UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

"PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA CUENCA DEL RIO CHOTA"

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de médico general

Línea de investigación: Salud y bienestar integral

AUTOR:

Amanda Estefanía Garzón Posso

DIRECTOR:

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

Ibarra – Ecuador

2026

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO	
APELLIDOS Y NOMBRES:	AMANDA ESTEFANÍA GARZÓN POSSO

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA CUENCA DEL RIO CHOTA
AUTOR (ES):	AMANDA ESTEFANÍA GARZÓN POSSO
FECHA: **DD/MM/AAAA**	24/06/2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	■ **PREGRADO** □ **POSGRADO**

TITULO POR EL QUE OPTA:	MÉDICO GENERAL
DIRECTOR /ASESOR:	DRA. LOLA YESENIA ACOSTA VINUEZA / DR. RODRIGO ROBERTO ALVEAR REASCOS

2. 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 24 días del mes de junio de 2026

EL AUTOR:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
AMANDA ESTEFANIA GARZON POSSO

(Firma)……

Amanda Estefanía Garzón Posso

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Ibarra, 24 de junio de 2026

Lola Yesenia Acosta Vinueza

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
LOLA YESENIA ACOSTA VINUEZA

(f) ……

Lola Yesenia Acosta Vinueza

C.C.: 0401046800

APROBACIÓN DEL COMITÉ CALIFICADOR

El Comité Calificado del trabajo de Integración Curricular "PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LA CUENCA DEL RIO CHOTA" elaborado por GARZÓN POSSO AMANDA ESTEFANÍA, previo a la obtención del título del Médico general, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
LOLA YESENIA ACOSTA VINUEZA

(f): ……

Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza

C.C.: 0401046800

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
RODRIGO ROBERTO ALVEAR REASCOS

(f): ……

Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos

C.C.: 1712583986

DEDICATORIA

A mi amada niña, Martina.

RESUMEN EJECUTIVO

La depresión constituye uno de los trastornos mentales más prevalentes en la población adulta mayor y representa un importante problema de salud pública debido a su impacto sobre la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida. La presente investigación tuvo como objetivo analizar la prevalencia de depresión en los adultos mayores de la cuenca del río Chota, identificar los factores de riesgo asociados y proponer estrategias de prevención. Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo y transversal, en una muestra de 157 adultos mayores. La información fue recolectada mediante la aplicación de la herramienta GMHAT, complementada con variables sociodemográficas y factores de riesgo relacionados con la salud mental. Los resultados evidenciaron una prevalencia de depresión del 21%, constituyéndose el trastorno mental más frecuente de esta población. Predominaron los participantes de sexo femenino (61,1%), afrodescendientes (79,6%), con escolaridad primaria o menor (89,8%) e ingresos económicos inferiores al salario básico unificado (95,5%). Entre los principales factores asociados a la depresión se identificaron los antecedentes patológicos personales no psiquiátricos, antecedentes de abuso, antecedentes previos de depresión y la presencia de estrés. Asimismo, el 78,8% de los casos de depresión correspondió al sexo femenino. Se concluye que la depresión tiene una prevalencia considerable en los adultos mayores de la cuenca del río Chota y se encuentra estrechamente relacionada con factores clínicos, psicosociales y condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, evidenciando la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención integral en salud mental.

Palabras clave: depresión, adulto mayor, población afrodescendiente, factores sociodemográficos, factores de riesgo, prevención.

ABSTRACT

Depression is one of the most prevalent mental disorders among older adults and represents a major public health concern due to its impact on functionality, autonomy, and quality of life. The aim of this study was to analyze the prevalence of depression among older adults in the Chota River Basin, identify associated risk factors, and propose prevention strategies. A quantitative, non-experimental, descriptive, and cross-sectional study was conducted with a sample of 157 older adults. Data were collected using The Global Mental Health Assessment Tool (GMHAT), complemented by sociodemographic variables and mental health-related risk factors. The results revealed a depression prevalence of 21%, making it the most frequent mental disorder identified in the study population. Most participants were female (61.1%), Afro-descendant (79.6%), had primary education or lower (89.8%), and reported incomes below the national minimum wage (95.5%). The main factors associated with depression were non-psychiatric personal medical history, a history of abuse, previous episodes of depression, and the presence of stress. Furthermore, 78.8% of depression cases occurred among women. It is concluded that depression has a considerable prevalence among older adults in the Chota River Basin and is closely associated with clinical, psychosocial, and socioeconomic vulnerability factors, highlighting the need to strengthen mental health promotion, prevention, early detection, and comprehensive intervention strategies.

Keywords: depression, older adults, Afro-descendant population, sociodemographic factors, risk factors, prevention.

LISTA DE SIGLAS

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.

GMHAT: Global Mental Health Assessment Tool.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

SABE: Salud, Bienestar y Envejecimiento.

OR: Odds Ratio.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. CAPITULO I 15

1.1. Introducción 15

1.3. Justificación 17

1.4. Objetivos 18

1.4.1. Objetivo General 18

1.4.2. Objetivos Específicos 18

2. CAPÍTULO II 19

2.1. Marco teórico 19

2.1.1. Población afrodescendiente 19

2.1.2. Adulto mayor 19

2.1.3. Clasificación del adulto mayor 20

2.1.4. Enfermedades prevalentes del adulto mayor 20

2.1.5. Depresión del adulto mayor 21

2.1.6. Etiología, factores de riesgo y clasificación de la depresión en el adulto mayor 22

2.1.7. Estrategias de prevención de la depresión 23

2.2. Marco referencial 24

3. CAPÍTULO III 27

3.1. Materiales y métodos 27

3.1.1. Población y muestra 27

4. CAPÍTULO IV 29

4.1. Resultados y análisis 29

4.1.1. Variables sociodemográficas 29

4.1.2. Factores de riesgo 32

4.1.3. Prevalencia de depresión en adultos mayores de la cuenca del rio Chota 36

4.1.4. Estrategias de prevención de depresión 38

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 40

5.1. Conclusiones 40

5.2. Recomendaciones 41

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 42

7. **ANEXOS** 48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Variables sociodemográficas 29

Tabla 2: Factores de riesgo 32

Tabla 3: Prevalencia de depresión en adultos mayores de la cuenca del rio Chota 36

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Estrategia de prevención de depresión..... 48

Anexo 2: Estrategia de prevención de depresión en el nivel primario 49

Anexo 3: Estrategia de prevención de depresión en el nivel secundario..... 50

Anexo 4: Estrategia de prevención de depresión en el nivel terciario..... 51

Anexo 5: Consentimiento informado 52

Anexo 6: Cuestionario GMHAT 53

Anexo 7: Recolección de datos 66

CAPITULO I

1.1. Introducción

Los trastornos depresivos son considerados como una alteración mental afectivo caracterizado por un bajo estado de ánimo, sentimientos de tristeza, cambios en el comportamiento, falta de energía y/o pérdida de interés, pueden ser de etiología primaria o secundaria a enfermedades subyacentes (1).

La depresión representa uno de los trastornos mentales más frecuentes en los adultos mayores, tiene una relación directa con ciertos factores como edad, género, comorbilidades, deterioro cognitivo y motor, dependencia, abandono, aislamiento social, entre otros, y se ha identificado que disminuye la calidad de vida en este grupo etario, además de representar un problema de salud pública por la alta prevalencia mundial y afectación en la funcionalidad social y ocupacional del adulto mayor (2).

Según la ONU y OMS, se considera adulto mayor a toda persona que alcanza los sesenta años, siendo el último eslabón de la vida. Sin embargo, dentro de la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores de Ecuador, se considera persona adulta mayor a aquella que ha cumplido los sesenta y cinco años (2).

La OMS considera a la vejez como un proceso dinámico, natural, irreversible e inevitable, en el que se hace presente cambios biológicos, sociales y en particular, pérdida y alteración de las funciones mentales que conllevan a una repercusión a nivel personal y social en comparación a otros grupos etarios (2).

El envejecimiento en la población afrodescendiente está influenciado por factores históricos, sociales, económicos y culturales. A lo largo de los años, muchos adultos

mayores afrodescendientes han enfrentado discriminación racial, exclusión social y desigualdad que han limitado su acceso a oportunidades educativas, laborales y de salud, generando efectos negativos en su bienestar físico, mental y emocional. Estas condiciones suelen agravarse en contextos de pobreza, ruralidad y aislamiento geográfico, donde las barreras para acceder a servicios básicos y atención integral son mayores (15).

1.2. Problema de investigación

Los trastornos depresivos constituyen una de las principales afecciones de salud mental en las personas. A nivel mundial, la depresión afecta aproximadamente al 7% de los adultos mayores y representa una de las principales causas de discapacidad en este grupo etario (19). En América Latina, el acelerado envejecimiento poblacional constituye un importante desafío para la salud pública. La población afrodescendiente, que representa alrededor del 21% de los habitantes de la región, enfrenta mayores niveles de pobreza y desigualdad, factores estrechamente relacionados con la aparición de trastornos depresivos y una menor calidad de vida durante la vejez. Diversos estudios han evidenciado que los adultos mayores afrodescendientes presentan mayor riesgo de depresión debido a condiciones socioeconómicas desfavorables y experiencias acumuladas de exclusión social (2).

En la población afrodescendiente de la tercera edad, estos factores suelen intensificarse debido a desigualdades históricas, discriminación racial y limitaciones en el acceso a servicios de salud y protección social, aumentando su vulnerabilidad a desarrollar síntomas depresivos (16). En Ecuador, la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) reportó que aproximadamente el 39% de los adultos mayores presentan síntomas

depresivos. Esta problemática puede ser aún más relevante en la población afroecuatoriana adulta mayor, especialmente en sectores con mayores índices de vulnerabilidad social, donde el aislamiento, las limitaciones económicas y las enfermedades crónicas incrementan el riesgo de depresión. No obstante, y pese a la problemática, en nuestro país no existe investigaciones que abordan específicamente la salud mental de la población afroecuatoriana adulta mayor, ni sus factores de riesgo asociados a pesar de conocer que esta población presenta factores psicosociales de riego. Sería útil entonces partir del conocimiento científico de saber cuál es la situación de esta patología prevalente en este grupo poblacional para tener una mejor comprensión integral de la problemática y poner de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias de intervención oportuna.

1.3. Justificación

La presente investigación tiene como finalidad determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores de la cuenca del río Chota, debido a que esta población constituye un grupo vulnerable frente a diversos factores que pueden afectar su salud mental, entre ellos las enfermedades crónicas, las limitaciones funcionales, la disminución de las redes de apoyo y las condiciones socioeconómicas desfavorables.

La depresión en la vejez representa un problema de salud pública por su impacto en la calidad de vida, la autonomía y el bienestar de quienes la padecen; sin embargo, continúa siendo una condición poco estudiada en comunidades rurales y, especialmente, en poblaciones afrodescendientes. En la cuenca del río Chota existe una limitada evidencia científica sobre la magnitud de este problema, lo que dificulta la planificación de estrategias

de prevención, detección oportuna y atención integral acordes con las características socioculturales de la población.

Por ello, los resultados de este estudio permitirán generar información relevante y actualizada sobre la situación de salud mental de los adultos mayores de la región, aportando evidencia útil para profesionales de la salud, instituciones y autoridades locales comprometidas con el bienestar de este grupo etario. Asimismo, al formar parte de un macroproyecto enfocado en la salud de los adultos mayores, la investigación contribuirá al conocimiento de una población históricamente poco representada en los estudios científicos y servirá como base para el desarrollo de futuras intervenciones orientadas a promover un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Analizar la prevalencia de depresión en el adulto mayor de la cuenca del rio Chota.

1.4.2. Objetivos Específicos

Determinar las variables sociodemográficas del adulto mayor en la población de estudio.

Identificar los factores de riesgo de la depresión en adultos mayores estudiados.

Proponer estrategias de prevención para la depresión en el grupo de estudio.

CAPÍTULO II

2.1. Marco teórico

2.1.1. Población afrodescendiente

La población afrodescendiente de la cuenca del río Chota guarda una temible historia de esclavitud africana durante la época colonial, cuando miles de personas fueron raptadas desde África hacia América para trabajar en haciendas, minas y otras actividades productivas bajo condiciones de explotación, exclusión y vulneración de derechos. Aunque la abolición de la esclavitud en Ecuador en 1852 marcó el inicio de una nueva etapa, las desigualdades sociales, económicas y educativas persistieron durante generaciones, limitando el acceso de estas comunidades a oportunidades de desarrollo. A pesar de ello, la población afrodescendiente logró preservar una identidad cultural sustentada en la tradición, que ha fortalecido su capacidad de resiliencia frente a la adversidad. Sin embargo, muchas de las consecuencias derivadas de la exclusión histórica continúan presentes en la actualidad y afectan especialmente a los adultos mayores, quienes han experimentado a lo largo de su vida condiciones de pobreza, limitado acceso a servicios de salud y educación, trabajo físico intenso desde edades tempranas y escasas oportunidades socioeconómicas (17).

2.1.2. Adulto mayor

Según la Organización de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud consideran adulto mayor a todas las personas de sesenta años, sin embargo, en Ecuador la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores considera adulto mayor al alcanzar los sesenta y cinco años, siendo el ultimo del eslabón del ciclo vital, además de que lo acompaña cambios funcionales (atención, orientación, memoria, etc.) que interfieren en su estilo de vida de forma negativa. En Ecuador y en el mundo, existe un aumento en el

promedio de años de vida, se estima que para el año 2050 esta población sea de alrededor del 16%.

2.1.3. Clasificación del adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud lo clasifica a las personas de sesenta a setenta y cinco años como edad avanzada, las personas de setenta y cinco hasta ochenta y nueve años son categorizados como ancianos, las personas de noventa hasta noventa y cinco años son categorizados como longevos y las personas de más de cien años son categorizados como centenarios.

Además, puede clasificarse a los adultos mayores según su estado funcional, de los cuales está el adulto mayor frágil con limitada independencia en actividades básicas, pero no complejas, existe gran probabilidad de volverse dependiente, el adulto mayor enfermo que presenta alguna enfermedad con recurrente ingreso hospitalario y el adulto mayor sano con ausencia de enfermedad e independiente en actividades (1).

2.1.4. Enfermedades prevalentes del adulto mayor

Las enfermedades prevalentes en los adultos mayores se encuentran influenciadas por la transición epidemiológica experimentada durante las últimas décadas, caracterizada por el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles sobre las enfermedades infecciosas como principales causas de morbilidad y mortalidad. Entre las patologías más frecuentes se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la osteoartrosis, la osteoporosis y los accidentes cerebrovasculares, condiciones que afectan significativamente la funcionalidad, autonomía y calidad de vida de esta población. Asimismo, los trastornos de salud mental, especialmente la depresión y las

demencias, representan importantes problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia y al impacto que generan sobre la discapacidad y la dependencia en la vejez.

En la población afrodescendiente adulta mayor, la presencia de estas enfermedades suele verse aumentada por determinantes sociales de la salud como la pobreza, la exclusión social, las desigualdades históricas y las limitaciones en el acceso a servicios sanitarios.

Además, los síndromes geriátricos, como la fragilidad, la sarcopenia, las alteraciones visuales y auditivas, así como la presencia simultánea de múltiples enfermedades crónicas, constituyen condiciones frecuentes en la vejez y aumentan el riesgo de dependencia funcional y deterioro de la calidad de vida (18).

2.1.5. Depresión del adulto mayor

La depresión es un trastorno mental afectivo que altera los pensamientos y conducta, se caracteriza por un bajo ánimo, sentimientos de tristeza, alteraciones del comportamiento, pueden ser de etiología primaria o secundaria a enfermedades subyacentes.

La depresión en los adultos mayores se ha tornado un problema a nivel mundial, tiende a ser crónica y recurrente además de que empeora los síntomas físicos, especialmente el dolor y la debilidad, aumenta el riesgo de mortalidad médica temprana y suicidio, por lo tanto, aumenta los costos en la atención médica. Una de las consecuencias más trascendente que deja es el suicidio, se ha observado que el 80% de pacientes entre los sesenta a setenta y cinco años tienden a intentos autolíticos, quedando evidente que la causa más frecuente es la depresión (6).

2.1.6. Etiología, factores de riesgo y clasificación de la depresión en el adulto mayor

La etiología de la depresión en el adulto mayor es de origen multifactorial, en donde se encuentran factores de riesgo personales, sociales, cognitivos, familiares, genéticos y ambientales que se interrelacionan o incluso pueden coexistir, entre ellos destacan el sexo femenino, aislamiento social, estado civil, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño, institucionalización, alcoholismo, drogadicción y tabaquismo, problemas familiares, sedentarismo y enfermedades crónicas no transmisibles (6).

La depresión del adulto mayor difiere al de las personas más jóvenes y se la clasifica de la siguiente forma, depresión de inicio temprano en un rango antes de los 60 años y depresión de inicio tardío en un rango después de los 60 años y puede estar asociado a alteraciones neurológicas (2).

Para diagnosticar depresión según los criterios del DSM-5 se debe presentar ≥ 5 síntomas durante dos semanas, con un cambio de funcionamiento, y ≥ 1 síntoma patognomónico (bajo ánimo, pérdida de interés o placer) por gran parte del día o casi todos los días. De los cuales están constituidos por: bajo estado de ánimo, disminución del interés por actividades, disminución de peso o apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga, astenia, sentimiento culpa excesiva, disminución de concentración e ideación o intento de suicidio (9).

Es de suma importancia realizar una evaluación integral al adulto mayor, teniendo en cuanta la necesidad o no de algún cuidador o familiar, que ayude a agilizar el proceso, para ello se debe tener un enfoque de los factores sociodemográficos y factores de riesgo en este grupo etario.

2.1.7. Estrategias de prevención de la depresión

Dentro de las estrategias de prevención de la depresión en el adulto mayor se ha optado por usar modelos escalonados con el objetivo potenciar el trabajo multidisciplinar y la colaboración entre atención primaria y especializada. Deberá comprender desde tratamiento no farmacológico (psicoterapia) hasta tratamiento farmacológico, según amerite el caso (3).

El tratamiento basado en la psicoterapia tiene como objetivo erradicar los síntomas, modificar actitudes y patrones de comportamiento, para lograr un proceso de buena salud mental y bienestar, dentro de ella se encuentran las terapias cognitivo conductuales que consta en cambiar las conductas disfuncionales, pensamientos negativos y actitudes desadaptativas, es un tipo de modelo educativo, en el cual el paciente aprende a reconocer patrones de pensamiento negativo y así reevaluarlo.

El tratamiento farmacológico en la depresión en adultos mayores consta del uso de antidepresivo, se debe tener claro que existe un tiempo de latencia en el inicio de sus efectos terapéuticos de van de dos a seis semanas y la recuperación de un episodio depresivo demora de seis a doce meses, por lo que el tratamiento deberá durar al menos un año, la elección del fármaco debe ser personalizada al paciente basándose en los factores de riego del paciente y en las interacciones farmacológicas del medicamento. El pronóstico es mejor cuando se inicia tempranamente el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico (4).

2.2. Marco referencial

Según la investigación de ´´Factores sociodemográficos y determinantes de la salud mental en la población afroamericana: un estudio transversal. ´´ (2025) de Yesenia Acosta Vinueza y Rodrigo Alvear Reascos, afirma que dentro de la población de adultos mayores afroamericas de zonas marginales, existe una considerable cifra de trastornos mentales, de los cuales, la depresión tiene una prevalencia significante y está asociado a ciertos factores sociodemográficos (15).

En la investigación de ´´ Depression prevalence in the Black aging community vs. their White aging counterparts´´ Vann (2025) encontró que los adultos mayores afroamericanos presentan una mayor prevalencia de síntomas depresivos, hasta un 60% más en comparación con sus pares blancos. Estas diferencias se relacionan principalmente con determinantes sociales de la salud, como el nivel educativo, los ingresos económicos y el género, evidenciando importantes desigualdades en el acceso y la atención de salud mental (21).

En Ecuador, el estudio de ´´ Prevalence of depression in older adults living in ecuador and contributing factors: A population-based study ´´ de Sisa y Vega (2021) determina una prevalencia de depresión del 35,4% en adultos mayores, identificando como principales factores asociados la baja escolaridad, los ingresos insuficientes, vivir solo, el abuso físico y diversas condiciones de salud que incrementaron significativamente el riesgo de depresión (16).

De acuerdo con la investigación ´´Una visión holística de la depresión en adultos mayores colombianos´´ (2021) de Morales Restrepo, afirma que es de gran importancia el

estudio de las enfermedades crónicas y mentales que afectan a esta población debido al aumento de su incidencia y prevalencia sin dejar a un lado a los factores biológicos, sociales, culturales y ambientales, con el objetivo de establecer estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento (3).

En la revisión ´´La depresión y su impacto en la salud pública´´ (2021) de Corea Del Cid, determina que la depresión tiene alto impacto en la salud pública a nivel global en aspectos económicos, sociales y culturales independientemente de la género, edad y raza (2).

Mediante la investigación ´´La depresión y el estado de salud en adultos mayores´´ (2022) de Acosta Núñez M. se estableció que los adultos mayores presentan altas cifras de depresión que va desde la moderada a grave, además concluyó que a mayor nivel de depresión menor es nivel de salud, funciones físicas y sociales (8).

En el trabajo de investigación ´´ Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de depresión, Latacunga - Ecuador, 2021 ´´ (2021) de Acosta R. se logró identificar como los factores sociodemográficos y clínicos de adultos mayores con depresión, modifica la calidad de vida en el contexto de satisfacer sus necesidades, determino que estos pacientes tienen factores asociados a la baja calidad de vida y deben identificarse y tratarse adecuadamente (9).

En el artículo ´´Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor´´ (2021) de Ayala Escudero A, se brinda una guía que trata sobre la prevención y el tratamiento de la depresión en el adulto mayor, además menciona que el médico de familia debe llevar un proceso integral de estos pacientes, haciendo

hincapié en prevención primaria de los servicios de atención primaria de la salud, identificando todos los factores de riesgo de la depresión (11).

Según la investigación ¨Factores que desencadenan depresión en el adulto mayor de la comunidad de Santiaguito Maxda, Estado de México¨ (2020) de Yanet Miranda de Jesús, identificaron los factores que causan depresión en el adulto mayor mediante una investigación cuantitativa, experimental transversal, mediante el Test Yesavage, Índice de Katz e Índice de Lawton y determinaron que los trastornos depresivos del adulto mayor están correlacionados principalmente por su sexo, estado civil y su estado financiero (13).

En la investigación de ¨El efecto del nivel educativo sobre los síntomas depresivos en adultos mayores chinos: efectos mediadores paralelos del nivel de seguridad económica y la capacidad de memoria subjetiva¨ (2024) de Ruonan Zhao Jian Wang, investica que la variable de un mayor nivel educativo puede disminuir los síntomas depresivos en ancianos, pero están influenciados por otros factores sociodemográficos (14).

CAPÍTULO III

3.1. Materiales y métodos

3.1.1. Población y muestra

Se obtuvo la aprobación del proyecto por parte de la Coordinación de la Carrera de Medicina y del Comité de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte. Se realizó un estudio descriptivo transversal en la cuenca del rio Chota, donde se pudo recabar 557 personas encuestadas, de los cuales se precisó una muestra de 157 adultos mayores, la muestra fue seleccionada mediante muestreo probabilístico por conglomerados en las comunidades de Carpuela, Piquiucho, San Vicente de Pusir, Pusir grande, previo al consentimiento informado, se procedió a realizar una entrevista a los adultos mayores, utilizando el instrumento GMHAT, que aunque identifica macroespectro de enfermedades, nos ayudó a discriminar la población de adultos mayores con depresión. Se realizó esta investigación bajo criterios de inclusión: personas ≥ 65 años y personas que habiten el lugar de estudio durante toda la investigación, y exclusión: personas que no deseen participar y personas no videntes, con discapacidad intelectual grave, deterioro cognitivo importante sin un cuidador. Adicionalmente, se tomaron datos de variables sociodemográficas de interés y factores de riesgo asociados a las enfermedades mentales, incluyendo nutrición y actividad física, con la ayuda de herramientas como IPQ y el cuestionario STEPS, los datos fueron procesados en Jamovi versión 2.6.44, donde se realizó un análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, luego, se estimó la prevalencias de la depresión y se determinaron las asociaciones entre las variables independientes (edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, tipo de familia y profesión). Esto integro cálculos de frecuencia y prevalencias, así

como pruebas de independencia de chi-cuadrado con un nivel de confianza del 95% y un valor de $p \leq 0,05$ para analizar las asociaciones entre variables. Estos análisis garantizaron la rigurosidad científica de la investigación, y los resultados se presentaron en gráficos y tablas estadísticos.

CAPÍTULO IV

4.1. Resultados y análisis

4.1.1. Variables sociodemográficas

Los resultados sociodemográficos evidenciaron una población predominantemente femenina, afrodescendiente, con edades entre 65 y 75 años, bajo nivel educativo e ingresos económicos inferiores al salario básico. Asimismo, se observó una mayor frecuencia de personas casadas, aunque una proporción importante correspondió a adultos mayores viudos, así como una convivencia mayoritaria en familias nucleares. Estas características reflejan un contexto de vulnerabilidad social y económica que puede influir en la salud mental, debido a factores como la limitada escolaridad, las restricciones económicas, la reducción de redes de apoyo y las desigualdades históricas que afectan a esta población, incrementando el riesgo de desarrollar sintomatología depresiva durante la vejez.

Tabla 1: Variables sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia	%
Sexo	Femenino	96	61,1
	Masculino	61	38,9
Edad	65–75	108	68,8
	76–100	49	31,2
Estado civil	Casado	62	39,5
	Viudo	49	31,2

	Soltero	25	15,9
	Divorciado	16	10,2
	Unión libre	5	3,2
Etnia	Afrodescendiente	125	79,6
	Mestizo	32	20,4
Escolaridad	Ninguna	30	19,1
	Primaria	111	70,7
	Secundaria	13	8,3
	Superior	3	1,9
Ocupación	Labores del hogar	74	47,1
	Labores de campo	58	36,9
	Ninguna	15	9,6
	Comerciante	8	5,1
	Chofer	2	1,3
Ingresos económicos	Menos de un salario básico	150	95,5
	Más de un salario básico	7	4,5
Tipo de familia	Nuclear	66	42
	Nuclear ampliada	36	22,9

	Monoparental	30	19,1
	Unipersonal	25	15,9

Fuente: Propia autoría

La relación entre los factores sociodemográficos y la depresión en el adulto mayor afroecuatoriano engloba a los determinantes sociales, desigualdades históricas y el impacto del racismo estructural. Aunque la depresión puede ocurrir a cualquier edad, según un reciente de Ashley Vann, el cual tuvo como objetivo comparar la prevalencia de síntomas depresivos entre adultos mayores negros y adultos mayores blancos, en un análisis longitudinal con más de 4.200 adultos de más de 65 años, los participantes negros reportaron aproximadamente un 60% más síntomas depresivos que los participantes blancos. Aunque parte de esta diferencia disminuyó al ajustar por variables como edad, sexo, nivel educativo e ingresos económicos, la disparidad continuó siendo estadísticamente significativa, lo que indica que existen otros factores sociales y estructurales que contribuyen a esta desigualdad (20). Con lo cual se encuentra una amena relación entre los resultados de esa investigación, con los obtenidos, de los cuales los que se consideran de mayor significancia en su impacto, son su estado civil, su nivel de escolaridad, su ocupación e ingresos económicos y el tipo de familia en el cual habitan. Los cuales no son factores aislado, sino que son factores que actúan en conjunto para que genere una mayor carga de síntomas depresivos en comparación con otras poblaciones.

Se encontró que esta población carece de un adecuado nivel educativo con un 70,7% que corresponde a una educación primaria y un 19,1% sin escolaridad , lo que constituye un factor de riesgo importante, esto concuerda con el estudio de Sisa y Vega, el cual es un estudio poblacional realizado en Ecuador con 5.235 adultos mayores, encontraron una

prevalencia de depresión del 35,4%, siendo la falta de educación (OR=3,69), raza afroecuatoriana (OR=2,1), vivir solo (OR=2,37), percibir ingresos insuficientes (OR=3,56) y haber sufrido abuso físico (OR=2,33), factores significantes (16). Un punto clave es la asociación entre baja escolaridad y depresión que puede explicarse por las desigualdades socioeconómicas, el menor acceso a información y servicios de salud y la limitada capacidad para afrontar situaciones adversas. Asimismo, el tipo de familia constituye un determinante importante, ya que la presencia de una red familiar funcional proporciona apoyo emocional y social, mientras que el aislamiento o la convivencia en entornos familiares poco favorables incrementan la probabilidad de desarrollar depresión en los adultos mayores.

4.1.2. Factores de riesgo

Hay elementos que influyen en desencadenar depresión en el adulto mayor, debido a que esta enfermedad tiene una etiología multifactorial.

Tabla 2: Factores de riesgo

Variable	Categoría	N	%
Antecedentes patológicos personales no psiquiátricos	Sí	55	35,0
	No	102	65,0
Antecedentes de abuso	No	111	70,7
	Psicológico/Emocional	33	21,0
	Físico	12	7,6

	Sexual	1	0,6
Antecedentes de depresión	Sí	18	11,5
	No	139	88,5
Nivel de estrés	Leve	81	51,6
	Moderado	27	17,2
	Severo	10	6,4
	Sin estrés	39	24,8

Fuente: Propia autoría

Los resultados del presente estudio evidenciaron que los antecedentes patológicos personales, los antecedentes de abuso, los antecedentes de depresión y el nivel de estrés constituyen características relevantes dentro de la población evaluada y pueden influir en la presencia de trastornos depresivos. La literatura científica respalda que la depresión en esta etapa de la vida es un fenómeno multifactorial, resultado de la interacción entre condiciones biológicas, psicológicas y sociales. En cuanto a los antecedentes patológicos personales, el 35% de los participantes presentó enfermedades previas. Aunque la mayoría no reportó patologías, la coexistencia de enfermedades crónicas representa un factor de riesgo importante para la salud mental, ya que incrementa la dependencia funcional, limita la autonomía y disminuye la calidad de vida. Estos resultados coinciden con la revisión de Kamp et al (18) quienes concluyeron que la multimorbilidad es altamente frecuente en poblaciones de ascendencia africana y se relaciona con un mayor deterioro físico y psicológico, aumentando la probabilidad de desarrollar trastornos depresivos. De igual

manera, Sisa y Vega (16) identificaron que enfermedades crónicas y dependencia incrementaban significativamente el riesgo de depresión en adultos mayores ecuatorianos. Por lo tanto, es importante considerar estrategias para la prevención de enfermedades crónica no transmisibles en el adulto mayor, y más aún en este grupo cultural.

Respecto a los antecedentes de abuso, el 29,3% de los participantes manifestó haber sufrido algún tipo de maltrato, predominando el abuso psicológico o emocional (21%), seguido del físico (7,6%) y sexual (0,6%). Estos hallazgos son relevantes, ya que la evidencia demuestra que el maltrato constituye uno de los principales determinantes de la depresión en la vejez. En Ecuador, Sánchez et al. (21) encontraron que los adultos mayores con antecedentes de abuso presentaban una probabilidad significativamente mayor de desarrollar depresión, siendo el abuso psicológico uno de los factores con mayor impacto sobre la salud mental. Del mismo modo, Sisa y Vega (16) reportaron que el antecedente de abuso físico duplicaba el riesgo de depresión. Estas asociaciones pueden explicarse porque las experiencias de violencia generan secuelas emocionales persistentes, disminuyen la autoestima y favorecen el aislamiento social.

En relación con los antecedentes de depresión, el 11,5% de los participantes informó haber padecido previamente esta enfermedad. Aunque este porcentaje es relativamente bajo, diversos estudios señalan que un episodio depresivo previo constituye uno de los principales predictores de recurrencia durante la vejez. La persistencia de factores estresantes, enfermedades crónicas y pérdidas propias del envejecimiento favorecen la reaparición de síntomas depresivos, por lo que la identificación temprana de estos antecedentes resulta fundamental para implementar estrategias preventivas.

Por otra parte, el nivel de estrés mostró que el 51,6% de los adultos mayores presentó estrés leve, mientras que el 17,2% y el 6,4% experimentaron estrés moderado y severo, respectivamente. Esto significa que casi una cuarta parte de la población estudiada enfrenta niveles de estrés clínicamente relevantes, capaces de afectar su bienestar emocional. La exposición continua a situaciones estresantes altera los mecanismos fisiológicos y psicológicos de adaptación, favoreciendo la aparición de depresión. En concordancia, Acosta Vinueza y Alvear Reascos (15) señalaron que los determinantes sociodemográficos y las condiciones de vulnerabilidad social incrementan el riesgo de problemas de salud mental, evidenciando que el estrés derivado de desigualdades sociales constituye un importante factor predisponente.

Asimismo, la influencia de los determinantes sociales sobre la depresión ha sido ampliamente documentada. Vann (20) concluyó que factores como el nivel educativo, los ingresos económicos y las condiciones sociales explican una mayor carga de síntomas depresivos en poblaciones vulnerables, más que las diferencias biológicas entre grupos. De manera similar, Abramo (17) sostiene que las desigualdades sociales y estructurales condicionan el acceso a oportunidades, servicios de salud y redes de apoyo, generando una mayor vulnerabilidad a trastornos mentales. Estos planteamientos permiten comprender que la depresión en el adulto mayor no depende únicamente de factores individuales, sino también del contexto social y económico en el que se desarrolla. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, detección temprana e intervención integral en salud mental.

4.1.3. Prevalencia de depresión en adultos mayores de la cuenca del rio Chota

La prevalencia general de depresión se obtuvo dividiendo el número de caso para el numero de la muestra total de la población del adulto mayor.

Tabla 3: Prevalencia de depresión en adultos mayores de la cuenca del rio Chota

Trastornos mentales	**N**	**Masculino**	**Femenino**	**Prevalencia (%)**
Depresión	33	7 (21,2%)	26 (78,8%)	21
Ansiedad	11	4 (36,4%)	7 (63,6%)	7
Trastorno mental orgánico y neurocognitivo	17	6 (35,3%)	11 (64,7%)	10,8
Trastornos psicóticos	15	6 (40%)	9 (60%)	9,6

Fuente: Propia autoría

En la tabla 3, se identificó a través de la aplicación de la encuesta de la herramienta The Global Mental Health Assessment Tool (GMHT) que, del conjunto total de adultos mayores sometidos a la encuesta, un impresionante 21% de los casos manifestaron depresión, de los cuales el 78.8% está representado por el género femenino. Esto significa que aproximadamente un cuarto de los adultos mayores evaluados tiene depresión.

En el presente estudio, la depresión fue el trastorno mental de mayor frecuencia, con una prevalencia del 21% del total de adultos mayores evaluados. Al analizar la distribución por sexo, se observó un claro predominio del sexo femenino, ya que 26 casos (78,8%)

correspondieron a mujeres y 7 casos (21,2%) a hombres, lo que indica que aproximadamente cuatro de cada cinco personas con depresión fueron mujeres. Estos hallazgos coinciden con el estudio poblacional de Sisa y Vega (16) realizado en 5.235 adultos mayores ecuatorianos, donde se reportó una prevalencia global de depresión del 35,4%, distribuida en 23,7% de depresión leve, 8,7% moderada y 3,0% severa, identificándose además factores asociados como la falta de escolaridad (OR=3,69), ingresos insuficientes (OR=3,56), vivir solo (OR=2,37) y el antecedente de abuso físico (OR=2,33), los cuales incrementaron significativamente el riesgo de depresión. Aunque la prevalencia encontrada en el presente estudio fue menor, ambos trabajos coinciden en que la depresión constituye uno de los principales problemas de salud mental en el adulto mayor y está estrechamente relacionada con determinantes sociodemográficos. De igual manera, Vann (20) concluyó que el género femenino, junto con el nivel educativo y las condiciones socioeconómicas, representa un importante determinante de la depresión, explicando que las mujeres están expuestas a una mayor carga de factores de vulnerabilidad como la dependencia económica, la viudez, el aislamiento social y las enfermedades crónicas. En la misma línea, Acosta Vinueza y Alvear Reascos (15) demostraron que los determinantes sociodemográficos influyen significativamente en la salud mental, mientras que Abramo (17) señala que las desigualdades sociales y estructurales acumuladas a lo largo de la vida limitan el acceso a educación, empleo y redes de apoyo, incrementando la vulnerabilidad a los trastornos depresivos. En conjunto, estos resultados respaldan que la depresión en el adulto mayor no depende únicamente del proceso de envejecimiento, sino de la interacción de factores sociodemográficos, económicos y sociales, siendo las mujeres uno de los grupos con mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad.

4.1.4. Estrategias de prevención de depresión

La depresión constituye uno de los trastornos mentales más frecuentes en la población adulta mayor y representa un importante problema de salud pública debido a su impacto sobre la calidad de vida, la funcionalidad, la autonomía y el bienestar integral de quienes la padecen. Su origen es multifactorial y se encuentra influenciado por factores biológicos, psicológicos y sociales, entre los que destacan las enfermedades crónicas, el aislamiento social, la pérdida de redes de apoyo, las experiencias de abuso, el estrés y las condiciones socioeconómicas desfavorables.

Los resultados obtenidos en la presente investigación evidenciaron una prevalencia de depresión del 21% en los adultos mayores de la cuenca del río Chota. Estas condiciones reflejan la necesidad de implementar acciones integrales que permitan abordar oportunamente los determinantes asociados a la salud mental de esta población. La Organización Mundial de la Salud reconoce que las intervenciones comunitarias, la promoción del envejecimiento activo, el fortalecimiento de las redes de apoyo social y la detección precoz de los síntomas depresivos constituyen estrategias efectivas para mejorar la salud mental de los adultos mayores.

Por ello, se propone un conjunto de estrategias de prevención estructuradas en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, dirigidas al individuo, la familia y la comunidad. Estas estrategias incluyen programas de psicoeducación en salud mental, tamizaje y detección temprana de depresión, clubes de envejecimiento activo y actividades basadas en mindfulness para el manejo del estrés y el fortalecimiento del bienestar emocional. Su implementación busca disminuir los factores de riesgo identificados en la

población estudiada, potenciar los factores protectores y contribuir al desarrollo de un envejecimiento saludable, activo y con mejor calidad de vida en los adultos mayores de la cuenca del río Chota.

VER ANEXOS

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

La prevalencia de depresión en los adultos mayores de la cuenca del río Chota fue del 21%, constituyéndose en el trastorno mental más frecuente identificado en la población estudiada. Este hallazgo evidencia que la depresión representa un problema relevante de salud pública en esta población y afecta de manera importante su bienestar psicológico y calidad de vida.

Las características sociodemográficas predominantes correspondieron a mujeres, personas afrodescendientes, adultos mayores entre 65 y 75 años, con bajo nivel de escolaridad e ingresos económicos inferiores al salario básico unificado. Estas condiciones reflejan un contexto de vulnerabilidad social asociado con un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos.

Los principales factores asociados a la depresión fueron los antecedentes patológicos personales no psiquiátricos, antecedentes de abuso, antecedentes previos de depresión y la presencia de estrés, lo que evidencia su origen multifactorial. La depresión fue más frecuente en mujeres, quienes representaron el 78,8% de los casos. Además, se observó una relación con condiciones socioeconómicas desfavorables, baja escolaridad y limitadas redes de apoyo social, factores que incrementan la vulnerabilidad en los adultos mayores de la cuenca del río Chota.

En respuesta a las necesidades identificadas en la población estudiada, se propusieron estrategias de prevención orientadas a la psicoeducación sobre depresión y

envejecimiento saludable, fortalecimiento de las redes de apoyo familiar y comunitario, promoción de actividades sociales y recreativas, detección temprana de síntomas depresivos en la atención primaria, manejo del estrés y prevención del maltrato al adulto mayor. Estas acciones buscan disminuir los factores de riesgo identificados, fortalecer los factores protectores y contribuir al mejoramiento de la salud mental y la calidad de vida de los adultos mayores de la cuenca del río Chota.

5.2. Recomendaciones

Implementar programas de tamizaje sistemático de depresión en el adulto mayor dentro del primer nivel de atención, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, considerando la alta prevalencia identificada en la población estudiada. Esta estrategia permitirá la detección oportuna, la intervención temprana y un abordaje integral que incluya evaluación médica, psicológica y social.

Fortalecer intervenciones psicosociales orientadas a mejorar la funcionalidad y calidad del apoyo familiar, más allá de la simple condición de convivencia. Se recomienda promover programas comunitarios que favorezcan la comunicación efectiva, el acompañamiento emocional y el fortalecimiento de redes de apoyo, considerando que la dinámica relacional influye significativamente en el bienestar psicológico del adulto mayor.

Desarrollar estrategias educativas dirigidas a poblaciones con baja escolaridad y recursos limitados, enfocadas en la promoción de la salud mental, el reconocimiento temprano de síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas, con el fin de reducir factores de vulnerabilidad social identificados en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz KP, Juca JFG, Pacheco GAB. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Revista Científica UISRAEL [Internet]. 10 de mayo de 2022 [citado 15 de noviembre de 2024];9(2):77-93. Disponible en: https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/rcui/article/view/525/661
2. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev méd hondur [Internet]. 2021 [citado 15 de noviembre de 2024];47-52. Disponible en: http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf
3. Restrepo SAM, Carvajal DAC. Una visión holística de la depresión en adultos mayores colombianos. Universitas Medica [Internet]. 31 de marzo de 2021 [citado 15 de noviembre de 2024];62(1). Disponible en: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/31544
4. Álvarez M, Atienza G, Avila MJ, González A, Guitián D, de las Heras E. Guía de práctica clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de práctica clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. 2023 [citado 15 de noviembre de 2024]; Disponible en: https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-adulto/
5. Casola García GM. FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DEL TENA. [Quito]: UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA; 2023.
6. Macas Ordoñez BD, Castelo Rivas WP, González Arellano N, Castro Vásquez MJ, Castro Vásquez TN. Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación a la funcionalidad familiar. Rev Peru Cienc Salud. 2023;5.

7. Camacho-Conde JA, Galán-López JM. The Relationship Between Depression and Cognitive Deterioration in Elderly Persons. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2021;37.
8. Acosta Núñez MJ. La depresión y el estado de salud en adultos mayores [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2022 [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/7504
9. Acosta R, Torres D, Padilla V. Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de depresión, Latacunga - Ecuador, 2021. Revista GICOS. 2022;7(1):70-80.
10. Quizhpi JAM, Vera LKM, Pincay JJA, Godoy MAG. Relación entre alteraciones cognitivas y depresión en pacientes con alzhéimer en Ecuador. INSPILIP [Internet]. 5 de julio de 2021 [citado 15 de noviembre de 2024];1-9. Disponible en: https://www.inspilip.gob.ec/index.php/inspi/article/view/38
11. Ayala-Escudero A, Hernández-Rincón EH, Avella-Pérez LP, del Mar Moreno-Gómez M. Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor. Medicina de Familia SEMERGEN. 1 de marzo de 2021;47(2):114-21.
12. Varela Chávez A, Guayasamín Tipanta G. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR, CUESTIONARIO – PHQ2 UNA ALTERNATIVA RÁPIDA Y EFICAZ PARA SU DIAGNÓSTICO? Revista Médica Vozandes. 2022;33(2).
13. Miranda de Jesus Y, Álvarez Orozco ME, Álvarez Hernández HJ, Jaimes Cortés D, Alvarado Reyes ER. Factores que desencadenan depresión en el adulto mayor de la comunidad de Santiaguito Maxda, Estado de México. Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores. 1 de diciembre de 2020.
14. Zhao, R., Wang, J., Lou, J., Liu, M., Deng, J., Huang, D., & Fang, H. (2024). The effect of education level on depressive symptoms in Chinese older adults–parallel mediating effects

of economic security level and subjective memory ability. BMC Geriatrics 2024 24:1, 24(1), 635-. https://doi.org/10.1186/S12877-024-05233-5

15. Acosta-Vinueza, Y., & Alvear-Reascos, R. (2026). Sociodemographic Factors and Determinants of Mental Health in the African American Population A Cross-Sectional Study. Healthcare 2026, Vol. 14, Page 700, 14(6), 700. https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE14060700
16. Sisa, I., & Vega, R. (2021). Prevalence of depression in older adults living in Ecuador and contributing factors: A population-based study. Revista de Salud Publica, 23(2). https://doi.org/10.15446/RSAP.V23N2.85965
17. Abramo, L. (2022). Racial Inequalities as a Structuring Axis of Social Inequality in Latin America and the Afro-Descendant Population. Latin American Societies, Part F1336, 167–184. https://doi.org/10.1007/978-3-030-90495-1_10/SAVE-RESEARCH
18. Kamp, M., Achilonu, O., Kisiangani, I., Nderitu, D. M., Mpangase, P. T., Tadesse, G. A., Adetunji, K., Iddi, S., Speakman, S., Hazelhurst, S., Asiki, G., & Ramsay, M. (2023). Multimorbidity in African ancestry populations: a scoping review. BMJ Global Health, 8(12), 13509. https://doi.org/10.1136/BMJGH-2023-0135
19. Diana Marcela, P.-S., Herazo-Dilson, M. I., & Calvo-Gómez, J. M. (2009). DEPRESIÓN EN ANCIANOS. Revista de La Facultad de Medicina, 57(4), 347–355. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
20. Vann, A. N. (2025). Depression prevalence in the Black aging community vs. their White aging counterparts. https://doi.org/10.17918/ETD-3720

21. Sánchez, B. L. P., Serrano-Dueñas, M., Panta, D. A. M., & Vásquez, J. A. M. (2024). Abuse and other factors related to depression in older Ecuadorian adults. Aging Medicine (Milton (N.S.W)), 7(3), 328–333. https://doi.org/10.1002/AGM2.12338

22. Kok, R. M., & Reynolds, C. F. (2017). Management of Depression in Older Adults: A Review. JAMA, 317(20), 2114–2122. https://doi.org/10.1001/JAMA.2017.5706

23. López Sánchez, J. D., & Granados Ramos, D. E. (2021). Disfunciones cognitivas en adultos mayores con depresión. Revista Digital Universitaria, 22(2). https://doi.org/10.22201/CUAIEED.16076079E.2021.22.2.2

24. Molés Julio, M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V., Folch Ayora, A., Molés Julio, M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V., & Folch Ayora, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enfermería Global, 18(55), 58–82. https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.18.3.324401

25. Núñez-Sánchez, E. Y., Ontiveros-Vargas, A. A., Santiesteban-Contreras, M. T., & Vázquez-Ríos, E. R. (2025). La edad como factor relacionado con la depresión en el adulto mayor. Journal Health Education and Welfare. https://doi.org/10.35429/JHEW.2025.9.16.1.1.8

26. Abdoli, N., Salari, N., Darvishi, N., Jafarpour, S., Solaymani, M., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2022). The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 132, 1067–1073. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.041

27. Kwiatkowska, K., Fedorenko, N., Ille, S., & Jakubiak, A. (2025). Depression in older adults. Wiadomości Lekarskie, 2025(3), 639–642. https://doi.org/10.36740/WLEK/202719

28. Alejandra, G., Félix, L., del Pilar González Javier, F., & Magaña Pérez, R. (2020). Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco: Factors associated with depression in older adults in the urban area of Tabasco. Multidisciplinary Health Research, 5(1), 2020. https://doi.org/10.19136/MHR.A5N1.4417

29. Antony, A., Parida, S. P., Behera, P., & Padhy, S. K. (2023). Geriatric depression: prevalence and its associated factors in rural Odisha. Frontiers in Public Health, 11, 1180446. https://doi.org/10.3389/FPUBH.2023.1180446

30. González, D. A. M., Caamal, M. E. L., Figueroa, M. C. R. de C., & Chan, J. M. C. (2024). Prevalence and Psychosocial Risk Factors Associated with Depression in Older People in A Rural Community. Cross Current International Journal of Medical and Biosciences, 6(01), 16–20. https://doi.org/10.36344/CCIJMB.2024.V06I01.004

31. Chango Velva, L. M., Moreta-Herrera, R., Játiva, R., & Torales, J. (2025). Percepción de Soledad y Autoestima como Predictores de la Salud Mental en Adultos: Un Estudio en un País Sudamericano. Medicina Clínica y Social, 9(1), e567–e567. https://doi.org/10.52379/MCS.V9.567

32. Papageorgiou, A., Bakola, M., Kitsou, K., Mousafeiris, V., Mavridou, K., Kallianezos, P., Kampouraki, M., Charalambous, G., & Jelastopulu, E. (2022). The association between depression and quality of life in the elderly. European Journal of Public Health, 32(Supplement_3). https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKAC131.125

33. Devita, M., de Salvo, R., Ravelli, A., de Rui, M., Coin, A., Sergi, G., & Mapelli, D. (2022). Recognizing Depression in the Elderly: Practical Guidance and Challenges for Clinical Management. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 18, 2867–2880. https://doi.org/10.2147/NDT.S347356

34. Devita, M., de Salvo, R., Ravelli, A., de Rui, M., Coin, A., Sergi, G., & Mapelli, D. (2022). Recognizing Depression in the Elderly: Practical Guidance and Challenges for Clinical Management. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 18, 2867–2880. https://doi.org/10.2147/NDT.S347356

35. Paiva, T. C., Soares, L., & Faria, A. L. (2023). Depression in Elderly People. Encyclopedia 2023, Vol. 3, Pages 677-686, 3(2), 677–686. https://doi.org/10.3390/ENCYCLOPEDIA3020048

36. Wróblewska, I., Bartyzel, M., Chmielowiec, B., Puścion, M., & Chmielewski, J. P. (2021). The impact of depression on the quality of life in elderly people. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 27(2), 199–204. https://doi.org/10.26444/MONZ/136243

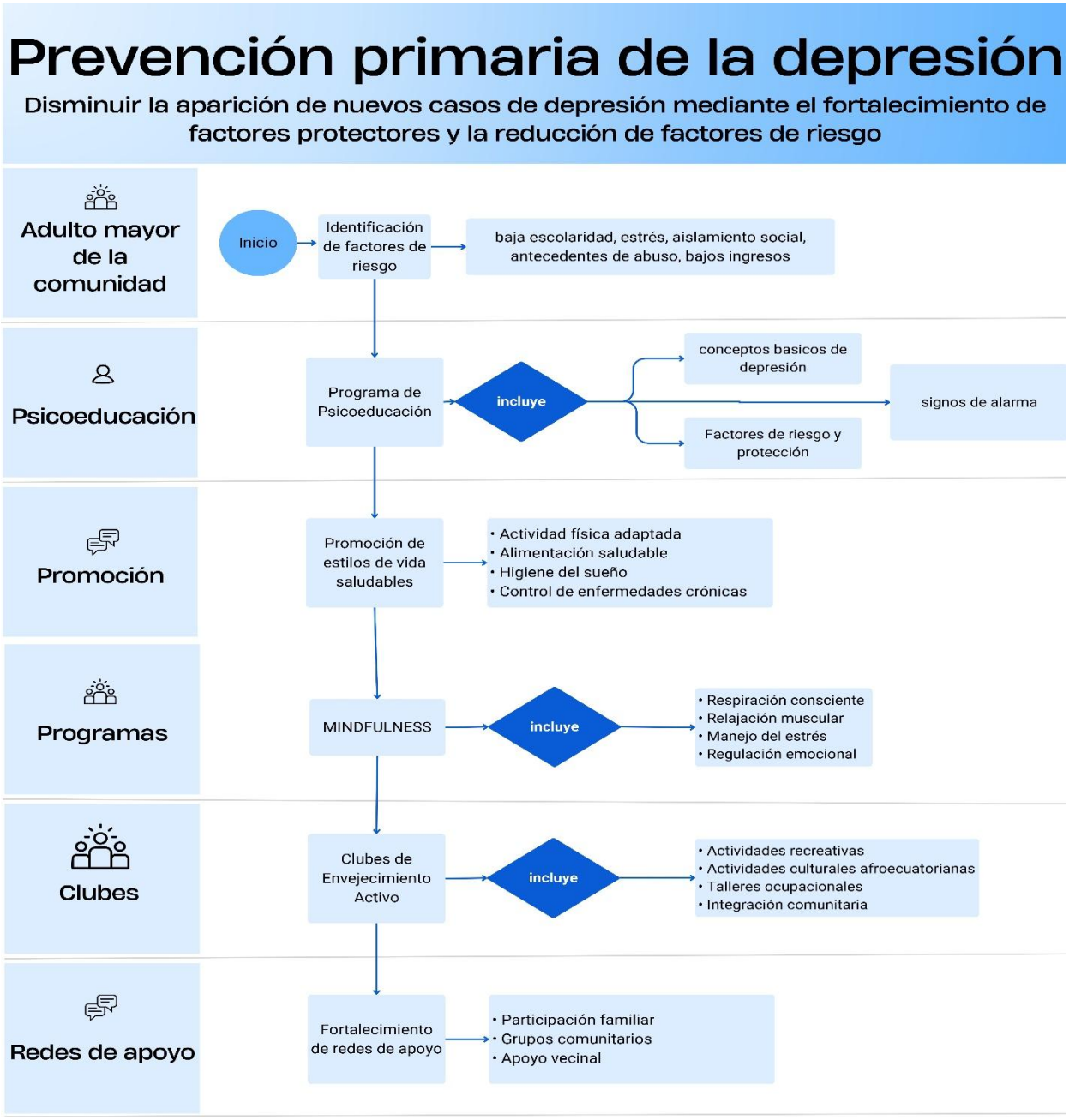
ANEXOS

7.1. Anexo 1: Estrategia de prevención de depresión

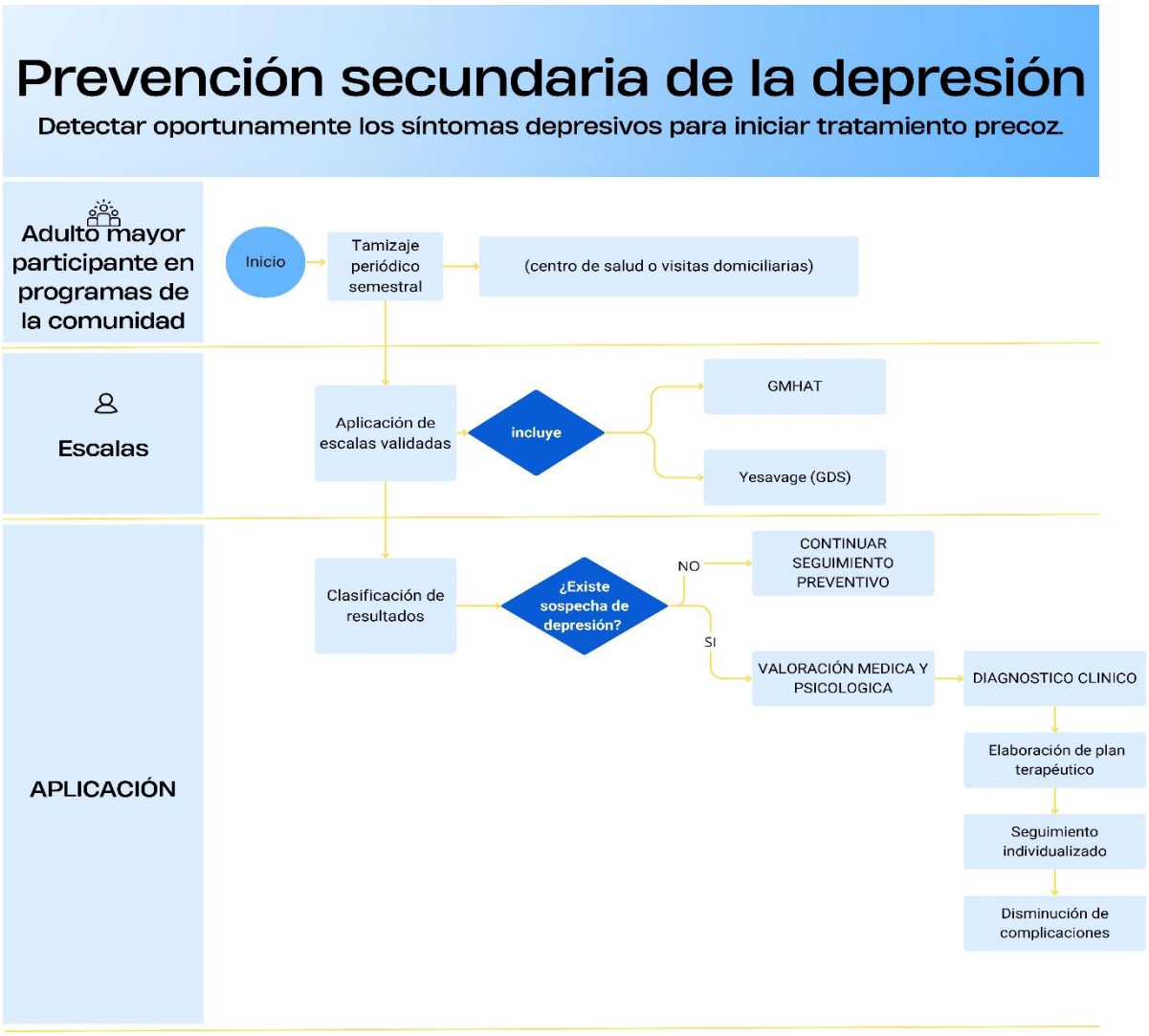




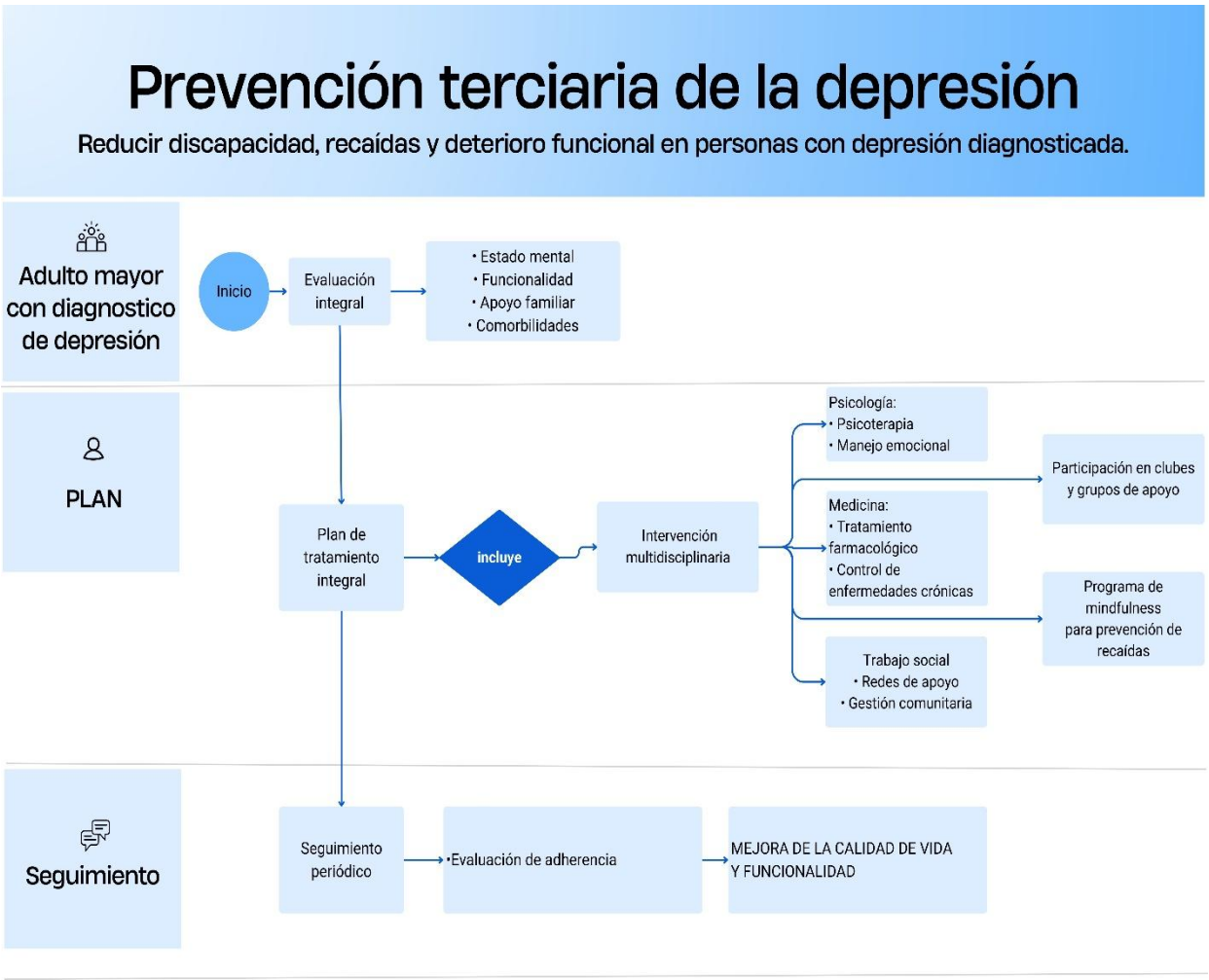
7.2. Anexo 2: Estrategia de prevención de depresión en el nivel primario



7.3. Anexo 3: Estrategia de prevención de depresión en el nivel secundario



7.4. Anexo 4: Estrategia de prevención de depresión en el nivel terciario



7.5. Anexo 5: Consentimiento informado

N° de registro		Nombre		Apellidos	

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a): .....

Le informamos que un equipo multidisciplinar de docentes investigadores y estudiantes de la carrera de Enfermería y Medicina de la Universidad Técnica del Norte, estamos realizando una investigación titulada "Factores de Riesgo y Prevalencia de Enfermedades Mentales en Comunidades pertenecientes a la Cuenca del Río Chota, 2024" con el propósito de identificar los principales factores de riesgo de patologías psiquiátricas frecuentes. Los resultados de esta investigación serán difundidos a través de la publicación de un artículo científico y socializados a los beneficiarios del proyecto.

Por consiguiente, solicito de la manera más comedida y respetuosa, autorice mediante una firma en el presente documento, su participación de forma libre y voluntaria en una entrevista, así como permita fotografiar o filmar hechos u objetos relacionados con la investigación (de ser el caso).

Su participación en el presente estudio no conlleva ningún riesgo y se garantiza que sus aportes tendrán un uso y destino exclusivamente académico y científico. Cabe indicar que, el participante no recibirá ningún beneficio o compensación económica por su contribución. No obstante, los investigadores nos comprometemos a retribuir de la siguiente manera:

- Compartir la publicación científica.

Si una vez iniciado el estudio, usted decidiera interrumpir su participación en la entrevista, entonces debe informar de inmediato al investigador con el fin de cerrar adecuadamente el proceso.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la Dra. Yesenia Acosta Vinueza C.I. 0401046800 Telf.: 0996948573, email: lyacosta@utn.edu.ec

Estoy de acuerdo: _____

:	M		F		Edad años cumplidos		Fecha	

Motivo de consulta / diagnóstico

Dirección
Provincia
Comunidad

Grupo étnico	Mestizo		Indígena		Afro		Blanco												
Estado civil	Casado		Soltero		Divorciado		Viudo		Separado		Unión libre								
Residencia	Sólo		Con familia		Con amigos		Protegido												
Composición del hogar	Familia nuclear		Familia monoparental		Familia nuclear ampliad		Familia extensa		OTRA										
Escolaridad	Primaria		Secundaria		Superior		Ninguna												
¿A qué se dedica?																			

¿Cuánto es su ingreso mensual?

Menor a 460 Mayor a 460

NOMBRE DEL EVALUADOR :

7.6. Anexo 6: Cuestionario GMHAT

Preséntese por su nombre: ..... Pregunte: ¿le gustaría responder algunas preguntas para evaluar su salud mental?, dígale al paciente que no se preocupe si algunas preguntas parecen un poco extrañas; algunas no serán aplicables a usted, pero debemos realizar a todo el mundo el mismo tipo de preguntas.

¿Cómo se ha sentido últimamente?, ¿Tiene algún problema? (en caso afirmativo) ¿Hace cuánto tiempo?

Duración# Días Semanas Meses Años

¿Ha tenido alguna vez en el pasado problemas de salud mental?

¿Ha sufrido alguien de su familia, alguna clase de problema mental? ¿cuál? ¿Depresión?

¿Por favor, cuénteme si hay algo en su vida personal o social, incluyendo hogar, trabajo o dinero, que considere estresante; Ha sufrido de alguna forma de trauma o abuso,

Físico **Emocional** **Sexual** ?

5 **¿Ha sufrido de:** **¿Epilepsia?** Sí No

6 **¿Retardo mental?**

¿Tuvo problemas en el desarrollo?, ejemplo: ¿Se demoró en sentarse, en caminar, hablar o aprender en el colegio (Si la respuesta es positiva), según usted, cuál es la edad mental de él/ella?

Leve o moderado Severo No

7 **¿Preocupaciones?**

¿Se preocupa mucho? (si responde afirmativamente:)
¿Qué tipo de cosas son las que le preocupan?
¿Suele preocuparse por el dinero, los problemas familiares, su propia salud o la de otra persona?
¿Alguna cosa más le preocupa?
¿Qué tanto le preocupa?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

¿Le incomoda mucho esta preocupación, es desagradable, puede dejar de preocuparse?, vuelven a aparecer los pensamientos?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

8 **¿Ansiedad?**

4. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días? (ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min)	Horas por día	
	Minutos por día	
	No sabe /no está seguro	
Piense en el tiempo que usted dedicó a **CAMINAR** en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.		
5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?	Días por semana	
	Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 7)	
6. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	Horas por día	
	Minutos por día	
	No sabe /no está seguro	
La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **SENTADO** durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que paso sentado ante un escritorio, leyendo, viajando en autobús, o sentado o recostado mirando tele.		
7. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	Horas por día	
	Minutos por día	
	No sabe /no está seguro	

INTERPRETACIÓN

1. Actividad física vigorosa: 8MET x minutos x días por semana	8 x
2. Actividad física moderada: 4 MET x minuto x días por semana	4 x
3. Caminata: 3,3 x minutos x días por semana	3.3 x
TOTAL	

Nivel de actividad física alto	• Reporte de 7 días en la semana de cualquier combinación de caminata, y/o actividades de moderada y/o alta intensidad logrando un mínimo de 3.000 MET-min/semana; • O cuando se reporta actividad vigorosa al menos 3 días a la semana alcanzando al menos 1.500 MET-min/semana
Nivel de actividad física moderado	• Reporte de 3 o más días de actividad vigorosa por al menos 20 minutos diarios; • o cuando se reporta 5 o más días de actividad moderada y/o caminata al menos 30 minutos diarios; • o cuando se describe 5 o más días de cualquier combinación de caminata y actividades moderadas o vigorosas logrando al menos 600 MET-min/semana
Nivel de actividad física bajo	• Se define cuando el nivel de actividad física del sujeto no esté incluido en las categorías alta o moderada

Ejemplo: 8 MET x 30 minutos x 5 días = 1200 MET (**ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA**)

Ninguna	

PESO:	
TALLA:	
IMC	

PRESION ARTERIAL:

ENCUESTA STEPS

En una semana típica cuántos días usted consume frutas	Número de días
Cuántas porciones de fruta consume en uno de esos días	Número de frutas
En una semana típica cuántos días usted consume verduras y hortalizas	Número de días
Cuántas porciones de verdura y hortaliza consumen en uno de esos días	Número de verduras y hortalizas
En una semana típica cuántos días consume comidas fuera de casa	Número de días
En un día cuántos vasos de agua (200 ml) consume al día	Número de vasos al día

IPAQ		
Piense en todas las actividades VIGOROSAS que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucha más intensamente que lo normal. Piense sólo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.		
1. Durante los últimos 7 días ¿En cuántos realizo actividades físicas vigorosas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	Días por semana:	
	Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 3)	
2. Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días? (ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 h y 20 min)	Horas por día	
	Minutos por día	
	No sabe /no está seguro	
Piense en todas las actividades **MODERADAS** que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.		
3. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar a dobles en tenis? No incluya caminar.	Días por semana	
	Ninguna actividad física intensa (vaya a la pregunta 5)	

Por ejemplo, ¿alguien cercano a usted murió, rompió alguna relación o cualquier otro tipo de situación

0	Sin estrés	
1	Estrés en grado leve	
2	Estrés en grado moderado	
3	Estrés en grado severo	

Trastorno de estrés postraumático

¿Qué ha pasado después (del evento estresante)? ¿Tiene pesadillas sobre lo que pasó?
¿Ha tenido momentos en los que ve lo que sucedió de nuevo, como si estuviera en frente de sus ojos?
¿Cómo se siente en situaciones que le recuerdan lo que pasó? ¿Las
¿Se ha vuelto más irritable y nervioso desde lo que

0	No	
1	Si	

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL ENTREVISTADOR		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA		
DIAGNOSTICO PRINCIPAL GMHAT		
Fallecimientos familiares cercanos en los últimos 5 años	SI / NO	
TIENE ENFERMEDADES CRÓNICAS	DIAGNOSTICADA SIN TRATAMIENTO	
	DIAGNOSTICADA CON TRATAMIENTO	
TIENE HIPERTENSION ARTERIAL	DIAGNOSTICADA SIN TRATAMIENTO	
NOMBRE DEL FÁRMACO	DIAGNOSTICADA CON TRATAMIENTO:	
	• IECA	
	• ARA II	
	• CALCIOANTAGONISTA	
	• DIURETICOS	
	• BETABLOQUEADORES	
	TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO	

ACCESO Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD :

- **¿Con qué frecuencia visita a profesionales de salud mental?**

Menos de una vez por año	
Una vez al año	
Cada 6 meses	
Una vez al mes	
Cada semana	
Nunca	

- **¿Qué tipo de tratamientos ha recibido?**

Medicación	
Terapia	
Ambos	

(¿Dónde ha puesto las cosas?)

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

26 **Abuso de alcohol**

¿Le importa que le pregunte sobre sus hábitos con el alcohol (bebida)? ¿Cuánto suele tomar?
Si se sospecha un consumo excesivo, preguntar:
¿Siente un fuerte deseo de tomar alcohol a diario?
¿Puede normalmente parar de tomar tras beber una o dos copas?
¿Ha aumentado la cantidad que toma durante algún periodo de tiempo?
¿Ha sufrido alguna vez síntomas de abstinencia (cuando deja de tomar) como temblores, amnesia, confusión, visiones, convulsiones, etc.?
¿Ha abandonado sus aficiones a causa de la bebida?

0	No bebe o bebe únicamente de forma social ocasionalmente	☐
1	Bebedor social habitual	☐
2	Clara evidencia de consumo excesivo con efectos nocivos	☐
3	Problema significativo de consumo con dependencia o efectos nocivos a nivel físico o social	☐

27 **Abuso de drogas**

¿Suele consumir drogas (drogas ilegales)?
Si responde afirmativamente ¿Cuánto consume?
¿Sufre algún síntoma de abstinencia?
¿Es el abuso de drogas un problema para usted?

0	Sin evidencia de consumo de drogas	☐
1	Uso ocasional de drogas ilícitas	☐
2	Uso frecuente de drogas ilícitas	☐
3	Uso significativo de drogas ilícitas con dependencias y complicaciones asociadas	☐

28 **Problemas de personalidad**

¿Ha tenido problemas por su forma/manera de ser?
¿Siempre ha sido así?
¿Ha continuado esto a lo largo de su vida, sin ir significativamente a mejor o a peor?
(No incluir los problemas emocionales/psicológicos secundarios a estrés, enfermedad física o mental)

0	Sin problemas	☐
1	Problemas ocasionales (rasgo de personalidad)	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Problemas frecuentes de grado moderado	☐

¿Le ha causado esto problemas en las relaciones con los demás en el trabajo?
¿Es usted una persona con un carácter fuerte?
(Tener en cuenta cualquier tipo de patrón mal adaptativo, por ejemplo, autolesiones recurrentes, actividades antisociales, etc.)

0	No	☐
1	Si	☐

29 **Estresantes**

¿Ha pasado por algún tipo de situación estresante antes de que sus problemas comenzaran?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

24 **Desorientación en tiempo**

¿Algunas personas cuando se sienten mal o están disgustadas pierden la noción del tiempo
Puedo preguntarle ¿Cuál es la fecha de hoy?
¿Puede decirme qué día de la semana es?
(¿Qué mes?) (¿Qué año?)

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

Desorientación en el lugar

¿Cuál es el nombre de este lugar?
¿Dónde está situado?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

Desorientación en persona

¿Me había visto antes?
¿Tiene dificultad para reconocer a sus familiares y amigos cercanos?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

25 **Pérdida de memoria**

¿Ha tenido algún problema con la memoria?
(Si responde afirmativamente:)
¿Qué tan grave es esto para usted?
¿Últimamente acostumbra a olvidar las cosas?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

¿Qué tipo de cosas?
¿Los nobres de sus familiares o amigos cercanos?

1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

19 ¿Últimamente se ha sentido muy feliz sin ninguna razón aparente?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

20 **Trastornos del pensamiento**

¿Se le mezclan (confunden) sus pensamientos?
(¿De forma que no los puede organizar?)
(¿Puede pensar con claridad/orden?)

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

21 **Trastornos del pensamiento / Ideas de referencia**

¿Cree que la gente habla de usted (se rie de usted)?
¿O que la tv/radio/periódicos hablan de usted?
¿Tiene otras ideas o creencias inusuales(extrañas)(ej alguien quiere hacerle daño) (Explore si la persona tiene otras ideas delirantes)
¿Piensa que esto es cierto o quizás es tan solo algo que usted siente?
(¿está seguro?)

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

22 **Síntomas psicóticos / alucinaciones auditivas**

¿Ha tenido sensaciones extrañas?
¿Oye usted cosas que otras personas no pueden oír?
(¿Qué es lo que oye?)
(¿Y voces?)
(¿Cuándo no hay nadie alrededor?)
(¿Qué dicen?)

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

23 **Síntomas psicóticos / alucinaciones visuales**

¿Tiene visiones o ve cosas que son invisibles para el resto de la gente?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

16 **Obsesiones / compulsiones**

¿Tiene que comprobar las cosas una y otra vez, por ejemplo,
Si ha cerrado los grifos, o el gas, ¿o apagado las luces?
Si responde afirmativamente:
¿Lo comprueba, aunque sepa que ya lo ha hecho? ¿Cuántas veces?

¿Se lava mucho las manos? ¿Cuántas veces?
¿Le vienen a la cabeza algunos pensamientos absurdos que no se van
cuando intenta librarse de ellos?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

17 **Fobias / agorafobia**

A veces las personas tienen temores que saben que no tienen ningún sentido, como tener miedo de las multitudes o de salir solo a la calle. ¿Tiene usted estos o cualquier otro miedo? (Agorafobia)

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

Fobias / fobia específica

¿O a estar en una habitación pequeña, o se asusta con algunos tipos de animales, o con las alturas, los lugares oscuros, etc?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

Fobias - Fobia social

¿O ser el centro de la atención, como por ejemplo salir a comer afuera, hablar en público, etc.?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

18 **Manía**

¿Se ha sentido con demasiada energía (lleno/a de energía) recientemente?

0	No evidencia o presencia del síntoma	

2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

14 Cree que está gordo/a, incluso cuando otras personas le dicen que está demasiado delgado/a?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

¿Está preocupado / a porque no tiene control de la cantidad que come?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

¿Diría que la comida domina su vida?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

¿Se provoca el vómito cuando se encuentra lleno / a?
¿O usa fármacos como laxantes, diuréticos u otros para reducir su llenura?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

SOLO MUJERES:
¿Se ha interrumpido su menstruación?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

15 **Hipocondría**

¿Cómo está su salud física?
¿Le preocupa su salud o alguna enfermedad?
¿Hay algo en relación a su cuerpo que le moleste o le preocupe?
¿Tiene algún dolor?
¿Hay alguna parte de su cuerpo que no funcione adecuadamente?
(¿Diría que está en buenas condiciones físicas?)

Ideación suicida actual
¿Sigue pensando de la misma manera?
¿Tiene algún plan para acabar con su vida?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

12 **Sueño**

¿Ha tenido problemas para dormir recientemente? (Si responde afirmativamente:) Si ☐
¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
¿Se despierta más temprano por las mañanas?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

Apetito
¿Cómo ha estado su apetito?
¿Disfruta lo que come?
¿Ha estado comiendo mucho más o menos de lo habitual?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

Pérdida / ganancia de peso
¿Ha perdido (o ganado) peso durante los últimos tres meses?
¿Cuánto ha sido más o menos?
¿Cuánto en el último mes?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

Libido
¿Ha perdido recientemente interés por el sexo?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

13 **Trastornos de alimentación**

¿Cuáles son sus hábitos alimenticios?
¿Está EXCESIVAMENTE preocupado/a por comer alimentos que engorden?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐

8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

Falta de energía

¿Se siente agotado/a, exhausto/a y sin energía (para hacer las cosas que quiere hacer)?
¿Se siente así la mayor parte de los días?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

Sentimientos de culpa

¿Tiende a echarse la culpa o se siente culpable de algo?
(¿Se siente en ocasiones inútil?)

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

Retraso / agitación psicomotriz

Retraso	
Agitación	

¿ha enlentecido sus actividades?
¿Se agita en ocasiones?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

Desesperanza

¿Cómo ve el futuro?
¿Se siente desesperanzado/a?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

Ideación suicida reciente

¿Ha sentido que no vale la pena vivir?
¿Ha pensado en acabar con todo?
¿Ha hecho algo para hacerse daño?

0	No evidencia o presencia del síntoma	
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	
9	No aplicable o no preguntado	

¿Se suele asustar o ponerse nervioso/a? (Si responde afirmativamente:) Si ☐

¿Suele tener / sentir con frecuencia:
Palpitaciones
Sudoración
Temblores o sacudidas
Mariposas, hormigueos, nudo en el estómago, etc.

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

Crisis de pánico

¿Ha tenido ataques de miedo o pánico y ha tenido que hacer algo para que terminen?
¿Puede describir lo que ocurre?
¿Con qué frecuencia tien estas crisis?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

9 **Concentración**

¿Cómo está su concentración?
¿Puede concentrarse cuando está hablando con alguien, oyendo radio, viendo televisión o leyendo?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

10 **Ánimo depresivo**

¿Se ha sentido triste, deprimido recientemente?
¿Ha llorado en algún momento o ha sentido ganas de llorar?
¿Se siente deprimido durante la mayor parte del tiempo o tan solo unas pocas horas cada vez?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

11 **Pérdida de interés**

¿Tiene interés por las cosas?
¿Ha perdido el interés por las cosas?
¿Con qué disfruta recientemente?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐

Preséntese por su nombre: ..... Pregunte: ¿le gustaría responder algunas preguntas para evaluar su salud mental?, dígale al paciente que no se preocupe si algunas preguntas parecen un poco extrañas; algunas no serán aplicables a usted, pero debemos realizar a todo el mundo el mismo tipo de preguntas.

¿Cómo se ha sentido últimamente?, ¿Tiene algún problema? (en caso afirmativo) ¿Hace cuánto tiempo?

Duración# ☐ Días Semanas Meses Años

¿Ha tenido alguna vez en el pasado problemas de salud mental?

¿Ha sufrido alguien de su familia, alguna clase de problema mental? ¿cuál? ¿Depresión?

¿Por favor, cuénteme si hay algo en su vida personal o social, incluyendo hogar, trabajo o dinero, que considere estresante; Ha sufrido de alguna forma de trauma o abuso,

Físico ☐ **Emocional** ☐ **Sexual** ☐?

5 **¿Ha sufrido de:** **¿Epilepsia?** Sí ☐ No ☐

6 **¿Retardo mental?**

¿Tuvo problemas en el desarrollo?, ejemplo: ¿Se demoró en sentarse, en caminar, hablar o aprender en el colegio (Si la respuesta es positiva), según usted, cuál es la edad mental de él/ella?

Leve o moderado ☐ Severo ☐ No ☐

7 **¿Preocupaciones?**

¿Se preocupa mucho? (si responde afirmativamente:)
¿Qué tipo de cosas son las que le preocupan?
¿Suele preocuparse por el dinero, los problemas familiares, su propia salud o la de otra persona?
¿Alguna cosa más le preocupa?
¿Qué tanto le preocupa?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

¿Le incomoda mucho esta preocupación, es desagradable, puede dejar de preocuparse?, vuelven a aparecer los pensamientos?

0	No evidencia o presencia del síntoma	☐
1	Síntoma presente y ligeramente angustiante o incapacitante	☐
2	Síntoma presente y moderadamente angustiante o incapacitante	☐
3	Síntoma presente y severamente angustiante o incapacitante	☐
8	Cuando el entrevistador no está seguro de la presencia o ausencia del síntoma	☐
9	No aplicable o no preguntado	☐

8 **¿Ansiedad?**

7.7. Anexo 7: Recolección de datos





