

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología

Depresión y ansiedad en adultos mayores de la parroquia el Valle del Cantón Cuenca, en el período 2022-2023

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Licenciado
en Psicología


Autores:

Franco Santiago Quizhpi Criollo

Katherine Anahi Reino Zambrano

Director:

Eva Karina Peña Contreras

ORCID:  0000-0003-3680-9218

Cuenca, Ecuador

2023-10-30

Resumen

La depresión y ansiedad son enfermedades con alta incidencia en los adultos mayores, en ellos se presentan síntomas que sumados a las circunstancias vitales del envejecimiento (enfermedad, duelos, discapacidad) pueden llegar a convertirse en un trastorno. La presente investigación tuvo como objetivo describir los niveles de depresión y de ansiedad según género, edad y estado civil en los adultos mayores del Proyecto del Adulto Mayor de la parroquia el Valle. Posee un enfoque cuantitativo, un diseño no experimental de corte transversal y alcance de tipo descriptivo. Los participantes fueron 40 adultos mayores con edades comprendidas entre 65 a 94 años. Se aplicó el inventario de depresión de Beck (BDI-II), el inventario de ansiedad de Beck (BAI-II) que permite identificar niveles de depresión y ansiedad, además se utilizó una ficha sociodemográfica que aportó la caracterización de los participantes. Se ha identificado que los niveles de depresión y ansiedad según variables sociodemográficas en función de la edad, estado civil y género no son estadísticamente significativos, mientras que los niveles de depresión el que se presenta predominante con un 40% es el moderado con una media global de $M=21.1$. Por otro lado, en la ansiedad el nivel que más predomina es el bajo con un porcentaje de 52.5% con una media global de $M=20.15$ en función del sexo los hombres presentan niveles significativamente más altos que en las mujeres.

Palabras clave: adultos mayores, depresión, ansiedad



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Depression and anxiety are illnesses with a high incidence in older adults, who present symptoms that added to the vital circumstances of aging (illness, grief, disability), can become a disorder. The objective of this research was to describe the levels of depression and anxiety according to gender, age and marital status in older adults of the Elderly Project of the parish of El Valle. It has a quantitative approach, a non-experimental cross-sectional design and a descriptive scope. The participants were 40 older adults between 65 and 94 years of age. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and Beck Anxiety Inventory (BAI-II) were used to identify levels of depression and anxiety, and a sociodemographic card was used to characterize the participants. It has been identified that the levels of depression and anxiety according to sociodemographic variables as a function of age, marital status and gender are not statistically significant, while the predominant level of depression (40%) is moderate with an overall mean of $M=21.1$. On the other hand, the most predominant level of anxiety is low with a percentage of 52.5% with an overall mean of $M=20.15$. According to gender, men present significantly higher levels than women.

Keywords: older adults, depression, anxiety



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Fundamentación teórica	8
Depresión.....	8
Triada cognitiva.....	8
Clasificación de depresión.....	9
Ansiedad	10
Modelo cognitivo	10
Clasificación de la ansiedad	10
Adulto mayor.....	12
Teorías del envejecimiento: Breve revisión	14
Proceso metodológico	18
Participantes	18
Técnicas e instrumentos de recolección de la información	19
Procedimiento de la investigación	20
Plan de tabulación y análisis de datos	20
Consideraciones éticas.....	20
Presentación y análisis de resultados	22
Conclusiones	31
Limitaciones y recomendaciones	32
Referencias	33

Índice de tablas

Tabla 1 Caracterización de la población	19
Tabla 2 Nivel de depresión en función del sexo	23
Tabla 3 Nivel de depresión en función de la edad	24
Tabla 4 Nivel de depresión en función del estado civil	25
Tabla 5 Nivel de ansiedad en función del sexo.....	26
Tabla 6 Nivel de ansiedad en función de la edad	26
Tabla 7 Nivel de ansiedad en función del estado civil	27
Tabla 8 Nivel de depresión	28
Tabla 9 Dimensiones de la depresión	29
Tabla 10 Nivel de ansiedad	29
Tabla 11 Dimensiones de la ansiedad	30

Agradecimiento

Primero quiero agradecer a mis dos abuelos que tengo en el cielo, a mi madre Zhaned y a mi abuela Luisa, quienes son las personas más importantes en mi vida, por ser luz en mi vida y por educarme y alentarme a nunca rendirme, gracias a ellas soy lo que soy hoy en día. Agradezco a mi padre por el apoyo brindado durante toda mi formación académica y profesional, por hacer todo lo posible para que tenga todo lo necesario para mi educación. Además, debo agradecer a mi hermano Andrés y a mis hermanas Daniela y Danna, pues han sido mis acompañantes durante todo este proceso, por ser mi soporte en mis momentos más difíciles y siempre estar cuando más los necesito.

A mis abuelos y tías que nunca me han dejado solo y siempre han estado pendiente de mi bienestar.

De igual manera, quiero agradecer a mi compañera de tesis Anahí, pues ella ha estado presente en todo este proceso de aprendizaje, desde nivelación ha sido una amiga con la cual siempre he podido contar.

Franco

Agradecimiento

A mi hermana que se ha convertido en mi fiel confidente y compañera de vida, pues ha estado en los buenos y malos momentos, agradezco sus consejos en cada momento y las experiencias que puedo compartir a su lado, me llena de felicidad que Dios te haya puesto en mi camino porque sé que siempre estarás ahí para mí al igual que yo indefinidamente lo hare.

A mis padres, quienes me han acompañado y apoyado en cada decisión que he tomado, ellos serán siempre el pilar fundamental de mi vida puesto que han sabido motivarme para no rendirme en mi formación profesional y a lo largo de mi vida. Además, debo agradecer a mis abuelitos quienes han sido mis segundos padres y con cada acto de amor me han enseñado lo bonito de la vida. De igual manera, a mi mascota quien siempre me acompaño en las noches de desvelo y me ha traído felicidad en cada momento.

Finalmente, a mi compañero Franco que fue una parte esencial de este proceso con el cual empecé la universidad y estuvimos juntos en todo este trayecto, puedo decir que fue un camino largo, pero lo logramos a pesar de todas las adversidades que se nos presentó gracias por el apoyo y la confianza.

Anahi

Fundamentación teórica

Depresión

La Organización Mundial de la Salud, menciona a la depresión como un trastorno mental común, por lo que se vuelve un resultado de interacciones complejas entre los factores sociales, biológicos y psicológicos; algunas personas que han pasado por circunstancias vitales adversas; luto, desempleo, abandono, eventos traumáticos, tienen más probabilidades de sufrir esta enfermedad. A sí mismo, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes que se presenta en los adultos mayores, ya que, la etapa de la vejez viene a ser una de las últimas etapas del desarrollo en donde se tendrá una perspectiva del final de la vida (Botto et al., 2014), es importante mencionar que, al ser un trastorno de salud mental común, se estima que afecta a un 3.8 % de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5.7 % de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas presentan depresión (OMS, 2023).

La depresión en adultos mayores es una patología frecuente, que se asocia a comorbilidades, que son el uso excesivo de recursos en salud, suicidio y mortalidad, generalmente está subdiagnosticada y sub tratada, dentro de ella se distinguen dos tipos: 1) Depresión de inicio temprano que inicia antes de los 60 años, y se presenta en adultos mayores como depresión recurrente o crónica y 2) Depresión de inicio tardío que parte después de los 60 años y estaría asociada a más cambios a nivel neurológico y demencia u otras enfermedades (Bruning, 2019).

Triada cognitiva

En su teoría cognitiva, Beck sostiene que la depresión se manifiesta como una perturbación en el pensamiento, lo que conlleva la manifestación de signos y síntomas perjudiciales para la persona (Ruiz et al., 2012). En este contexto, el primer mecanismo, la visión de uno mismo, lleva a la persona inadecuada para el mundo actual, desdichada y torpe la percepción resulta en una sensación de carencia de atributos esenciales, lo que dificulta alcanzar un estado de "alegría y felicidad".

Beck et al. (2012) manifiestan que el segundo mecanismo se encuentra una visión del mundo en donde todo lo que pase de manera negativa va a ser culpa de uno mismo por los pensamientos de desvaloración en el cual las personas creerán que el mundo les pondrá solo obstáculos que nunca se podrá superar, de este modo se interpretara desde una perspectiva de derrota o frustración cada acción realizada en el entorno puesto que no se tendrá otra visión de una manera positiva de la situación.

Finalmente, el tercer mecanismo o visión es acerca del futuro que hace relación cuando la persona se plantea grandes planes a lo largo del tiempo llegando a no cumplirlos por tales dificultades o sufrimientos que se vendrán dando de manera indefinida por lo que presentara frustraciones y privaciones de una vida social permanente (Beck et al., 2012).

Clasificación de depresión

Dentro de las clasificaciones de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) los trastornos depresivos tienen un rasgo común el cual se presentan como un ánimo triste, vacío o irritable que viene acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo (American Psychological Association [APA], 2014). La clasificación de esta tipología de trastorno es:

- **Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo:** Su rasgo central es irritabilidad crónica, grave y persistente. Al ser irritable grave se manifiesta de dos formas; primera accesos de cólera frecuentes y estado de ánimo persistente irritable o de enfado crónico entre los graves accesos de cólera, es frecuente en niños entre los 6 y 10 años de edad.
- **Trastorno de depresión mayor:** Su rasgo principal es un ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades con casi un período de tiempo de al menos dos semanas, este trastorno se puede visualizar en personas deprimidas, tristes, desesperanzadas, desanimadas o por los suelos, puede aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que inicie puede ser en la pubertad o ancianidad.
- **Trastorno depresivo persistente (distimia):** La persona se presenta con un ánimo deprimido que dura mayor parte del día, durante al menos dos años, puede iniciar antes de los 21 años o a partir de los 21 años.
- **Trastorno disfórico premenstrual:** Las características principales son la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad se repiten durante la fase premenstrual del ciclo y aparecen al inicio de la menstruación o poco después se encuentra presente en las mujeres.
- **Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:** Este trastorno incluye síntomas de un trastorno depresivo mayor, sin embargo, los síntomas se asocian al consumo, inyección o inhalación de una sustancia, desarrollado durante el consumo de una sustancia o abstinencia.
- **Trastorno depresivo debido a otra afección médica:** El rasgo que destaca es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o disminución notable del interés, placer en todas o casi todas las actividades, puede aparecer a cualquier edad.
- **Otro trastorno depresivo especificado:** Este trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en varios ámbitos de la vida de la persona, pero no llegan a cumplir

todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.

Ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional provocada por el miedo que sería la valoración del peligro y la ansiedad se reflejaría como “el sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (Beck et al., 1985, p. 9), así mismo, Beck y Clark desarrollaron una teoría que define a la ansiedad como un sistema complejo de respuestas conductuales, fisiológicas, emocionales y cognitivas activándose ante eventos predecibles o impredecibles que pueden amenazar la vida del individuo, de esta forma, se puede encontrar en todas las etapas de la vida, y al estar entre niveles estables se vuelve beneficioso para las personas porque brinda una descarga positiva que ayuda a sobrellevar los obstáculos en el camino (Díaz y De la Iglesia, 2019).

Las reacciones fisiológicas automáticas o defensivas del cuerpo se desencadenan cuando se percibe una amenaza o peligro inminente. Cuando nos enfrentamos a una situación que nos provoca miedo, el organismo se pone en marcha de forma autónoma, preparándose para afrontar el riesgo, ya sea a través de la respuesta de lucha o huida. En lo que respecta a los aspectos conductuales, estas respuestas a menudo se manifiestan en forma de evitación o el abandono de la situación, con un enfoque en la búsqueda de seguridad. Las variables cognitivas proporcionan una interpretación lógica de nuestro estado interno, especialmente en lo que concierne a la ansiedad. Por último, en el ámbito emocional, la parte cognitiva y fisiológica se entrelazan, dando lugar a la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa (Beck y Clark, 2012).

Modelo cognitivo

En el modelo cognitivo, la ansiedad se comprende como una reacción ante la evaluación inapropiada y excesiva de la propia vulnerabilidad, originada por un sistema defectuoso de procesamiento de información ya que tiende a catalogar situaciones o señales como amenazantes cuando en realidad son neutrales. Como consecuencia de estas creencias subyacentes sobre el peligro, las personas se encuentran predispuestas a enfocar su atención en posibles amenazas en su entorno, a interpretar de manera catastrófica estímulos ambiguos, a subestimar sus propios recursos para enfrentar la situación, subestimar la ayuda que pueden obtener de otros, y a llevar a cabo conductas disfuncionales de seguridad, como la evitación o la huida (Ruiz et al., 2012).

Clasificación de la ansiedad

Dentro de las clasificaciones de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) los trastornos ansiedad comparten características de miedo y ansiedad,

así como alteraciones conductuales asociadas (American Psychological Association [APA], 2014). La clasificación de esta tipología de trastorno es:

- **Trastorno de ansiedad por separación:** Las personas se encuentran asustadas o ansiosas debido a la separación de una figura de apego importante en su vida es frecuente en la edad preescolar o antes de los 18 años.
- **Mutismo Selectivo:** Se presenta en niños antes de los 5 años, pero no se puede consultar hasta haber ingresado en la escuela puesto que será difícil la interacción social y solo se comunicarán con sus familiares inmediatos.
- **Fobia específica:** Miedo o ansiedad intenso o grave a objetos o situaciones específicas, aunque aparece en la primera infancia entre los 7 y 11 años se puede desarrollar a cualquier edad debido a experiencias traumáticas.
- **Trastorno de ansiedad social (fobia social):** Es un miedo intenso o ansiedad a situaciones sociales en donde la persona se siente analizada, se presenta en la primera infancia y adolescencia, aunque rara vez en adultos debido a una situación humillante o evento estresante.
- **Trastorno de pánico:** Aparición de miedo o malestar intenso alcanzando su máximo nivel en minutos además de presentar síntomas físicos y cognitivos, aparece en adolescentes y adultos y es poco frecuente en la infancia.
- **Agorafobia:** Miedo o ansiedad intenso por la exposición real o anticipada a una amplia gama de situaciones como utilizar transportes públicos, estar en espacios abiertos o cerrados o estar fuera de casa solo, aparece antes de los 35 años.
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** Ansiedad y preocupación excesiva debido a una serie de acontecimiento o actividades, se presenta problemas físicos y cognitivos, los adultos se preocupan todos los días sobre circunstancias rutinarias de su vida, este trastorno se presenta en personas de 30 años de edad en adelante rara vez ocurre antes de la adolescencia la diferencia entre grupos de edad está en el contenido por el que se preocupa.
- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:** La característica esencial se debe a síntomas de pánico o ansiedad debido a los efectos de sustancias o desarrollado durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de alguna sustancia.
- **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:** Es una ansiedad clínicamente significativa que se da por el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica. Se debe considerar este trastorno en personas mayores debido a enfermedades crónicas que pueden presentar.

Comorbilidad en depresión y ansiedad

La comorbilidad entre la depresión y la ansiedad es una cuestión de interés significativo en el campo de la psiquiatría, dado que estos dos trastornos mentales comunes suelen

manifestarse conjuntamente en un mismo individuo. La presidenta de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid, Díaz Marina, ha señalado que la comorbilidad implica la presencia simultánea de ambos trastornos en un paciente, y esto puede complicar tanto el diagnóstico como el tratamiento. Esto se debe a que comparten síntomas similares, como problemas de sueño, fatiga, cambios en el apetito y dificultad para concentrarse. Por lo tanto, los médicos deben llevar a cabo una evaluación minuciosa de los síntomas del paciente para abordar adecuadamente esta compleja relación entre la depresión y la ansiedad (Redacción Médica, 2021).

En un estudio realizado por Iborra (2023), sobre la prevalencia de la depresión asociada a la ansiedad, se encontró que el 46% de los pacientes que habían experimentado un trastorno depresivo mayor a lo largo de su vida también presentaban al menos un trastorno de ansiedad. Además, se halló una impresionante tasa del 72% de comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Según Katzman et al. (2014), indicaban que hasta el 80 % de los pacientes con trastorno de depresión presentaban comorbilidades con otros trastornos. Uno de estos trastornos era el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), y aproximadamente el 60 % de los pacientes con TDM también presentaban comorbilidad con un trastorno de ansiedad o relacionado.

Adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término adulto mayor se refiere a cualquier persona que tiene 65 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento (Varela, 2016). Sin embargo, para definir al adulto mayor es necesario verlo desde una perspectiva biopsicosocial; el envejecimiento es un proceso de cambio natural de la vida, a nivel biológico, psicológico y social y están determinados por factores como la historia, cultura y la situación económica, de los grupos y las personas; en general, cada persona envejece en consecuencia de su propia experiencia personal (Abaunza et al., 2014).

A nivel mundial la esperanza de vida de las personas ha incrementado, que ha derivado en que la población alcance edades iguales o superiores a los 65 años, se espera que el planeta logre duplicar su población de avanzada edad en los próximos 28 años, pasando del 12 % al 22 %; esto significa que en el año 2030 una de cada seis personas en el mundo tendrá 65 años o más, se prevé también, que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

En Ecuador se considera a la persona adulta mayor a las ciudadanas y ciudadanos que tienen 65 años de edad o más, según el INEC (2010), estas personas se encuentran dentro del grupo de atención prioritaria, por lo cual, deben recibir una atención especializada de

calidad tanto en el ámbito público como privado, como parte responsable de precautelar los derechos de este grupo se encuentra el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el cual se basa en programas de tres ejes de política pública: el primero inclusión y participación donde los adultos mayores se convierten en actores del cambio dentro de su comunidad, el segundo referente a la protección social donde se enfoca en reducir el impacto de la pobreza, exclusión y vulnerabilidad, por último la atención y cuidado donde está presente centros especializados de administración directa o con convenios de cooperación ([MIES], 2020).

Asimismo, el proceso de envejecimiento trae consigo cambios a nivel social, físico y psicológico, acontecimientos de la tercera edad como, trastornos médicos crónicos y debilitantes, pérdida de amigos y seres queridos y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo. Estos cambios se intensifican al pasar los años, una persona de edad avanzada puede empezar a sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como factores externos como los recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía (American Psychological Association [APA], 2010).

Por otra parte, en estudios realizados se evidenció que existen variables como el sexo, la edad y el estado civil son factores que pueden estar asociados a la aparición de depresión y ansiedad en personas mayores.

Según la OMS (2023), las mujeres eran más propensas a la depresión que los hombres. Se estimaba que el 3,8% de la población experimentaba depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y el 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años.

Existían indicios que sustentaban que las mujeres experimentaban factores biológicos y más factores sociales precipitantes, por lo cual se volvían más vulnerables a presentar síntomas de depresión. Los factores biológicos que pueden contribuir a la vulnerabilidad a la depresión eran genéticos y hormonales; la caída brusca de estrógenos en la sangre se relacionaba con momentos de mayor vulnerabilidad para tener depresión y ansiedad. En cambio, dentro de los factores socioculturales se encontraban las desigualdades estructurales de género que hacían referencia a las diferencias en el acceso al poder y a los recursos entre hombres y mujeres, como lo eran la diferencia de los sueldos, la falta de educación de las niñas en algunas partes del mundo, la subrepresentación de las mujeres en los puestos de decisión y la violencia machista (Parramon, 2002).

En cuanto al estado civil, De los Santos y Carmona (2018) identificaron en su estudio que el estado civil era significativo para la aparición de la depresión en hombres solteros, ya que presentaban mayor probabilidad de tener depresión que los casados. Así mismo, en las mujeres separadas o divorciadas, en las que incrementaba el riesgo de estar deprimidas.

Se consideraba que la viudez tenía un mayor impacto en los varones, pues se observaba que presentaban una mayor sintomatología depresiva por la ausencia de satisfacción de necesidades básicas como el cuidado y la alimentación, además del afecto, el cariño y el apoyo social que brindaba la pareja. Las mujeres, en cambio, afrontaban la viudez con mayores recursos sociales debido a que presentaban mayores relaciones significativas las cuales les permitían adaptarse a su nueva situación de vida (Ruíz et al., 2014).

Teorías del envejecimiento: Breve revisión

A continuación, se abordan someramente algunas de las teorías del envejecimiento más representativas dentro de este constructo para situar el presente trabajo de investigación en las más actuales.

Desde el punto de vista biologicista, el envejecimiento constituye un proceso en la vida de los seres vivos, resultado de la acumulación de una gran variedad de daños celulares y moleculares a lo largo del tiempo, lo que genera un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022b). A partir de este concepto las teorías van acercándose a la realidad de los adultos mayores no solamente a la descripción de su proceso biológico sino desde diferentes perspectivas multidimensionales propias de esta etapa del desarrollo.

Por otra parte, el concepto de envejecimiento positivo destaca las capacidades físicas, psicológicas y sociales de adultos mayores con base a conocimientos de toda una vida, los cuales favorecen en la economía y el bienestar personal de otros adultos mayores y de la sociedad en general. Baltes propone un enfoque del envejecimiento adaptativo, cuyos procesos básicos permiten lograr y mantener metas a lo largo de la vida (Mendoza et al., 2018).

Otra visión de este constructo habla de envejecimiento exitoso o saludable, y se define como un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física, mental, personas mayores independientes que contribuyen al bienestar de la familia y comunidad, pero el número de personas mayores está aumentando gradualmente por lo que solo las intervenciones oportunas permitirán potenciar la contribución de este grupo al desarrollo social (Del Barrio, 2017).

Por consiguiente, con base en lo expuesto, se encontró investigaciones internacionales, nacionales y locales afines al presente estudio, las cuales contribuyen como aporte y sustento para la presente investigación:

En el **área internacional**; En un estudio realizado por Montesó y Aguilar (2014) en España, que examinó la relación entre la depresión, la edad y el género en una muestra de 148 personas, se observó que el 46.7 % de la población estudiada presentaba depresión. Dentro del grupo de 84 mujeres, se registró un nivel significativamente más alto, alcanzando un 53 %, mientras que, en el grupo de 64 hombres, su nivel de depresión fue del 40 %.

En México, en un estudio que involucró una muestra de 150 adultos mayores y se centró en la depresión en diferentes géneros, no se encontraron evidencias significativas de depresión tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, en relación a datos que indicaron un posible nivel de depresión, se observó que en el grupo de 23 hombres se obtuvo un porcentaje notablemente alto del 15.3 %, en cuanto a la depresión establecida, el nivel más alto se encontró en 5 mujeres con un porcentaje de 3.4 % (Soria et al., 2018).

Molés et al. (2019), en el estudio que se llevó a cabo en España con una muestra de 400 adultos mayores, que se enfocó en investigar los factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años que vivían en áreas urbanas, se comprobó que los hombres mayores que vivían solos presentaban, en mayor medida, síntomas depresivos en comparación con aquellos que vivían acompañados. En cambio, las mujeres que vivían solas mostraban una menor proporción de síntomas depresivos.

Maldonado (2015), en una investigación llevada a cabo en México con una muestra de 201 adultos mayores, se demostró que, en lo que respecta a las relaciones de pareja, los hombres se sentían más felices cuando estaban en una relación, y se observó un nivel más bajo de depresión en comparación con los hombres que no estaban en una relación debido a su estado de soltería o viudedad.

De los Santos y Carmona (2018), en un estudio que abordó la prevalencia de la depresión en hombres y mujeres adultos mayores en México, con una población de 5.275 individuos que abarcaban un rango de edades de 60 a 103 años, se encontraron resultados significativos en relación a los factores de riesgo. Se constató que las mujeres tendían a exhibir una mayor prevalencia de depresión en comparación con los hombres. Además, se observó que el estado civil desempeñaba un papel importante puesto que los hombres que se encontraban solteros mostraban una mayor propensión a experimentar depresión, mientras que aquellos que estaban separados o divorciados tenían una menor probabilidad de padecerla. Por otro lado, en el caso de las mujeres separadas o divorciadas, se identificó un aumento en la posibilidad de experimentar síntomas depresivos.

Paredes y Aguirre (2016), en un estudio llevado a cabo en Colombia con una muestra de 266 adultos mayores, se comprobó un mayor predominio de síntomas depresivos en las mujeres pertenecientes al grupo de edad de 65 a 74 años. Se observó que los hombres que no habían completado su educación, que eran viudos y carecían de ingresos económicos tendían a presentar síntomas depresivos, sin embargo, los hombres casados o que tenían una pareja mostraban un nivel de depresión bajo.

Cardona et al. (2021), en la investigación llevada a cabo en tres ciudades de Colombia con una muestra de 50.918 adultos mayores, se constató que el 90.8 % de ellos no presentaba riesgo de ansiedad. Sin embargo, al analizar la información de forma individual por cada ciudad, se observaron diferencias significativas. La población de Pasto fue de 8.318 y registró el riesgo más alto, con un 20.8 %, seguida de Medellín con una población de 36.618 con un nivel moderado de riesgo del 9.9 %, y finalmente, el grupo de 5.982 de la ciudad de Barranquilla con un porcentaje de riesgo leve de ansiedad del 4.3 %.

En el **Ecuador**, en estudios como el de Mera y Márquez (2021), que se llevaron a cabo en una muestra de 50 adultos mayores pertenecientes a la asociación de jubilados de las ciudades de Manta, Montecristi y Jaramijó, se pudo observar una afectación moderada en los niveles de ansiedad en este grupo demográfico. Se destacó que la población femenina mostró una mayor incidencia de esta afección.

En una investigación acerca de la depresión en adultos mayores que residían en Ecuador, llevada a cabo por Sisa y Vega (2021) con una muestra de 5.235 participantes cuya edad promedio era de 70 años, se identificaron varios niveles de depresión. El nivel más predominante fue el de depresión leve, que afectó a 1.239 participantes, representando un 23.7 %. Le siguió la depresión moderada, que afectó a 457 participantes, con un 8.7 %, y finalmente, se registró un nivel de depresión grave en 156 individuos, lo que corresponde a un 1.3 % de la muestra.

Erazo y Fors (2020), en un estudio llevado a cabo en Quito con una muestra de 211 adultos mayores, se pudo observar que la depresión moderada predominaba en hombres, mientras que las mujeres mostraban un predominio de depresión leve. En relación al estado civil, los hombres que se encontraban viudos o divorciados tendían a tener un porcentaje mayor de depresión.

Moreira y Vacacela (2014), según el estudio llevado a cabo en Guayaquil sobre la prevalencia de la depresión en adultos mayores que asistían al centro municipal gerontológico, en una muestra de 90 adultos mayores, se observó que tanto las mujeres como los hombres no presentaban depresión grave. Sin embargo, se identificaron diferencias peculiares en función del estado civil. En el caso de los hombres, se detectó depresión moderada cuando estaban

casados. Por otro lado, en el caso de las mujeres que vivían en convivencia familiar y tenían hijos, comenzaba a aparecer la depresión moderada.

A nivel local; Robles et al. (2021) en el estudio sobre ansiedad y depresión en adultos mayores con enfermedades catastróficas y discapacidades, llevado a cabo como parte del proyecto de atención domiciliaria en el cantón Girón, se verificó que los adultos mayores con enfermedades catastróficas tienen niveles menores de ansiedad o incluso su ausencia. Por otro lado, en el caso de los adultos mayores con discapacidades, los resultados indicaron una prevalencia de ansiedad según los resultados de las pruebas de Hamilton, y la puntuación más alta se relacionó con la depresión, tal como se evidenció en el test de Yesavage.

Por ende, la motivación de esta investigación se engloba en indagar información desde el ámbito psicológico sobre la depresión y ansiedad en adultos mayores de la parroquia el Valle, ya que, al identificar los distintos niveles de estos trastornos en los adultos mayores, se puede desarrollar a futuro por parte del Gobierno Autónomo Descentralizado parroquial del Valle programas de intervención desde el punto de vista preventivo, y así evitar la desfavorable evolución de un cuadro crítico o deceso.

Desde este punto de vista, esta investigación fue de gran importancia para que se tome conciencia sobre la salud mental de los adultos mayores, y de esa manera se favorezca y se generen programas que incentiven un envejecimiento saludable, trabajando dentro de los ámbitos físico, social y psicológico.

Por lo tanto, dentro de las **preguntas de investigación** se tiene ¿cuáles son los síntomas de depresión y ansiedad según datos sociodemográficos como género, edad y estado civil? y ¿Existen síntomas de depresión y ansiedad en los adultos mayores de la parroquia el Valle?, en razón de ello se remarcan los siguientes **objetivos**: como objetivo general describir los niveles de depresión y de ansiedad según género, edad y estado civil en los adultos mayores del Proyecto del Adulto Mayor de la parroquia el Valle del cantón Cuenca, período 2022-2023 y como objetivos específicos: determinar los niveles de depresión de los adultos mayores del “Proyecto del Adulto Mayor” (PAM) de la parroquia el Valle, finalmente identificar los niveles de ansiedad de los adultos mayores del “Proyecto del Adulto Mayor” (PAM) de la parroquia el Valle, de modo que aportará para programas de cuidado y fortalecimiento de la salud mental en esta población.

Proceso metodológico

La investigación presentó un enfoque cuantitativo, dado que tal enfoque pretende medir variables en un determinado contexto mediante métodos estandarizados y aceptados por una comunidad científica tales como: Inventarios de depresión y ansiedad de Beck, que están estandarizados y validados, además, se empleó métodos estadísticos para responder a las preguntas planteadas al inicio. El estudio tuvo un alcance descriptivo, lo que significó que se obtuvo información independiente o conjunta de variables o conceptos previamente delimitados. El propósito principal fue expresar los niveles de depresión y ansiedad presentados por los adultos mayores que forman parte del Proyecto del Adulto Mayor ofrecido por el Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) parroquial del Valle. El tipo de diseño utilizado en la investigación fue no experimental, ya que no se manipularon variables experimentales ni se influyó en los participantes. Además, se trató de un estudio transversal, ya que la información se recopiló en un único punto en el tiempo (Hernández et al., 2014).

Participantes

El estudio se llevó a cabo en la parroquia El Valle del cantón Cuenca, específicamente dentro del marco del Proyecto del Adulto Mayor (PAM), en el cual participaron adultos mayores beneficiarios del programa gubernamental "Mis Mejores Años". El objetivo fundamental de este programa es mejorar la calidad de vida de las personas mayores de 65 años que se encontraban en situación de pobreza extrema. Esto se lograba a través del acceso progresivo al ejercicio de sus derechos, al bienestar y a las oportunidades de desarrollo.

Para poder ser parte de la investigación, se debió cumplir con los criterios de inclusión tales como: adultos mayores que forman parte del Proyecto del Adulto Mayor (PAM) con edad comprendida entre los 65 años en adelante, adultos mayores que estén orientados en tiempo, espacio y persona, adultos mayores que pertenezcan a las comunidades de Maluay y San José de la Playa y que deseen participar de la investigación dando su consentimiento informado (Anexo 4). Con respecto a los criterios de exclusión se consideró variables como adultos mayores que no firmen el consentimiento informado de la investigación y que no estén orientados en tiempo, espacio y persona, lo cual se comprobó mediante una entrevista semiestructurada, realizada conjuntamente con la ayuda de la encargada del proyecto para la apertura de las fichas individuales.

De acuerdo a estos criterios esta investigación contó con una población de 40 adultos mayores del Proyecto del Adulto Mayor (PAM) donde se trabajó con dos comunidades Maluay y San José de la Playa. A partir de estos datos se trabajó con las 40 personas, con un total de 26 mujeres y 14 hombres entre 65 a 94 años de edad.

En este sentido, 17 adultos mayores pertenecen al grupo de entre 65 a 74 años, 16 personas al grupo entre 75 a 84 años y únicamente 7 corresponde a las personas entre 85 a 94 años

de edad. Se consideró también el estado civil de los participantes, donde 2 pertenecía a las personas soltera/os, 18 a las casado/as, 4 a las divorciadas y finalmente 16 a las personas que se encuentran viudo/as.

Tabla 1

Caracterización de la población

Variable	Indicador	N
Sexo	Hombre	14
	Mujer	26
Total		40
Edad	65 a 74	17
	75 a 84	16
	85 a 94	7
Total		40
Estado civil	Soltero/a	2
	Casado/a	18
	Divorciado/a	4
	Viudo/a	16
Total		40

Técnicas e instrumentos de recolección de la información

1. Ficha sociodemográfica: se empleó este método para identificar las variables edad, sexo y estado civil, las cuales fueron justificadas en el marco teórico (Anexo A).
2. Inventario de Depresión de Beck (BDI - II): este reactivo permite evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en adultos y adolescentes de 13 años o más. Fue creado en 1996 por Aaron T. Beck y colaboradores, en los Estados Unidos y, adaptada al español en España en el 2011 por Sanz et al. (2014). Es un cuestionario compuesto de 21 ítems donde muestra síntomas que se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV y CIE-10, tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, llanto, agitación, etc. Cada ítem se responde en una escala de cuatro puntos tipo Likert, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en los hábitos y sueño) y 18 (cambios en el apetito) pues contienen siete categorías. Al obtener como puntuación entre 0 a 63 como máximo se han dividido en cuatro grupos de escala, donde 0-13 es una depresión mínima; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada; y 29-63 depresión grave. (Anexo B).
3. Inventario de ansiedad de Beck (BAI): es un reactivo que evalúa la gravedad de la sintomatología ansiosa. Fue creada en 1988 por Aaron T. Beck, y adaptada al español por Sanz et al, (2012). Es un cuestionario compuesto de 21 ítems donde muestra síntomas tales como gravedad de la sintomatología ansiosa. Para ello se utiliza una escala de Likert de cuatro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo). Su puntuación se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada y, tras

sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63, los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 00–21 - Ansiedad muy baja, 22–35 - Ansiedad moderada y más de 36 - Ansiedad severa. En este estudio se utilizará la versión española del BAI. (Anexo C).

Es preciso indicar que el alfa de Cronbach de los instrumentos de la presente investigación fueron los: inventarios de depresión de Beck $\alpha=.829$ y el inventario de ansiedad de Beck es $\alpha=.867$, ambos considerados como buena fiabilidad. En relación a la normalidad ambas escalas la obtuvieron una significancia de $p=.200$, siendo los datos paramétricos.

Procedimiento de la investigación

En primer lugar, se realizó una reunión con la encargada del proyecto adulto mayor del Valle, para establecer acuerdos y comentar lo que se llevará a cabo en la investigación contando con la aprobación del Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca para realizar la aplicación de los instrumentos. Luego, se procedió a la entrega de consentimientos informados a los adultos mayores para la firma de autorización. Posteriormente se aplicó los instrumentos de depresión y ansiedad de Beck junto a las fichas sociodemográficas. Finalmente se continuó con el análisis y digitalización de los datos obtenidos en el programa de producto de estadística y solución de servicio de paquete estadístico de ciencias sociales (SPSS v.25).

Plan de tabulación y análisis de datos

Este proceso se llevó a cabo mediante el SPSS v. 25, con el cual se obtuvo la base de datos de la información recopilada de la ficha sociodemográfica y de los instrumentos de depresión y ansiedad de Beck. Se obtuvo estadísticos descriptivos como media aritmética, frecuencias y porcentajes que permitieron determinar los niveles de depresión y ansiedad en adultos mayores, así como en base a las características de género, edad y estado civil. Finalmente se realizó la presentación de datos a través de tablas y figuras.

Consideraciones éticas

La presente investigación cumplió con los siguientes principios éticos según (American Psychological Association [APA], (2010), que son: principio de beneficencia y maleficencia referente al uso de confidencialidad debido a que los datos que se obtengan sólo se publicarán académicamente con resultados a nivel general, otro principio es la voluntariedad ya que los participantes serán informados sobre los objetivos y procedimientos de la investigación, y si están de acuerdo firmarán un consentimiento informado para ser parte de la investigación, además esta investigación se basó en el principio del anonimato puesto que no se publicarán resultados de manera individual, no se mencionaron sus identidades, y el principio de responsabilidad social que se cumplió por medio del proyecto de investigación.

Los resultados de este estudio se devolverán a la institución del GAD parroquial del Valle, una vez sustentado el trabajo de titulación y su aprobación formal.

Para evitar el riesgo de quebrantar la confidencialidad de los datos, se procedió a codificar a los participantes por un número de usuario y no por sus datos personales. No existieron riesgos en la investigación. Los beneficios para los usuarios serían a largo plazo, ya que, mediante la información recolectada de dichas variables psicológicas, el centro podrá desarrollar propuestas de intervención, con la finalidad de mejorar o eliminar los síntomas que pueden traer consigo problemas de salud mental.

El consentimiento informado (Anexo D) es el documento que asegura la confidencialidad, privacidad y uso de los datos obtenidos con fines únicamente académicos de estudio, además de registrar la participación voluntaria de los adultos mayores pertenecientes al proyecto adulto mayor del GAD parroquial del Valle en el cantón Cuenca.

Presentación y análisis de resultados

En este apartado, se realizó un análisis de los resultados en función de los objetivos planteados. En primer lugar, se plantea el nivel de la depresión y ansiedad en la población, para abordar el comportamiento de las dimensiones y principales síntomas encontrados. Luego, se expuso los resultados respecto al comportamiento de las variables en función del sexo, edad y estado civil.

En respuesta al objetivo general que consistió en determinar los niveles de depresión y ansiedad según datos sociodemográficos, respecto al sexo se encontró que en los hombres existe una tendencia al nivel de depresión moderado con 8 casos registrados, en efecto, la media de los hombres $M=25$ confirmó el predominio de este nivel, por otra parte, el segundo lugar lo ocupa el nivel grave con 4 casos, y finalmente el nivel leve con 2 casos, de manera que no se encontró hombres con un nivel mínimo de depresión. En cuanto a las mujeres, existe un predominio tanto en el nivel moderado como el mínimo de depresión con 8 casos, ocupando en segundo lugar los niveles leve y grave con 5 casos por lo que se demostró un mayor equilibrio. Justamente, la media de las mujeres $M= 19$ se encontró en el nivel leve.

Respecto a la diferencia de puntajes entre hombres y mujeres, si bien parece que los hombres mantienen una media superior a las mujeres, dicha diferencia no es estadísticamente significativa $p= .055$ (Véase tabla 2).

En el estudio realizado por Montesó y Aguilar (2014), se observó un resultado diferente al analizar el nivel de depresión en función del género. Los investigadores encontraron que las mujeres presentaron un nivel de depresión superior, alcanzando un 53,5%, siendo 84 adultos mayores, en comparación con los hombres, cuyo nivel de depresión se situó en un 40 %, con un total de 64 adultos mayores. No obstante, en diversos estudios afirman que no siempre se encuentran diferencias de género según el sexo, sin embargo, las mujeres son más propensas a desarrollar depresión debido a que ellas experimentan más factores sociales precipitantes y factores biológico a los cuales son más vulnerables.

Tabla 2

Nivel de depresión en función del sexo

Variable	Indicador	Nivel	N	M	DE
Sexo	Hombres	Mínima	0		
		Leve	2		
		Moderada	8	25	8
		Grave	4		
	Mujeres	Mínima	8		
		Leve	5		
		Moderada	8	19	11
		Grave	5		

La descripción de los resultados según la edad, reveló que en las personas de entre 65 a 74 años de edad predominó el nivel mínimo de depresión con un total de 5 adultos mayores, con la media más baja $M=19$. Por otra parte, 8 personas de entre 75 a 84 años, presentaron un predominio del nivel moderado de depresión, que empata con la media del grupo $M=24$. Finalmente, en las 4 personas de entre 85 a 94 años de edad, predominó el nivel moderado de depresión, con una media de $M=20$.

Estos resultados marcan una tendencia, en la que la depresión tiende a crecer a medida que aumentan los años de edad, sin embargo, la significancia $p=.298$, demuestra que la diferencia en las medias de los grupos no es estadísticamente significativa (Véase tabla 3).

De acuerdo a la investigación llevada a cabo por Lliguisupa et al. (2020), se observó un resultado diferente a este estudio, ya que existía una variación en la prevalencia de la depresión en adultos mayores en función de la edad. En el grupo de 29 adultos mayores comprendidos entre 65 y 74 años, no se detectaron casos de depresión, lo que representa un 35,4 %. En cambio, en el grupo de 16 adultos de 75 a 84 años, se registró una incidencia de depresión leve del 19,5 %, y finalmente, en el grupo de 3 adultos mayores de 85 años en adelante, se identificó un 3,7 % de casos.

Tabla 3

Nivel de depresión en función de la edad

Variable	Indicador	Nivel	N	M	DE		
Edad	65 a 74	Mínima	5	19	12		
		Leve	4				
		Moderada	4				
		Grave	4				
	75 a 84	Mínima	1				
		Leve	3				
		Moderada	8			24	9
		Grave	4				
	85 a 94	Mínima	2				
		Leve	0				
		Moderada	4			20	9
		Grave	1				

En cuanto al comportamiento de la depresión en función del estado civil, se encontró que, en el caso de los solteros existió un predominio del nivel leve de depresión $n=2$, en los casados predominó el nivel de depresión moderado $n=9$, así también, en los divorciados predominó el nivel leve $n=3$, mientras que, en los viudos predominan los niveles moderado y grave con $n=5$ casos. Las medias de los grupos relativos $M=14$ para los solteros, $M=22$ para los casados, $M=18$ para los divorciados y $M=22$ para los viudos no presentan diferencias estadísticamente significativas $p=.713$ (Véase tabla 4).

Este resultado fue diferente al de Erazo y Fors (2020), quienes, en su investigación realizada en una muestra de 211 adultos mayores, encontraron que había un predominio del nivel moderado de depresión en sujetos divorciados y viudos, con el 72,7 % y el 72,1 %, respectivamente.

Tabla 4

Nivel de depresión en función del estado civil

Variable	Indicador	Nivel	N	M	DE
Estado civil	Soltero/a	Mínima	1		
		Leve	2	14	14
		Moderada	1		
		Grave	0		
	Casado/a	Mínima	3		
		Leve	0		
		Moderada	9	22	9
		Grave	4		
	Divorciado/a	Mínima	0		
		Leve	3	18	4
		Moderada	1		
		Grave	0		
	Viudo/a	Mínima	4		
		Leve	2		
		Moderada	5	22	13
		Grave	5		

Respecto a los resultados del nivel de ansiedad y sociodemográficos. En los datos se reveló que, en los hombres existe un predominio del nivel moderado de ansiedad con un total de 10, mientras que en las mujeres predominó el nivel bajo con 7 casos. Justamente, la significancia $p = .037$ determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa, por lo tanto, en los hombres $M = 25$ se presentó niveles significativamente más altos de ansiedad que las mujeres $M = 17$ (Véase tabla 5).

En el estudio llevado a cabo por Mera y Márquez (2021) entre ansiedad y el sexo en 50 adultos mayores, los resultados indicaron que los adultos mayores presentaban una afección moderada de ansiedad. Sin embargo, se destacó que las mujeres tenían una severa prevalencia de riesgo de ansiedad.

Tabla 5

Nivel de ansiedad en función del sexo

Variable	Indicador	Nivel	N	M	DE
Sexo	Hombres	Bajo	4	25	7
		Moderado	10		
		Severo	0		
Mujeres		Bajo	17	17	12
		Moderado	7		
		Severo	2		

De manera similar, en cuanto a la edad, existió predominio del nivel bajo de ansiedad con 9 casos para las personas de entre 65 a 74 y de 75 a 84 años de edad. Mientras que, en el caso del grupo de entre 85 a 94 años de edad existió predominio del nivel moderado con 4 casos. Por otra parte, en cuanto a la comparación de la media (M=18) del grupo entre 65 a 74 años, del grupo de 75 a 84 años (M=23) y del grupo entre 85 a 94 años de edad (M=20), la diferencia no demuestra ser estadísticamente significativa $p = .502$ (Véase tabla 6).

Respecto a esta variable, los resultados no concordaron en el estudio de Cardona et al. (2021), realizado en tres ciudades de Colombia a un grupo de adultos mayores $N=50.917$, sobre riesgo de ansiedad y edad. Se identificó que existió un predominio de nivel severo en los adultos de entre 65 a 84 años, con un 9,6 % y un 9,4 %, respectivamente. En cambio, en los adultos mayores de entre 85 a 99 años, existió un predominio de nivel bajo, con un 2,9 %.

Tabla 6

Nivel de ansiedad en función de la edad

Variable	Indicador	Nivel	N	M	DE
Edad	65 a 74	Bajo	9	18	11
		Moderado	8		
		Severo	0		
75 a 84		Bajo	9	23	12
		Moderado	5		
		Severo	2		
85 a 94		Bajo	3	20	13
		Moderado	4		
		Severo	0		

Finalmente, el análisis de la ansiedad y el estado civil, reveló que para los solteros el predominio fue en el nivel moderado de ansiedad con 9 casos, mientras que para los casados y viudos predomina el nivel bajo de ansiedad con 9 casos, finalmente en los divorciados no existió un predominio claro. Por otra parte, la media de los solteros $M=6$ correspondió a un nivel moderado, mientras que de los casados, divorciados y viudos correspondió a un nivel de ansiedad bajo con una media de entre $M=20 - 22$, por lo que se demostró no presentar diferencias estadísticamente significativas $p=.267$. (Véase tabla 7).

Este resultado puede relacionarse con los hallazgos generados por Acosta y García (2012) en su investigación de ansiedad y depresión en adultos mayores en una muestra de 82 adultos mayores. Los investigadores mencionaron que los resultados de los instrumentos aplicados indicaron la presencia de estos problemas clínicos en los participantes. Sin embargo, no se identificó relación de estos con el estado civil, ya que no se encontraron relaciones estadísticamente significativas.

Tabla 7

Nivel de ansiedad en función del estado civil

Variable	Indicador	Nivel	N	M	DE
Estado civil	Soltero/a	Bajo	2		
		Moderado	9	6	5
		Severo	0		
			9	22	12
	Casado/	Moderado	1		
		Severo	0		
Divorciado/a		Bajo	2	20	10
		Moderado	2		
		Severo	0		
Viudo/a		Bajo	9	20	11
		Moderado	6		
		Severo	1		

Por consiguiente, en respuesta al primer objetivo específico que consistió en determinar los niveles de depresión del proyecto del adulto mayor, se determinó que 16 adultos mayores tienden a presentar altos puntajes de depresión en su nivel moderado, seguido por el nivel grave con un total de 9 casos, en menor grado el nivel mínimo con 8 casos y finalmente el nivel leve con 7. Ante estos resultados se consideró que los niveles moderados requieren de observación y seguimiento ya que la mayoría de los adultos mayores de la muestra presentó

síntomas de depresión. En relación, la media global de $M= 21.15$ corresponde a un nivel de depresión moderado (Véase Tabla 8).

Se pudo relacionar estos resultados en concordancia con la investigación de Erazo y Fors (2020), quienes, en su investigación realizada en la ciudad de Quito - Ecuador a adultos mayores del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, analizaron factores de riesgo y aplicaron un Test de Yesavage. Los resultados de la investigación fueron que la prevalencia de depresión en adultos mayores fue del 55,0 % ($N=211$), con predominio en el sexo masculino. Además, los investigadores encontraron que existe una alta prevalencia de depresión en población de adultos mayores, con factores predisponentes, que pueden ser modificables con la atención respectiva de un equipo multidisciplinario.

Tabla 8

Nivel de depresión

Variable	Nivel	N		
Depresión	Mínima	8		
	Leve	7		
	Moderada	16		
	Grave	9		
Total, global	Nivel	Escala de medida	M	DE
	Mínima	0-13		
	Leve	14-19		
	Moderada	20-28	21.15	10.408
	Grave	29-63		

De acuerdo al análisis de las dimensiones de la depresión reveló que la dimensión somática fue la que predominó $M=10.65$ sobre la dimensión cognitiva $M=10.50$ considerando los respectivos puntos medios de sus escalas. Además, la desviación estándar $\sigma= 6.76$ como referencia a la dimensión somática se presentó con valores más extremos en los adultos mayores, es decir, síntomas más intensos, destacando la pérdida de interés por el sexo $M= 2.07$, la pérdida de energía $M= 1.55$ y el cansancio o fatiga $M= 1.53$. (Véase Tabla 9).

Así se evidencia los resultados obtenidos que existe un nivel moderado y grave de depresión, lo cual representa problemas con una mayor prevalencia de síntomas depresivos dentro de la dimensión somática en los adultos mayores, los síntomas que predominan son: la pérdida de interés por el sexo, pérdida de energía y el cansancio o fatiga. Estos resultados concuerdan con el estudio de Morales y Alcívar (2021) en donde demostraron que la soledad, el poco interés de la familia y otros factores ha desencadenado depresión en los adultos

mayores, manifestando síntomas de tristeza, pesimismo, anergia, disminución o aumento del sueño y apetito.

Tabla 9

Dimensiones de la depresión

Dimensión	Escala de medida	Punto medio de la escala	M	DE
Somático	0-21	10.5	10.65	6.76
Afectivo-Cognitivo	0-42	21	10.50	4.54
Síntomas predominantes				
Perdida de interés por el sexo			2.07	1.24
Perdida de energía			1.55	.749
Cansancio fatiga			1.53	1

Según el segundo objetivo específico, en los resultados por niveles de ansiedad, el nivel de ansiedad bajo demuestra ser predominante con un total de 21 casos, seguido por el nivel moderado con 17 casos y finalmente el nivel severo con 2 casos como el más débil. Sin embargo, se consideró que los niveles moderado y severo representan dificultades ansiosas, por lo tanto, los 19 de los participantes presentó problemas de ansiedad. Sin embargo, acorde a este resultado, se observó que la media global de $M=20.15$ corresponde al nivel bajo de ansiedad, por lo que se reafirma como el predominante, es decir en la mayoría de adultos mayores se demostró que no existe un riesgo el obtener ansiedad (Véase Tabla 10).

En un estudio realizado por Cardona et al. (2021) en tres ciudades colombianas, con un total de $N = 50.918$ adultos mayores, se reveló que el 90,8 % de los adultos mayores no mostraba signos de ansiedad.

Tabla 10

Nivel de ansiedad

Variable	Nivel	N		
Ansiedad	Bajo	21		
	Moderado	17		
	Severo	2		
Total, global	Nivel	Escala de medida	M	DE
	Bajo	0-21	20.15	11.401
	Moderado	22-35		
	Severo	>36		

Respecto a las dimensiones de la ansiedad, se encontró predominio y mayor intensidad de la dimensión somática $M= 11.20$ sobre la cognitiva $M= 8.95$. En concordancia, el análisis de los síntomas, arrojó que los síntomas predominantes son somáticos, más concretamente, la debilidad en las piernas $M= 1.58$ y el nerviosismo $M= 1.55$. Sin embargo, la sensación de inestabilidad, un síntoma subjetivo, ocupó el tercer lugar como síntoma predominante, no obstante, es el más débil de los tres (Véase Tabla 11).

Jiménez et al. (2021) demostraron en su estudio que en adultos mayores se presentó síntomas de ansiedad con nivel bajo principalmente en síntomas de impaciencia y sudoración en las manos, por lo que, en el presente estudio, se demostró niveles bajos de ansiedad donde predominó la dimensión somática presentando síntomas como debilidad en las piernas, nerviosismo y sensación de inestabilidad.

Tabla 11

Dimensiones de la ansiedad

Dimensión	Escala de medida	Punto medio de la escala	M	DE
Somático	0-36	18	11.20	6.69
Afectivo-Cognitivo	0-27	14	8.95	5.87
Síntomas predominantes				
Debilidad en las piernas			1.58	1.17
Nerviosismo			1.55	1.15
Sensación de inestabilidad			1.25	1

Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo general describir los niveles de depresión y de ansiedad según género, edad y estado civil en los adultos mayores del Proyecto del Adulto Mayor de la parroquia el Valle del cantón Cuenca, período 2022-2023. En función a dicho objetivo, se puede concluir que el nivel de **depresión** en adulto mayores **según el sexo**, se evidenció que en los hombres existe una tendencia a nivel de depresión moderada, mientras que en las mujeres predomina el nivel mínimo y moderado, dando a entender que en esta población no existe una diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a la **depresión en función a edad** los resultados dieron a conocer que el nivel predominante es el moderado, siendo estos los adultos mayores dentro de la edad de 75 a 84 años, dando a entender que la misma tiende a crecer a medida que avanzan los años. En el análisis de **depresión según estado civil** no se encontró una diferencia significativa, sin embargo, en los adultos mayores casados y viudos predomina los niveles de depresión moderado y grave.

En lo que respecta a la **ansiedad y sexo**, los resultados indican que existe un predominio del nivel moderado en los hombres, mientras que en las mujeres predomina el nivel bajo, existiendo una diferencia significativa, y se demuestra que los hombres presentan niveles de ansiedad altos. Además, se determinó el nivel de **ansiedad según la edad**, en donde el nivel que predominó fue el bajo en los adultos mayores de entre 65 a 84 años. De igual manera, el análisis de **ansiedad y estado civil** se concluye que el nivel que predomina es el bajo, estando en este grupo los adultos mayores casados y viudos demostrando no presentar diferencias significativas en esta variable demográfica.

En lo que respecta al primer objetivo específico, el cuál pretendió determinar los niveles de depresión del proyecto del adulto mayor, se concluye que los adultos mayores tienden a presentar altos puntajes de depresión, pero en su nivel moderado con una $M=21.15$.

Finalmente, el segundo objetivo específico consistió en identificar los niveles de ansiedad de los adultos mayores, pues se concluye que el nivel predominante de ansiedad es el bajo con una $M=20.15$.

Limitaciones y recomendaciones

Luego de la ejecución del presente estudio, los autores detectaron limitaciones en el tamaño de la muestra y la ausencia de escalas valoradas de Beck para el Ecuador. Por tal motivo se sugiere llevar a cabo investigaciones con una muestra más amplia que abarcara tanto a adultos mayores de entornos rurales como urbanos, enfocados en el análisis y comparación de los niveles de depresión y ansiedad en esta población, crear proyectos que promovieran un envejecimiento exitoso, ofreciendo espacios de convivencia y actividades recreativas para los adultos mayores, establecer acuerdos de colaboración entre los diferentes Gobiernos Autónomos Descentralizados del cantón Cuenca y la universidad, con el objetivo de brindar apoyo psicosocial y psicoeducativo a esta población. Tener en cuenta los resultados de este estudio para futuras investigaciones, con el fin de obtener nuevos datos y evaluar si se producen cambios beneficiosos para la comunidad en el futuro. Finalmente, se invita a realizar análisis de los inventarios de depresión y ansiedad de Beck de tal forma que se pueda obtener instrumentos adaptados a nuestro contexto.

Referencias

- Abaunza, C., Mendoza, M., Bustos, P., Paredes, G., Enriquez, K., y Padilla, A. (2014). *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia*. Colombia: Universidad del Rosario.
- A costa, C., & García, R. (2012). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291–300.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- American Psychological Association [APA]. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*.
- Beck, A. T. (1985). *Perspectivas teóricas sobre la ansiedad clínica*. Hillsdale: Eri Baum.
- Beck, A., y Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión*.
- Botto, A., Acuña, J., y 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.
- Brüning, K. (2019). *Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar*. Escuela de medicina. <https://medicina.uc.cl/publicacion/depresion-en-adultos-mayores-una-mirada-desde-la-medicina-familiar/>
- Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Muñoz, D., Jaramillo, D., Lizcano, D., Morales, S., Arango, C., y Agudelo, M. (2021). *Mirada multidimensional de la vulnerabilidad*.
- Díaz, I., y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: conceptualizaciones actuales. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- De los Santos, P., y Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo Perla Vanessa De los Santos y Sandra Emma Carmona Valdés. *Revista electrónica semestral. Centro Centroamericano de Población Universidad de Costa Rica*, 15(2), 1-23. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/29255/31567>
- Del Barrio, J. (2017). Envejecimiento Saludable. Aportaciones Para La Activación Cerebral. *Revista INFAD de Psicología.*, 7(1), 541. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v7.825>
- Erazo, M., y Fors, M. (2020). Depresión: Una experiencia del Hospital del Adulto mayor, Quito, Ecuador, 2018. *Bionatura*, 5(3), 1230-1236. <https://doi.org/10.21931/rb/2020.05.03.11>
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Madrid.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta

- ed.). McGraw-Hill.
- Iborra, P. (2023). Ansiedad, depresión o ambas, elevada comorbilidad. Live Med.
<https://www.livemed.in/es/blog/ansiedad-depresion-o-ambas-elevada-comorbilidad/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2010). Proyección por edades Provincias 2010-2020 y nacional. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>
- Katzman, M., Bleau, P., y Van Ameringen, M. (2014). Trastorno de ansiedad y algunas comorbilidades. *Salud Mental*, 1(3), 12-13.
- Lliguisupa, V., Álvarez, R., Bermejo, D., Ulloa, A., & Estrada, J. (2020). Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación*, VIII(1), 16-21.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.310>
- Maldonado, M. (2015). Bienestar subjetivo y depresión en mujeres y hombres adultos mayores viviendo en pobreza. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1815-1830.
[https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(15\)30003-x](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(15)30003-x)
- Mendoza, V., Vivaldo, M., y Martínez, M. (2018). Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Revista medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(55), 110-119.
- Mera, M., y Márquez, L. (2021). Niveles de ansiedad en los ancianos durante la crisis sanitaria del covid-19. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR"*, 4(8). <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0031>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES]. (2020). Análisis de programas de atención a personas adultas mayores a nivel internacional.
- Molés, M., Esteve, A., Lucas, M., y Ayora, A. (2019). Factors associated with depression in older adults over the age of 75 living in an urban area. *Enfermería Global*, 18(3), 58-70. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- Montesó, P., y Aguilar, C. (2014). *Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad*. 46(3), 167-168. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.009>
- Morales, C., y Alcívar, S. (2021). Depresión en adultos mayores de la fundación una vida con propósito. *Polo de Conocimiento*, 63(12), 509-520.
<https://doi.org/10.23857/pc.v6i12.3382>
- Moreira, C., y Vacacela, M. (2014). Prevalencia de depresión en el adulto mayor que asiste al Centro Municipal Gerontológico, 2013. *Investigatio*, 5(5), 95-109.
<https://doi.org/10.31095/investigatio.2014.5.5>
- Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2022a). Envejecimiento y salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- Organización mundial de la salud (17 de junio de 2022b). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (31 de marzo de 2023). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Paredes, Y., y Aguirre, D. (2016). Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(3), 26-38. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn163c.pdf>
- Redacción Médica. (2021). *Depresión y ansiedad comórbidas, una realidad frecuente y más grave*. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/depresion-y-ansiedad-comorbidas-una-realidad-frecuente-y-mas-grave-8265>
- Robles, M., Fernández, N., Herrera, B., y Tapia, J. (2021). Ansiedad y depresión en adultos mayores con enfermedades catastróficas y o discapacidades del proyecto de atención domiciliaria del cantón Girón. *Polo Del Conocimiento*, 6(2), 110–124.
- Rivero, S., y Agoiz, A. (2019). Envejecimiento activo y ciudadanía senior. *Empiria*, 43(1), 59-87. <https://doi.org/10.5944/empiria.43.2019.24299>
- Ruiz, Á., Díaz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. España: Desclée de Brouwer
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., y García-Vera, M. P. (2014). Criteria and norms for interpreting the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22(1), 37-59.
- Sanz, J., García, M., y Fortún, M. (2012). Inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20(3), 563–583.
- Sisa, I., y Vega, R. (2021). Prevalence of depression in older adults living in Ecuador and contributing factors: A population-based study. *Revista de Salud Pública*, 23(2), 1-10. <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n2.85965>
- Soria, R., Soriano, M., Lara, N., y Mayen, A. (2018). Depresión en adultos mayores. *Psychology Today*, 21, 16.
- Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>
- Villacís B, C. D. (2012). *País atrevido: La nueva cara sociodemográfica del Ecuador*. Quito: INEC

Anexos

Anexo A. Ficha sociodemográfica

Esta investigación tiene como objetivo: Describir los niveles de depresión y de ansiedad según género, edad y estado civil en los adultos mayores del Proyecto del Adulto Mayor de la parroquia el Valle del cantón Cuenca, período 2022-2023. Se solicita de la manera más comedida que se sirva de contestar de forma clara y honesta la información requerida, sabiendo que se mantendrá en total reserva.

Por favor rellene las siguientes preguntas:

Datos individuales:				
1. Sexo:	1.1	Femenino	2. Estado civil:	2.1 Soltero/a
		1.2		Masculino
	2.3 Casado/a			
				2.4 Separado/a
				2.5 Divorciado/a
	2.6 Viudo/a			
3. Ocupación:		4. Edad:		
Datos Socio familiares				
5. ¿Con quién vive?		5.1 Solo/a		
		5.2 Pareja		
		5.3 Nietos/as		
		5.4 Hijos/as		
		5.5 Hermanos/as		

Anexo B. Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito). **Elija una sola respuesta.**

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado.

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.

2 Querría matarme.

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo.

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1 a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1 b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2 a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2 b. Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3 a. Duermo la mayor parte del día.
- 3 b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1 a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1 b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2 a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2 b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3 a. No tengo apetito en absoluto.

3 b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo C. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con una X la intensidad con la cual se ha sentido identificado. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo. **Elija una sola respuesta**

	Nada en absoluto	Leve	Moderado	Gravemente, casi no podía soportarlo
1.- Hormigueo o entumecimiento				
2.- Sensación de calor				
3.- Debilidad en las piernas				
4.- Incapacidad para relajarme				
5.- Miedo a que suceda lo peor				
6.- Mareos o vértigos				
7.- Palpitaciones o taquicardia				
8.- Sensación de inestabilidad				
9.- Sensación de estar aterrorizado				
10.- Nerviosismo				
11.- Sensación de ahogo				
12.- Temblor de manos				
13.- Temblor generalizado o estremecimiento				
14.- Miedo a perder el control				
15.- Dificultad para respirar				

16.- Miedo a morir				
17.- Estar asustado				
18.- Indigestión o molestias en el abdomen				
19.- Sensación de irme a desmayar				
20.- Rubor facial				
21.- Sudoración (no debida al calor)				

Anexo D. Formulario de consentimiento informado

Título de la investigación: Depresión y ansiedad en adultos mayores de la parroquia el Valle del cantón Cuenca, en el período 2022-2023

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador principal	Franco Santiago Quizhpi Criollo	0105871446	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

En el presente documento se proporciona información sobre el estudio: Depresión y ansiedad en adultos mayores de la parroquia el Valle del cantón Cuenca, en el período 2022-2023. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación, en caso de que desee hacerlo. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

El incremento de la esperanza de vida a nivel mundial es una transformación significativa en el siglo XXI, por lo que debe ir de la mano con una mejor calidad de vida, por ende, hay que priorizar a la población adulta mayor sobre un envejecimiento activo que a nivel mundial debe ser un proceso de optimización en salud, seguridad y participación con el propósito de mejorar la calidad, debido a que a estas personas se las percibe como un elemento que contribuye al desarrollo social. La calidad de vida de un adulto mayor debe ser óptima para que pueda escalar los últimos años de su vida con dignidad y satisfacción (OMS, 2022). Por lo tanto, se ha visto pertinente medir y conocer los niveles de depresión y ansiedad de esta población y de esta manera se favorezca a un envejecimiento saludable, físico, social y psicológico, y que el estado, la sociedad y la familia trabajen para que las personas adultas mayores se sientan útiles para la sociedad.

Objetivo del estudio

El objetivo de esta investigación, radica describir los niveles de depresión y de ansiedad según género, edad y estado civil en los adultos mayores del Proyecto del Adulto Mayor.

Descripción de los procedimientos
Para la recolección de información para la investigación, será mediante unas encuestas de forma presencial. En esta encuesta se encontrarán con una serie de secciones que abarcan: <ul style="list-style-type: none">- Datos sociodemográficos y socio personales que no contienen información sensible o confidencial.- Inventario de depresión de Beck (BDI - II),- Inventario de ansiedad de Beck (BAI)- La duración de la aplicación de la encuesta tomará alrededor de 15 a 20 minutos.
Riesgos y beneficios
A fin de mantener la confidencialidad de los datos y el anonimato, se procederá a codificar a los participantes con un código específico y no por sus datos personales. Los beneficios para los adultos mayores serán a largo plazo, ya que mediante la información recolectada de esta variable psicológica la institución podrá desarrollar propuestas de prevención e intervención con la finalidad de incrementar y fortalecer su envejecimiento activo esperando favorecer la adhesión al tratamiento y mejorar la calidad de vida.
Otras opciones si no participa en el estudio
Usted se encuentra en todo su derecho de decidir no participar en el estudio.
Derechos de los participantes
Usted tiene derecho a: <ol style="list-style-type: none">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;7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);8) Que se respete su intimidad (privacidad);9) 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 0997400473 que pertenece a Franco Santiago Quizhpi Criollo o envíe un correo electrónico a francos.quizhpi@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 participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo (*si aplica*)

Firma del testigo

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec