL-Old. Se encontró que el 72,00% de la población no presentó sintomatologías, en el otro porcentaje restante, la sintomatología de mayor prevalencia fue depresión leve o ligera (19,10%) al igual que en la población de estudio, la sintomatología grave se presentó en el 8,90%, este porcentaje es mucho mayor al de este estudio, ya que se presentó en el 1,90% (Souza et al., 2022).

En otro estudio sobre "Depresión y calidad de vida en adultos mayores que residen zonas vulnerables en San Martín de Porres", realizado en Perú en el 2021, se valoró a 53 adultos

mayores de una zona residencial, en donde se determinó que la población evaluada presenta depresión en el 40,80% correspondiente a normal y en el mismo porcentaje depresión leve y finalmente en un porcentaje menor depresión establecida (depresión severa) (Quispe, 2021).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el 25 % de la población mayor de 60 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico; el más frecuente es la depresión, durante esta fase, los adultos mayores enfrentan una serie de desafíos y problemas: enfermedades relacionadas con la edad, duelo por la muerte de amigos y seres queridos, convivencia con nuevas incorporaciones a la familia, pérdida de estatus social y, lo más importante, pérdida de sentidos y disminución de la función de órganos como la visión y el oído y movimiento limitado al caminar. Además, se suma la vulnerabilidad ante las agresiones del medio y, la falta de tolerancia a sus gustos, deseos, aspiraciones o intereses que puede causar alteraciones en el estado emocional del adulto mayor (Diaz, 2020, p. 2)

La calidad de vida de los adultos mayores de este estudio el cual fue valorado mediante la escala de WHOQOL BREF - World Health Organization of Life Questionnaire resaltó que el 53,00% presentó una calidad de vida baja, seguido por el 42,00% con una calidad de vida media baja, mismo que en la categoría donde hay mayor presencia de calidad de vida baja es en el aspecto de Relaciones interpersonales y una calidad de vida media tiene mayor prevalencia en el aspecto de salud física. En el estudio realizado en una parroquia rural de Ecuador en el año 2023, en donde se evaluó la calidad de vida en los adultos mayores de una parroquia del cantón Cuenca, se encontraron datos similares, donde el 45,00 de la población presento una calidad de vida normal (Media), seguida por el 42,50% por una calidad de vida Regular (Media baja). Por otro lado, al determinarlo por cada categoría, en salud física se refleja en un nivel intermedio (media baja) por las limitantes que afectan en la capacidad de trabajo donde hicieron énfasis en

la opción de poco satisfecho, en la categoría psicológica también se evidencia que existe un mayor porcentaje en la calidad de vida baja, donde los ítems con mayores problemas identificados son “la satisfacción con sigo mismos y cuánto disfrutan de la vida”. En la categoría de Ambiente (Entorno) se evidencia que afecta el nivel de satisfacción de la calidad de vida. Dentro de la relación entre las cuatro categorías corresponden a salud física y psicológica, y en menor porcentaje en las demás categorías las mismas que son similares a lo encontrado en este estudio (Fernández y Urgiles, 2023).

En el estudio realizado por Quishpe en el año 2021, determinó que existe una mayor calidad de vida medianamente buena en el 78,50% de la población, seguido por el 18,50% correspondiente a buena calidad de vida y con el 3,10% a una mala calidad de vida (Quispe, 2021). Al relacionar las variables de los síntomas depresivos con la calidad de vida de los adultos mayores, establece que existe una relación estadísticamente significativa ($p=< 0,05$) entre la depresión y la calidad de vida con relación a la capacidad sensorial, así mismo como en la relación entre la depresión y la calidad de vida en la dimensión intimidad. Concluyendo que la depresión interfiere en la calidad de vida por que se aumenta la búsqueda de servicios de salud e impidiendo un bienestar físico y mental en el adulto mayor (Quispe, 2021).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El objetivo general del actual trabajo investigativo procuró describir la incidencia de la sintomatología depresiva sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores, con este fin, se decidió implementar instrumentos psicométricos que se encargaron de evaluar a cada una de las variables de estudio *Escala WHOQOL BREF (Calidad de Vida)* y Escala *de Hamilton (Sintomatología Depresiva)* ambas herramientas caracterizadas por permitirnos levantar datos e información que ayudaron en el establecimiento y construcción de las siguientes conclusiones.

Uno de los hallazgos más importantes identificados tiene estrecha relación con la prevalencia de la sintomatología depresiva que se puede apreciar en el actual trabajo investigativo, y que por cierto tiene que ver con aquellos aspectos relacionados a la actividad sexual, el deseo sexual y los trastornos de la menstruación en el caso particular de las mujeres.

Además, se identificó que el factor que determina la calidad de vida en las personas adultas mayores se relaciona con el estado de aceptación de las personas acerca de su propia "apariencia física".

Por último y no por ello menos importante, al comprobarse la hipótesis de investigación puedo concluir señalando que la sintomatología depresiva de los pacientes (personas adultas mayores) influye directamente sobre la calidad de vida de nuestra población objetivo, en otras palabras, significaría que la afección depresiva es directamente proporcional al sentimiento de bienestar somático y cognitivo de las personas.

Recomendaciones

Con base a los resultados obtenidos en el actual trabajo investigativo, pueden realizar recomendaciones que puedan mejorar las repercusiones de la sintomatología depresiva sobre la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Efectuar campañas de cine y educación sexual enfocas en personas adultas mayores, siempre y cuando dichas guías para adultos proporcionen información relevante que ofrezcan estrategias físicas, psicológicas y emocionales que posibiliten un estado de homeostasis en la población objetiva de nuestro estudio.

Asimismo, continuar fortaleciendo y promocionando el componente denominado "imagen corporal", el concepto de autoimagen y aceptación propia, promueve características de autoconfianza y seguridad en las personas adultas mayores, es por ello que la "apariencia física" en este grupo etario representa en gran medida la puerta de entrada que los direcciona hacia una calidad de vida digna.

Finalmente, dimensionar la totalidad de la sintomatología depresiva en las personas adultas mayores; como ya hemos podido corroborar, la incidencia sobre la calidad de vida se encuentra directamente relacionada con los síntomas depresivos que son propios de las personas en estas edades. No obstante, estamos a tiempo de tomar cartas en el asunto, establecer y desarrollar planes de acción a medida que hagan posible la actuación efectiva de profesionales, que permita mitigar esta gran problemática de impacto social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aleaga, A. C. (2018). *Análisis de la situación del adulto mayor en Quito.* Quito: Universidad Andina Simón Bolívar. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6465/1/T2772-MGDE-Aleaga-Analisis.pdf

Aranco et al. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe.* México: División de Protección Social y Salud-BID. https://doi.org/https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf

Asamblea Constituyente. (enero de 2008). *Constitución de la República del Ecuador* (Primera ed., Vol. 14). (A. Nacional, Ed.) Montecristi: Gobierno Nacional del Ecuador.

Asamblea Nacional. (2019). *Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores.* Quito: Gobierno Nacional. https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf

Asamblea Nacional. (2021). *Constitución de la República del Ecuador.* Quito: Gobierno Nacional del Ecuador. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Astorga, S. (2021). *Efectos del entrenamiento de fuerza con característica socializadora y lúdica sobre el riesgo de caída, la depresión y la calidad de vida en adultos mayores con anteposición de cabeza y cuello.* Universidad Católica San Antonio de Murcia . https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=302113

Astudillo, C. (2017). Depresión como predictor de discapacidad en adultos mayores. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 438-449. https://www.redalyc.org/journal/3438/343855203004/

Ávila, S. (2017). *Determinantes sociales relacionados a la depresión del adulto mayor en el centro de salud de la parroquia San Juan cantón Gualaceo provincia del Azuay.* Cuenca: Universidad de Cuenca. https://doi.org/http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27256/1/Tesis.pdf

Barrera, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf

Bernabé, G. (2022). *Nivel de depresión y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. Comuna Olón. Provincia de Santa Elena.* Universidad Estatal Península de Santa Elena. https://doi.org/https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/8001

Brüning, K. (Marzo de 2019). *Depresión ena dultos mayores: Una mirada desde la medicina familiar*. Articulo - Depresión: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/08/Articulo-Depresion-en-AM-Bruning.pdf

Calderón et al. (2018). Prevalencia de depresión en adultos mayores de la consulta externa de un hospital público. *Cambios*, 52-64. Cambios : https://revistahcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/445/332

Calderón, D. (Julio de 2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 23-31. SCIELO: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009

Castro y Runzer. (2019). Depresión en pacientes adultos mayores de comunidades de altura, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Neuro-Psiquiatría*, 12-18. https://www.redalyc.org/journal/3720/372058950002/

Chuquipul y Izaguirre. (15 de marzo de 2018). *Deterioro cognitivo y calidad del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor , Villa Los Reyes , Veintimilla 2018*. https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2575/TESIS%20Chuquipul%20Pamela%20-%20Izaguirre%20Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Concha, Á. (2021). *Bienestar, apoyo social, contar con pareja y sintomatología depresiva en adultos mayores de Concepción.* Universidad de Concepción. https://doi.org/http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/8816

Copara et al. (2021). Reflexiones sobre la intervención de enfermería en adultos con episodio depresivo. *Revista Eugenio Espejo*, 162-178. https://www.redalyc.org/journal/5728/572866949011/

Fernández y Urgiles. (12 de junio de 2023). *CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UNA PARROQUIA RURAL DE ECUADOR DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.* Revista Conrado: https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/3114/2983

Galindo et al. (2021). *CALIDAD DE VIDA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN UNA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES.* Revista Científica Universitaria. https://doi.org/http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/228/2281844003/index.html

INEC. (2020). *Proyección por edades/Provincias y nacional.* Quito: Gobierno Nacional. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-

inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/PROYECCION_POR_EDADES_PROVINCIAS_2010-2020_Y_NACIONAL_2010-2020.xlsx

Inostroza et al. (2023). Sintomatología Depresiva y Bienestar en Personas Mayores de Concepción, Chile: Rol moderador del apoyo social. *Terapia psicológica, 41*(2), 3-19. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082023000200233

Labra, & Ruvalcaba. (2019). Indicadores de Depresión en Adultos Mayores de 60 a 75 años en Ixmiquilpan Hidalgo. *Journal of Negative and No Positive Results*, 976-987. https://www.redalyc.org/journal/5645/564561530003/

López, C. (2021). *Depresión y su influencia en la calidad de vida de un adulto mayor en tiempos de pandemia.* Universidad Técnica de Babahoyo . https://doi.org/http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/10872

MIES. (24 de junio de 2017). Carchi promueve la erradicación del maltrato en adultos mayores. *El Telégrafo*, págs. 1-2. https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/regional/1/carchi-promueve-la-erradicacion-del-maltrato-en-adultos-mayores

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). *Norma Técnica de Población Adulta Mayor.* Quito: Subsecretaría de Atención Intergeneracional. https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACIO%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (27 de enero de 2021). Cerca de 6 mil adultos mayores son atendidos en Carchi, Imbabura, Esmeraldas y Sucumbíos. *Diaro El Norte*, págs. 1-2. https://www.inclusion.gob.ec/cerca-de-6-mil-adultos-mayores-son-atendidos-en-carchi-imbabura-esmeraldas-y-sucumbios/

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Ley Orgánica de Salud.* Gobierno Nacional del Ecuador. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Lineamientos operativos para la atención integral del adulto mayor.* Quito: Gobierno Nacional del Ecuador. https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2018/07/Lineamientos-Adulto-Mayor.pdf

MSP, Ministerio de Salud Pública . (21 de enero de 2021). *Estrategia Nacional de Inmunizaciones, ENI*. Programas y servicios: https://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/

OMS. (12 de diciembre de 2017). La salud mental y los adultos mayores. *Centro de prensa*, págs. 15-22. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores

OMS. (2019). *Determinantes sociales de la Salud* . https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

OMS. (28 de Novimbre de 2019). Trastornos mentales. *Centro de prensa*, págs. 7-11. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

OMS. (6 de diciembre de 2021). ¿Cómo define la OMS la salud? (O. M. Salud, Ed.) *Constitución*. https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions

OMS. (4 de octubre de 2021). Envejecimiento y salud. *Centro de prensa*, págs. 14-20. OR: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

OPS. (3 de abril de 2019). Ecuador entre los cinco países con más discapacidad por depresión. *ediciónmédica*, págs. 1-2. https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-es-uno-de-los-cinco-paises-con-mas-discapacidad-por-depresion-93904

OPS. (2021). Determinantes sociales de la salud. *Organización Panamericana de la Salud*, 1. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Plasencia y Tigre. (2018). *Factores predisponentes a depresión en las/los adultos mayores del Centro Gerontológico Juan Pablo II.* Cuenca: Universidad de Cuenca. https://doi.org/https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30605/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf

Posligua, D. (2023). *Influencia de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del Recinto Sabanetillas del cantón Echeandia de la Provincia de Bolívar.* Universidad Técnica de Babahoyo . https://doi.org/http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/15602

Quiñonez, S. (2020). *Estudio de los determinantes sociales en adultos mayores que asisten a los espacios activos en GAD Ambato y su relación con las enfermedades crónicas no transmisibles.* Ambato: Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Medicina. https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/31537

Quispe, Y. (12 de 2021). *DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN ZONAS VULNERABLES EN SAN MARTIN DE PORRES*. REVISTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA ÁGORA: https://62.171.141.246/index.php/cieUMA/article/view/178

Ruvalcaba y De la Guardia. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results, 5*(1), 81-90. https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215

Secretaría de Planificación y Política Pública. (2021). *Plan de Creación de Oportunidades.* Quito: Gobierno Nacional del Ecuador. https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-Creacio%CC%81n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf

Souza et al. (28 de marzo de 2022). *Implicaciones de la depresión en la calidad de vida del anciano: estudio seccional*. Scielo: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000100433

Valdés et al. (24 de febrero de 2017). *Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores*. http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/rt/printerFriendly/296/158

ANEXOS

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF				
Estado civil……. Edad…… Ocupación ……				
Nivel de estudios: …… Etnia: ……				
Sexo ……Fecha de aplicación …..……				
Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Este cuestionario es anónimo, no está obligado a responderlo, losdatos recolectados serán utilizados únicamente para medios académicos. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pido que piense en su vidadurante las últimas dos semanas. Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos y marque en el número de la escala de cadapregunta que sea su mejor respuesta.				
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?				
1 Muy mal	2 Poco	3 Lo normal	4 Bastante bien	5 Muy bien
2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas				
3. ¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?				
1 Nada	2 Un poco	3 Lo normal	4 Bastante	5 Extremadamente
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?				
1 Nada	2 Un poco	3 Lo normal	4 Bastante	5 Extremadamente
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?				
1 Nada	2 Un poco	3 Lo normal	4 Bastante	5 Extremadamente
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?				
1 Nada	2 Un poco	3 Lo normal	4 Bastante	5 Extremadamente
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?				
1 Nada	2 Un poco	3 Lo normal	4 Bastante	5 Extremadamente
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?				
1 Nada	2 Un poco	3 Lo normal	4 Bastante	5 Extremadamente
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?				

1 Nada	2 Un poco	3 Lo normal	4 Bastante	5 Extremadamente
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuán totalmente" usted experimenta o fue capaz de hacerciertas cosas en las últimas dos semanas.				
10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?				
1 Nada	2 Un poco	3 Moderado	4 Bastante	5 Totalmente
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?				
1 Nada	2 Un poco	3 Moderado	4 Bastante	5 Totalmente
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?				
1 Nada	2 Un poco	3 Moderado	4 Bastante	5 Totalmente
13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?				
1 Nada	2 Un poco	3 Moderado	4 Bastante	5 Totalmente
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?				
1 Nada	2 Un poco	3 Moderado	4 Bastante	5 Totalmente
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?				
1 Nada	2 Un poco	3 Lo normal	4 Bastante	5 Extremadamente
Las siguientes preguntas hacen referencia a "cuan satisfecho o bien" se ha sentido en varios aspectos desu vida en las últimas dos semanas				
16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
19. ¿Cuán satisfecho está de si mismo?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?				
1 Muy insatisfecho	2 Poco satisfecho	3 Lo normal	4 Bastante satisfecho	5 Muy satisfecho
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertossentimientos en las últimas dos semanas.				
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad,depresión?				
1 Nunca	2 Raramente	3 Medianamente	4 Frecuentemente	5 Siempre

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON	
Estado Civil: **Edad:**	
Ocupación: **Etnia:**	
Nivel de instrucción: **Sexo:** **Fecha de aplicación:**	
Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Le pido que piense en su vida durante lasúltimas dos semanas y conteste con la mayor sinceridad. Este cuestionario es anónimo, no está obligado a responderlo, los datos recolectados serán utilizados únicamente para medios académicos.	
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 formaespontánea.	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 ejemplo, 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	
No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	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)	
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
Ninguno	0
Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación depesadez en el abdomen	1
Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.	2
Síntomas somáticos generales	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
Pérdida de energía y fatigabilidad.	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
Hipocondría	
Ausente	0
Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight) (conciencia de enfermedad)	
Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2