



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA  
INDOAMÉRICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**TEMA:**

---

“DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA UNIDAD LUZ  
Y ESPERANZA DEL MIES-GUARANDA ”

---

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo General. Modalidad  
Proyecto de Investigación de grado.

**Autor(a)**

Andrea Jacquelin Bonilla Beltrán.

**Tutor(a)**

Dra. Marina M. Calvo Rodríguez. MSc

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,  
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DEL TRABAJO DE TÍTULACIÓN**

Yo, Andrea Jacquelin Bonilla Beltrán, declaro ser autor del Trabajo de Integración Curricular con el nombre “Depresión en los adultos mayores pertenecientes a la unidad de atención Luz y Esperanza del MIES-Guranda”, como requisito para optar al grado de Psicología General y autorizo al Sistema de Bibliotecas de la Universidad Tecnológica Indoamérica, para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los Derechos de Autor, Morales y Patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes, producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Ambato, a los 14 días del mes de julio de 2022, firmo conforme:

Autor: Andrea Jacquelin Bonilla Beltrán

Firma:



Número de Cédula: 0201689775

Dirección: Provincia Bolívar, ciudad Guaranda, Parroquia Veintimilla, Barrio El Peñón.

Correo Electrónico: abonilla2@indoamerica.edu.ec

Teléfono: 0968149742

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Integración Curricular “DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA UNIDAD LUZ Y ESPERANZA DEL MIES-GUARANDA” presentado por Andrea Jacquelin Bonilla Beltrán, para optar por el Título Psicología General

### **CERTIFICO**

Que dicho trabajo de Investigación ha sido revisado en todas sus partes y considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del Tribunal Examinador que se designe.

Ambato, 14 de julio del 2022



.....  
**DRA. MARINA M CALVO RODRIGUEZ, Msc**

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Quien suscribe, declaro que los contenidos y los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, como requerimiento previo para la obtención del Título de Psicología General, son absolutamente originales, auténticos y personales y de exclusiva responsabilidad legal y académica del autor

Ambato, 14 de julio 2022



.....  
Andrea Jacquelin Bonilla Beltrán  
020168775

## APROBACIÓN DE LECTORES

El trabajo de Titulación ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: **DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA UNIDAD LUZ Y ESPERANZA DEL MIES-GUARANDA**” previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los requisitos de fondo y forma para que el estudiante pueda presentarse a la sustentación del trabajo de titulación.

Ambato, 14 de julio de 2022



.....  
Ps. Cl. Verónica Labre  
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



.....  
Ps. Cl. Gylda Moreno  
VOCAL



.....  
Ps. Org. Paulina Guerra  
VOCAL

## **DEDICATORIA**

A mis hijas, mi motor de vida y fuente de inspiración, a mis padres y hermanos mi apoyo incondicional lo que ha contribuido a la obtención de este logro y a mi ángel en la tierra mi abuelita quién con su apoyo y paciencia suplanto mis largas horas de ausencia.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia tan maravillosa, quienes han creído en mí siempre dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio, a mis compañeros quienes llegaron a ser unos amigos inolvidables tras compartir momentos tan especiales a lo largo de la carrera, a todos quienes conforman la universidad Indoamérica, a la Dra. Marina Calvo por su confianza, ayuda e interés en la guía de este proyecto de tesis.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA .....	i
AUTORIZACIÓN PARA EL REPOSITORIO DIGITAL .....	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR .....	iii
INTRODUCCIÓN.....	11
METODOLOGÍA .....	19
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES. ....	23



**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA PSICOLOGÍA**

**TEMA:** DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES A LA UNIDAD LUZ Y ESPERANZA MIES-GUARANDA

**AUTOR(A):** ANDREA JACQUELIN BONILLA BELTRÁN

**TUTOR (A):** DRA. MARINA M CALVO RODRIGUEZ Msc

**RESUMEN EJECUTIVO**

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes a nivel internacional. La OMS (2021) señala que es el trastorno más común en personas mayores de 60 años, destacando su etiología compleja y las severas consecuencias que ocasiona en quienes la padecen. El objetivo general de la investigación fue caracterizar la depresión en adultos mayores pertenecientes a la unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda mediante un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La selección de la muestra fue no probabilística y quedó conformada por 17 adultos mayores. Se utilizó como instrumento de investigación la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage utilizándose para el análisis de los datos la estadística descriptiva (frecuencias, porcentaje y tablas cruzadas). Se utilizó como instrumento de investigación la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage utilizándose para el análisis de los datos la estadística descriptiva (frecuencias, porcentaje y tablas cruzadas). Se obtuvo como resultados que la depresión, probable y establecida, se presentó en 7 adultos mayores de los cuales 6 son mujeres. Los síntomas depresivos más frecuentemente referidos fueron la pérdida de energía, dificultad con la memoria, desesperanza y estado de ánimo deprimido. No se encontró mayor frecuencia de presentación de la depresión en relación con la edad. Se recomendó la valoración clínica de los adultos mayores que presentaron depresión.

**Palabras Clave:** *adulto mayor, depresión, envejecimiento, factores de riesgo.*

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA: PSICOLOGÍA**

**AUTORA:** ANDREA JACQUELIN BONILLA BELTRÁN

**TUTORA:** DRA. MARINA M CALVO RODRIGUEZ MSc

**ABSTRACT**

Depression is one of the most common mental disorders worldwide. The World Health Organization (2021) pointed out that it is the most common disorder in people over 60 years. This disorder has a complex etiology and causes severe consequences to people who suffer from it. This research aims to characterize depression in the elderly at "Luz y Esperanza" Geriatric Center of MIES in Guaranda. A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was carried out. The sample selection was non-probabilistic and 17 older adults were chosen for this study. The Yesavage Geriatric Depression Scale was used as a research instrument, using descriptive statistics (frequencies, percentages, and cross tables) for data analysis. The results showed that probable and proven depression was seen in 7 older adults. 6 of them were women. The most frequently reported depressive symptoms were loss of energy, difficulty with memory, hopelessness, and depressed mood. No high levels of depression were found in relation to age. In conclusion, clinical assessment of older adults with depression was recommended.

**keywords:** *older adult, depression, aging, risk factors.*

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso que se presenta en todos los seres vivos, desde el momento en que nace; de manera especial se toma en cuenta cuando el ser humano llega a su madurez. A partir de esta etapa los procesos catabólicos dominan sobre los anabólicos, lo que ocasiona un desgaste progresivo de la vida (Rivera, 2000).

La población mundial está envejeciendo rápidamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) destaca que:

Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total en este grupo etario donde aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años mayores sufren algún trastorno mental. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

A pesar de ser la depresión uno de los trastornos mentales más frecuentes en la adultez mayor, en la Atención Primaria de Salud “no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente los síntomas de este trastorno se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan a lo largo de su vida” (Zarragoitia, 2010; Taylor, 2014). También se ha destacado que, en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, los adultos mayores que presentan depresión, tienen un desempeño más deficiente, una mayor percepción de tener mala salud, un incremento del uso de los servicios médicos y un incremento en los costos de la asistencia sanitaria. (Taylor, 2014)

La depresión ha sido definida de diversas maneras. La OMS (2020) destaca que se trata de “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”, mientras que el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP, 2017, a) define la depresión como un trastorno mental que puede ser episódico y/o recurrente presentándose como un síndrome donde se agrupan síntomas predominantemente afectivos entre los que se encuentran la tristeza, apatía, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima configurando una afectación global en los ámbitos psíquico y físico.

En el año 2021, la OMS destacó que la depresión se presenta a nivel internacional, afectando aproximadamente a 280 millones de personas correspondiendo un 5,7% a los adultos de más de 60 años. Ya desde el año 2017, la OMS había señalado el incremento de la frecuencia de presentación de la depresión a nivel mundial, destacando que ya, en el 2015, la prevalencia había sido del 8,7%, y en relación con el sexo se presentó en el 5,1% de las mujeres frente al 3,6% en los hombres (OMS, 2017, a)

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2017, b), en el Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres lo que se evidencia en el registro de atenciones ambulatorias donde la atención a las mujeres triplica a los de los hombres. Los datos más recientes correspondientes al año 2015 muestran que hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo de depresión y de ellos la mayor cantidad corresponde a mujeres con 36.631 mientras que en hombres fue de 13.748, mientras que las cifras de egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2015, citado por el MSP, 2017 b) ese año existieron 3.406 hospitalizaciones relacionadas con casos de depresión.

Para comprender las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos es indispensable reconocer los síntomas y signos que conforman el episodio depresivo. Este es definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (2018) como

Un periodo de tiempo de dos semanas o más, diferente al funcionamiento previo, donde han estado presente cinco (o más) síntomas, uno de estos síntomas debe ser el estado de ánimo deprimido o una disminución importante o pérdida del interés o placer por la mayoría o todas las actividades que antes le había resultado placenteras. El resto de los síntomas del episodio depresivo corresponden a modificaciones en el apetito y el peso corporal, el sueño, actividad motora, alteraciones de la concentración y toma de decisiones, sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada, fatiga o pérdida de la energía y pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (p. 156).

Este episodio depresivo es común a varios trastornos depresivos y también se presentan en otros trastornos como el trastorno adaptativo depresivo o el trastorno bipolar.

Estas posibilidades diagnósticas quedan reflejadas en las clasificaciones del DSM-5 y de la Organización Mundial de la Salud, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, 1994), específicamente en su capítulo 5 dedicado a los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Según la CIE-10 la depresión se clasifica en la categoría Trastornos del humor o afectivos (código F30-F39), reconociéndose tanto episodios de depresión como trastornos depresivos. En la categoría F32 se clasifica el episodio depresivo y en la F33 el trastorno depresivo recurrente, a su vez, la categoría F32 se subdivide en “episodio depresivo leve, episodio depresivo moderado, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, otros episodios depresivos y el episodio depresivo, no especificado” (p. 32).

En el DSM-5 (2014) los trastornos depresivos se han agrupado en un capítulo independiente donde se incluyen:

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor); el trastorno depresivo persistente (distimia); el trastorno disfórico premenstrual; el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento; el trastorno depresivo debido a otra afección médica; otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado (p. 155).

A su vez, en este capítulo se especifica que “el rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología” (p. 155).

La etiología de la depresión es compleja y se han señalado factores biológicos y psicosociales. (Pérez-Padilla et al, 2017)

Dentro de los factores biológicos se consideran: a) las alteraciones de los neurotransmisores, siendo asociadas con mayor frecuencia las aminas biógenas serotonina y la noradrenalina. Se ha implicado también la dopamina, la acetilcolina y el ácido Gammaaminobutírico (GABA); b) alteraciones de la regulación hormonal, en particular del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, el funcionamiento tiroideo, hormona del crecimiento y prolactina; c) trastorno inmunitarios (alteración de la inmunidad celular); d) alteraciones cerebrales estructurales y funcionales: a

través de técnicas de imagen como la Tomografía Computarizada y la Resonancia Magnética se han señalado hiperintensidades anormales en las regiones subcorticales, como las regiones periventriculares, los núcleos basales y el tálamo. Con el uso de la tomografía por emisión de positrones (PET) se evidenció en el cerebro anterior una disminución metabólica generalmente más pronunciada en el lado izquierdo en comparación con el derecho y e) factores genéticos. (Silva, 2002; Montes, 2004; Sadock, Sadock y Ruiz, 2015; Botto, Acuña y Jiménez, 2014)

En relación con los factores psicosociales se han señalado a) situaciones vitales estresantes como pérdida de uno de los padres antes de los 11 años de edad o la pérdida del cónyuge. (Sadock, Sadock y Ruiz, 2015); b) experiencias traumáticas infantiles que pueden contribuir a la aparición de depresión en la adultez, especialmente en aquellos individuos más vulnerables (Botto, Acuña y Jiménez, 2014).

Considerando la personalidad se ha señalado que “no existe un rasgo de personalidad o un tipo determinado que, por sí solos, predispongan a la persona a tener depresión” (Sadock, Sadock y Ruiz, 2015, p. 779) mientras que concretamente, en relación con la depresión mayor, el neuroticismo (la afectividad negativa) se considera un factor de riesgo bien establecido para el comienzo del trastorno depresivo mayor. Las personas con niveles altos de neuroticismo son más propensos a presentar episodios depresivos en respuesta a la presencia de estresores (DSM-5, 2014, p. 166; De las Heras, 2018).

Debido a la complejidad etiológica y sintomática de la depresión su desarrollo se ha relacionado con diversos factores de riesgo. Entre estos se pueden mencionar el sexo (la prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres), las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, bajo nivel de recursos económicos, las circunstancias laborales y el estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) (Zarragoitia, 2010; Llanes, López, Vázquez y Hernández, 2015; De las Heras, 2018; Sadock, Sadock y Ruiz, 2015, p. 780)

La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los adolescentes muestran síntomas fundamental comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen mayores

síntomas somáticos. En este sentido destacan las siguientes características de la depresión en el adulto mayor:

- Episodios más largos y resistentes al tratamiento farmacológico.
- Menor verbalización de sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Alexitima (dificultad para la expresión verbal de las emociones).
- Existencia frecuente de delirios y alucinaciones en la depresión mayor.
- Síntomas negativos: apatía y aplanamiento afectivo (falta de expresividad facial, disminución de movimientos espontáneos, pobre contacto ocular y poca reactividad emocional).
- Enmascaramiento con síntomas psíquicos o corporales (como anorexia, bulimia, fobias o conductas autodestructivas).
- Mayor riesgo suicida, especialmente en varones y particularmente, cuando viven solos.
- Frecuente agitación psicomotriz, normalmente acompañada de una intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz intensa y atípica.
- Mayor irritabilidad.
- Presencia importante de trastornos del sueño, sobre todo insomnio o hipersomnias.
- Frecuentes somatizaciones ansiosas.
- Menos variaciones diurnas del humor.
- Disfunción cognitiva. (Clinic, 2021)

El incremento de la población de adultos mayores, la frecuencia de presentación de la depresión en este grupo etario, las manifestaciones clínicas particulares y sus severas consecuencias han conducido a la realización de múltiples investigaciones que abordan diversos aspectos de la depresión en el adulto mayor.

Acosta, Torres y Padilla (2021) realizaron un estudio en el cantón Latacunga en el que evaluaron a 78 adultos mayores con edades entre 65 a 92 años, de los cuales el 66,7% eran mujeres, utilizando la Escala de Depresión de Hamilton encontrando que casi la mitad de los encuestados padecían un episodio de depresión grave (47,4%), un episodio leve en el 26,9% y un episodio depresivo moderado 25,7%.

En un estudio realizado por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (citado por Carmona, 2018), un 47,6 % de adultos mayores que tienen seguro social presentan cuadros de depresión y de ellos “los casos de depresión sobresalen en las mujeres, por lo que se considera ser mujer como factor de riesgo de depresión en adultos mayores”.

En Latinoamérica, en República Dominicana, Puerto Rico y Cuba se presentan índices altos de depresión, a diferencia de los casos que se presentan en Perú, Chile y Colombia. (Merino, 2017).

En Brasil, en un estudio realizado por Torres (2018) se evidenció que la depresión contribuye a la discapacidad a largo plazo, destacando, además, que este trastorno se presenta en los adultos mayores de acuerdo con su situación de riesgo social.

En relación con las consecuencias, la depresión en el adulto mayor agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia y la discapacidad y deteriora la calidad de vida aumentando el consumo de drogas y alcohol; además, aumenta el riesgo de muerte especialmente en episodios depresivos mayores tal como lo demostraron Schoevers et al. (2009, citado en Calderón, 2018) en un seguimiento a 10 años de 3 746 adultos mayores.

Calderón (2018) señaló que en los adultos mayores deprimidos se incrementan los gastos de salud de manera significativa ya que agrava el curso de enfermedades crónicas entre las que destacan la insuficiencia cardíaca y la diabetes mellitus y provoca que estos tengan un uso más frecuente de los servicios de salud.

La depresión se puede diagnosticar de forma segura tomando en consideración los cuadros clínicos descritos en las clasificaciones CIE-10 (1994) o DSM-5 (2014).

Es necesario destacar que en el DSM-5 se señala que es un trastorno mental que sufre un gran porcentaje de la población. En este sentido, García (2011) señala que la prevalencia es del 15%, es la quinta causa de discapacidad y responsable del 4% de la carga total de enfermedades en el mundo y que los desórdenes depresivos afectan más a las mujeres que a los hombres.

El diagnóstico de depresión es "básicamente clínico" (Sánchez- González y Marín-Mora, 2015) y se realiza de acuerdo con los criterios establecidos en el DSM-5 (2014) o en la CIE-



10 (1994), donde se incluyen, además, diversos especificadores de la depresión, mientras que la OMS (2000) destaca que el diagnóstico se realiza tomando en cuenta el número, tipo e intensidad de los síntomas más la evaluación funcional.

De acuerdo con lo antes mencionado se evidencia que además de las características más comunes de la depresión hay otras más específicas que dependen de otros factores, especialmente la edad.

No se puede dejar de mencionar que a pesar de que la depresión puede afectar, y afecta, a personas de todas las edades y de todas las condiciones sociales, el riesgo de sufrir depresión se incrementa a causa de la pobreza, el desempleo, acontecimientos vitales importantes como la muerte de un ser querido o la ruptura de una relación sentimental, una afección física o problemas causados por el consumo de alcohol u otras sustancias.

Específicamente, y en relación con la edad, es necesario tener en cuenta los cambios significativos que se pueden presentar en la etapa de la adultez mayor en los ámbitos físico, psicológico y social, por ejemplo, afectaciones en el estado emocional y en la estima propia de la persona.

El trastorno depresivo se presenta con frecuencia en la población de adultos mayores en relación con diferentes factores entre los que se deben destacar el abandono, pérdidas familiares o financieras, uso de alcohol u otras drogas o efectos farmacológicos.

En Ecuador, de acuerdo con la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2009-2010) el 35,6% de los adultos mayores de 75 años tienen depresión leve o moderada y el 3 a 4 % severa. El estudio reveló que las personas tienden a deprimirse con mayor frecuencia por el abandono familiar y la falta de actividad en su espacio.

La necesidad de los estudios de depresión en el adulto mayor se relaciona con la mayor dificultad para el diagnóstico en este grupo etario, puesto que sus síntomas se enmascaran y muchos de ellos no reconocen estar deprimidos, además, varios síntomas como la disminución del apetito o las alteraciones del sueño se atribuyen al envejecimiento. "El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad" (Martínez-Hernández, 2007).

Otras consecuencias que pueden agravar la salud integral del adulto mayor, en el caso de no realizarse un diagnóstico adecuado a tiempo, es el riesgo de que el cuadro depresivo se

cronifique, enfatizando que también existen otros factores de peligro relacionados con la incapacidad secundaria no atendida u otros de índole psicosocial.

La depresión no diagnosticada puede producir efectos negativos en la calidad de vida, la autonomía y funcionalidad en el adulto mayor. Lo antes expuesto evidencia la elevada frecuencia de depresión en el adulto mayor; la dificultad en su diagnóstico, llevando a confundir los síntomas más típicos de su presentación a esta edad con características propias del envejecimiento, demorándose de este modo el acceso del adulto mayor a un tratamiento adecuado lo que incrementa las posibilidades de complicaciones, en relación con lo cual se elaboraron las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son las características de la depresión en adultos mayores pertenecientes a la unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda?; ¿Cuáles son los niveles de depresión que presentan los adultos mayores pertenecientes a la unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda?, ¿Cuál es la frecuencia de presentación de la depresión según edad y sexo de los participantes? y ¿Cuáles son los síntomas depresivos más frecuentes en los adultos mayores pertenecientes a la unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda?

Para dar respuesta a las preguntas de investigación se planteó como objetivo general Caracterizar la depresión en adultos mayores pertenecientes a la unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda y como objetivos específicos Identificar los niveles de depresión presentes en adultos mayores pertenecientes a la Unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda; Describir la frecuencia de la depresión a partir de características sociodemográficas de los adultos mayores pertenecientes a la Unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda y Describir los síntomas depresivos más frecuentes presentes en los adultos mayores pertenecientes a la Unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda.

## METODOLOGÍA

En el presente trabajo se realizó una investigación cuantitativa, de alcance descriptivo, de corte transversal. El paradigma que ha guiado el proceso investigativo es el paradigma positivista que según Ricoy (2006, citado en Ramos, 2014) “se califica de cuantitativo, empírico-analítico, racionalista, sistemático gerencial y científico tecnológico”. Por tanto, el paradigma positivista sustentará a la investigación que tenga como objetivo comprobar una hipótesis por medios estadísticos o determinar los parámetros de una determinada variable mediante la expresión numérica. (p. 14).

**Enfoque Cuantitativo:** la utilización de este enfoque cuantitativo, fundamentado en el paradigma positivista, permite la medición de variables en base a los objetivos planteados y los resultados se analizan mediante procesos estadísticos (Hernández et al, 2010).

Este método es idóneo para el trabajo investigativo planteado ya que permite caracterizar la depresión presente en adultos mayores pertenecientes a la Unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda, mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).

**Alcance de la investigación descriptivo:** los estudios descriptivos “tienen como finalidad especificar propiedades y características de conceptos, fenómenos, variables o hechos en un contexto determinado” (Hernández y Mendoza, 2018, p. 108), que corresponde con el alcance planteado en esta investigación, en relación con describir las características de la depresión en adultos mayores pertenecientes a la Unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda.

**Investigación Transversal:** según Cvetkovic, Maguiña, Alonso, Lama y Correa (2021) la investigación transversal se define como: “la evaluación en un momento específico y determinado de tiempo, en contraposición a los estudios longitudinales”, además, al no tener continuidad en el tiempo, se realiza por una sola vez a la población o a la muestra representativa y en un lugar determinado sin periodos de seguimiento (Hernández et al, 2010). En la presente investigación la evaluación de la variable de estudio se realizó en adultos mayores pertenecientes a la Unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda solo una vez en el tiempo, durante los meses de mayo y junio de 2021.

**Población y muestra:** la población estuvo conformada por 20 adultos mayores pertenecientes a la Unidad Luz y Esperanza del MIES-Guaranda.

La selección de la muestra fue no probabilística o intencional. Criterios de inclusión: adultos mayores que expresaron su consentimiento informado para participar en el estudio y como criterios de exclusión adultos mayores que no deseen participar en el estudio y adultos mayores con deterioro cognitivo o diagnóstico de demencia. La muestra quedó constituida por 17 adultos mayores que se recibieron en el MIES-Guaranda en los meses de mayo y junio del 2021.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) de Ecuador tiene como fin hacer surgir a la población de bajos recursos económicos sin que dependan tanto de un asistencialismo, paternalismo como de un clientelismo político; además, ejerce en el país la inclusión en la población más vulnerable los aspectos económicos, culturales y sociales. Es sin duda la institución que vela por mejorar la calidad de atención de los servicios para niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos mayores y personas con discapacidad, a través de servicios de atención directa, así como también de terceros mediante la firma de convenios de prestación de servicios con los Gobiernos Autónomos Descentralizados y con las organizaciones sociales que han demostrado eficiencia en la atención a estos grupos de personas vulnerables.

Como parte de la Estrategias de selección y producción de datos se utilizó como Instrumentos de investigación la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) versión abreviada de 15 ítems.

Esta escala es conocida por su sigla en inglés, GDS, y se considera un instrumento de tamizaje de depresión. Fue creado en el año 1982 por Brink y Yesavage contando en su versión original con 30 preguntas en formato dicotómico de sí y no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Esta escala ha sido traducida y validada en diferentes idiomas incluido el español. Presenta una confiabilidad (alfa de Cronbach) de entre 0.80 – 0.95. (Hoyl et al., 2000). Es utilizada en evaluaciones clínicas de adultos mayores con sospecha de trastornos depresivos en diferentes contextos.

La Escala de Depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems, conformada por preguntas en formato si-no tiene un tiempo de administración de 10-15 minutos y las normas de aplicación consisten en que el evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro que la respuesta no debe ser muy meditada, debe ser “sí” o “no” y debe

referirse a cómo se ha sentido el adulto mayor la semana anterior. La puntuación oscila entre 0 y 15 puntos situándose los puntos de corte de la siguiente manera: de 0 a 5 puntos no depresión, de 6 a 9 puntos probable depresión y de 10 a 15 puntos depresión establecida. (MIES, 2021)

Para el análisis, con la información recogida, se confecciono una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 23 y se procedió a realizar los análisis descriptivos de frecuencia y porcentaje para identificar los niveles de depresión, los síntomas depresivos más frecuentes y la edad y sexo de los participantes, así como tablas de contingencia o tablas cruzadas, para estudiar la frecuencia de presentación de la relación atendiendo a edad y sexo de los participantes.

Los resultados alcanzados se presentan en tablas.

Consideraciones éticas: previo a la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se solicitó el consentimiento informado con el objetivo de obtener la aprobación para formar parte del estudio. Se explicó que su participación es voluntaria y que en el caso de no desear continuar participando podían retirarse en cualquier momento. De igual manera se solicitó su aprobación para la publicación de los resultados del estudio garantizando la confidencialidad y su uso con fines estrictamente académicos y científicos.

## **RESULTADOS**

Se evaluó el nivel de depresión presente en los adultos mayores mediante el uso de la Escala de Depresión de Yesavage (GDS) obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 1

*Niveles de depresión según Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage*

Según se observa en la tabla, de los 17 participantes en el estudio el mayor porcentaje de adultos mayores no presenta depresión. De los 7 adultos mayores en que se presentó depresión, se evidencia una frecuencia ligeramente mayor en la depresión probable en comparación con la depresión establecida.

Para poder realizar las tablas de contingencia se obtuvieron características sociodemográficas como la edad y el sexo de los participantes en el momento de aplicar el instrumento de investigación y sus resultados se presentan a continuación.

Tabla 2

*Edad de los participantes*

La edad de los participantes se encuentra entre los 65 y 95 años de edad, con 7 adultos mayores que se encuentran en el rango de 70 a 74 años y 8 adultos mayores que sobrepasan los 75 años de edad.

Tabla 3

*Sexo de los participantes*

En cuanto al sexo la frecuencia es similar, con una diferencia de un participante más en las mujeres.

Para analizar la frecuencia de presentación de la depresión a partir de características sociodemográficas de los participantes como la edad y el sexo se utilizó dentro de la estadística descriptiva las tablas de contingencia.

Tabla 4

*Depresión y edad de los participantes.*

Los resultados no evidencian una mayor frecuencia de presentación de la depresión en relación con la edad, que puede explicarse a partir del tamaño de la muestra estudiada y a que existe un mayor porcentaje de adulto mayores que no presentan depresión.

Tabla 5

*Depresión y Sexo de los participantes*

La tabla evidencia la mayor frecuencia de depresión en las mujeres, presentándose en 6 participantes de las cuales 3 presentan depresión probable y 3 depresión establecida. En los hombres solo un participante presenta probable depresión.

En cuanto a los síntomas depresivos evaluados por los diversos ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, los que se presentan con mayor frecuencia son los siguientes:

Tabla 6

*¿Se siente lleno de energía?*

La pérdida de energía es el síntoma más frecuentemente referido, ya que también se refirió por adultos mayores que no presentan depresión seguido por la valoración de dificultades en la memoria que fue referida por los participantes con depresión probable o establecida y en 3 participantes sin depresión.

Tabla 7

*¿Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?*

Tabla 8

*¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?*

En esta tabla se observa que este síntoma se presentó, además, en un paciente que no presenta depresión del mismo modo que en los resultados presentados en la tabla 9 en relación con el estado de ánimo.

Tabla 9

*¿Está usted de buen ánimo la mayor parte del tiempo?*

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

La depresión se presentó en 7 adultos mayores (41,1 % del total de los participantes), correspondiendo la depresión probable a 4 participantes y la depresión establecida a 3 participantes. Los resultados obtenidos no evidencian una mayor frecuencia de presentación de la depresión en relación con la edad, que puede explicarse a partir del tamaño de la muestra estudiada y a que existe un mayor porcentaje de adulto mayores que no presentan depresión. En relación con el sexo se evidencia mayor frecuencia de depresión en las mujeres, presentándose en 6 participantes de las cuales 3 presentan depresión probable y 3 depresión establecida mientras que en los hombres solo un participante presenta probable depresión. Los síntomas más frecuentemente referidos fueron la pérdida de energía, problemas de memoria, desesperanza y estado de ánimo deprimido.

Sotelo, Rojas, Sánchez & Irigoyen (2012) destacan que “la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino” (p. 7), de igual manera la OMS (2017) señala que “la depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores” (p. 1).

En la investigación realizada se evidencia que predominan los adultos mayores que no presentan depresión (58.8%) a diferencia de los que presentan depresión, ya sea probable o establecida (41,1%), lo que puede explicarse desde la presencia de factores de protección como el apoyo social y económico institucional, vivir en comunidad o dentro del entorno familiar. Estos resultados coinciden con el estudio realizado en la ciudad Guayaquil por Espinoza y Vacacela en el año 2014, con una metodología similar, utilizando la Escala de depresión geriátrica de Yesavage donde participaron 90 adultos mayores con una edad promedio de 80,17 años, 82% mujeres y 18% hombres. Los resultados mostraron que en el 79% no se encontraron manifestaciones depresivas, mientras que el 21% presentaba síntomas depresivos.

Los resultados obtenidos por el Grupo de Investigación en Demencias 10/66, en población cubana, sobre una muestra de 2937 adultos mayores, siguiendo los criterios del DSM-4, encontró una prevalencia de depresión del 6.4%. (Sánchez, 2008, p. 112)

Estos resultados se diferencian de los obtenidos en instituciones de cuidado donde la depresión es más prevalente y evidente.

En un estudio realizado en la institución Corazón de María, en Quito, por Ibarra y Calderón (2019, p. 35), utilizando como instrumento de investigación la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, donde se evaluaron 40 adultos mayores, 55% hombres y 45% mujeres, el 70% del total de los adultos mayores presentó depresión. “La depresión en pacientes institucionalizados se incrementa de 12 a 30% y hasta 50% para residentes a largo plazo de las instituciones” (Ramírez, Echeverri, Correa y Villada, 2015). Otros factores a tomar en consideración están relacionados con la heterogeneidad del adulto mayor y con el hecho de que la prevalencia de depresión puede variar en dependencia de la población y el contexto donde se realice el estudio.

Es importante destacar los resultados obtenidos en la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), desarrollada en el Ecuador durante los años 2009 y 2010, al estudiar la presencia de depresión se encontró que, del total de los encuestados, en el grupo etario de 65 a 74 años la depresión Leve/ Moderada se presentó en el 41% y la Severa en el 3.8% mientras que en el grupo de 75 y más la prevalencia de depresión Leve/Moderada fue



similar (41.4%) pero se observó un incremento en el porcentaje de adultos mayores con depresión Severa alcanzando un 5.8% (Freire, 2010 p. 22)

Al comparar estos resultados con los obtenidos en el presente estudio se observó, al realizar la tabla de contingencia, que no predomina la depresión en ninguno de los rangos de edad considerados lo que puede guardar relación con el tamaño de la muestra.

Con respecto a la edad, se debe destacar que “la edad por sí misma no es un factor de riesgo para la aparición de depresión” (Sadock, Sadock y Ruiz, 2015, p. 2929), sin embargo, algunos factores más prevalentes en esta etapa de la adultez mayor se asocian con una mayor vulnerabilidad para presentar depresión tales como el aislamiento, la viudez y el incremento de enfermedades crónicas que pudiesen conducir, además, a una discapacidad y dependencia.

En el estudio realizado por Chavarría et al (2011) que incluyó participantes con edades entre 60 a 75 años, agrupados por rangos de edad, encontraron que en todos los rangos de edad se presentó depresión, en mayor porcentaje en el rango de 65 a 69 años y el menor porcentaje en el rango de 70 a 75 años.

El sexo ha sido un factor considerado en relación con la depresión en el adulto mayor y ha sido reconocido por la OMS (2020) que “la depresión afecta más a la mujer que al hombre” (p. 1) mientras que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) se destaca que “las tasas de prevalencia de los trastornos depresivos presentan diferencias claras en ambos sexos” (American Psychiatric Association, DSM-5, 2013, p. 166)

En países de Latinoamérica como Chile “la depresión tiene una prevalencia del 6.2%, siendo más común en mujeres (10.1%) que en hombres (2.1%)”, evidenciando una diferencia marcada. (Brüning y Mora, 2019, p. 1). El estudio SABE, en Ecuador, demostró que la depresión se presenta con mayor presencia en las mujeres. Por ejemplo, en el grupo de 65 a 74 años, la depresión Leve/Moderada se presentó en el 41% de las mujeres en comparación con el 28.1% de los hombres, mientras que en la depresión Severa la diferencia no fue tan marcada presentándose en un 3.8% de las mujeres y en el 1.1% de los hombres. En el grupo de 75 años y más se obtuvo un comportamiento similar en cuanto a la depresión Leve/Moderada mientras que en la depresión Severa los porcentajes son prácticamente iguales (5.8% en mujeres y 5.2% en hombres). (Freire, 2010 p. 22).

Los resultados antes expuestos coinciden con los encontrados en el presente estudio, donde de los 7 participantes con depresión, 6 son mujeres.

Diversos factores han sido considerados para explicar esta diferencia entre los que se encuentran factores endocrinos, genéticos, preexistencia de ansiedad y estilos de socialización entre otros (Gaviria, 2009, p. 318); que Zarragoitía (2013) los agrupa en hipótesis biológicas: rol que desempeñan las hormonas reproductivas; psicosociales: factores culturales y sociales que favorecen una vulnerabilidad en el desarrollo emocional, social y cognitivo de mujeres y hombres; y de factores artefactuales: se debe estar alerta con aquellos factores que puedan amplificar artificialmente las diferencias de género, aunque su poder explicativo es restringido.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes que se acompaña de importantes consecuencias funcionales para el que la padece. Es un factor que puede desencadenar en enfermedades físicas y mentales, por eso es necesario reconocer que la depresión no forma parte del proceso del envejecimiento; lo que ocurre con frecuencia es que se considere como parte del mismo, lo que dificulta, o impide un correcto diagnóstico e intervención adecuada.

En la presente investigación los síntomas más frecuentemente referidos fueron la pérdida de energía, problemas de memoria, desesperanza y estado de ánimo deprimido. La depresión en el adulto mayor presenta características particulares, predominando síntomas cognitivos y somáticos, que en muchas oportunidades son considerados expresión de otras enfermedades, desconociéndose la posibilidad de que sean expresión de una depresión, que al no ser diagnosticada y, por tanto, tratada, generará en el adulto mayor consecuencias severas en su salud y su funcionamiento. Es necesario destacar que una de las consecuencias más severas de la depresión es el suicidio, que debe ser prevenido y tratado a tiempo. Como parte del presente estudio se solicitó valoración psicológica para diagnóstico y tratamiento de los adultos mayores que presentaron depresión.

Resulta imprescindible evaluar la presencia de depresión en el adulto mayor, ya sea en instituciones públicas o privadas de forma que se complemente, desde el aporte teórico

de las investigaciones, la realización de programas de intervención para adultos mayores que presenten depresión, evitando sus consecuencias negativas y favoreciendo que lleven a una vida sana y un envejecimiento activo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DMS-5*. Arlington V.A.: American Psychiatric Published.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Mèdica de Chile*, 5-12.
- Brüning, I., & Mora, M. (12 de agosto de 2019). *Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar*. Obtenido de <http://medicina.ue.el/wp-content/uploads2019/08/Articulo-depresión-en-Am-Bruning.pdf>
- Calderón, M. (2014). Definición, Factores de riesgos y Diagnóstico. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*, 35-42.
- Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica. Revista electronica semestral*, 95-119.
- Carmona, S. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica semestral*, 95-119.
- CIE10. (1994). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. *Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE 10*, 23-204.
- Clinic, M. (27 de febrero de 2021). *MayoClinic.org*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Clínica, G. d. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión en el Adulto*. Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Conselleria de Sanidade.
- Duval, F., González, F., & Hanssen, R. (2010). Neurobiología del estrés. *Chilena de Neuropsiquiatría*, 317-318.
- Freire, W. (2010). *Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Presentación de resultados*. Quito. Obtenido de <https://www.gerontoogía.org/portal///archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
- Freire, W. (2010). *Encuestas de Bienestar, enfermedad y envejecimiento, SABE. Presentación de Resultados*. Quito: Portal archivos de gerontología.
- Freire, W. (2012). *Condiciones de Salud en los Adultos Mayores en el Ecuador* Ñ *Desafíos Presentes y Futuros*. Quito: Freire.
- García, A. (2011). *Depresión. Imprecisión diagnóstica y terapéutica*. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

- García, A. (2011). *Depresión, Imprecisión diagnóstica y terapéutica*. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
- Gaviria, S. (2009). ¿por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Colombiana de Psiquiatría*, 318.
- González-Río, M. (1997). *Metodología de la investigación social*. Madrid: Aguacilara.
- Heras, J. d. (4 de julio de 2018). Trastorno de la Personalidad. (A. d. AISS, Entrevistador)
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education.
- Hoyl, M., Trinidad, A., & Marín, L. (2000). Evaluación Preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la escala de depresión Geriátrica. *Médica de Chile*, 1199-1204.
- Jiménez-López, J., Arenas-Ozuna, J., & Angeles-Garay, U. (2014). *Síntomas de depresión, ansiedad y riesgos de suicidio*. México: Centro Médico Nacional.
- Livingstone, C. (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y de comportamiento Con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10*. Madrid: Médica Panamericana S.A.
- Martínez-Hernández, O. (2007). Depresión en el adulto mayor. *Médica Electrónica*, 11-29.
- Merino, A. (2017). *Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores*. Peru: Horizontes Medicos.
- OMS. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes - Estimaciones sanitarias mundiales. *Salud Global*, 8-16.
- OMS. (2020). La Depresión. *Temas de Salud*, 45-56.
- OMS. (3 de junio de 2020). *Trastornos mentales. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>
- OMS. (s.f.). *Organización Mundial de la s*.
- OMS. (s.f.). *Organización Mundial de la s*.
- OPS/OMS. (28 de julio de 2020). *OPS/OMS — www.paho.org*. Obtenido de [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)
- Perez-Padilla, E. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Biomédica*, 2-14.

- Ramos, C. (2015). Los paradigmas de la investigación científica. Avances en Psicología. *De la Facultad de Psicología y Humanidades. Universidad de las Américas*, 25-37.
- Rivera, J. (2000). *Geriatría conceptos y generalidades*. Madrid: Harcourt.
- Romero, L. (2021). Trastornos Depresivos. *Medicina Lliure*, 18-21.
- Ruiz, H., & Ríos, K. (2015). Factores psicosociales del cuidador asociados al maltrato. *Interdisciplinaria*, 4-17.
- Sadock, B., Sadock, J., & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del Comportamiento/Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Wolters Kluvers.
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2015). *Sinópsis de Psiquiatría. Ciencias del Comportamiento/Psiquiatría Clínica*. Barcelona: Wolters Kluvers.
- Sánchez, G. (2008). *Depresión en adultos mayores. Grupo de Investigación en 10/66 Demencias y enfermedades de Alzheimer en la población cubana*. La Habana: Científico-Técnica.
- Taylor, M. (2014). Protocolo diagnóstico de depresión en ancianos con enfermedades crónicas. *Médica Clínica Las Condes*, 166-167.
- Torres, J. (2018). *Síntomas depresivos, apoyo emocional y actividades de la vida diaria Inicio de discapacidad*. Sao Paulo: Salud Publica.
- Zavala, G.; Núñez, R. (2011). *Depresión en Adultos de 60 a 75 años*. San Lorenzo, Valle. <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2011/pdf/RFCMVol8-2-2011-3.pdf>
- Zarragoitía Alonso, I. (2010). *Depresión: generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Zarragoitía, I. (2013). *Depresión: generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.

### **Linkografía**

<https://www.salud.gob.ec/>

<https://dialnet.unirioja.es>

[https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf>