

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología Clínica, mención Salud Mental para Niños,
Adultos y Familias

**Miedo a la muerte y depresión en adultos mayores de un club ocupacional de
la ciudad de Cuenca, 2023**


Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Magíster en
Psicología Clínica, mención Salud
mental para Niños, Adultos y
Familias

Autor:

Fanny Alexandra Brito Peña

Director:

María Lorena Rodas Mosquera

ORCID:  0000-0001-9616-3100

Cuenca, Ecuador

2024-01-08

Resumen

La vejez implica una crisis o transición del ciclo de vida, caracterizada por estados emocionales que pueden generar reacciones negativas ante la proximidad de la muerte. Estas reacciones pueden manifestarse como tristeza, apatía o desinterés por actividades que antes les producían placer. Estos efectos emocionales pueden desencadenar síntomas depresivos que influirán en la calidad de vida de las personas mayores. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue determinar la relación existente entre el miedo a la muerte y la depresión en adultos mayores de un club ocupacional de la ciudad de Cuenca, 2023. Para la investigación se utilizó un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, con un alcance correlacional. La población estudiada estuvo conformada por 56 adultos mayores; 14 hombres y 42 mujeres, distribuidos en dos etapas de la vejez: vejez funcional (n=31) y vejez plena (n=25). Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester ($\alpha=0.79$), y la Escala de depresión geriátrica de Yesavage ($\alpha=0.71$). Los resultados demostraron que existe una relación positiva débil y estadísticamente significativa entre las dos variables expuestas, es decir a mayor miedo a la muerte mayor posibilidad de presencia de depresión; además dentro de la sub escalas *miedo al morir* y *proceso de morir de sí mismo* se encontró una correlación positiva fuerte con la depresión. Del mismo modo, se evidenció que el contexto sociodemográfico no tiene un efecto determinante sobre estas variables, pues en el cruce de las variables no se observa una correlación significativa.

Palabras clave: vejez plena, vejez funcional, estado de ánimo, bienestar emocional



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

Elderliness represents a crisis or transition in the life cycle, marked by emotional states that elicit negative responses due to the proximity of death. These responses may manifest as feelings of sadness, indifference, or a lack of interest in activities that used to bring older adult's joy. These emotional effects can cause feelings of depression that influence their life quality. Therefore, the goal of this research is to determine the relationship between fear of death and depression in older adults from an occupational elderly club in the city of Cuenca in 2023. This study has a quantitative and non-experimental approach as a start point, with a correlational scope. The target population of this study comprises 56 older people, 14 males and 42 females, categorized into two stages of old age: functional old age between 65-74 years old ($n = 31$) and full old age between 75-80 years old ($n = 25$). The instruments employed in this research included the Collett-Lester Fear of Death Scale ($\alpha=0.79$), and the Geriatric Depression Scale developed by Yesavage ($\alpha=0.71$). The results showed that there is a weak and statistically significant positive relationship between the two variables under investigation, that is, the greater the fear of death, the greater the possibility of the presence of depression; furthermore, within the Fear of Death and the Process of Dying of Self subscales, a strong positive correlation with depression was found. Similarly, it became evident that the sociodemographic context does not represent a significant influence on these variables, as when the variables were analyzed together, they were not observed as correlation significant.

Keywords: full old age, functional old age, state of mind, emotional well-being



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

Resumen	2
Abstract.....	3
Índice de contenido	4
Índice de figuras.....	5
Índice de tablas.....	6
1. Fundamentación teórica.....	9
1.1 Miedo a la muerte	9
1.2 Trastorno depresivo (TD)	11
1.3 Envejecimiento	14
2. Proceso metodológico.....	18
2.1 Enfoque, diseño y alcance	18
2.2 Participantes y contexto de la investigación	18
2.3 Criterios de inclusión y exclusión	18
2.4 Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información	18
2.5 Plan de tabulación y análisis	19
2.6 Aspectos Éticos	19
3. Presentación y análisis de resultados	21
3.1 Caracterización de los participantes	21
3.2 Presentación de resultados descriptivos de la escala Miedo a la Muerte de Collett-Lester	22
3.3 Presentación de resultados descriptivos de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage	22
3.4 Relación entre miedo a la muerte y depresión con las variables de la ficha sociodemográfica.	24
3.5 Correlación de los resultados entre miedo a la muerte y depresión.	25
4. Conclusiones	26
5. Recomendaciones y limitaciones	28
Referencias.....	29
Anexos.....	33

Índice de figuras

Figura 1. Vejez funcional y vejez plena dividido entre hombre y mujeres.....	21
Figura 2. Gráfico de dispersión de la correlación de Miedo a la muerte y depresión n=5.25	

Índice de tablas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos en base a la vejez funcional y plena n=56	22
--	----

Agradecimiento

Agradecer es preciso a los que me han acompañado desde el principio, mis hermanos Ar. Rodrigo Brito y Dayana Brito que no dejaron que desmayara y me animaron para que pueda concluir; así también al presidente del GAD Dr. Rómulo Guzmán y el Lcdo. Irvin Guamán quienes me abrieron las puertas de la institución como si fuera mi casa para que realizar mi investigación, y como no a mis querido adultos mayores de la Victoria del Poertete quienes me han colaborado con la mejores de sus intenciones.

A mis amigos Belén Cajamarca, Cecilia Sinchi, Diego Cárdenas y Adrián M quienes me apoyaron desde sus conocimientos, y de manera especial al Mgst. Juan Francisco Vélez quien estuvo en mis altas y bajas con su apoyo emocional incondicional y desde su experticia en el tema; que no voy a sentirme agradecida si he contado con el apoyo de tantas personas para que esto salga en adelante.

Finalmente, a mi tutora Mgst. Lorena Rodas por su valiosa guía, aportación, comentarios y asesoramiento, y sobre todo la confianza en mí, hemos podido concluir con esta investigación.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a ti, de la que estoy orgullosa de lo que has hecho y de lo que eres capaz de hacer. Gracias por no rendirte, por confiar en tu talento, por seguir tu intuición, por buscar la excelencia. Eres una fuente de inspiración y admiración. Eres una mujer increíble y mereces todo lo bueno que te pase.

1. Fundamentación teórica

1.1 Miedo a la muerte

La muerte como fenómeno ha sido abordado mediante múltiples definiciones en la literatura, que reflejan la diversidad de criterios y teorías. Se define a la muerte como una interrupción definitiva y permanente de la vida, y que es valorada como un hecho vital relevante en el desarrollo del ser humano (Águila et al., 2020). A continuación, se detalla a manera de reseña a la muerte vista desde diferentes perspectivas.

Como punto de partida, en los años 60' y 70' se conocen estudios acerca de los fenómenos que están relacionados con la muerte, siendo la psicología empírica quien toma mayor fuerza en abordar la actitud de las personas frente a este evento natural, el impacto negativo que genera el miedo a la muerte o la idea de morir (Busch, 2023).

El concepto de muerte puede resultar complejo y abstracto, pues, dependerá de varios factores para ser interpretado, analizado y vivenciado (Gagliardi, 2022). Las personas suelen ser reacias al hablar sobre este tema, dado que su percepción depende de sus propias experiencias influenciadas por la cultura, la religión y el entorno. La muerte también genera angustia, que surge como causa de una amenaza hacia la vida misma (Martínez, 2021).

Para Águila et al. (2020) la muerte es definida como el cese de todas las funciones vitales; es decir, es un fenómeno biológico e individual que afecta a sí mismo y a su entorno. En este sentido, comprender a la muerte desde una dimensión social, considerando que, se sitúa en un tiempo y espacio determinado. Es decir, el ser humano es el único ser vivo consciente de su propia muerte, conocida también como finitud (Águila et al., 2020). De igual manera, el miedo a la muerte se explica como un estado de ansiedad que experimenta una persona debido a la idea anticipada de que va a estar muerta (Cantisano et al., 2020).

Conjuntamente, para Dursun et al. (2022) la interpretación que se hace de la muerte puede tener consecuencias importantes en el bienestar de las personas y en la manera de afrontar su existencia y otorgarle un sentido. Este sentido de la vida se refiere a la comprensión que tienen las personas sobre su propia vida y a la existencia de un propósito vital que las oriente, este aspecto juega un papel crucial en el mantenimiento y la promoción de la salud mental. Razón por la cual, la realidad de la muerte y la forma en que la persona responde, va a determinar su autenticidad y significado de una vida placentera o no para ellos.

Según Collett y Lester en el año de 1969, señalaron que el miedo a la muerte es una de las emociones más intensas que experimenta el ser humano a lo largo de su vida. Al mismo tiempo, añadieron que se pueden distinguir dos tipos de miedo: el temor a estar muerto y el temor al proceso de morir; desde una perspectiva de muerte propia o muerte de alguien más. Las personas pueden presentar diferentes actitudes hacia su propio fallecimiento, agonía, e incluso, frente a la finitud de alguien más (Collett y Lester, 1969 citado en Brush, 2023). De

la misma forma, Busch (2023) ratifica que es importante aceptar la muerte como un proceso biológico natural, de forma que reduce los estados de ansiedad que ésta genera ya que, si no es así causaría niveles de ansiedad y rechazo de la vida en las personas que no la aceptan.

Para la escuela de la Gestalt, la percepción sobre la muerte es única e irrepetible para cada sujeto, puesto que depende de su forma de vivir y de interpretar la realidad. Dicha idea fue desarrollada por Ernest Becker (1973) y reinterpretada por Greenberg et al. (2015) en el libro "El gusano en el corazón". Mencionados autores, sostienen que la muerte es una construcción mental, basada en el conocimiento y los conceptos que adquirimos a través de la conciencia; sin embargo, estos conceptos no son absolutos ni universales, pues varían según los factores subjetivos y objetivos que influyen en nuestra percepción. Del mismo modo, cómo enfrentemos la muerte será determinada por nuestros intereses, emociones, valores, metas y expectativas (Greenberg et al., 2015 citado en Águila et al., 2020).

No obstante, a partir de la escuela de la Gestalt surgen autores tales como Raja (2001) y Ramos y García (1991) citado en Gala León et al. (2002) quienes plantean que el miedo a la muerte se relaciona con cuatro factores esenciales: a) respuestas emocionales y mentales provocadas por la idea acerca de la muerte, b) alteraciones físicas reales o imaginadas relacionadas a la muerte o las enfermedades crónicas, c) la conciencia de la inexorable transición del tiempo y d) el sufrimiento, estrés y temor, real o anticipado, que se experimenta en la enfermedad crónica; cabe destacar que, dichos factores van a condicionar la interpretación que tienen los individuos sobre la muerte.

Dentro del ámbito psicológico, existen dos teorías que intentan explicar cómo las personas afrontan y se adaptan a la muerte propia o ajena: la teoría de Kübler-Ross, plantea cinco etapas por las que atraviesa una persona durante el desarrollo de una enfermedad terminal (negación, ira, negociación, depresión y aceptación); y la teoría del apego, que postula acerca de la influencia que tiene el proceso del duelo ante una pérdida, como consecuencia de la forma en que los individuos se vinculan afectivamente entre sí (Gala León et al., 2002). De esta manera, las dos teorías indican la interpretación del proceso de muerte y duelo de personas que se encuentran en estado de agonía.

Desde otro punto de vista, se incluye a la Teoría de la Gestión del Terror (TMT), propuesta por Greenberg y sus colaboradores desde 1990 y revisada en 2014, quien sostiene que la conciencia de que vamos a morir genera angustia existencial en cada individuo, que puede llegar a ser terrorífica (Cantisano et al., 2020). Según esta teoría, la conciencia de la muerte hace que las personas busquen apoyo de quienes comparten sus creencias, dado que sirve de ayuda al momento de reafirmar su autoestima y su bienestar emocional. En otro orden, la presencia de la muerte hace que las personas se distancien de quienes difieren de sus

creencias, considerando que, esto genera una sensación de amenaza a su autoestima y a salud mental (Curseu, 2023).

Expuesto de otro modo, la teoría TMT está estrechamente relacionada con los valores culturales y la autoestima; tiene un impacto variado de actitudes y comportamientos que se activa cuando existe conciencia de la muerte. Algunos ejemplos de estos efectos son el sesgo y el nacionalismo, la atracción y el amor romántico, o las posturas sobre la guerra y las decisiones legales, entre otros (Kahraman y Erkent, 2022). A partir de ese momento, se ha sugerido a las personas tener un propósito de vida con la finalidad de generar estrategias de afrontamiento ante los desafíos existentes, y a su vez, que no influyan negativamente en la salud física y mental de las personas (Cantisano et al., 2020).

No obstante, es importante comprender la muerte desde un punto de vista religioso, debido a que tiene una gran relevancia para las personas adultas mayores, estas ven a la muerte como un punto de partida a la vida eterna junto a Dios, por lo tanto, suelen recurrir a prácticas religiosas, como la oración, para manejar situaciones que les causan estrés y angustia. Varios estudios han demostrado que estas prácticas son efectivas para ayudar a regular las emociones de angustia y ansiedad (Rababa et al., 2021)

Además, la religión facilita asumir la culpa, y entregarse a la voluntad de Dios, ver el sufrimiento de forma positiva y dominar su temor. Se ha comprobado que la religión ayuda a reducir la sintomatología de la ansiedad generada por la muerte y puede actuar como un mecanismo que rompe el ciclo de los efectos negativos. En resumen, la religión aumenta el optimismo y la esperanza y disminuye la ansiedad ante la muerte (Rababa et al., 2021).

Desde otro punto de vista, el miedo a la muerte como acontecimiento ha sido estudiado en diferentes países y culturas, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19. Algunas investigaciones exploraron las actitudes y preferencias de los españoles frente a la muerte y sus consecuencias psicológicas. Por ejemplo, Llobet et al. (2020) realizaron una investigación sobre la aceptación a la muerte y su des hospitalización en una muestra de 104 pacientes con enfermedades crónicas. Los autores encontraron que el 88.5% de los participantes manifestaron tener miedo a la muerte dolorosa, y que solo el 9.7% optó por morir en el hospital, mientras que el 61.5% deseó hacerlo en sus casas.

Por otra parte, en una investigación realizada en el año 2021 en la ciudad de México, reveló que las personas entre los 65 y 85 años de edad, tenían una actitud positiva hacia su propia muerte; pero su reacción se modifica cuando se trata del fallecimiento de un ser querido, dando como resultado, alteraciones del estado de ánimo y un efecto negativo sobre la muerte (Martínez, 2021).

Finalmente, Pérez et al. (2021) en su estudio referente a la actitud frente a la muerte en personas adultas mayores de 65 a 75 años, demostró que las personas mayores que cuentan

con redes de apoyo social como: familiares, amigos y vecinos cercanos, manifiestan actitudes positivas hacia la muerte. En conclusión, de los estudios revisados se podría indicar que el temor a la muerte es un fenómeno complejo y multidimensional, es variable según las características personales, sociales y contextuales de cada individuo y puede llegar a tener un impacto significativo en la calidad de vida.

1.2 Trastorno Depresivo (TD)

La salud mental de las personas adultas mayores se ve comprometida, puesto que se estima que uno de cada cinco individuos padece algún tipo de trastorno mental, en su vejez, siendo de las más comunes la depresión y/o ansiedad (Coelho et al., 2022). La depresión es un trastorno mental que afecta los pensamientos y el comportamiento de millones de personas a nivel mundial, descrito en el año 2016 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Siendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría y el Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE), desarrollado por la OMS, quienes emiten los criterios diagnósticos para determinar un Trastorno de Depresión (TD).

Por lo tanto, el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se encuentra enlistado en el capítulo de los trastornos del estado de ánimo del DSM-5, enumerando los siguientes criterios diagnósticos: se requiere un periodo mínimo de dos semanas en los cuales el estado deprimido o la anhedonia estén presentes la mayor parte del tiempo, durante todos los días, acompañados de un mínimo de cuatro de los siguientes síntomas: cambio del apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso motor, dificultad para concentrarse o disminución de la capacidad para pensar, sentimiento de culpa excesiva o de inutilidad y pensamientos o ideación suicida. Los síntomas mencionados anteriormente deben afectar la vida del sujeto significativamente en dos ámbitos o más para ser considerado un TDM (DSM-5, 2013).

Adicionalmente, Saracino y Nelson (2019) consideran importante que las personas que viven con un adulto mayor deben mantenerse pendientes a la siguiente sintomatología: estado de ánimo caracterizado por tristeza e irritabilidad, anhedonia, insomnio, disminución del apetito, retraso psicomotor, disminución de la energía y baja autoestima e ideación suicida (McClintock et al., 2021). De la misma forma, autores recomiendan estar alerta a síntomas tales como el cansancio, dificultades para concentrarse, disminuido interés y poca satisfacción de las actividades que solían realizar, alteraciones en el peso, expresión de desesperanza, sentimientos de inutilidad o autoculpabilidad (Kasa et al., 2022); puesto que se podría hablar de un TDM (McClintock et al., 2021), ya que afecta negativamente a su funcionalidad física, mental y social (Saracino y Nelson, 2019).

Entre los principales referentes para abordar la depresión se encuentra Aaron Beck, quien en el año de 1976 expuso la Triada Cognitiva (Teoría Cognitiva), que forma parte de la Terapia

Cognitiva Conductual, esta teoría refiere que todo pensamiento negativo que tiene un individuo sobre sí mismo, el mundo y el futuro, sugiere una consecuencia a nivel emocional y como resultado, un cambio a nivel cognitivo-conductual; explicado de este modo, en la actualidad se presenta como uno de los principales tratamientos de elección para pacientes con trastornos depresivos (Korma y Sarudiansky, 2011).

Consecutivamente, Beck et al. (2010) definen a la depresión como un trastorno que afecta el sistema cognitivo, se encuentra relacionado con una valoración errónea que la persona hace sobre sí misma, su entorno y/o su porvenir, alterando la percepción de su realidad, generando esquemas de pensamiento desadaptativos, que se activan por diversos estímulos de la persona que no logra identificar, mismos que provocan malestar del sujeto al creer que no se visibiliza con la capacidad de enfrentar los diferentes ámbitos de desarrollo vital como el personal, familiar y social.

Otro punto de vista lo expresó Clavo (2018) quien coloca énfasis en el abordaje de la etiología de la depresión, manifiesta que se encuentran involucrados factores biológicos, psicológicos y sociales; en primer lugar, refiere que dentro del factor biológico, se desarrollan cambios neuroquímicos, hormonales e inmunológicos, seguidamente de sintomatología crónica, dolor físico y deterioro cognitivo; en segundo lugar, el factor psicológico está relacionado directamente con la personalidad, las habilidades de afrontamiento, las creencias irracionales y el estrés vital; en tercer lugar, se encuentra el factor social, influenciado por el ambiente, el apoyo social insuficiente, la pobreza, el maltrato y la discriminación. En conclusión, son varios factores involucrados en la depresión.

Korma y Sarudiansky (2011) consideran que la depresión, previamente diagnosticado por el especialista en salud mental, es una enfermedad que puede producir invalidez en los adultos mayores, pero su valoración requiere de una evaluación minuciosa y criterio de experticia profesional; ya que, por lo general se manifiestan solo algunos rasgos como tristeza persistente o nostalgia que representan una señal de alerta pero que no implica un diagnóstico necesariamente. Cabe destacar que, en el año 2018 la prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores tuvo impacto en el 30% al 50% del grupo poblacional, predisponiendo al incremento de estas cifras si las personas presentan un deterioro cognitivo adicional (Calderón, 2018). Tolentino y Schmidt (2018) señalan que la depresión tiene una prevalencia del 10% en la población general y de un 20% en entornos clínicos. En cuanto a los estándares clínicos en el mundo, Corea del Sur presenta una incidencia de depresión del 13,9% de los adultos mayores entre 60 a 70 años y el 18,4% de quienes han cumplido los 80 años. Los profesionales médicos reconocen que la depresión es habitual en la población adulta mayor; sin embargo, este grupo etario manifiesta en su mayoría síntomas físicos a más de los psicológicos. De hecho, el 56% de los adultos mayores que acudieron a un centro

geriátrico por síntomas físicos recibieron posteriormente un diagnóstico de depresión. Una de las causas que contribuyen a los trastornos depresivos, es la discapacidad física que se presentan en la vejez debido a enfermedades o al proceso de envejecimiento (Shin y Cho, 2022).

En el año 2010, investigadores de Perú descubrieron una asociación directa entre la depresión y los problemas físicos e incapacidades (Paz, 2010 citado en Calderón, 2018). En el año 2021 se realizó un estudio sobre la depresión del adulto mayor en el contexto COVID-19, en el cual se identificó los factores psicosociales presentes en la depresión, dando como resultado: de una muestra de 80 personas, 65% presentaron depresión leve, 13,8% una depresión establecida, 15% con una baja-media autoestima, 35% una alta autoestima; y un 37% con alto nivel de relaciones sociales frente a un 62% que presentaron relaciones medias-bajas (Choque, 2021).

En última instancia, el adulto mayor ecuatoriano refiere una prevalencia del 39% de trastornos depresivos según la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Salud, Bienestar y Envejecimiento Quito, 2009). Las principales características de una mayor incidencia se deben al entorno, factores demográficos, situación social y la sociedad (Calderón, 2018). Un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2014, publicado en el 2019 indicó que el 12.9%, de la población estudiada, presentaba una prevalencia de depresión total y el 2.3% presentaba una depresión establecida (Buenaño, 2019).

1.3 Envejecimiento

El envejecimiento comprende factores biológicos y socioculturales, lo que implica una perspectiva diferente para cada individuo dentro de esta etapa (Martínez, 2021). A nivel mundial la OMS señala que las personas de 60 años en adelante ya son consideradas como adultas mayores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021), mientras que en el Ecuador la Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores - LOPAM establece que son aquellas que han cumplido 65 años o más (LOPAN, 2019). Es importante conocer que en los últimos años se ha incrementado la esperanza de vida en un 7%, siendo para los hombres una edad estimada de 72.7 años y para las mujeres de 78.1 años (Calderón, 2018).

Por consiguiente, dentro de la Teoría de la Continuidad de Robert C. Atchley en el año 1989, sostiene que las personas mayores deben continuar realizando actividades que conserven sus vivencias, conductas y vínculos anteriores, pues se considera que mantener una continuidad en la estimulación de las funciones mentales superiores a través del tiempo, promueve actitudes personales satisfactorias, roles e involucramiento social y relaciones sociales placenteras. En contraste, la vejez genera sentimientos de soledad debido a las

pérdidas y rupturas de relaciones interpersonales, sumados al deterioro de la salud física o mental que ocurre durante esta crisis vital (Greenblatt et al., 2021).

Un estudio realizado en México por Figueroa et al. (2021) con una muestra de 63 adultos mayores analizaron la relación entre variables psicosociales como el deterioro cognitivo, el apoyo social, el miedo y la ansiedad ante la muerte con la depresión, cuyos hallazgos fueron que el 17% resultaron con trastornos depresivos; además existió una correlación positiva significativa entre miedo o ansiedad al término de la vida y depresión. Actualmente, no se evidencia otros estudios que aborden estas dos variables en la población adulta mayor ecuatoriana.

En resumen, el análisis del proceso de envejecimiento y su vinculación con la muerte y la depresión debe ser interpretado desde un enfoque multidimensional.

Por otra parte, la LOPAM (2019) se considera como adultos mayores a las personas a partir de los 65 años en adelante, además, se clasifican en tres etapas: vejez funcional aquellas personas entre el rango de 65 a 74 años, etapa vejez plena a los adultos de 75 a 79 años y los de 80 años en adelante como etapa de adultez (Figueroa et al., 2021). En particular, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (2023) en la provincia del Azuay se calcula que existe aproximadamente 80.902 personas adultas mayores. En cuanto a la parroquia Victoria del Portete en el año 2010 el INEC informa una población de 589 personas adultas mayores de las cuales 150 participaban desde el año 2019 en el Club del Adulto Mayor hasta la actualidad, en la cual realizan actividades ocupacionales.

A finales de la década de los 50 inicia el desarrollo de investigaciones con respecto a la muerte, en los años 70 se hace énfasis en la psicología de la muerte, y a finales del siglo XX y principios del siglo XXI surge el acercamiento multidimensional que incluye a la espiritualidad dentro del campo de la investigación sobre la muerte (Pérez, 2021).

Durante la vejez, ocurre una disminución de las capacidades físicas, psicológicas y sensoriales que afectan a la percepción de la vida (Quiroga y Baker, 2018), dentro de todos los ámbitos, estando presente el proceso de morir a menudo en las personas que envejecen; además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2025 el porcentaje de fallecidos sobre los 65 años de edad sea del 60% (Pérez, 2021).

De igual manera, se conoce que una de las mayores preocupaciones de los seres humanos es la muerte, debido a que, es un hecho biológico e inevitable; pero la interpretación que le dé va a depender de aspectos psicológicos, sociales y culturales (Fernández et al., 2019); y costumbres y creencias religiosas (Miranda et al., 2022). Cuando el ser humano se encuentra más cercano a la muerte genera varias respuestas emocionales como la ansiedad, la depresión y el miedo; puesto que a la incertidumbre que genera cuando se trata de abandonar esta vida (Gagliardi, 2022).

Según, Casco et al. (2018) la conciencia de la muerte es una característica inherente al ser humano, que se adquiere desde la infancia, pero que se hace más intensa en la vejez. Esta etapa de la vida se considera como una crisis vital, que implica enfrentar la proximidad del final de la existencia. Esta situación puede generar negación, miedo a la muerte y depresión, entre otras reacciones emocionales. El concepto de envejecer conlleva también la idea de un pronóstico de vida limitado, que puede influir en el pensamiento y el comportamiento de las personas mayores. Por ello, el abordaje del tema de la muerte puede contribuir a mejorar el estado de salud mental de esta población (Sanchís, 2018).

El miedo a la muerte es mayor cuando las personas se enfrentan a una enfermedad crónica, ya que es una situación de riesgo hacia la vida, y este miedo a su vez es subyacente y puede mantener las afecciones psicológicas del individuo (Vera, 2021). En este sentido, la OMS en el año 2016 indicó que el 20% de las personas de la tercera edad pueden tener un diagnóstico neurológico o un trastorno del estado de ánimo como la depresión (Organización Mundial de la Salud, 2016 como se citó Figueroa, et al., 2021). Además, un estudio realizado en China por Flaherty et al. (2017) con adultos mayores institucionalizados indicaron que el 60% de la muestra tenían depresión y un 95% alguna enfermedad crónica (como se citó Pérez, 2021), por otro lado, otro estudio que se realizó en el año 2019 de igual manera señaló una alta prevalencia de depresión en personas adultas mayores (Cruz y Ledezma, 2019).

En último lugar, en el Ecuador no existen estudios que relacionen el miedo a morir y la depresión en población adulta mayor, por ello es importante desarrollar esta investigación que permitirá conocer la realidad de estas variables dentro de esta población. Los resultados de esta investigación son relevantes para las personas que trabajan directamente con los adultos mayores en el Club del Adulto Mayor de la junta parroquial Victoria del Portete, porque contribuirán al desarrollo de estrategias de intervención psicología o de apoyo psicosocial adecuadas para aceptar adecuadamente la muerte, y prevenir síntomas depresivos.

La línea de investigación es de Salud Mental en el Ciclo de la Vida de la Universidad de Cuenca, debido a que, el miedo a la muerte y la depresión puede afectar negativamente la calidad de vida o el bienestar psicológico de esta población, además, el miedo a la muerte puede desencadenar otros factores como la ansiedad, negación y angustia, mientras que, la depresión puede generar sentimientos de tristeza y aislamiento, lo cual desencadena que los adultos mayores no puedan seguir asistiendo al club ocupacional.

A raíz de lo planteado anteriormente, la pregunta de investigación que surge es conocer si el miedo a la muerte y la depresión pueden estar presentes en las personas adultas mayores entre los 65 y 80 años que corresponden a la etapa de adultez funcional (65-74) y adultez plena (75-80) del Club del Adulto Mayor del Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial Rural Victoria del Portete.

Finalmente, para dar respuesta a la pregunta se formuló el siguiente **objetivo general**: Determinar la relación entre el miedo a la muerte y la depresión en adultos mayores de un club ocupacional de la ciudad de Cuenca, 2023. Y como *objetivos específicos*: 1. determinar el nivel de miedo a la muerte en adultos mayores que participan de un club ocupacional, 2. identificar los niveles de depresión de las personas adultos mayores que participan de un club ocupacional y 3. describir el miedo a la muerte y la depresión en relación a las variables de la ficha sociodemográfica.

2. Proceso metodológico

2.1 Enfoque, diseño y alcance

La investigación conto con un **enfoque cuantitativo**, pues buscó con los datos recolectados contrastar la hipótesis planteada mediante la medición numérica y el análisis estadístico. Además, el **diseño** fue **No experimental** debido a que la investigación no realizó manipulación de las variables y los datos fueron recolectados en un momento único. Finalmente, el **alcance** fue **correlacional**, porque busco analizar las dos variables de estudio miedo a la muerte y depresión en las personas adultas mayores que acudieron a un club ocupacional de la ciudad de Cuenca (Hernández et al., 2014).

2.2 Participantes y contexto de la investigación

La investigación se realizó con las personas adultas mayores que pertenecen al Club Adulto Mayor de la Parroquia Victoria del Portete desde el año 2018 cuyo universo fue finito, heterogéneo, conformado por (N=150). Además, se trabajó con toda la población acorde a los criterios de inclusión y exclusión, por lo tanto, no se requirió establecer un tipo de muestreo para la investigación. Finalmente, se terminó recolectando los datos de 56 personas adultas mayores.

2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de *inclusión* fueron: A) las personas adultas mayores que acepten participar en el estudio de manera voluntaria y firmen el consentimiento informado, B) personas adultas mayores entre los 65 a 80 años y C) personas adultas mayores que hayan participado de las actividades ocupacionales del Club del Adulto Mayor del GAD Parroquial Rural Victoria del Portete por más de 3 meses. Por otro lado, los criterios de *exclusión* fueron A) personas adultas mayores que tengan una discapacidad intelectual o auditiva; además, que presenten un tipo de dificultad en la articulación del lenguaje que resulte difícil hacerse entender verbalmente, B) personas adultas mayores que se encuentren en un estado de inconciencia, C) personas adultas mayores que tengan un diagnóstico del estado de ánimo establecido como la depresión o la ansiedad y E) personas adultas mayores cuya lengua materna sea diferente al español.

2.4 Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

La investigación contó con tres instrumentos para la recolección de datos, por un lado: escala de miedo a la muerte de Collett-Lester (anexo A) con la versión adaptada al español validada en México con un índice de confiabilidad de .95 que mide el miedo a la muerte dentro de sus sub escalas. La escala cuenta con 28 ítems, cuyas opciones de respuesta son tipo Likert de nada (1) a mucho (5) que proporcionan información multidimensional, y cuenta con 4 sub escalas sobre el miedo a la muerte propia MMP (1 al 7), miedo a la muerte de los otros MMO (15 al 22), miedo al propio proceso de morir MPMP (8 a 14) y el miedo al proceso de morir de

los otros MPMO (22 a 28). Para su interpretación de cada sub escala los puntajes oscilan entre 7 a 35, y para la escala global van de 28 a 140. Lo que indicó que, a mayor puntuación, mayor miedo a la muerte o al proceso de morir (Mondragon et al., 2021).

Por otro lado, la escala de depresión geriátrica de Yesavage (anexo B) en su forma abreviada que fue creada en el año 1986, por Sheikh y Yesavage y fue validada en el Ecuador en el 2020 con una confiabilidad de .73 y lo que pretende medir es si el adulto mayor presenta o no depresión en los últimos 15 días. Esta escala consta de 15 preguntas con un tipo de respuesta dicotómica de SI O NO. Las preguntas (2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15) si responde SI se puntúa con un punto mientras que las preguntas (1, 5, 7, 11 y 13) si responde NO puntúa con un punto. Sus baremos son los siguientes la puntuación total de entre 0 a 5 da como que no presenta depresión; la puntuación total entre 6 y 9 indica una probable depresión; mientras que la puntuación de 10 o mayor presenta una depresión establecida (Erazo et al., 2020).

Además, se aplicó una ficha socio demográfica (anexo C) antes de la aplicación de las dos escalas antes mencionada, donde se recolectaron los siguientes datos: fecha de aplicación de la encuesta, sector, tiempo de asistir a club, edad, sexo, estado civil, con quien vive, escolaridad, si tiene una enfermedad, medicación, diagnóstico de depresión, situación económica, vivienda, si trabaja actualmente, salario, si se dedica a la agricultura, ganadería que hace en su tiempo libre y si ha cumplido o no sus metas o si cree en Dios; esto va a permitir conocer las características de la población.

2.5 Plan de tabulación y análisis

Luego del levantamiento de información se realizó una matriz en Excel con todos los datos OBTENIDOS. Durante EL análisis descriptivo correlacional se empleó el programa JASP versión en español para Windows, que es un software estadístico con código abierto y gratuito, con una interfaz simple y amigable, los resultados están en formato APA, y es compatible con varios formatos de datos, todo esto hace que sea fácil de utilizar frente a otros softwares estadísticos.

Se utilizó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes) para las variables de la ficha sociodemográfica. Por otra parte, para el análisis de correlación de las variables de estudio, primero se comprobó el supuesto de normalidad de los datos con la prueba de Shapiro Wilk, cuyos resultados indicaron que era conveniente la utilización de la prueba no paramétrica Rho de Spearman; además se obtuvo el Alfa de Cronbach para medir la fiabilidad interna de los instrumentos aplicados. Por último, para la presentación de datos se realizaron en base a tablas y gráficos.

2.6 Aspectos Éticos

La investigación se apegó a los principios éticos de la American Psychiatric Association (APA) como: beneficencia, responsabilidad, integridad, confidencialidad y respeto por los derechos

y dignidad de las personas teniendo las precauciones necesarias para proteger la identidad de los participantes a través del anonimato en los instrumentos, reconociendo que los alcances y límites de la investigación pueden ser regulados por la ley, reglas institucionales o profesionales/científicas (American Psychiatric Association, 2010).

Así mismo, los adultos mayores participaron de manera voluntaria previo a la autorización del GAD Parroquial Victoria del Portete. Por último, una vez autorizada la participación mediante la firma del consentimiento informado, se informó a los adultos mayores que eran libres de abandonar la aplicación de los instrumentos en el momento que lo decidieran, también que se mantendrá la confidencialidad de sus datos, y que los mismos serán utilizados únicamente para fines académicos.

Durante la aplicación de los instrumentos, el principal riesgo identificado fue que los participantes presentaron un malestar emocional momentáneo, debido a que podrían recordar alguna situación relacionada con la muerte, por lo cual se brindó la contención psicológica necesaria y se les consultó si deseaban dejar allí la toma de datos a lo que respondieron que “no” y se procedió a finalizar la aplicación sin que se vean los datos contaminados por la situación.

La autora de la presente investigación, declara no tener ningún conflicto de interés antes o durante el curso de la investigación con respecto a la institución en la que se realizará la misma, puesto que se pretende garantizar información objetiva libre de sesgos. Además, se aclaró a los adultos mayores a través del consentimiento informado que la investigación fue anónima, y aceptaron que los datos recogidos puedan ser publicados. Por otro lado, para evitar conflictos de interés una vez concluido el estudio, se ha delimitado que: no se podrá utilizar la base de datos por el tutor sin el consentimiento del autor, ni para presentación en eventos y tampoco para publicaciones, sin el debido mérito y conocimiento.

Del mismo modo, se presentó los adultos mayores a través de una socialización general en el cual fueron informados sobre el tema, los objetivos, los procedimientos, riesgos y beneficios del estudio. Con base a lo mencionado anteriormente, se garantizó la autonomía privacidad y confidencialidad de los participantes a través del consentimiento informado (Anexo D) el cual fue revisado y aprobado por parte del Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (CEISH), de la Universidad de Cuenca.

En conclusión, el consentimiento fue un documento que permitió informar las características de la investigación, además de registrar la participación voluntaria de las personas adultas mayores. Así mismo, todos firmaron los consentimientos antes de comenzar la aplicación de la ficha sociodemográfica, y estuvieron de acuerdo que los datos que se tomaron solo fueron con fines investigativos, saben que si lo requiere la institución pueden acceder a los

resultados de la investigación de manera general, y que no sabrán de quien es cada una de las encuestas pues solo tienen un código para diferenciarlas.

3. Presentación y análisis de resultados

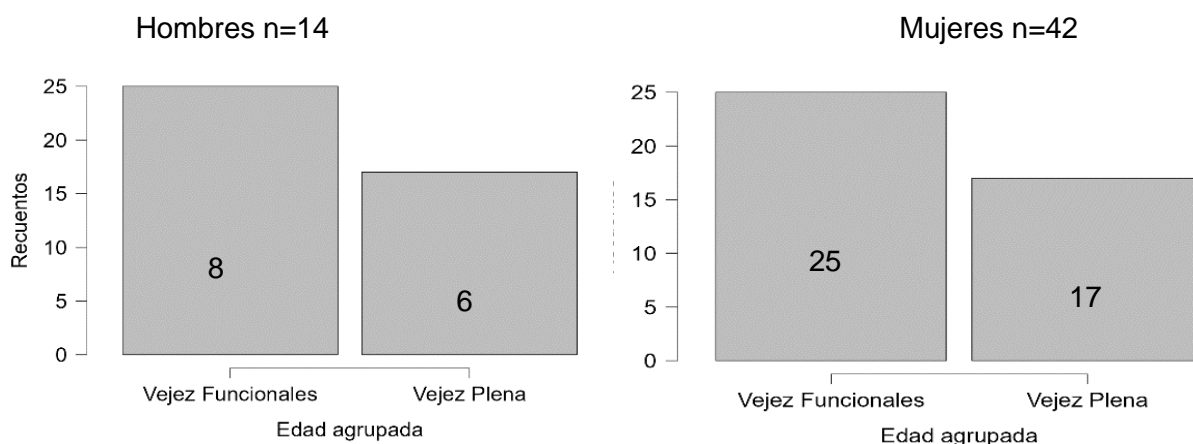
Los resultados serán expuestos en bases a los objetivos específicos para luego ser respondido el objetivo general. Sin embargo, en primera instancia se realizó una descripción de los datos obtenidos de la ficha sociodemográfica.

3.1 Caracterización de los participantes

En la investigación participaron 56 adultos mayores de un club ocupacional de la ciudad de Cuenca, de los cuales 25% (n=14) fueron de sexo masculino y 75% (n=42) de sexo femenino. La figura 1 muestra la distribución de los participantes según la etapa de vejez funcional y vejez plena.

Figura 1

Vejez funcional y vejez plena dividido entre hombre y mujeres



Por otra parte, con lo que respecta al estado civil el 48% están casados, y de hecho el 52% viven con familiares. En cambio, existe un el 51.7% quienes ha cruzado la educación básica, pero está incompleta, Por el contrario, los que padecían alguna enfermedad como la hipertensión o la diabetes fue del 46%. En comparación, con los ingresos económicos el 100% de la población no sobrepasa los doscientos dólares americanos (\$200).

Desde otra perspectiva, se describen en la tabla 1 otros datos sociodemográficos, pero en base a la vejez funcional (n=31) y vejez plena (n=25).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos en base a la vejez funcional y plena n=56

	Recibe un salario		Agricultura		Ganadería		Tiempo libre		Pasa con amigos		Tiene un Hobby		Metas Cumplidas		Cree en Dios	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Vejez Funcional	3	28	23	8	15	10	24	7	12	19	14	17	25	6	29	2
Vejez Plena	2	23	20	2	17	8	21	4	14	11	16	9	20	5	24	1

3.2 Presentación de resultados descriptivos de la escala Miedo a la Muerte de Collett-Lester

Antes de presentar los resultados de objetivo específico 1, se destaca que el instrumento empleado consiguió una $\alpha = 0.79$, sin embargo, en su versión española validada en México contó con un $\alpha = 0.95$ (Mondragon et al., 2021), aun así, significa que existe una buena consistencia interna e implica que los ítems están correlacionados entre sí y que miden de forma adecuada el constructo.

En relación al miedo a la muerte se conoció que el 50% de la población no tiene miedo a la muerte y el otro 50% si lo presenta. Sin embargo, en un estudio sobre la aceptación a la muerte y su des hospitalización en una muestra de 104 se encontró un porcentaje del 88.5% de los participantes tuvieron miedo a la muerte dolorosa (Llobet et al., 2020).

Por otra parte, los resultados de las cuatro sub escalas fueron: en primer lugar, el 30.4% (n=17) manifestaron tener miedo a la propia muerte (MPM); en segundo lugar, el 62.5% (n=35) no tienen miedo al proceso de morir propio (MPM); en tercer lugar, el 48.2% (n=27) tiene miedo de la muerte de otros (MMO), y en último lugar, es el 50% que no presenta miedo al proceso a morir de otros (MPMO).

Estos resultados son el reflejo a las opiniones de los adultos mayores mencionadas durante el levantamiento de datos, pues la mayoría comento “que no tienen miedo” lo cual refleja una aceptación hacia la muerte (Brush, 2023), pero ellos comentaban que si le causan dolor al tratarse de un ser querido. Lo que concuerda con el estudio de España donde se encontró que las personas de esta edad tenían una actitud positiva hacia su propia muerte, pero que esta actitud cambiaba cuando se trataba de la muerte de una persona cercana o querida, ya que se incrementaba la ansiedad y el miedo ante esta situación (Martínez, 2021).

3.3 Presentación de resultados descriptivos de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage

De igual forma antes de dar a conocer los resultados del objetivo específico 2 primero hay que conocer el resultado del Alfa de Cronbach dentro del estudio que fue $\alpha = 0.71$, la cual es

similar al $\alpha = 0.73$ del estudio de Erazo et al (2020) realizado dentro del país. Lo que significa que existe una buena consistencia interna, lo que implica que los ítems están correlacionados entre sí y que miden de forma adecuada el constructo que se está estudiando.

A continuación, los resultados de esta escala fueron que el 75% (n=42) de los participantes *no presentó depresión* y solo el 2% (n=1) manifestó una sintomatología de una *depresión establecida*; mientras en un estudio en Perú indicó que el 13,8% de la población presentó una *depresión establecida* (Choque, 2021).

De igual modo, el 23% (n=13) obtuvieron puntaje para una *probable depresión*, razón por la cual los convivientes de las personas mayores deben estar alertas a los síntomas como: el estado de ánimo deprimido, cansancio o dificultades para dormir o concentrarse, la irritabilidad, pérdida o aumento de peso, falta de disfrute de las actividades que solían realizar y la presencia de sentimientos de inutilidad o culpabilidad con ellos mismos (Kasa et al., 2022), puesto que, el año 2018 la prevalencia de depresión en adultos mayores fue del 30% al 50% (Calderón, 2018), además, en Perú reveló que el 65% de la muestra estudiada padecía una depresión leve (Choque, 2021). Y según, Tolentino y Schmidt (2018), señalaron que la depresión tiene una prevalencia del 10% en la población general y de un 20% en entornos clínico.

En efecto, los resultados de esta investigación son similares al estudio realizado en la ciudad de Cuenca en el año 2014 que indicó que el 12.9% de la población presentaba una prevalencia de depresión y el 2.3% presentaba una depresión establecida (Buenaño, 2019), se podría inferir que la probabilidad de sufrir depresión o tener una depresión establecida, se encuentra presente en la población cuencana, pero en porcentajes bajos con respecto a la población de otros países.

Desde otro punto, la vejez funcional cuenta con el porcentaje más alto (n=8) de una probable depresión y aquí se encuentra el 2% de una depresión establecida, estos resultados son diferentes con el estudio de Corea del Sur, debido a que allí la incidencia de depresión dentro de la vejez funcional fue del 13,9%, es decir personas de 60 a 70 años, mientras que el porcentaje alto fue del 18.4% para los adultos mayores de 80 años (Shin y Cho, 2022).

Desde otra perspectiva, los hombres que no presentan depresión fueron del 64% y probable depresión en un 36%; mientras que, las mujeres presentaron depresión establecida en un 2%, probable depresión en un 19%, y el 79% no presenta depresión; lo que indica que el sexo no es determinante para un TD, sino más bien, se debe al entorno donde viven, los factores demográficos, la situación social y la sociedad (Calderón, 2018).

3.4 Relación entre miedo a la muerte y depresión con las variables de la ficha sociodemográfica.

En primer lugar, es importante abordar la variable **miedo a la muerte** y las diferentes variables sociodemográficas. Los resultados reflejaron que las personas que no trabajan (n=53) no presentan temor a la muerte, mientras que los que se dedican a la ganadería (n=17) y a la agricultura (n=21) si lo presentan. Por otra parte, las personas casadas, que viven con su cónyuge (n=13), y las que tienen nivel de educación básica finalizada (n=13), no tienen miedo a la muerte. Estos resultados se explican porque las personas mayores que cuentan con redes de apoyo social como la familiares, amigos y vecinos cercanos que les sostiene, tienen una actitud favorable frente a la muerte (Pérez et al., 2021).

A su vez no existió una notable diferencia en las variables como la situación económica, el cumplimiento de metas o la creencia en Dios, puesto que 50% de la población expresó tener miedo a la muerte, esto se debe a que la percepción a la muerte y la forma en que se enfrentan está determinada por los intereses, emociones, valores, metas y expectativas personales (Greenberg et al., 2015 citado en Águila et al., 2020), y pese a que se ha comprobado que la religión ayuda a reducir la sintomatología de la ansiedad generada por la muerte y puede actuar como un mecanismo que rompe el ciclo de los efectos negativos (Rababa et al., 2021), no evita que las personas creyentes no presenten miedo a la muerte.

Otro aspecto relevante, las personas que pasan su tiempo solas y no con amigos (n=16) tienen miedo a la muerte, pero el pasatiempo no influye sustancialmente en esta variable, y esto responde a la individualidad y a lo que consideren como es vivir una vida placentera (Dursun et al., 2022). Es más, tener un propósito en la vida hace que se sienten vinculadas a su realidad y pueden afrontar mejor las adversidades y desafíos, y lograra prolongar su existencia (Cantisano et al., 2020).

En segundo lugar, la variable **depresión** y las variables sociodemográficas. Los resultados demostraron que las personas que se dedican a la ganadería (n=9) o a la agricultura (n=8), presentan una probable depresión, al igual que una persona que no se dedica a ninguna de estas actividades. Sin embargo, estos datos dan a entender que pese a que se mantienen realizando actividades que conserven sus vivencias anteriores (Greenblatt et al., 2021), no les excluyen de la depresión.

De igual manera, con lo que respecta al estado civil, las personas casadas (n=22) son las que menos presentan depresión, en tanto que las personas solteras (n=5) y viudas (n=3) y sin educación básica (n=6) presenta una probable depresión, pues Calvo (2018) explicaba, el origen se da por la combinación de varios factores de naturaleza biológica, psicológica y social.

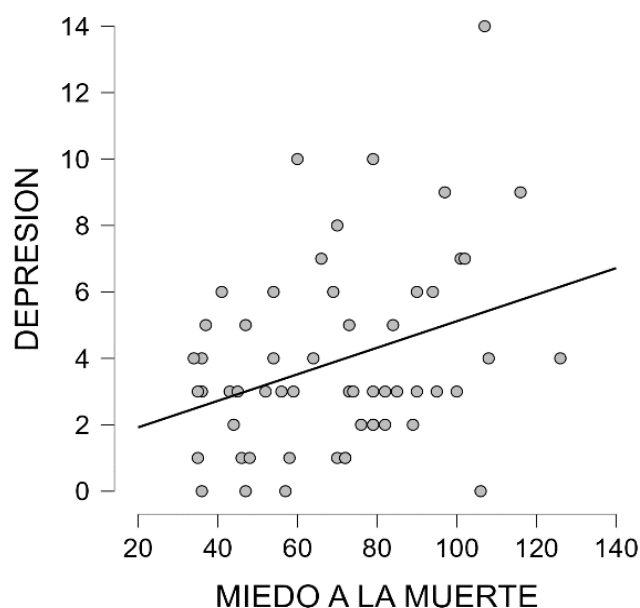
Finalmente, no se encontraron diferencias significativas según la variable cumplimiento de metas, el pasatiempo, la situación económica o la creencia religiosa, de en cada una de estas variables hay un número similar ($n=13$), que presentan una probable depresión. Sin embargo, Calderón (2018) indicó que la combinación del entorno donde viven, los factores demográficos, la situación social y la familiar hace que se desarrolle la depresión

3.5 Correlación de los resultados entre miedo a la muerte y depresión.

Para el análisis de correlación, primero se realizó la prueba de Shapiro Wilk para conocer si los datos se comportan de manera normal, su resultado fue $P= <.001$; lo que permitió elegir la prueba no paramétrica de Rho Spearman, cuyo análisis se ve en la figura 3 con un valor de $p = 0.267$ que se interpreta como una correlación positiva débil, es decir, que tienden a aumentar o disminuir juntas, pero no de forma muy consistente; además, el valor es $p = 0.046$, lo que indica que la correlación es estadísticamente significativa.

Figura 2

Gráfico de dispersión de la correlación de Miedo a la muerte y depresión $n=56$



Finalmente, se encontró una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa (no se debe al azar) entre la depresión y las sub escalas MMP ($\rho= 0.310$) y MPPM ($\rho = 0.396$), lo que indica que, a mayor miedo a la propia muerte o al proceso de morir propio, mayor riesgo de sufrir una depresión, es decir si sube una va a subir la otra. Y esto se debe a que el miedo a la muerte es mayor cuando las personas se enfrentan a una enfermedad crónica, considerando que es una situación de riesgo hacia su propia vida, y este miedo a su vez es subyacente y puede mantener las afecciones psicológicas del individuo como la depresión (Vera, 2021).

4 Conclusiones

A manera de concluir, en referencia al objetivo específico 1, las personas adultas mayores que se encuentra en la etapa de vejez plena, manifestaron menor prevalencia de miedo a la muerte, en relación a los adultos mayores que se encuentran en la etapa de vejez funcional, es decir, mientras las personas tienen mayor edad muestran mayor resignación a la muerte y se debe a que ven a la muerte como algo que puede suceder en cualquier momento y solo esperan a que Dios les lleve y pasen a descansar, llegando así a la aceptación, sin embargo, al momento del análisis se observó que el indicador sexo no refiere impacto positivo o negativo sobre el miedo a la muerte, siendo independiente más bien depende de la edad.

De igual manera, con lo que respecta al análisis de las cuatro sub escalas utilizadas en este estudio, los adultos mayores de 65 a 74 años de edad tienen mayor prevalencia a desarrollar pensamiento, emociones y conductas relacionadas al miedo a morir y/o a su proceso de muerte; mientras que, referente al miedo o proceso de morir de los demás, no se evidenciaron diferencias significativas. En contraste, al analizar cada una de las cuatro sub escalas, se obtuvieron los siguientes resultados: en la primera sub escala el 30.4% indicaron tener miedo a la propia muerte (MPM); en segundo lugar, el 37.5% refirió miedo ante el proceso de morir (MPM); en tercer lugar, el 48.2% de las personas adultas mayores expresaron tener miedo a la muerte de otro (MMO); y en la última sub escala no se estableció oposiciones en la población.

Enfatizando al objetivo específico 2 se concluye que 42 participantes no presentaron criterios diagnósticos para la depresión; 13 personas adultas mayores, presentaron indicadores de una posible depresión, de las cuales 8 se encuentran en etapa de vejez funcional y 5 en vejez plena. Finalmente, 1 adulto mayor, de sexo femenino y en etapa de vejez funcional, quien obtuvo el puntaje para determinar una depresión establecida. Estos resultados están muy ligados a frases como que la vida es maravillosa porque Dios la presto y hay que resignarse y no tienen por qué sufrir, además la población estudiada son adultos mayores que en su mayoría asisten al club del adulto mayor de la parroquial por un año o más, permaneciendo activos y sintiéndose parte importante de la comunidad, lo cual ha hecho que sentimientos de inutilidad, se vean disminuidos.

Del mismo modo las conclusiones para el objetivo específico 3, indicaron que el estado civil, en su mayoría casados; estructura familiar, por lo general convivían con su pareja e hijos; nivel educativo alcanzado, educación básica. De acuerdo con la economía, los participantes perciben un ingreso que no sobrepasa los doscientos dólares americanos (\$ 200). Por otro lado, se evidenció que las personas mayores dedican su tiempo de ocio en trabajos no remunerativos como la agricultura y ganadería, siendo un número inferior a la media, quienes se involucran en actividades recreativas y sociales con amigos o familiares. Pero se finaliza

con que no existe influencia contundente entre las variables sociodemográficas con las habilidades de afrontamiento ante la muerte o para desarrollar un trastorno depresivo; sino que, se deben a factores de percepción personal y la influencia cultural o factores psicológicos que no fueron evaluados en el presente estudio.

Adicionalmente, un 25% de los adultos mayores que se mostraba influenciado por su contexto sociodemográfico, no presentaron miedo a la muerte o depresión; esto sugiere que los adultos mayores contaban con recursos internos o externos que les permite adaptarse a su situación y mantener una actitud positiva ante la vida.

De esta manera se llega al objetivo de este estudio, que señaló una correlación positiva, pero débil entre el miedo a la muerte y la depresión, lo que significa que mientras mayor es el miedo a la muerte se encuentra la probabilidad de desarrollar depresión, en base a la prueba no paramétrica de Spearman.

Igualmente, se realizó un análisis correlativo entre las cuatro sub escalas de: miedo a la muerte (MMP, MPPM, MMO, MPMO) con la depresión; concluyendo que, la presencia de depresión presenta una correlación fuerte y estadísticamente significativa con el miedo a morir propio y al proceso de morir de sí mismos. Por el contrario, una correlación positiva pero débil resultó del miedo a morir de otros y al proceso de morir de otros como causa de un trastorno depresivo.

Para culminar, los resultados de esta investigación sugieren una relación entre el miedo a la muerte y la depresión, correlacionadas positivamente; las personas adultas mayores de 65 a 74 años (n=56) presentaron mayores indicadores de miedo a la muerte en relación con los de mayor edad; el estudio permitió conocer la sospecha patológica de depresión en 13 adultos mayores; y en último lugar, el análisis de datos reveló que las variables sociodemográficas y las variables de estudio, no son determinantes en la población investigada, ya que no influenciaron significativamente con el miedo a la muerte o la depresión.

Finalmente, es importante mencionar que la mayoría de adultos expresaron que han cumplido con sus metas propuestas a lo largo de la vida, revelando un nivel de autorrealización personal alto, de igual forma los resultados indicaron una dependencia positiva con la espiritualidad (Dios), para afrontar las circunstancias como es la muerte y la resignación a la vida.

5 Recomendaciones y limitaciones

Dentro de las *limitaciones* que se presentaron durante la realización de este estudio, resaltó el número y la representatividad de la población, es decir, no se obtuvieron datos cuantitativos del grupo de personas adultas mayores que asisten al club ocupacional de la ciudad de Cuenca, que comprenden las edades de 80 años en adelante, debido a que no cumplían los criterios de inclusión que se plantearon dentro de esta investigación.

Además, fueron recolectados datos de apenas 56 personas siendo un número bajo para realizar un estudio correlacional, de la misma forma dentro de los datos recolectados fueron en un mayor porcentaje mujeres lo que hace difícil la comparación entre la variable sexo y las variables: miedo a la muerte y la depresión.

En cuanto a la *recomendación*, serviría de gran aporte el estudio de otros factores personales como: la personalidad, prevalencia de otros trastornos psiquiátricos, apoyo social, la calidad de vida, entre otros, que tengan relación con el miedo a la muerte y la depresión.

No obstante, se requiere realizar una evaluación más exhaustiva de los casos de depresión establecida o sospecha, para establecer un modelo de acción y una intervención adecuada que fortalezca los servicios dirigidos a este grupo de atención prioritaria. A partir de estos resultados, se podría crear un programa de prevención de la depresión y de igual manera, acompañamiento ante duelos no resueltos o preparación previo al deceso.

Referencias

- Águila Ulloa, Y., Godoy Godoy, C. y González Sepúlveda, M. (2020). Caracterización de la producción científica Iberoamericana sobre la percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte. *Salud y Bienestar Colectivo*, 4(2), 66-78.
<https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/85>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastorno depresivo mayor. En *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5th ed., pp. 155-188).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. *Editorial Desclee de Brouwer*.
- Buenaño Barrionuevo, L. A. (2019). Deterioro cognitivo, depresión y estrés asociados con enfermedades crónicas en adultos mayores. Cuenca 2014. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 37(2), 13-20.
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/2458/2025>
- Busch, H. (2023). Seeing Death with More Equanimity: The Indirect Effect of Generativity on Death Acceptance Through Ego-Integrity: Ver la muerte con más ecuanimidad: el efecto indirecto de la generatividad en la aceptación de la muerte a través de la integridad del ego, *Journal of Adult Development*.
<https://doi.org/10.1007/s10804-023-09450-x>
- Calderón M, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191.
<https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Casco, K., Cervera, M. y Villarreal, A. (2018). Ansiedad ante la muerte en el adulto mayor. Las veredas del olvido Temas Selectos: Tomo III. Universidad Autónoma de Colima. <http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx/site/wp-content/uploads/2020/07/ANSIEDADANTE-EL-ENVEJECIMIENTO-FINAL-1.pdf>
- Calvo, M. (2018). Depresión en adultos mayores: diagnóstico y tratamiento. Editorial Médica Panamericana.
- Cantisano, N., Ferraud, V., Muñoz Sastre, MT et al. (2019). Lay people's conceptualizations regarding what determines fear of death: Conceptualizaciones de los laicos sobre lo que determina el miedo a la muerte. *Curr Psychol* 39, 2262–2268 (2020).
<https://doi.org/10.1007/s12144-018-9916-5>
- Coelho-Júnior, H. J., Calvani, R., Panza, F., Allegri, R. F., Picca, A., Marzetti, E., y Alves, V. P. (2022). Religiosity/Spirituality and Mental Health in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies: Religiosidad/espiritualidad y salud mental en adultos mayores: una revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales. *Frontiers in medicine*, 9, 877213.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2022.877213>
- Cruz, L. y Ledezma, J. (2019). Indicadores de Depresión en Adultos Mayores de 60 a 75 años en Ixmiquilpan Hidalgo. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(10), 976-987.
<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3056>
- Curseu, PL, Coman, AD, Panchenko, A. et al. (2023). Ansiedad ante la muerte, reflexión sobre la muerte y comunicación interpersonal como predictores de distancia social hacia personas infectadas con COVID 19. *Curr Psychol* 42, 1490–1503.
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-01171-8>

- Choque, K. (2021). La depresión del adulto mayor en el contexto COVID-19. Investigación E Innovación: *Revista Científica De Enfermería*, 1(2), 68–77.
<https://doi.org/10.33326/27905543.2021.2.1224>
- Dursun, P., Alyagut, P. y Yilmaz, I. (2022). Significado de la vida, resistencia psicológica y ansiedad ante la muerte: personas con o sin trastorno de ansiedad generalizada (TAG). *Curr Psychol* 41, 3299–3317.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-02695-3>
- Erazo, M., Fors, M., Mullo, S., González, P., y Viada, C. (2020). Internal consistency of Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS 15-Item Version) in Ecuadorian older adults: Consistencia interna de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS 15-Item Version) en adultos mayores ecuatorianos. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57.
<https://doi.org/10.1177/004695802097118>
- Fernández, E., Liébana, C., Martínez, M. y López, A. (2019). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional. *Medicina Paliativa*, 26(3), 205-210.
<https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1063/2019>
- Figueroa, M., Aguirre, D. y Hernández, R. (2021). Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. *Psicumex*, 11(2), 107-122.
<https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i2.397>
- Gagliardi, L. (2022). Miedo a la muerte y Ansiedad en el contexto de Covid-19. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7 (304).
<https://doi.org/10.32351/rca.v7.304>
- Gala León, F.J., Lupiani Jiménez, M., Calvo-Gómez, J.M., Guillén Gestoso, C., González Infante, J.M., Villaverde Gutiérrez, M.C. y Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. *Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 25-38.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000400004
- Greenblatt, L., Kestler, M., Even, A., y Lavenda, O. (2021). Death Anxiety and Loneliness among Older Adults: Role of Parental Self-Efficacy: Ansiedad ante la muerte y soledad entre adultos mayores: papel de la autoeficacia de los padres. *International journal of environmental research and public health*, 18(18), 9857.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18189857>
- Kahraman, S., Erkent, D. (2022). El papel mediador de la actitud hacia el envejecimiento y la vejez en el efecto del significado y propósito de la vida sobre la ansiedad ante la muerte. *Curr Psychol*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-022-03087-x>
- Kasa, A., Lee, S. y Chang, H. (2022). Prevalence and factors associated with depression among older adults in the case of a low-income country, Ethiopia: a systematic review and meta-analysis: Prevalencia y factores asociados con la depresión entre adultos mayores en el caso de un país de bajos ingresos, Etiopía: una revisión sistemática y un metanálisis. *BMC psychiatry*, 22(1), 675.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04282-7>
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102011000100005

- Hernández Sampieri, R., & Fernández Collado, C. (2014). Metodología de la investigación (P. Baptista Lucio, Ed.; Sexta edición). McGraw-Hill Education.
- Llobet, L., Carmona, J., Martínez, I., Martí, C., Soldado, C., y Manresa, J. (2020). Aceptación de la muerte y su deshospitalización. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46(3), 186-193.
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.10.009>
- Martínez, N. (2021). Attitude and fear regarding death in older adult people: Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 51(1), 45-62.
<https://www.redalyc.org/journal/2971/297171312003/>
- Mondragón, E., Landeros, E., Pérez, E. y Viada, C. (2020). Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en estudiantes universitarios de enfermería de México. *MedUNAB*, 23(1), 11-22.
<https://www.redalyc.org/journal/719/71965088002/html/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). Quito.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). Inicio.
<http://www.inec.gob.ec/estadisticas>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). Inicio.
<http://www.inec.gob.ec/estadisticas>
- Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores [LOPAM]. 9 de mayo de 2019 (Ecuador).
https://www.gob.ec/sites/default/files/regulations/2019-06/Documento_%20LEY%20ORGANICA%20DE%20LAS%20PERSONAS%20ADULTAS%20MAYORES.pdf
- Miranda, C., Hussein, A., Fernández, M. y García, M. (2022). Actitudes y ansiedad ante la muerte en personas mayores pertenecientes a dos culturas diferentes: España y Egipto. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 57(3), 168-173.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.02.002>
- Organización mundial de salud OMS (2016). Clasificados Internacional de Enfermedades (CIE). (10ª ed., pp. 135-214).
<https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- Parada, K., Guapizaca, J. y Bueno, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93.
<https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Pérez, G., Ramírez, D. y Estrada, S. (2021). Actitudes ante la muerte y su relación con las redes de apoyo social en adultos mayores de Campeche, México. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 409-418.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v2.2090>
- Pérez, W. (2021). Miedo a la muerte entre adultos mayores urbanos y rurales estudio con fear of death and dying scale de collet-lester, 77 (1-2), 14-18.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1398351>
- Quiroga, A., & Baker, R. D. (2018). Co-construcción de una nueva narrativa identitaria en la adultez mayor. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(3), 858-872.
<http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/67302/59103#>

- Rababa, M., Hayajneh, A. A., y Bani-Iss, W. (2021). Association of Death Anxiety with Spiritual Well-Being and Religious Coping in Older Adults During the COVID-19 Pandemic: Asociación de la ansiedad ante la muerte con el bienestar espiritual y el afrontamiento religioso en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19. *Journal of religion and health*, 60(1), 50–63.
<https://doi.org/10.1007/s10943-020-01129-x>
- Sanchís, L. (2018). Afrontamiento del miedo a la muerte. (Tesis Doctora), Universidad Complutense de Madrid, España.
<https://eprints.ucm.es/49449/1/T40309.pdf>
- Saracino, R. M., y Nelson, C. J. (2019). Identification and treatment of depressive disorders in older adults with cancer: Identificación y tratamiento de trastornos depresivos en adultos mayores con cáncer. *Journal of geriatric oncology*, 10(5), 680–684.
<https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.02.005>
- Shin, J., y Cho, E. (2022). Trajectories of depressive symptoms among community-dwelling Korean older adults: findings from the Korean longitudinal study of aging (2006-2016): Trayectorias de los síntomas depresivos entre los adultos mayores coreanos que viven en comunidades: hallazgos del estudio longitudinal coreano sobre el envejecimiento (2006-2016). *BMC psychiatry*, 22(1), 246.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03905-3>
- Tolentino, J. C., y Schmidt, S. L. (2018). DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice: Criterios del DSM-5 y gravedad de la depresión: implicaciones para la práctica clínica. *Frontiers in Psychiatry*, 9.
<https://doi:10.3389/fpsy.2018.00450>.
- Vera, C. (2021). Las relaciones dinámicas de red de la obsesishinón y la ansiedad ante la muerte por COVID-19 durante la segunda cuarentena en universitarios peruanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 160-163.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021000731?via%3Dihub>

Anexos

Anexo A

Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester						
Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento.						
N		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en?						
1	El morir solo	1	2	3	4	5
2	La vida breve	1	2	3	4	5
3	Todas las cosas que pretenderás al morir	1	2	3	4	5
4	Morir joven	1	2	3	4	5
5	Cómo será el estar muerto/a	1	2	3	4	5
6	No poder pensar y experimentar nada nunca más	1	2	3	4	5
7	La desintegración del cuerpo después de morir	1	2	3	4	5
						TOTAL
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en						
N		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
8	La delegación física que supone el proceso de morir	1	2	3	4	5
9	El dolor que puede sentir en el proceso de morir	1	2	3	4	5
10	La degeneración mental del envejecimiento	1	2	3	4	5
11	La pérdida de facultades durante el proceso de morir	1	2	3	4	5
12	La incertidumbre sobre la valentía con que afrontas el proceso de morir	1	2	3	4	5
13	Tu falta de control sobre el proceso de morir	1	2	3	4	5
14	La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	1	2	3	4	5
						TOTAL
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en						
15	La pérdida de una persona querida	1	2	3	4	5
16	Tener que ver su cadáver	1	2	3	4	5
17	No poder comunicarse nunca más con ella	1	2	3	4	5
18	Lamentar no haber llevado mejor con ella cuando aún estabas viva	1	2	3	4	5
19	Envejecer solo sin la esperanza querida	1	2	3	4	5
20	Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	1	2	3	4	5
21	Sentirse solo sin ella	1	2	3	4	5
						TOTAL
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en.....						
22	Tener que estar con alguien que está muriendo	1	2	3	4	5
23	Tener que estar con alguien hablar de la muerte contigo	1	2	3	4	5
24	Ver cómo sufre dolor	1	2	3	4	5
25	Observar la degeneración física de su cuerpo	1	2	3	4	5
26	No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida querida	1	2	3	4	5
27	Asistir al deterioro de sus facultades mentales	1	2	3	4	5
28	Ser consciente de que algún día también vivirás esa experiencia	1	2	3	4	5
						TOTAL

TOTAL

Anexo B

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁRICA DE YESAVAGE			
INSTRUCCIONES: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS			
1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO.		Total:	

NO DEPRESION (0-5)

PROBLEBLE DEPRESION (6-9)

NO DEPRESION ESTABLECIDAD (10-15)

Anexo C

Ficha sociodemográfica					
Fecha:	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Número de ENCUESTA:	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Sector:	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
Edad:	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Sexo: Hombre	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Mujer	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Tiempo que asiste al Club:		Meses:	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Años:	<input style="width: 40px;" type="text"/>
Estado civil:		Con quien vive:		#	
Soltero/a	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Solo/a	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Casado/a	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Esposo/a	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Viudo/a	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Hijos/as	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Divorcio/a	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Nietos/as	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Otro:	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Otros familiares:	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Escolaridad:		Enfermedad:			
Ninguna	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Presión Arterial	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
Sabe Leer	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Diabetes	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
Sabe Escribir	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Dx. Depresión	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
Solo firmar	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Medicación:			
Primaria	<input style="width: 40px;" type="text"/>	SI	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
Secundaria	<input style="width: 40px;" type="text"/>	NO	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
Situación económica		Vivienda			
Le solventa los gastos su familiar	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Propia	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
Recibe Pensión MMA	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Arrendada	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
Recibe la Jubilación campesina	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Prestada	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
Recibe la jubilación general	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Otra	<input style="width: 40px;" type="text"/>		
Ingresos menores a \$100	<input style="width: 40px;" type="text"/>				
Ingresos entre \$100 a \$200	<input style="width: 40px;" type="text"/>				
Ingresos entre \$200 a \$400	<input style="width: 40px;" type="text"/>				
Ingresos mayores \$400	<input style="width: 40px;" type="text"/>				
Trabaja actualmente y recibe un salario	SI	<input style="width: 40px;" type="text"/>	NO	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Se dedica a la agricultura	SI	<input style="width: 40px;" type="text"/>	NO	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Se dedica a la ganadería	SI	<input style="width: 40px;" type="text"/>	NO	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Tiempo libre	SI	<input style="width: 40px;" type="text"/>	NO	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Pasa con amigos	SI	<input style="width: 40px;" type="text"/>	NO	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Tiene un Hobby/Pasatiempo	SI	<input style="width: 40px;" type="text"/>	NO	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Ha cumplido todas sus metas en la vida	SI	<input style="width: 40px;" type="text"/>	NO	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Creer en Dios	SI	<input style="width: 40px;" type="text"/>	NO	<input style="width: 40px;" type="text"/>	

Anexo D

Consentimiento Informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Miedo a la muerte y depresión en adultos mayores de un club ocupacional de la ciudad de Cuenca, 2023

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal (IP)	Fanny Alexandra Brito Peña		Universidad de Cuenca
¿De qué se trata este documento?			
De la manera más comedida y respetuosa le invitamos a usted a participar en este estudio, que se realizará en el Club del Adulto Mayor del GAD Parroquial Victoria del Portete. En este documento llamado “consentimiento informado” se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted 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			
Las personas tienen conciencia de su mortalidad desde la infancia, pero es en la vejez cuando la muerte se vuelve una realidad más inminente y esto les provoca diversas emociones y sentimientos, entre ellos la ansiedad o el miedo a morir. Además, la depresión es una de las enfermedades que está presente en un porcentaje alto en las personas adultas mayores. En el Ecuador no existen investigaciones que analicen la relación entre el miedo a morir y la depresión en la población adulta mayor, que son dos variables que pueden afectar negativamente la calidad de vida o el bienestar psicológico de esta población. El miedo a morir puede generar otros problemas como la ansiedad, la negación y la angustia, mientras que la depresión puede provocar sentimientos de tristeza y aislamiento que impidan a los adultos mayores participar en actividades ocupacionales o sociales.			
Objetivo del estudio			
Determinar la relación entre el miedo a la muerte y la depresión en adultos mayores de un club ocupacional de la ciudad de Cuenca, 2023.			
Descripción de los procedimientos			
Esta investigación durará seis meses y tendrá tres etapas: 1) Enviar el oficio a la comisión académica y obtener las autorizaciones de la comisión de ética y la organización donde se hará la investigación. 2) Conseguir el material necesario para los test y aplicarlos según los horarios y días del club a 40 adultos mayores entre las edades comprendidas entre 65 a 74 (vejez funcional) y 74 a 80 (vejez plena). 3) Recoger los datos de forma individual con cada adulto mayor, en un espacio adecuado y con un tiempo de 10 a 20 minutos por participante.			
Riesgos y beneficios			
Algunos beneficios de participar de esta investigación son: contribuir al avance del conocimiento científico, que las autoridades la Junta Parroquia tome en cuenta los resultados de esta investigación para realizar un seguimiento en caso de ser necesario. Es posible que este estudio no traiga beneficios directos a usted. Pero al final de esta investigación, la información que genera, puede aportar beneficios a los demás. Algunos riesgos son: perder la privacidad o confidencialidad de los datos personales ya que, si se observa algún riesgo para su integridad, tocara relevar su información que proporciona, sentir incomodidad o estrés por las preguntas, y no obtener los resultados esperados o beneficiosos del estudio.			
Otras opciones si no participa en el estudio			
Recuerde usted que es libre de participar de este estudio, sin embargo, su participación valiosa ya que ayudara a conocer la perspectiva que tiene usted frente al tema que se está investigando.			
Derechos de los participantes <i>(debe leerse todos los derechos a los participantes)</i>			

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) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 11) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 12) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 13) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0995389242 que pertenece a Alexandra Brito Peña o envíe un correo electrónico a alexandra.brito@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

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 <i>(si aplica)</i>	_____ 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. Ismael Morocho Malla, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico:
ismael.morocho@ucuenca.edu.ec