

# UCUENCA

**Universidad de Cuenca**

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Niveles de depresión en adultos mayores en la Fundación Santa Ana de Cuenca,  
período 2021**

Trabajo de titulación previo a la obtención del  
título de Psicólogo Clínico

**Autores:**

Edgar Patricio Lata Pinos

Angelita Alexandra Valdiviezo Verdugo

**Directora:**

María de Lourdes Pacheco Salazar

ORCID: 0000-0002-8614-9265

**Cuenca, Ecuador**

2023-05-08

## Resumen

La depresión es un trastorno del estado de ánimo en donde prevalecen los sentimientos de tristeza, alteraciones de sueño, del apetito, contenido del pensamiento y síntomas somáticos, los mismos que interfieren por un tiempo determinado o puede llegar a persistir en la vida cotidiana. En efecto, en la fase de la adultez tardía, la depresión se ha normalizado como una parte del envejecimiento, es decir que es un trastorno del estado del ánimo habitual en la población adulta mayor, de manera que no se suele reconocer y no puede ser tratada a tiempo. Es por ello que, en esta investigación, se planteó como objetivo general identificar los niveles de depresión en las personas adultas mayores de la Fundación Santa Ana de Cuenca, período 2021. Así también, el objetivo específico fue determinar los niveles de depresión de acuerdo a las variables sociodemográficas. Por otro lado, se utilizó un enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo, concomitante a un tipo de diseño no experimental y transversal. La población estuvo comprendida por todos los adultos mayores de la Fundación Santa Ana, dando un total de 32 personas. Los instrumentos que se emplearon para la obtención de los niveles de depresión fueron: el *Cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage* (GDS-15) con un alfa de Cronbach de 0,92 y la ficha sociodemográfica.

*Palabras clave:* adultos mayores, niveles de depresión, variables sociodemográficas, Fundación Santa Ana

### Abstract

Depression is a mood disorder in which feelings of sadness, sleep disturbances, appetite, thought content and somatic symptoms prevail, which interfere for a certain period of time or may persist in daily life. Indeed, in late adulthood, depression has become normalized as a part of aging, i.e., it is a common mood disorder in the older adult population, so it is often not recognized and cannot be treated in time. That is why, in this research, the general objective was to identify the levels of depression in older adults of the Santa Ana Foundation of Cuenca, period 2021. Also, the specific objective was to determine the levels of depression according to sociodemographic variables. On the other hand, a quantitative approach was used with a descriptive scope, concomitant with a non-experimental and cross-sectional design. The population consisted of all the older adults of the Santa Ana Foundation, giving a total of 32 persons. The instruments used to obtain the levels of depression were: the Geriatric Depression Scale Questionnaire of Yesavage (GDS-15) with a Cronbach's alpha of 0.92 and the sociodemographic card.

*Keywords:* older adults, levels of depression, sociodemographic variables, Santa Ana Foundation

**Índice de contenidos**

Resumen.....	2
Abstract.....	3
<b>Fundamentación teórica.....</b>	<b>6</b>
<b>Proceso metodológico.....</b>	<b>16</b>
<i>Participantes.....</i>	16
<i>Instrumentos.....</i>	16
<i>Análisis de Datos.....</i>	17
<i>Aspectos Éticos.....</i>	18
<b>Presentación y análisis de resultados.....</b>	<b>19</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>24</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>25</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>26</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>30</b>
Anexo A. Ficha Sociodemográfica.....	30
Anexo B. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15).....	31
Anexo C. Consentimiento informado.....	32

## Índice de tablas

Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	20
Tabla 3.....	22
Tabla 4.....	23
Tabla 5.....	23

### Fundamentación teórica

La depresión se ha descrito desde tiempos remotos como melancolía, cuyo significado en griego equivale a bilis negra, este término fue utilizado por Hipócrates para referirse a los cambios afectivos del ser humano (Nestler et al., 2002). A raíz de esto, el término depresión surgió en el siglo XIX para referirse a una alteración de las emociones, en las que se puede evidenciar una inhibición, menoscabo y deterioro funcional (Botto et al., 2014). Schneider define a la depresión como un hundimiento vital y como la vivencia existencial de la muerte (Schneider, 1920, como se citó en Aguirre Baztán, 2008).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) señala que, la depresión es un trastorno de salud mental común, en el que la persona experimenta un estado de ánimo deprimido que se caracteriza por síntomas de tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o del apetito, baja autoestima, fatiga y falta de concentración; dichos síntomas impiden un adecuado desenvolvimiento en las diferentes áreas tanto personal, familiar, social y ocupacional.

Es importante acotar que la organización mundial de la salud clasifica a la depresión acorde a su nivel de intensidad en leve, moderada o grave; esto a su vez está íntimamente relacionado con el número de síntomas que presenta el individuo y las áreas afectadas por estos síntomas causando un malestar clínicamente significativo en quienes lo padecen (OMS, 2021).

En este mismo sentido, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) en su quinta edición manifiesta que la persona que padece depresión presenta los siguientes síntomas: estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo. Además, el DSM-5 argumenta la existencia de tres niveles de depresión, los que están comprendidos por la gravedad de síntomas de acuerdo al criterio diagnóstico, la perseverancia de los mismos y, por último, el grado de discapacidad funcional de la persona. En efecto, la depresión leve se caracteriza por presentar de uno a tres síntomas, los que generan malestar, pero son relativamente manejables. Mientras que, en la depresión moderada, la intensidad de los síntomas es poco manejable, existen de tres a seis síntomas y el deterioro funcional suele variar entre leve y graves; finalmente, en la depresión severa los síntomas generan un malestar que causan una alteración social y laboral (APA, 2014).

En síntesis, la depresión es considerada como una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial, que perturba a más de 50 millones de personas sin diferenciar la edad o condiciones sociales (Morales, 2017). Asimismo, el Instituto Nacional de la Salud Mental (2018) indica que la depresión es considerada como una enfermedad grave que afecta a cualquier persona sin importar la etnia, edad, ingresos y presentan afectaciones en el modo de sentir, pensar y coordinar actividades diarias. Así también, Calderón (2018) agrega que este trastorno puede llevar al aislamiento y al suicidio.

También, la depresión es un trastorno complejo que no se puede dilucidar por una sola teoría. Así pues, en el contexto clínico la depresión se clasifica, según los patrones que lo definen, en síntomas afectivos (tristeza, desánimo); síntomas cognitivos (triada cognitiva: pensamientos negativos del futuro, del mundo y de sí mismo/a); síntomas conductuales (lentitud al andar y hablar, agitación motora) y síntomas físicos (referentes al apetito, sueño, etc.) (Pérez y García, 2001).

En cuanto a la teoría biológica sostiene que la depresión es el resultado de un déficit funcional de los neurotransmisores noradrenalina y serotonina en las regiones límbicas del cerebro. Así que, desde el punto biológico la depresión se entiende como una disfuncionalidad en uno o en todos los sistemas neuroconductuales tal como: la facilitación conductual, la inhibición conductual, el grado de respuesta al estrés, ritmos biológicos y el procesamiento ejecutivo cortical de la información, asimismo, este déficit funcional puede ser heredado o adquirido ya que pueden resultar como consecuencia de la interacción de eventos estresantes por los que pueda estar atravesando una persona y su vulnerabilidad biológica (Vázquez et al., 2000). En este mismo sentido, Pérez et al. (2017) añade que, las monoaminas (dopamina y serotonina) se distribuyen en la red de neuronas del sistema límbico, el estriado y los circuitos neuronales corticales prefrontales quienes proporcionan las manifestaciones conductuales y viscerales de este trastorno del ánimo.

De acuerdo con el modelo conductual, la depresión es un fenómeno aprendido que se encuentra relacionado con las interacciones negativas del sujeto y de su medio ambiente; y dichas interacciones pueden ser producto de las cogniciones, conductas y emociones, es decir, las relaciones son de forma recíproca entre estos factores (Vázquez et al., 2000). En concordancia con lo anterior, la teoría cognitiva de Beck (1979) sostiene que los efectos y la conducta de una persona se encuentran determinados por la forma en la que estructura su mundo, es decir que los conocimientos (cognición) están basados en

supuestos (esquemas) que surgen a partir de las experiencias vivenciadas. Por ello, esta teoría permite identificar y modificar las falsas creencias que subyacen de estas cogniciones con el fin de que la persona pueda actuar y pensar de un modo más realista y adaptativo de acuerdo a sus conflictos diarios reduciendo o eliminando los síntomas.

De esta manera, este modelo teórico sostiene que algunos síntomas tal como la apatía, pérdida de energía, baja autoestima, pensamientos e ideación suicida, entre otros, son consecuencia de las cogniciones negativas que está produciendo el sistema de creencias que ha mantenido en todo su desarrollo, esto conlleva a generalizar la visión negativa personal del entorno y del futuro, además, este puede producir una inhibición motora del paciente (Beck et al., 1979).

Así pues, en esta investigación se consideró la teoría de la indefensión aprendida de Seligman la que hace referencia al estado psicológico que se produce cuando la persona no puede controlar, ni predecir los acontecimientos estresantes que forman parte de su vida, esto produce algunas consecuencias a nivel motivacional, cognitivo y emocional que afecta a su comportamiento haciendo referencia a la forma pasiva de actuar ante una determinada situación (Díaz et al., 2004).

Añadido a esto, Abramson et al. (1978) reformularon la teoría de Seligman en la que enfatizan que las atribuciones realizadas por el sujeto dependen de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Estas dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad, la generalidad de la indefensión y la depresión, en la que concluyeron que es probable que los individuos con alta predisposición a la depresión atribuyan a los acontecimientos negativos a factores internos, a uno mismo, estables, irreversibles y globales, que lo abarcan todo (Abramson, 1978, como se citó en Vázquez et al., 2000)

Así también, se considera la teoría reformulada de la reducción del refuerzo positivo ante las conductas condicionadas cuya respuesta son los síntomas de depresión; en esta teoría se señala que al disminuir los eventos que originan estas respuestas se interrumpen los patrones de comportamiento automático en la persona. Esto a su vez produce una reducción de la autoconciencia con un mayor autoenfoque, autocrítica, expectativas positivas, las que se traducen en una mayor comodidad personal con consecuencias de tipo cognitiva, conductual e interpersonal (Vázquez et al, 2000).

Después de haber definido la depresión como una alteración del procesamiento de la información de los esquemas cognitivos, según la experiencia propia o de las personas



más cercanas que causen una afectación significativa y que influyen de forma negativa en el transcurso de la vida, se da lugar a la presencia de esta enfermedad cuyos factores precipitantes podrían ser la separación o pérdida de su familia cercana y alejamiento de su hogar, así también se ostenta que suelen presentar una depresión existencial cuando concurren crisis históricas o se fomenta una mayor preocupación cuando dejan de laborar en sus actividades diarias (Hernangómez et al., 2010).

A través de este estudio se considera importante identificar a tiempo los niveles de depresión en las personas adultas mayores, pues en relación a este tema, Aguilar y Ávila (2006) señalan que la depresión “es una enfermedad recurrente en la que presenta importantes consecuencias negativas por su elevada prevalencia y por los efectos dañinos para la salud, siendo causa de sufrimiento para las personas de la tercera edad disminuyendo su calidad de vida” (p. 141).

Con relación a la tercera edad se puede comprender como una etapa del desarrollo humano en la que se está expuesto a cambios de nivel físico, psicológico, social, entre otros; el estado debe brindar garantías en cuanto a los derechos económicos y sociales para ofrecer un envejecimiento adecuado, ya que se requieren cuidados especiales (Abaunza et al., 2014).

Además, la tercera edad suele ser asociada con el envejecimiento, es decir, es considerada como un proceso permanente que surge desde el nacimiento, pero este inicia cuando las personas empiezan a presentar dificultades en su funcionalidad como el declive de las capacidades naturales y se exhiben algunos deterioros y retrocesos (González y de la Fuente Anuncibay, 2014).

De manera que, las personas adultas mayores atraviesan una serie de cambios a nivel físico y fisiológico: se percibe la disminución de actos reflejos; un deterioro del sistema nervioso central que se caracteriza por la lentitud de movimientos; se incrementan algunas enfermedades que implican a distintos sistemas del organismo y se presenta una degeneración o desorganización en las habilidades perceptivo motrices (González y de la Fuente Anuncibay, 2014).

Por otra parte, durante el envejecimiento, existe mayor predisposición del enlentecimiento mental y el aumento de las emociones negativas como la tristeza, melancolía y depresión que pueden estar asociadas a la jubilación, pérdida de autonomía y de seres queridos, entre otros, los que conllevan al aislamiento social. Así también, a nivel socio afectivo, el adulto mayor cumple un rol pasivo en la sociedad en la que se desenvuelve (González y

de la Fuente Anuncibay, 2014).

En este mismo sentido, las personas adultas mayores presentan cambios en diferentes niveles de los componentes del desarrollo tanto a nivel físico, cognitivo y psicológico que pueden desencadenar en una serie de crisis; Erik Erikson indica que las personas en esta etapa de su vida empiezan a presentar cierta preocupación y desapego de la vida misma frente a la muerte, es decir, es una forma de reaccionar ante el sentimiento de un creciente estado de desenlace, confusión y soledad del propio ser o de sus allegados (Erikson, 1988).

Así que, se evidencia que los adultos mayores se vuelven más asertivos en cuanto a la comunicación de sus necesidades a pesar de presentar algunas limitaciones, pues este grupo de personas requieren del cuidado de otros, procurando que se le brinde un alojamiento con características de hogar, en el que sean considerados como personas únicas y se les dé un trato de acuerdo a sus capacidades para que tengan una participación activa y dispongan de profesionales certificados (Miralles y Rey, 2015).

Esto ha provocado un aumento de las residencias para que el adulto mayor pueda tener un ambiente muy parecido a su hogar y se le brinde un modelo de atención personalizada, sin embargo, existen otras personas que no cuentan con los recursos para poder asistir a casas hogares y, en algunos casos, suelen ser abandonados o no reciben la atención integral requerida en el lugar en el que viven (Miralles y Rey, 2015).

Es así que, en concordancia con lo antes expuesto resulta pertinente en esta investigación abordar el tema de la depresión en adultos mayores ya que se conoce que esta es una de las enfermedades más comunes que se suelen presentar en este grupo de personas, por ello, sus síntomas suelen pasar desapercibidos y por tal motivo no se detecta, ni se trata a tiempo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017) se conoce que a nivel mundial la depresión causa un impacto considerable en la vida de los adultos mayores; el 7% de la población de este grupo etario ha presentado una depresión unipolar; además, las personas que tienen más de 60 años presentan algún trastorno mental o neuronal representando un 20% de esta población; también, es necesario señalar que los trastornos más comunes son la depresión y la demencia en este grupo poblacional.

Es decir, la depresión en los adultos mayores es una problemática importante dentro de la salud pública pues se estima que alrededor del 15% y 35% de personas adultas mayores que residen en centros geriátricos padecen de trastornos depresivos (Tartaglini

et al., 2017).

En este mismo sentido, se estima que a nivel mundial aproximadamente 280 millones de personas poseen depresión y tan solo el 25 % de esta población tiene acceso al tratamiento. Por otro lado, el 5.7% de la población mayor a los 60 años presenta este trastorno y puede llegar a convertirse en un problema de salud grave cuando este es recurrente y su intensidad presente diferenciaciones de moderada a grave (OMS, 2021). Por otro lado, existen sucesos relevantes que influyen en la depresión de los adultos, cuando se presentan de manera brusca o amenazante y transcurren de forma repetida o en conjunto, es decir que la vida de estas personas se encuentra inmersas en el estrés debido a la necesidad de realizar ajustes de adaptación por la pérdida de familiares, amigos, cónyuges, enfermedades o jubilación (Hernangómez, et al., 2010).

Por consiguiente, en este estudio se considera la población geriátrica debido a que la prevalencia del trastorno de depresión ha presentado aumentos que oscilan entre el 1.2 y 9.4 %, teniendo en cuenta a los individuos que solo exteriorizan síntomas depresivos, pero no cumplen con los criterios de la depresión estos tienen un aumento del 49% (OPS, 2021). Esto se debe a que los adultos institucionalizados son más vulnerables a presentar depresión con una prevalencia de 30% a 50%, pues en las residencias geriátricas la vida del adulto se vuelve más rutinaria y dependiente. Esto conlleva a la producción de monotonía, aburrimiento, hastío que desencadenan o producen enfermedades depresivas, mientras que los adultos mayores con un buen estado del humor son más independientes y mantienen buenas relaciones con su ambiente social (González Molejón et al., 2018).

Además, Balmón y Dorado (2004) mencionan que los síntomas depresivos en la población de adultos con una edad mayor a los 70 años aumentan por la falta de afectividad, problemas de salud física y discapacidades, las que conllevan a depender de otra persona para realizar sus actividades cotidianas. El envejecimiento exitoso busca mejorar la integridad bio-psico-social y nos señala que el envejecer no debe estar asociado o relacionado con enfermedades o trastornos depresivos (Silva y Vivar, 2015).

Como se evidencia en los párrafos anteriores, la depresión es el resultado de uno o varios eventos traumáticos que se insertan en el pensamiento que lleva al sujeto a tener una visión negativa de esas situaciones y se generaliza a las demás circunstancias de su vida. Además, el alejamiento de la familia o el apartarlo de su casa para insertarlo en una institución geriátrica puede producir una depresión existencial, esto se debe a que

dependerá del cuidado de terceras personas haciéndole sentir inactivo y en ocasiones que surja el sentimiento de abandono (Crespo, 2011).

Por otro lado, a partir del inicio de la pandemia por covid 19, se han identificado diversos factores estresantes y desencadenantes de enfermedades tales como el insomnio, ansiedad, depresión y estrés postraumático (Ramírez, et al., 2020); por ello, se han visto afectados diversos factores vitales en este grupo etario, tales como: el bienestar físico, psicológico y social que han provocado alteraciones en hábitos y rutinas, sobrellevando al sedentarismo y un estrés psicosocial (Balluerka et al., 2020).

## **Investigaciones internacionales, nacionales y locales respecto a la depresión en adultos mayores**

En el estudio Depression Research in European Society, cuya prevalencia de depresión mayor es de 5.4% entre las edades de 65 a 74 años y en personas mayores a 75 años la prevalencia de depresión es de 9.7%, mientras que en los pacientes que se encuentran institucionalizados la prevalencia de depresión se acerca al 20% y los adultos mayores que presentan afecciones como enfermedades cardiovasculares o tumores, existe un aumento en los porcentajes de manera significativa (Crespo, 2011).

De acuerdo con este estudio, la causa del aumento de la prevalencia de depresión en las personas adultas mayores que se encuentran institucionalizadas se asocian a factores que permiten la aparición de síntomas depresivos, tales como: los sentimientos de abandono en la institución geriátrica, el alejamiento de la red socio familiar habitual, cambios significativos en el estilo de vida con adaptación a reglamentos y normas que pueden condicionar la intimidad y la autonomía, provocando en los adultos mayores sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad y bajo nivel de satisfacción (Crespo, 2011).

De igual manera, en el estudio realizado en España en hogares de ancianos, se evidencian que presentan depresión los adultos mayores que se encuentran institucionalizados, mientras que el índice de depresión de los adultos mayores que conviven con sus familiares es menor (Crespo, 2011).

Por su parte, Crespo (2011) indica que el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos sostiene que el 15% de las personas mayores de 65 años han presentado episodios de depresión en algún momento, acompañados de síntomas que se vuelven más crónicos. Es importante recalcar que las cifras más sobresalientes oscilan entre el

---

2.5% (depresión de tipo severo) y el 13% (depresión de tipo leve).

En México se presenta una prevalencia del 5.8% en las mujeres y un 2.5% en los hombres los cuales van incrementando de acuerdo a la edad de las personas. Finalmente existen evidencias de este trastorno afectivo que es frecuente en las personas mayores a 60 años el mismo que se representa de 15% a 20% en la población ambulatoria en el que se exhibe un incremento de 25% a 40% en los pacientes institucionalizados (OPS, 2021).

Algo similar ocurre en otro estudio realizado en Honduras, sobre la “Depresión en adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle, marzo 2011” señala que, de la población compuesta por 177 adultos se evidenció una prevalencia de 27.7% de depresión establecida y un 24.8% en lo que corresponde a depresión leve (Zavala, et al. 2011).

Es conveniente mencionar que, la depresión puede estar asociada a variables sociodemográficas, es por ello que, se considera el estudio realizado en Bogotá de “Características sociodemográficas y la depresión en el adulto mayor a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010” en el que se obtuvo una varianza del 30% de la presencia de síntomas depresivos de acuerdo con las siguientes variables: dificultades en actividades básicas de la vida diaria, apoyo familiar percibido, dificultades para la participación social y presencia de enfermedad física (Cárdenas y Suárez, 2015). En concordancia, en Colombia se pudo evidenciar que la depresión en las personas adultas mayores con menor escolaridad posee mayor riesgo de depresión, dado que, la autopercepción de su salud es diferente (Segura et al., 2015). En la misma línea, en Colombia se constató que un tercio de los adultos institucionalizados tienen depresión y se encuentra relacionada con el nivel de instrucción primaria, trastornos neurológicos o psiquiátricos que tienen ingresos inferiores a un salario mínimo vital (Sigüenza, 2015).

Asimismo, el estudio realizado en Perú en el 2017, sobre la incidencia de la depresión según el nivel de instrucción educativo en las personas adultas mayores, se evidenció que la prevalencia de la depresión es alta y está asociada como factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad (Baldeón et al., 2019).

Así también, se constató en Ecuador en un estudio realizado sobre la “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de la Provincia del Cañar” en el que se aplicó el Cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS) a 84 personas adultas mayores residentes en los asilos: Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé, en el que el 70% de los adultos obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que indica que no presentan depresión;

mientras que, en los asilos de la provincia del Cañar se encontró que de los 33 varones el 69.70% y de las 51 mujeres el 70.59% presentan depresión. Por su parte, el asilo en el que se evidenció más casos de depresión fue el Asilo Rosa Elvira de León, se trabajó con 20 casos que representan el 33.90% del total de la población. En lo que corresponde a la edad el rango más significativo se encuentra entre los 80 y 89 años, con un porcentaje del 47.83% para el sexo masculino y un total del 36.11% para el sexo femenino (Crespo, 2011).

Por último, a nivel local existen reportes en el estudio denominado la “Prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del Instituto de promoción para el envejecimiento activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, realizado en la Ciudad de Cuenca- Ecuador en el año 2015” con una muestra de 117 participantes, se utilizó la batería de Cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS), cuyo resultado es de 33.33% (30.77% niveles de depresión leve y 2.56 % de depresión severa) siendo muy similar al estudio reportado en España en el que se indica una prevalencia de 34.5% en adultos no institucionalizados, mientras que los que asisten a un hogar geriátrico es de 36.4% (Sigüenza, 2015).

Así mismo, el estudio de “Niveles de depresión en adultos mayores de un centro geriátrico de la ciudad de Cuenca”, conformado por una muestra de 30 participantes presentaron niveles de depresión moderada con un puntaje de 43.3%, una depresión severa con un 3.3% y finalmente el 53.3% no presentaron depresión (Mosquera y Saldaña, 2017).

Por consiguiente, en el presente estudio se ha considerado importante incluir variables sociodemográficas como: edad, sexo, nivel de instrucción y redes familiares, ya que estas variables permitirán reconocer los niveles de depresión de una manera más adecuada y se podrán relacionar con los estudios antes mencionados, de esta forma se pretende verificar si los niveles de depresión han aumentado, disminuido o existe alguna similitud con lo que se menciona en la literatura.

Luego de evidenciar altos porcentajes de depresión en adultos mayores institucionalizados en los estudios antes expuestos (Baldeón, et al., 2019; Cárdenas y Suárez, 2015; Crespo, 2011; Mosquera y Saldaña, 2017; Segura, et al., 2015; Sigüenza, 2015 y Zavala, et al. 2011) , los autores de este trabajo identifican como problema de investigación la posible existencia de alteraciones emocionales que se han manifestado a partir del confinamiento con la serie de medidas drásticas del aislamiento social que se ejecutaron desde el mes de marzo de 2020 hasta junio de 2021, de manera particular en

los adultos mayores de la Fundación Santa Ana de Cuenca.

Es así que, el interés de este estudio se basa en identificar si los niveles de depresión que la literatura expone sobre las personas adultas mayores se mantienen, han disminuido o aumentado de acuerdo con las variables sociodemográficas.

Por último, el presente estudio se propone responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿existe depresión en las personas adultas mayores de la Fundación Santa Ana de Cuenca durante el período 2021? Y se plantea como objetivo general identificar los niveles de depresión en personas adultas mayores de la Fundación Santa Ana de Cuenca, período 2021; mientras que el objetivo específico es determinar los niveles de depresión de acuerdo con las variables sociodemográficas.

### **Proceso metodológico**

El enfoque que responde a los objetivos de esta investigación fue cuantitativo de tipo no experimental debido a que se observó la problemática en su contexto natural, de corte transversal pues se recolectó los datos en un tiempo específico y tuvo un alcance descriptivo (Hernández et al., 2014).

### **Participantes**

En cuanto a los participantes la población estuvo compuesta por N=45 personas adultas mayores entre hombres y mujeres residentes de la Fundación Santa Ana. De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión participaron n=32. La población estuvo compuesta por 13 hombres (40.6%) y 19 mujeres (59.4%), con una edad mínima de 65 años, una edad máxima de 95 años con un promedio de 81.41 años.

### **Criterios de inclusión**

En este estudio se consideraron los siguientes criterios de inclusión: personas adultas mayores residentes de la Fundación Santa Ana, cuyas edades oscilan entre 65 a 95 años que firmaron el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión**

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron personas adultas mayores con enfermedades mentales invalidantes que impidieron responder el cuestionario.

### **Instrumentos**

Los instrumentos que se utilizaron en esta investigación fueron la ficha sociodemográfica que sirvió para la recolección de las variables: edad, sexo, nivel de instrucción y red familiar. Para medir el nivel de depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) en la que se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92 en esta aplicación. Sheikh y Yesavage desarrollaron una versión abreviada con el objeto de reducir la fatiga y pérdida de atención que suelen presentar este grupo etario y más aún en los casos en los que existe una alteración cognitiva, por ende, esta escala es auto aplicable, además cuenta con 15 preguntas cuyas respuestas están formuladas dicotómicamente (sí/no) esto permite identificar de manera rápida que aspectos de la persona están siendo



afectadas por la presencia de rasgos depresivos.

Cabe mencionar que, la escala de Yesavage es una de las más utilizadas para evaluar la depresión en las personas adultas mayores, tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95% (Martínez de la Iglesia et al., 2002).

Para la evaluación de los niveles de depresión en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 deben ser afirmativas y los ítems 1, 5, 7, 11 y 13 deben ser negativos. Cabe recalcar que, cada respuesta de los ítems antes mencionados puntúa como 1, caso contrario su puntuación será un 0.

La suma total de la puntuación indica si existe o no depresión: cuando el puntaje oscila entre 0 a 4 puntos no hay síntomas depresivos; entre 5 a 8 puntos cuando existen síntomas relacionados con una depresión leve; entre 9 a 10 puntos cuando la depresión está en un nivel moderado y, entre 11 a 15 puntos cuando los síntomas están vinculados a una depresión grave (Silva y Vivar, 2015, p. 96).

En cuanto al procedimiento para recolección de los datos, primero se socializó el tema de investigación Niveles de depresión en adultos mayores en la Fundación Santa Ana de Cuenca, período 2021, con la directora de la Fundación. Cabe mencionar, que uno de los investigadores trabaja en dicha Fundación por lo que suministró de forma presencial el consentimiento informado a las personas cuyas edades oscilan entre 65 a 95 años y desearon voluntariamente participar en esta investigación. Posteriormente, el investigador junto a la psicóloga de la Fundación empleó de manera presencial el Cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS-15) y la ficha sociodemográfica a cada uno de los participantes. Cabe señalar que, tanto el investigador como la psicóloga velaron por la integridad de las personas adultas mayores con la respectiva utilización de las medidas de bioseguridad. Se procedió a leer a cada uno de los sujetos para que puedan responder las preguntas de forma oral para que el investigador y la psicóloga registren las respuestas emitidas por parte de las personas adultas mayores. La aplicación de los instrumentos duró un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos. En síntesis, el proceso de recolección de los datos duró tres meses.

## **Análisis de Datos**

Los datos fueron procesados en el programa de análisis estadístico SPSS versión 25, se utilizaron medidas de estadística descriptiva como: frecuencia, porcentajes y la media

aritmética. Finalmente, para la presentación de los resultados, se utilizaron tablas y gráficos que fueron obtenidos mediante el cuestionario y la ficha sociodemográfica.

## **Aspectos Éticos**

Esta investigación cumplió con los principios generales éticos según la American Psychological Association (APA, 2010), que se detallan a continuación: el principio A: beneficencia y no maleficencia, mediante los resultados entregados a la directora de la Fundación Santa Ana, le permitirá desarrollar programas de prevención e intervención que garanticen un envejecimiento activo y saludable. De igual manera, se cumplió con el principio B: fidelidad y responsabilidad con la investigación por el hecho que se manifestó sobre el objetivo general a las personas adultas mayores que participaron en este estudio, cabe hacer énfasis, que el consentimiento informado garantizó la conservación de la identidad, la protección de los datos obtenidos y la participación voluntaria de los adultos mayores en este estudio. También, se dio cumplimiento con el principio C: integridad y honestidad en el proceso, por lo que, los resultados que se obtuvieron en este estudio fueron exclusivamente con fines académicos y que los mismos puedan aportar a la Fundación Santa Ana con la realización de proyectos de intervención y promoción para mejorar la calidad de vida de las personas que fueron objeto de esta investigación. De igual forma, no se violó el principio D, ya que, las personas adultas mayores fueron tratadas con respeto y consideración al momento de ejecutar la aplicación de los instrumentos. Para concluir, se efectuó el principio E, ya que se veló por los derechos de autonomía, dignidad, privacidad e intimidad, edad, etnia, religión, etc., de las personas adultas mayores que fueron partícipes de esta investigación. En síntesis, esta investigación no violó ningún principio ético.

### Presentación y análisis de resultados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos en esta investigación en la que se dio cumplimiento con el objetivo general: identificar los niveles de depresión en las personas adultas mayores de la Fundación Santa Ana de Cuenca, período 2021. Posteriormente, el objetivo específico fue determinar los niveles de depresión de acuerdo a las variables sociodemográficas.

Ahora bien, el primer objetivo se expone en la Tabla 1, en la que se evidencia que el nivel de depresión leve es el que predomina en el grupo investigado.

Tabla 1

*Niveles de Depresión en las personas adultas mayores*

Niveles de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
No Existe Depresión	9	28.1 %
Depresión Leve	11	34.4 %
Depresión Moderada	5	15.6 %
Depresión Grave	7	21.9 %
Total	32	100.0 %

Así pues, en el estudio el Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (citado en Crespo, 2011), sostiene que al menos el 15% de los adultos mayores han cursado alguna vez un episodio de depresión; el 2.5% de la población presenta una depresión de tipo severa y 13% una depresión de tipo leve.

Por otra parte, en el estudio de “Prevalence of depression in older adults living in Ecuador and contributing factors: a population- based study”, realizado en la ciudad de Quito expone que el Ecuador se exhibe una prevalencia global de depresión del 35.4%, de manera que los participantes presentaban una depresión leve (23.7%), depresión moderada (8.7%), severa (3%), moderada severa (11.7%) (Sisa & Vega, 2021).

De manera similar, en esta investigación se encontró que el 71.9% de los adultos mayores presentaron algún tipo de depresión, de este porcentaje, el 34.4% representa una depresión leve y el 21.9% de los participantes tienen una depresión grave, como se muestra en la Tabla 1.

Por otra parte, los resultados alcanzados en el presente trabajo, tienen similitud con el

estudio de “Prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del Instituto de promoción para el envejecimiento activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social”, realizado en la Ciudad de Cuenca se encontró que cerca del 33.33% de los participantes representados por una muestra de 117 personas, presentaron algún tipo de depresión (leve=30.7, severa=2.5% ), datos que se relacionan a los encontrados en un estudio realizado en España con una prevalencia de depresión de 34.5% en adultos no institucionalizados, mientras que en los que asisten a un hogar geriátrico es de 36.4% (Sigüenza, 2015).

Por otro lado, en relación a la variable edad se evidenció que, en el rango entre los 65 a 74 años el mayor número de participantes se agrupa en el nivel de depresión leve (n = 5). Así también, se encontró que entre los 75 a 84 años el nivel de depresión que predomina es el leve (n = 4) y el resto de cifras se distribuyen equitativamente en el resto de niveles evaluados. Finalmente, en el rango de los 85 a 95 años la mayoría de los adultos mayores reflejaron un nivel de depresión grave (n = 5) seguido de los que no tienen depresión (n = 4) datos que se señalan en la Tabla 2.

Tabla 2

*Niveles de Depresión de acuerdo con la edad*

Niveles de Depresión	Edad			Total
	65-74 años	75-84 años	85-95 años	
No Existe Depresión	3	2	4	9
Depresión Leve	5	4	2	11
Depresión Moderada	1	2	2	5
Depresión Grave	0	2	5	7
Total	9	10	13	32

En cuanto a la variable edad, según Riquelme (1997) señala que a partir de los 65 años en adelante existe una relación positiva y lineal con respecto a la depresión, es decir que a mayor edad se presentan mayores niveles de depresión en la población adulta.

Es importante resaltar que en el estudio “Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba” coincide con lo que sostiene Riquelme (1997), pues señalaron que la variable edad asociada a la depresión presentaba mayor frecuencia de síntomas de

depresión y ansiedad a partir de los 50 años. Y estos síntomas exhiben un incremento en el rango mayor o igual a 70 años de edad (Corona et al., 2016).

Asimismo, en el estudio Depression Research in European Society (citado en Crespo, 2011), muestra que entre las edades de 65 a 74 años la depresión mayor (nivel grave) alcanza un 5.4%. Por otro lado, se evidencia que, al superar los 75 años, los episodios de depresión mayor se incrementan ligeramente hasta cerca del 10%, llegando incluso al 20% en personas institucionalizadas.

Sin embargo, en esta investigación se observa que no se registran niveles de depresión grave en las edades de 65 a 74 años, pero se evidencia una similitud con los estudios antes citados, pues los casos de depresión grave se incrementan con la edad alcanzando el 21.9% de los adultos mayores institucionalizados en la Fundación Santa Ana.

En cuanto al estudio “Depresión en anciano: un problema de todos”, se encontró que, entre los adultos mayores institucionalizados, los hombres presentaban mayores síntomas depresivos de moderada a grave (49.1%), mientras que la depresión leve oscila entre el 1.6% y las mujeres con depresión moderada grave representa el 33.3% y el 6.1% manifestaban síntomas leves de depresión (González, 2001).

Por otro lado el estudio de Crespo (2011), sobre la “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de la Provincia del Cañar”, como: Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé, se evidenció que el 69.7% de hombres presentó depresión y en mujeres se señaló que el 70.59% presentan depresión, demostrando un porcentaje similar en esta investigación: se observa que el 61.5% de hombres presenta algún tipo de depresión y el 78.9% de las mujeres presentan algún tipo de depresión, como se observa en la Tabla 3, en la que se muestra que el estudio estaba conformado por una población con un mayor número de mujeres (n=19) en las que se encontró que el nivel de depresión leve es el más significativo (n=7), mientras que en los hombres (n=13) se evidencian casos sin depresión (n=5). Por lo que, ambos estudios muestran un elevado porcentaje de adultos mayores que presentan depresión en el sexo femenino.

Tabla 3

*Niveles de depresión de acuerdo con el sexo*

Niveles de Depresión	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
No Existe Depresión	5	4	9
Depresión Leve	4	7	11
Depresión Moderada	2	3	5
Depresión Grave	2	5	7
Total	13	19	32

De acuerdo a la variable nivel de instrucción, en el estudio “Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba”, mostraron que las personas sin niveles de instrucción escolar o solo cursaron la primaria presentaban síntomas severos de depresión o ansiedad (Corona et al., 2016).

Además, en un estudio realizado en Colombia se enfatiza que las personas con menor escolaridad tienden a presentar mayores niveles de depresión (Segura et al., 2015). Los mismos son concordantes con el estudio realizado en Perú en el año 2017, en el que se corrobora que un bajo nivel de escolaridad está asociado a un alto nivel de depresión, siendo un factor de riesgo para el desarrollo de niveles de depresión (Baldeón et al., 2019).

Es así como, la falta de educación o la percepción de ingresos bajos muestran una asociación dependiente con los niveles de depresión moderada o grave (Sisa y Vega, 2021).

De manera que, este estudio concuerda con las investigaciones mencionadas, en las que se evidencia, de acuerdo con la literatura, que la depresión se mantiene cuando preexisten niveles de instrucción bajos, reflejando así que las personas adultas mayores de la Fundación Santa Ana predomina el nivel de instrucción primaria que está conformado por un total de diecisiete personas las mismas que presentan algún nivel de depresión.

Los datos presentados en la tabla 4, muestra que todos los niveles de depresión se encuentran presentes en la población que apenas culminaron la primaria y se encuentran distribuidos uniformemente.

Tabla 4

*Niveles de depresión de acuerdo con el nivel de instrucción*

Nivel de instrucción	Niveles de depresión			
	No existe depresión	Depresión Leve	Depresión Grave	Depresión Moderada
Ninguno	2	6	0	2
Primaria	4	4	7	2
Secundaria	3	1	0	0
Superior	0	0	0	1

Por último, en la tabla 5, se evidencia que los adultos mayores presentan altos índices de depresión cuando no existe un contacto con sus familias, además, se visualiza que los índices de depresión se reducen cuando existe algún tipo de contacto con su red familiar. Concomitante a este estudio, se evidencia que, los resultados obtenidos en esta investigación concuerdan con el estudio realizado por Cárdenas y Suarez (2015) quienes señalan que, los adultos mayores que no tienen contacto con sus redes familiares alcanzan un 30% de depresión.

Entonces, en la Fundación Santa Ana se evidenció una similitud con el estudio antes descrito, pues se observa que las personas que mantienen una relación afectiva distante con sus familiares cercanos alcanzaron un 56.2% de algún nivel de depresión.

Tabla 5

*Niveles de depresión de acuerdo con la red familiar*

Niveles de depresión	Sí	No
No existe depresión	6	3
Depresión Leve	1	10
Depresión Grave	0	5
Depresión Moderada	0	7

### Conclusiones

Con la finalidad de identificar la existencia de niveles de depresión en las personas adultas mayores de la Fundación Santa de Ana de Cuenca; luego de haber finalizado el proceso de investigación y en consonancia con los resultados obtenidos se concluye que el 34.4% de los adultos mayores presentaron depresión leve y el 21.9% depresión grave.

Se trabajó con 32 adultos mayores institucionalizados, el 40.6% fueron hombres y el 59.4% mujeres. Las edades de los participantes estuvieron comprendidas entre los 65 y 95 años, con un promedio de 81.41 años. También, el 53.1% de los participantes terminaron la primaria y 3.1% tenía instrucción superior. Y un gran porcentaje de los participantes (78.1%) no tenían contacto con sus familiares.

En lo que se refiere a los niveles de depresión de acuerdo a las variables sociodemográficas; en la variable edad se pudo observar que entre los 65 a 74 años se presenta el nivel de depresión leve ( $n = 5$ ) principalmente, al igual que en el rango de los 75 a 84 años. Mientras que, en el rango entre los 85 a 95 años se presentó el dato con mayor relevancia: la mayoría de los participantes reflejaron un nivel de depresión grave ( $n = 5$ ).

Añadido a esto, en la variable sexo, las mujeres son quienes reflejaron más casos de depresión, predominando el nivel de depresión leve en este grupo de participantes; en cambio la mayoría de los hombres no tenían depresión, seguido del nivel de depresión leve.

Finalmente, según la variable: niveles de instrucción educativa, este estudio demostró que los niveles de depresión se encontraron en las personas que no tienen estudios y en personas adultas que culminaron la primaria, principalmente. Mientras que en la variable red familiar se evidenciaron altos niveles de depresión en las personas que no tienen contacto con sus redes familiares.



## Recomendaciones

Cabe recalcar que, no se han realizado estudios con una población dentro de un centro gerontológico en época de confinamiento, es por ello que, a futuro podemos recomendar incluir estudios que tengan relación con la situación actual para poder diferenciar si existen altos o bajos niveles de depresión antes y durante la pandemia por COVID 19 y de esta manera buscar si existe o no correlación estadística con las variables sociodemográficas.

Cabe destacar, que en este estudio se consideró a toda la población de las personas adultas mayores institucionalizadas en época de pandemia, por lo tanto, es una situación alarmante que amerita análisis posteriores para nuevas indagaciones en este grupo de personas con una muestra más significativa.

Entre las limitaciones se puede mencionar que, al ser un grupo poblacional vulnerable, la apertura a los centros gerontológicos se vio limitada y fue particularmente complicada debido a las medidas de bioseguridad por pandemia.

Finalmente, se recomienda tener en cuenta la literatura investigada para desarrollar programas y talleres sobre intervención, prevención y promoción en temáticas de depresión en los adultos mayores para así velar por el bienestar biopsicosocial.

## Referencias

- Abaunza Forero, C. I., Mendoza Molina, M. A., Bustos Benítez, P., Paredes Álvarez, G., Enriquez Wilches, K. V., y Padilla Muñoz, A. C. (2014). *Concepción del adulto mayor*. Bogotá: Universidad del Rosario, Instituto Rosarista de Acción Social – SERES.  
doi: <https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007>
- Aguilar Navarro, S. G., y Avila Funes, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta médica de México*, 143(2), 141-148.  
doi: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Aguirre Baztán, Á. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal Estar e Subjetividad*, 8(3), 563-601.  
doi: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n3/02.pdf>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)* (Quinta ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Baldeón-Martínez, P., Luna-Muñoz, C., Mendoza-Cernaqué, S., y Correa-López, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47-52. doi:<http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>
- Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J., Padilla, J., y Santed, M. Á. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento*. España: Ikertuz.
- Balmón Cruz, C., y Dorado Primo, J. A. (2004). Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (90), 9-20. Recuperado el 27 de Julio de 2022, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019660002>
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Descleé de Brouwer.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305.  
doi:<https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto Mayor. *Rev Med Hered*, 182- 191. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Cárdenas, L., y Suárez, Z. (2015). Adulto Mayor y Síntomas Depresivos: *Características sociodemográficas y la depresión en el adulto mayor a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Javeriana Bogotá]. Repositorio Institucional Pontificia Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/16712>

- Corona Miranda, B., Bonet Gorbea, M., García Roche, R., Varona Pérez, P., Hernández Sánchez, M., y Alfonso Sagué, K. (2016). Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 54(2), 18-28. doi:<http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/index>
- Crespo, J. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011*. [Tesis de grado, Universidad Cuenca] Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3497>
- Díaz-Aguado, M., Martínez, R., Martín, G., Alvarez-Monteserín, M., Paramio, E., Rincón, C. y Sardinero, F. (2004). Indefensión aprendida, escasa calidad de vida y dificultades en la educación familiar. *Violencias*, 52 (1), 123-169. doi:[http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.injuve.es/sites/default/files/081-122-Violencia3\\_7.pdf](http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://www.injuve.es/sites/default/files/081-122-Violencia3_7.pdf)
- Erikson, E. (1988). *El Ciclo Vital Completado*. México: PAIDOS.
- González Ceinos, M. (2001). Depresión en ancianos: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 316-320. doi:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252001000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400002)
- González, J., y de la Fuente Anuncibay, R. (2014). Desarrollo Humano en la Vejez: Un Envejecimiento Optimo desde los Cuatro Componentes del Ser Humano. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 7(1), 121- 129. doi: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851791013>
- González, J., Valdés, M., Iglesias, S., García, M. y González, D. (2018). La depresión en el anciano. *NPunto*, 1 (8), 1-6. doi: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL.
- Hernangómez, L; Hervás, G; Romero, N y Vázquez, C. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology*, 18 (1), 139-165. doi:[https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez\\_18-1oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/08.Vazquez_18-1oa-1.pdf)
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2021). Depresión. Estados Unidos: Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM*, 12 (10), 620-630. doi:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es&tlng=es).

- Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014) Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. España: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Miralles, Á. y Rey, C. (2015). Evolución del modelo de atención residencial, una propuesta de centro de mayores. *Gerokomos*, 26 (4), 132-136. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2015000400004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000400004)
- Montalvo, J., Espinosa, M. y Pérez, A. (2013). *Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas*, 26 (4), 132-136. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-339X2013000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000100007)
- Mosquera, P., y Saldaña, L. (2017). *Niveles de depresión en adultos mayores de un centro Geriátrico de la ciudad de Cuenca*. [Tesis pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/27027>
- Muñoz, L. (2017). *Comparación de la escala de depresión geriátrica de 5 ítems frente a la versión validada de 15 preguntas. Parroquia Totoracocha, Cuenca 2017*. [Tesis pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28449>
- Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2017). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado el 26 de Julio de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (13 de Septiembre de 2021). *Depresión*. Recuperado el 26 de Julio de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (14 de Julio de 2021). *Depresión*. Recuperado el 26 de Julio de 2022, <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Pérez Álvarez, M., y García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510 <https://www.psicothema.com/pi?pii=471>
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortes, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 2. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Plasencia, D., y Tigre, G. (2018). *Factores Predisponentes a Depresion en los adultos mayores del centro gerontológico Juan Pabo II, Sígsig 2017*. [Tesis pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/30605>

Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., y Escobar, F. (2020). Consecuencia de la pandemia COVID-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *SciELO*, 1(8), 1-21. doi:10.1590/SciELOPreprints.303

Real Academia Española. (2019). *Edad*. Obtenido de <https://dle.rae.es/edad>  
Riquelme, A. (1997). Depresión en residencias geriátricas: *un estudio empírico*. Servicios de Publicaciones Universidad de Murcia.

Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., Segura-Cardona, Á., y Garzón-Duque, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Salud Pública*, 17(2), 184-194. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42241778003>

Sigüenza, R. (2015). *Prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del Instituto de Promoción para el Envejecimiento Activo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2014*. [Tesis de especialización, Universidad de Cuenca].  
Repositorio Institucional Universidad de Cuenca.  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21203>

Silva, M., y Vivar, V. (2015). *Factores Asociados A La Depresión En El Adulto Mayor Institucionalizado*. [Tesis pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca.  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21620>

Sisa, I., y Vega, R. (2021). Prevalence of depression in older adults living in Ecuador and contributing factors: a population-based study. *Salud Pública*, 23(2), 1-10. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.V23n2.85965>

Solórzano, E., y Torres, J. (2020). *Frecuencia de depresión y características sociodemográficas de personas que asisten al Club del Adulto Mayor. Centro de Salud San Pedro Cebollar 2019*. [Tesis pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca.  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/33824>

Tartaglino, M., Dillon, C., Hermida, P., Feldberg, C., Somale, V., y Stefani, D. (2017). Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 518 - 527. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160126>

Zavala, G., Núñez, R., Chavarría, R., Ochoa, L., Suazo, N., Morales, R., Espinoza, M., Rodríguez, B., Flores, J., Rivas, K., y Guevara, J. (2011). Depresión en Adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle, Marzo 2011. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 8(2), 9-22.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-699514>

## Anexos

### Anexo A. Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIDEMOGRÁFICA	
DATOS GENERALES	
<b>CENTRO GERONTOLÓGICO “FUNDACIÓN SANTA ANA”</b>	
1. <b>Nombre:</b> _____	
2. <b>Edad:</b> _____	
<b>Sexo</b>	
Hombre	<input type="checkbox"/>
Mujer	<input type="checkbox"/>
<b>Nivel de Instrucción</b>	
Ninguno	<input type="checkbox"/>
Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>
3. <b>Red Familiar</b>	
<b>¿Usted ha recibido visitas familiares? Si</b>	
	<input type="checkbox"/>
<b>No</b>	
<b>¿Con que frecuencia ha recibido visitas de sus familiares en los últimos meses o semanas?</b>	
Una vez a la	<input type="checkbox"/>
semana	<input type="checkbox"/>
Una vez al mes	
O más	
<b>GRACIAS POR SU COLABORACIÓN</b>	

## Anexo B. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15)

### ESCALA DE YESAVAGE

**Nombre:**

**Edad:**

**Fecha de aplicación:**

**Instrucciones:**

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

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida	<b>Si</b>	<b>No</b>
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<b>Si</b>	<b>No</b>
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<b>Si</b>	<b>No</b>
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	<b>Si</b>	<b>No</b>
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	<b>Si</b>	<b>No</b>
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	<b>Si</b>	<b>No</b>
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	<b>Si</b>	<b>No</b>
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	<b>Si</b>	<b>No</b>
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	<b>Si</b>	<b>No</b>
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	<b>Si</b>	<b>No</b>
13. ¿Se siente lleno de energía?	<b>Si</b>	<b>No</b>
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<b>Si</b>	<b>No</b>
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor queUsted?	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Total</b>		

## Anexo C. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE CUENCA

### COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

#### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Niveles de depresión en adultos mayores en la Fundación Santa Ana de Cuenca,

período 2021 Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador	Edgar Patricio Lata Pinos	0302214424	Universidad de Cuenca
Investigador	Angelita Alexandra Valdiviezo Verdugo	0105938153	Universidad de Cuenca

#### ¿De qué se trata este documento?

Brinda información a las personas adultas mayores sobre el estudio de los niveles de depresión que se realizará en la Fundación Santa Ana. En este consentimiento informado se explican las razones por las cuales se llevará a cabo esta investigación, también se le informará en este consentimiento los posibles riesgos, beneficios y derechos en el caso que usted decida participar. Finalmente, luego de haber recibido la información de este consentimiento y aclarar sus dudas, usted tiene el derecho de elegir su participación en este estudio.

#### Introducción

Esta investigación además de aportar a la obtención del título de Psicólogos Clínicos, se centra en identificar si existen niveles de depresión en las personas adultas mayores de la Fundación Santa Ana, con el fin de incentivar a estudios posteriores el desarrollo de programas de intervención y prevención sobre la depresión, para así optar por una mejor calidad de vida y un envejecimiento activo y saludable.

#### Objetivo del estudio

Identificar los niveles de depresión en las personas adultas mayores de la Fundación Santa Ana de Cuenca.

#### Descripción de los procedimientos



Primariamente, se solicitará el permiso respectivo a la Fundación Santa Ana, donde se realizará dicho estudio. Posterior a esto se socializará el tema de investigación sobre los niveles de depresión en adultos mayores en la Fundación Santa Ana de Cuenca, período 2021, con la directora de la Fundación gerontológica. Cabe mencionar, que uno de los investigadores es trabajador de dicha Fundación, el mismo que suministrará de forma presencial y leerá el consentimiento informado a las personas adultas mayores que deseen ser partícipes de esta investigación. Posteriormente, el investigador junto a la psicóloga de la Fundación empleará de manera presencial el Cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS-15) y la ficha sociodemográfica a cada uno de los participantes. Cabe hacer énfasis que tanto el investigador y la psicóloga velarán por la integridad de las personas adultas mayores con la utilización de las medidas de bioseguridad, razón por la cual dicho cuestionario se leerá a los sujetos para que puedan responder las preguntas de forma oral y así tanto el investigador y la psicóloga puedan registrar las respuestas emitidas por parte de las personas adultas mayores. La duración de la aplicación de los instrumentos será de 10 a 15 minutos. En síntesis, el proceso de recolección de los datos duró tres meses. Como último punto los datos obtenidos se llevarán a cabo de forma digital en el programa SPSS versión 25 para su posterior procesamiento estadístico.

### Riesgos y beneficios

Se explica a la persona adulta mayor que en la situación del confinamiento se han presentado cambios en el estado de ánimo, por tal razón, se considera importante realizar este estudio, el mismo que se llevará a cabo de forma voluntaria, es decir sin presiones alguna.

Para participar en este estudio es necesario un consentimiento informado, que cuente con su firma que autorice su participación en esta investigación, para así garantizar la dignidad de los participantes y el derecho a la confidencialidad y la privacidad.

Por consiguiente, uno de los riesgos que usted puede presentar al momento de la evaluaciones una alteración anímica, por ello se contará con el apoyo de la Psicóloga de la Fundación para atenuar dichas alteraciones.

Finalmente, los resultados obtenidos servirán a la Fundación Santa Ana para desarrollar programas de prevención e intervención para mejorar la calidad de vida y velar por un envejecimiento activo y saludable, resultando la misma como beneficiarios directos

### Otras opciones si no participa en el estudio

Le agradecemos por su tiempo invertido, usted posee la total libertad de participar o no en el estudio.

### Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

1. Recibir la información del estudio de forma clara;
2. Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
3. Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
4. Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
5. Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
6. El respeto de su anonimato (confidencialidad);
7. Que se respete su intimidad (privacidad);
8. Tener libertad para no responder preguntas que le molesten.

### Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0959684669 que pertenece a Patricio Lata o envíe un correo electrónico a [patricio.lata@ucuenca.edu.ec](mailto:patricio.lata@ucuenca.edu.ec)

### Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de la participación. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del/a participante

\_\_\_\_\_  
Firma del/a participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del/a investigador/a

\_\_\_\_\_  
Firma del/a investigador/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: [jose.ortiz@ucuenca.edu.ec](mailto:jose.ortiz@ucuenca.edu.ec)