

Depresión en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

Facultad de Salud

Departamento de Psicología



Depresión en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados, Arboledas-Norte de Santander

Directora:

Mg. Betty Milena Porras Gómez

Presentado por:

Aider Yesid Carrillo Laguado

San José de Cúcuta, Colombia

2022

Tabla de Contenido

Resumen.....	6
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Descripción del problema.....	8
Planteamiento del problema.....	10
Formulación del problema.....	12
Objetivos.....	12
Objetivo general.....	12
Objetivos específicos.....	12
Justificación.....	13
Estado del arte.....	15
Contexto internacional.....	15
Contexto nacional.....	16
Contexto regional.....	18
Marco teórico.....	20
Capítulo I: Salud mental.....	20
Capítulo II: Depresión.....	22
Capítulo III: Modelo cognitivo conductual de la depresión.....	26
Capítulo IV: Ciclo vital.....	28
Capítulo V: Depresión en el adulto mayor.....	30
Marco legal.....	32
Marco contextual.....	34
Metodología.....	35
Tipo de investigación.....	35
Enfoque de investigación.....	35
Diseño de investigación.....	35
Población.....	35
Muestra.....	36
Variables e hipótesis.....	36
Procedimiento.....	36

Depresión en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado

Instrumento	37
Proyección de análisis de la investigación.....	38
Consideraciones éticas.....	38
Análisis de los resultados.....	40
Análisis estadístico descriptivo.....	40
Análisis estadístico inferencial	47
Discusión.....	53
Conclusiones.....	56
Recomendaciones	58
Referencias bibliográficas.....	59
Anexos	65

Índice de Tablas

Tabla 1. Clasificación depresión CIE-10.....	23
Tabla 2. Clasificación depresión DSM-V.....	23
Tabla 3. Clasificación ciclo vital Papalia & Martorell (2021).....	29
Tabla 4. Relación ficha sociodemográfica y prevalencia depresiva leve	46
Tabla 5. Relación ficha sociodemográfica y prevalencia depresiva moderada	46
Tabla 6. Relación ficha sociodemográfica y prevalencia depresiva grave	47
Tabla 7. Relación ficha sociodemográfica y prevalencia depresiva general	47
Tabla 8. Resultados correlaciones grupo I.....	48
Tabla 9. Resultados correlaciones grupo NI.....	49
Tabla 10. Resultados correlaciones generales	50
Tabla 11. Resultados medidas estadísticas univariantes.....	50
Tabla 12. Resultados prueba de hipótesis	52

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Estadística por promedio de edad	40
Gráfica 2. Estadística por sexo.....	41

Depresión en el adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado

Gráfica 3. Estadística por estado civil.....	42
Gráfica 4. Estadística por nivel socioeconómico.....	42
Gráfica 5. Estadística por nivel educativo	43
Gráfica 6. Estadística por cohabitación	44
Gráfica 7. Estadística por puntuación individual.....	44
Gráfica 8. Estadística por promedio de prevalencia depresiva	45
Gráfica 9. Histograma.....	51

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de depresión de Beck (1967).....	27
---	----

Lista de Anexos

Anexo (A) Escala de depresión geriátrica (GDS-15)	66
Anexo (B) Consentimiento informado adultos mayores	67
Anexo (C) Consentimiento informado representante CVNSG	69
Anexo (D) Estrategia psicoeducativa	71

Agradecimientos

En primer lugar, quiero exaltar a mi familia porque de forma incondicional he recibido su apoyo durante mi hasta ahora breve tránsito por la vida, a mis profesores fuentes de experiencia profesional y personal, los gigantes (filósofos, escritores, científicos, poetas, músicos...) de cuyos hombros me he valido para hoy celebrar la indiferencia del universo y el afecto de las personas, a mis compañeros de formación académica con quienes tuve el privilegio de compartir momentos significativos y a quienes desde ahora llamaré colegas.

¡Gracias totales!

¡I did it my way! (Frank Sinatra)

Resumen

El presente trabajo investigativo tomó como punto de partida el interés profesional por estudiar las afecciones mentales, particularmente, identificar los niveles de prevalencia depresiva de la población adulta mayor institucionalizada y no institucionalizada en el municipio de Arboledas. Así pues, se propuso abordar este fenómeno mediante un constructo metodológico comparativo de enfoque cuantitativo y un diseño no experimental de corte descriptivo-transversal, que contó con la administración de una ficha de caracterización sociodemográfica y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) a 20 adultos mayores. De este modo, se obtuvo que la población general cuenta con una prevalencia de 5% en sintomatología depresiva grave, 15% en sintomatología depresiva moderada y 25% en sintomatología depresiva leve, mientras que, el 55% restante no cuenta con sintomatología depresiva. Por último, el estudio determinó que existe una prevalencia depresiva en ambos grupos, detectando comparativamente que el grupo no institucionalizado presenta mayor sintomatología depresiva, así como los casos más severos.

Palabras clave: Depresión, prevalencia, adulto mayor, institucionalización

Abstract

The present research work took as a starting point the professional interest in studying mental disorders, particularly, to identify the levels of prevalence of depression in the institutionalized and non-institutionalized elderly population in the municipality of Arboledas. Thus, it was proposed to address this phenomenon by means of a comparative methodological construct with a quantitative approach and a descriptive-cross-sectional non-experimental design, which included the administration of a sociodemographic characterization form and the Geriatric Depression Scale (GDS-15) to 20 older adults. Thus, it was obtained that the general population has a prevalence of 5% in severe depressive symptomatology, 15% in moderate depressive symptomatology and 25% in mild depressive symptomatology, while the remaining 55% do not have depressive symptomatology. Finally, the study determined that there is a prevalence of depression in both groups, detecting comparatively that the non-institutionalized group presents greater depressive symptomatology, as well as more severe cases.

Key words: Depression, prevalence, elderly, institutionalization.

Introducción

El presente estudio tiene su origen en el interés profesional por dar respuesta desde un marco investigativo al siguiente interrogante ¿cuál es el estado de salud mental en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del municipio de Arboledas?, para esto, se desarrolló un constructo metodológico capaz de identificar la prevalencia de una variable en particular, la depresión. Durante las últimas décadas, la psicología junto con las demás disciplinas encargadas de velar por el mantenimiento de la salud en las personas ha concentrado sus esfuerzos en la esfera mental del individuo, sin embargo, esta tendencia no solo responde a las demandas realizadas por una población cada vez más informada, sino que se hace indispensable al momento de abordar fenómenos inevitables como las secuelas del envejecimiento demográfico.

En este sentido, resulta pertinente aproximarse al ciclo vital como un proceso constituido por distintas transiciones en las que el ser humano se desarrolla hasta alcanzar la vejez, existiendo una heterogeneidad determinada por las experiencias individuales y de las cuales se pueden derivan efectos en la salud mental del adulto mayor. La vejez no debe ser interpretada como una fase final de la vida donde se concentran dolencias físicas y mentales, por el contrario, esta etapa debe estar enmarcada por la satisfacción personal del adulto mayor respecto a su vida.

Actualmente, el proceso de envejecimiento poblacional ha aumentado como respuesta a una esperanza de vida más alta, este fenómeno implica un crecimiento en la proporción de personas adultas mayores, un grupo etario que según la literatura científica está más expuesto a presentar desordenes en su salud física y mental. La depresión es uno de los trastornos más comunes en el contexto geriátrico, interfiriendo el funcionamiento normal en la vida diaria de las personas y asociándose a conductas como el suicidio.

Por lo anterior, una meta implícita del presente estudio comparativo llevado a cabo con la participación de este grupo etario, consiste en favorecer la consolidación de un enfoque preventivo capaz de garantizar un proceso de envejecimiento saludable, mejorando considerablemente la calidad de vida de esta población en condición vulnerable y sensibilizando a la sociedad en general sobre la importancia de recibir acompañamiento psicoterapéutico en caso de ser requerido a lo largo del ciclo vital, particularmente, en la adultez mayor.

Descripción del Problema

La depresión es un trastorno del estado anímico presente en la población a nivel mundial, de modo que se constituye en una problemática de interés para los sistemas sanitarios locales, regionales e internacionales, al tratarse de una afección no trasmisible que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) es definida como “una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida” (p.1), llegando a deteriorar de forma significativa las distintas áreas de interacción humana a nivel transitorio o crónico.

Aunque se trate de un trastorno común en la población general y haya sido estudiado ampliamente desde Hipócrates hasta las neurociencias modernas, a menudo se presentan discrepancias entre los modelos teóricos que pretenden explicar su etiología y con ella describir de forma esquemática cuáles factores inician un estado depresivo, según Espinosa et al. (2022) “su fisiopatología sigue sin entenderse, lo que se conoce es que existe un desequilibrio de neurotransmisores monoaminérgicos (serotonina, norepinefrina, dopamina o las tres) (p.2)”, sin embargo, esta afección trasciende lo fisiológico encontrándose cuadros clínicos desencadenados por circunstancias sociales, quedando en evidencia que no existe solo una causa sino que responde a diferentes factores que con frecuencia se combinan.

Esta enfermedad es una problemática tan frecuente que, de acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) “a escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión” (p.1), entre tanto la OPS (2017, p.3) indica que 48 millones de personas padecen esta enfermedad en la región latinoamericana donde Colombia cuenta con un 4,7% de la población nacional reportando sintomatología depresiva, siendo esto consistente con los datos arrojados por la encuesta nacional sobre el estado de salud mental aplicada durante el año 2015 y otros estudios elaborados por el Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD, 2021, p.1), entidad que estimó en 5% la proporción de adultos con prevalencia en sintomatología depresiva en el país.

La depresión puede derivar en un deterioro de la vida cotidiana, convirtiéndose en fuente de sufrimiento para el paciente y su entorno, por tal razón es indispensable iniciar un tratamiento psicológico lo antes posible. En relación a la población adulta mayor, según Zenebe et al. (2021)

“es uno de los trastornos psiquiátricos geriátricos más comunes y un importante factor de riesgo de discapacidad y mortalidad en pacientes de edad avanzada (...) en la mitad de los casos no se diagnostica” (p.2). Aunado a esto, existen interpretaciones erróneas sobre la sintomatología depresiva padecida por las personas de edad avanzada, por ejemplo, creer que por cuenta del envejecimiento es natural abandonar las actividades que se realizaban con un evidente interés.

Planteamiento del Problema

La población adulta mayor es un grupo etario considerado vulnerable, motivo por el cual, es importante desarrollar estudios epidemiológicos sobre su prevalencia depresiva puesto que su inatención supone un alto costo social y de salud cuando a consecuencia de este trastorno aumenta la probabilidad de fallecimiento por suicidio o por causas asociadas al cuadro clínico, además, los costos hospitalarios también representan una carga económica que podría ser invertida en programas de atención a la salud física y mental de esta población, mejorando así sus condiciones de vida dentro y fuera de instituciones.

Lo anterior adquiere más valor cuando estudios recientes efectuados por la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2022) indican que “la población de personas mayores está aumentando tanto en número como en porcentaje total. Se prevé que la proporción de la población mundial de 65 años o más aumente del 10 % en 2022 al 16 % en 2050” (p.10). Lo que sugiere un aumento en la población adulta mayor institucionalizada y no institucionalizada a la cual se le debe garantizar su bienestar biopsicosocial mediante políticas de envejecimiento saludable que mitiguen, entre otras afecciones, el trastorno depresivo.

En este sentido, se ha podido establecer que el envejecimiento poblacional responde a variables sociodemográficas que no existían décadas atrás, permitiendo que, dadas las actuales condiciones sociales, económicas y culturales, esta población vea extendida su esperanza de vida. A nivel nacional se ha calculado que los adultos mayores representan el 13,5% de la población general (MINSALUD, 2020, p.3). Al respecto, el National Institute on Aging (NIA, 2021) advierte a los distintos organismos sanitarios prestar atención a la población adulta que está alcanzando esta etapa del ciclo vital, puesto que “sí ha experimentado depresión cuando era más joven, es más probable que tenga depresión cuando sea un adulto mayor” (p.3), por lo anterior, se hace imperativo que existan diferentes iniciativas públicas orientadas a asegurar el bienestar mental de la población adulta mayor, anticipando las problemáticas derivadas del envejecimiento poblacional y haciendo de la vejez una etapa del ciclo vital digna.

Conforme a lo mencionado, destaca que en Colombia contar con 60 años o más, es el criterio establecido para categorizar a una persona dentro de la adultez mayor. “Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades

respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones” (MINSALUD, 2021, p.1), en consecuencia, velar los derechos sanitarios de esta población vulnerable no es solo una obligación estatal, sino que demanda la participación de múltiples actores sociales.

El envejecimiento demográfico ya está desafiando el funcionamiento de los servicios sanitarios en la medida que las condiciones experimentadas por una parte de la población adulta mayor al interior de sus hogares no son dignas, presentando violencia, pobreza, malnutrición, abandono o enfermedades de base, aspectos que llevan a su institucionalización pasando a ser responsabilidad del estado, (Bohórquez, 2017) profundiza sobre esta problemática:

En Colombia solo hay 80 geriatras y apenas 30 residentes en esa especialidad para más de cinco millones de personas que tienen más de 60 años. El 41% de ellos ha presentado algún síntoma relacionado con la depresión y al año hay 400 casos de abandono por parte de sus familiares; cifras que hacen un llamado para atender a esta población del país (p.2).

Para finalizar, la cobertura sanitaria al adulto mayor que presenta deterioro físico o mental no es suficiente y por tanto se necesita de atención prioritaria desde las autoridades e instancias correspondientes, ejecutando estudios epidemiológicos con los que sea posible establecer objetivamente sus necesidades más sobresalientes e intervenirlas, especialmente, teniendo en cuenta que existen zonas del territorio nacional (municipios) donde se carece de información fidedigna, suficiente y actualizada sobre aspectos relativos a la salud mental de sus pobladores.

Formulación del Problema

¿Cuál es la prevalencia de depresión en los adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados en el municipio de Arboledas?

Objetivos

General:

Identificar la prevalencia de la depresión en la población adulta mayor institucionalizada y no institucionalizada del municipio de Arboledas mediante un estudio comparativo determinando así las estrategias psicoeducativas de intervención.

Específicos:

Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores partícipes del estudio por medio de una ficha de caracterización unipersonal.

Establecer la relación entre las variables sociodemográficas y el rango prevalente de depresión en los participantes.

Comparar el rango prevalente de depresión entre los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Diseñar estrategias psicoeducativas orientadas a prevenir e intervenir la prevalencia depresiva identificada en la población adulto mayor.

Justificación

La prevalencia depresiva en la población adulta mayor institucionalizada y no institucionalizada es una problemática actual que debe ser atendida, por lo tanto, en calidad justificativa el presente estudio se abordó desde las siguientes perspectivas; conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico, utilidad metodológica y consideraciones éticas, las cuales se exponen a continuación.

Primero, la conveniencia de este estudio residió en determinar la prevalencia depresiva en esta población, puesto que, a causa de algunas vulnerabilidades como abandono familiar, deterioro cognitivo, discapacidad y malnutrición, está más expuesta a padecerla. “La depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables” Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS, 2020, p,1). Así pues, el manejo actual de esta problemática debe cuestionar el trato que ofrecen los servicios sanitarios, los centros de acogida, las familias y una sociedad autodenominada incluyente a sus ancianos.

Segundo, la relevancia social estuvo dada por la elaboración de una estrategia psicoeducativa orientada al mejoramiento de la salud mental integral de los participantes, al tiempo que, con la información recabada sea posible implementar un enfoque preventivo en la población sana. “Las intervenciones psicológicas son eficaces en el tratamiento de los trastornos depresivos en los adultos mostrando además una mayor eficacia de este tipo de terapias psicológicas frente a las terapias basadas en el tratamiento farmacológico” (Hidalgo y Agudín, 2018, p.8). En consecuencia, recurrir al uso de métodos psicoeducativos resulta favorable para los participantes, especialmente, al tomar conciencia de su situación y actuar proactivamente siguiendo las recomendaciones entregadas.

Tercero, las implicaciones prácticas se enfocaron en visibilizar y sensibilizar sobre los pormenores de esta problemática, así como exponer cuáles factores relacionados con la depresión están presentes en la cotidianidad del adulto mayor y cuya influencia repercute en el origen, curso y remisión de dicho trastorno. Por ejemplo, “quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos) tienen más probabilidades de sufrir depresión” (OMS, 2021, p.3). De este modo, los cuidadores o en su defecto los participantes pueden identificar

cuáles factores psicosociales deben ser atendidos prioritariamente, favoreciendo el bienestar del adulto mayor.

Cuarto, como valor teórico de este estudio se utilizaron los resultados obtenidos para ampliar el conocimiento relativo a la depresión como tema de interés científico, conocimiento que era significativamente bajo para el municipio de Arboledas teniendo en cuenta que las políticas públicas han priorizado las estrategias de promoción y prevención sobre la investigación in situ aun cuando la literatura describe la depresión como una enfermedad frecuente. “Conocer más sobre la depresión y hablar sobre ella es un primer gran paso para derribar mitos y prejuicios y dar una respuesta socialmente organizada que asegure con eficiencia las necesidades de la población” (Morales Fuhrimann, 2017, p.138). Para la toma de acciones oportunas por parte de los entes sanitarios, la comunidad y los participantes, es imperativo contar con información fidedigna que permita contextualizar el fenómeno a una población específica.

Quinto, la utilidad metodológica estuvo soportada en innovar los mecanismos de investigación epidemiológica sobre la prevalencia depresiva en la población adulta mayor a nivel regional. “El método comparado permite tener presente las diferencias y similitudes en el origen y desarrollo de la unidad de análisis, en contextos distintos y/o similares” (Altamirano y Martínez, 2020, p.4). Tratándose de un estudio comparativo entre un grupo institucionalizado y otro no institucionalizado, se pueden establecer fácilmente las necesidades propias de cada grupo, las necesidades compartidas por ambos grupos y los perfiles más propensos a presentar esta afección.

Sexto, esta investigación tomó en cuenta las consideraciones éticas que implican el estudio con personas en condición de vulnerabilidad, con el fin de salvaguardar su bienestar físico y psicológico de acuerdo con las normas establecidas por las instituciones pertinentes, en consecuencia, se recurrió al principio de revisión y asesoramiento por parte de un profesional en psicología, buscando atender los aspectos éticos y dar cumplimiento a protocolos de acción previamente avalados.

Toda investigación científica debe asumir unos principios básicos que garanticen no solo que se realiza para beneficio del ser humano, sino que además no va a producir un perjuicio inaceptable para los sujetos en los que se realiza la investigación ni para la sociedad (Belmonte, 2009, P.8)

Estado del Arte

Los adultos mayores son una población descrita por la literatura científica como vulnerable, dado que estas personas requieren de acciones estratégicas para una atención integral de su salud física y mental, especialmente cuando padecen depresión. Sobre este tema de estudio, distintos autores a nivel internacional, nacional y local han proporcionado información relevante con sus investigaciones. A continuación, se presentan algunos trabajos que involucraron la participación de personas adultas mayores institucionalizadas (I) y no institucionalizadas (NI), de los cuales se robustece esta investigación.

Contexto Internacional

Abd-Allah et al. (2018) llevaron a cabo el estudio titulado *Loneliness and Depression Among Institutionalized and Non-Institutionalized Elders Comparative Study*, en las ciudades de Meet-Ghamr y Zagazig, Egipto. Con un diseño transversal comparativo se midió la soledad y la depresión entre dos grupos de ancianos siendo 60 I y 60 NI. Los resultados de los instrumentos: Entrevista Estructurada, Escala de Barthel, Mini Examen del Estado Mental (MMSE), Escala de Soledad y Escala de Depresión Geriátrica (GDS), evidenciaron que el 6,7% de los ancianos NI presentaban sentimiento de soledad elevado, frente a 1,7% de los I y que el 43,3% de los NI presentaban depresión leve, frente al 31,7% de los ancianos I. *Contribución:* En este caso, la menor presencia de depresión en el grupo I sugiere que el presente estudio debe tener en consideración los protocolos de atención especializada recibidos por los adultos mayores en la institución dado que estos mitigan considerablemente la presencia de sintomatología depresiva.

El estudio *The Frequency of Depression in Institutionalized and Homebound Older Adults and Related Factor*, elaborado por López et al. (2021) tuvo como objetivo determinar y comparar las prevalencias depresivas entre dos grupos de adultos mayores en la ciudad de Lima, Perú. Mediante un diseño descriptivo y la administración de la GDS a 250 adultos mayores 50% I y 50% NI, de este último grupo se identificó que 87 (69,6%) tenían depresión moderada y 15 (12,0%) depresión severa, mientras que, en el grupo I 45 (36,0%) tenían depresión moderada y 22 (17,6%) depresión severa. *Contribución:* Tal como en el anterior estudio, en este caso la presencia de depresión fue mayor para el grupo NI, puesto que al encontrarse en sus hogares no cuentan con el acompañamiento profesional que sí beneficia a los ancianos del grupo I.

Ferreira et al. (2021) llevaron a cabo la investigación *Depressive and prefrontal symptoms in institutionalized and non-institutionalized elderly*, bajo un diseño transversal y cuantitativo en la localidad de Joao Pessoa, ubicada en Brasil. A 206 adultos mayores, 109 NI y 97 I le fueron administrados los instrumentos: MMSE, GDS-15, Inventario de Síntomas Prefrontales (ISP-16) y un Cuestionario Sociodemográfico. De acuerdo con los resultados ningún grupo puntuó suficiente para identificar el trastorno depresivo, sin embargo, el grupo I obtuvo puntuaciones medias altas que los autores asociaron al retraimiento social, ausencia por parte de los familiares, enfermedades físicas y pérdida de funcionalidad. *Contribución:* De lo anterior se rescata para esta investigación que la presencia de vulnerabilidades puede predisponer la aparición de síntomas depresivos aun cuando se cuenta con estrategias de atención oportuna al interior de las instituciones, por lo tanto, es importante tener en cuenta la existencia de vulnerabilidades que pueden incidir en los resultados.

En Croacia, Sare et al. (2021) llevaron a cabo una investigación titulada *Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes*, para evaluar la salud mental en adultos con edades superiores a 65 años en la ciudad de Zadar. Tomando un total de 150 ancianos I y 150 NI, se aplicó el Cuestionario PQH, la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Comparando ambos grupos se concluyó que los participantes I reportaron una menor autoestima, mayor depresión y mayor ansiedad. *Contribución:* Es importante tener en cuenta para esta investigación la posible correlación entre autoestima y depresión, así como la comorbilidad entre esta última y la ansiedad, aspectos identificados por los resultados obtenidos en Croacia.

Contexto Nacional

Sarmiento y Escobar (2018) ejecutaron el estudio *Calidad de Vida en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados de la Ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana*, para el cual se elaboró un constructo metodológico de diseño no experimental, enfoque cuantitativo y capacidad descriptiva. A los participantes, 236 adultos mayores (118 I) y (118 NI), les fue aplicado el Test WHOQOL-BREF para determinar el estado de su calidad de vida, donde la comparación entre los resultados de ambos grupos respecto a la categoría “salud mental” arrojó que el grupo I experimenta más tristeza, rasgos de ansiedad, estado de ánimo deprimido, retraimiento social, entre otros síntomas. *Contribución:* Según este estudio, la

institucionalización influye negativamente en la calidad de vida reportada por los participantes, presentando mayor índice de sintomatología depresiva en una proporción de 4 a 1 frente a los ancianos que habitan en sus hogares, así pues, es conveniente para este estudio tener en cuenta la variable calidad de vida autopercebida.

Por su parte, Segura et al. (2018) desarrollaron el estudio *Depression in the elderly: A study in three cities of Colombia*, para el cual se recurrió al diseño analítico transversal y la aplicación de una encuesta sociodemográfica, la GDS, la Escala Barthel y la Escala de Lawton & Brody a 1554 adultos mayores NI en Medellín (495), Pasto (506) y Barranquilla (513). Los resultados indicaron que solo el 12,9 % (196) presentó síntomas de depresión, ubicándose principalmente en la ciudad de Pasto. *Contribución:* Aunque el porcentaje de prevalencia general pueda parecer bajo, este se concentra mayormente en una de las tres regiones estudiadas, sugiriendo que las particularidades socioculturales propias de cada región podrían influir en la prevalencia de este trastorno.

Para ese mismo año, Salamanca et al. (2019) en su estudio *Health Status of the Elderly in Life Centers*, contaron con 819 adultos mayores I de los municipios: Acacías, Villavicencio, El dorado y Guamal, Meta. Bajo una investigación descriptiva con variables cuantitativas y el uso de los instrumentos: MMSE, Actividades Básicas de la Vida Diaria (BADL), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADL), GDS, la Subescala de Tinetti, y el Índice de Comorbilidad de Charlson, se pudo establecer que un 20% de los participantes contaba con sintomatología depresiva mientras que el 5,1% presentaba una clara afección depresiva. *Contribución:* Esta investigación permitió relacionar otras variables como la presencia de afecciones mentales frecuentemente evidenciadas en adultos mayores I, concretamente la demencia senil. Por lo tanto, es importante tener en cuenta para el presente estudio las enfermedades mentales como variables predisponentes y como criterio de exclusión.

Más recientemente, Cubillos y Castañeda (2020) en su investigación que lleva por título *Estudio Comparativo del Deterioro Cognitivo y el Nivel de Depresión en Personas Mayores Institucionalizadas y no Institucionalizadas del Municipio de Fusagasugá*, correlacionaron las variables depresión y deterioro cognitivo entre adultos mayores I y NI usando el enfoque cuantitativo y un diseño no experimental. Los resultados obtenidos por la GDS y el Cuestionario

SPMSQ de Pfeiffer, evidenciaron que la mayoría de los 124 adultos mayores partícipes (50% I) y (50% NI) contaban con una prevalencia depresiva leve, no obstante, los pocos reportes de depresión y deterioro cognitivo se concentraban en el grupo I. *Contribución:* Igual que el anterior estudio, este permite considerar la presencia de otras afecciones mentales, particularmente la coexistencia de deterioro cognitivo y depresión en los adultos I ya que esta suele ser una razón para institucionalizarlos. De este modo, la presente investigación debe tener en cuenta dicho aspecto al momento de realizar o no la exclusión de potenciales partícipes.

Contexto Regional

En el contexto regional, Corredor Pico (2017) llevó a cabo la investigación *Depresión y actividades de la vida diaria de adultos mayores de la ciudad de Cúcuta*, diseñada bajo una orientación correlacional, de tipo descriptiva y transversal. Se contó con la participación de 30 adultos mayores NI en la ciudad San José de Cúcuta, a los cuales se les administró la GDS y la Escala de Lawton & Brody, obteniendo como resultado que un 40% de los adultos mayores presentaban sintomatología depresiva, además, se observó una mayor presencia de dichos síntomas cuan menor era la autonomía del participante. *Contribución:* Es destacable para el presente estudio, que existe una relación entre las actividades instrumentales y la prevalencia depresiva en los adultos mayores, puesto que la baja funcionalidad sugiere un alto nivel de dependencia, así como sentimientos de culpa o inutilidad que empeoran la depresión.

También en la capital nortesantandereana, Hernández et al. (2018) efectuaron un trabajo investigativo titulado *Bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Colombia*, allí participaron 250 adultos mayores I en 5 asilos tanto públicos como privados de la ciudad. Mediante el perfil PERMA se midieron los cinco pilares del bienestar definidos por Seligman, obteniendo un nivel medio de bienestar autoreportado y donde esta percepción disminuida del bienestar empeoraba cuan mayor era la edad del participante. *Contribución:* Siguiendo una de las investigaciones del contexto internacional, este trabajo pone en consideración la existencia de algunos factores de riesgo que son pródromos de la depresión, puntualmente, la percepción desalentadora del bienestar integral propio que repercute en el funcionamiento físico, psíquico y social.

Por otra parte, el estado de salud mental en este grupo etario fue estudiado por Becerra y Suárez (2018) mediante la investigación denominada *Calidad de vida y rendimiento cognitivo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de Cúcuta*, bajo una metodología cuantitativa, no experimental, descriptiva y transversal, se administraron los instrumentos WHOQOL-BREF y MOCA a un total de 60 adultos mayores siendo 50% I y 50% NI. Se encontró que ambos grupos presentaban un bajo rendimiento cognitivo, así como una calidad de vida moderada, sin embargo, el grupo NI contó con resultados más alentadores que su contraparte I. *Contribución:* Los resultados coinciden con lo sugerido por múltiples investigaciones en esta línea acerca de un deterioro considerablemente más alto en el estado de salud mental de la población adulta mayor I sobre la población NI, de modo que, es interesante realizar una comparación de esta hipótesis con los resultados del presente estudio.

Marco Teórico

En este apartado se profundiza la fundamentación teórica que otorga soporte al presente trabajo investigativo, por lo anterior, a través de 5 capítulos se exponen las temáticas de salud mental, depresión, modelo cognitivo conductual de la depresión, ciclo vital y depresión en el adulto mayor. Ahora bien, para este estudio es importante realizar una discusión final, entrelazando el cuerpo teórico con los resultados obtenidos sobre la prevalencia depresiva en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

Capítulo I: Salud mental

Si bien el interés por los fenómenos mentales y su relación con la salud general en las personas ha estado presente históricamente, fue posterior a la segunda guerra mundial que este concepto adquirió gran importancia en las políticas públicas. Desde el enfoque biopsicosocial adoptado por la psicología se aborda la salud mental como una cuestión esencial para el correcto desarrollo funcional de los seres humanos en todas sus áreas, motivo por el cual es imperativo potencializar los factores de protección, procurando que las personas gocen de salud mental en las diferentes etapas de su ciclo vital.

La conceptualización más extendida sobre la salud mental y cuyo alcance está en vigencia al interior de los programas de salud pública en distintos sistemas sanitarios a nivel mundial, es la planteada por la World Health Organization (WHO, 2022) quien señala lo siguiente:

Es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. (p.1)

Sin embargo, para la comunidad científica esta aproximación conceptual no es unánime, puesto que, hasta el día de hoy no ha sido posible establecer un punto fijo para diferenciar entre los procesos de salud mental y enfermedad mental, de hecho, una persona puede reportar sintomatología asociada a enfermedades mentales sin que esto suponga su existencia, por lo tanto,

no es un absolutismo que esto deba cumplirse para determinar si una persona goza o en su defecto carece de salud mental.

Lo anterior es compartido por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2021) “una persona puede tener una mala salud mental y no ser diagnosticada con una enfermedad mental. Asimismo, una persona diagnosticada con una enfermedad mental puede experimentar períodos de bienestar físico, mental y social” (p.1). Ahora bien, dejando de lado esta discusión, epidemiológicamente se ha identificado la presencia de afecciones mentales en los diferentes grupos etarios, por ejemplo, “en 2019, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental” (WHO, 2022, p.1). Ante este panorama, surge una nueva problemática enmarcada por la desatención de tan amplia variedad de desórdenes mentales, bien sea por falta de profesionales o por que las personas no acuden a los centros de atención oportunamente.

Por parte de Colombia, las estadísticas disponibles señalan que “el acceso real a los servicios de salud mental enfrenta serias dificultades económicas, geográficas y culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutive de sus necesidades” (Rojas et al., 2018, p.135), lo que se evidencia en el bajo nivel de atención que de acuerdo con Zamora et al. (2019) “el porcentaje de población que no está recibiendo atención en el sistema de salud es del 61,1%. De 1.695.726 personas con trastorno mental tan solo se atiende el 38,9%” (p.175). Además, el difícil acceso se suma al desconocimiento de las implicaciones que puede presentar una persona a causa de enfermedades mentales, por lo cual, parte de la población en general tiende a identificar como innecesario recurrir a procesos psicoterapéuticos cuando padecen afecciones de este tipo.

Las principales problemáticas en salud mental que se presentan en la actualidad, están concentradas en enfermedades con un alto nivel de prevalencia, en ese sentido según la WHO (2022) “los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos” (p.2), condiciones de salud mental que repercuten de forma severa en el bienestar de las personas llegando incluso a incapacitarlas, en especial, cuando se manifiestan de forma simultánea, lo cual es reportado con frecuencia desde la atención primaria en salud.

Capítulo II: Depresión

La depresión según el National Institutes of Health (NIH, 2021) “es una enfermedad que puede afectar a cualquiera: independientemente de su edad, raza, ingresos, cultura o educación. La investigación sugiere que los factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos influyen en la depresión” (p.1). Esta afección del estado anímico se caracteriza por manifestaciones como una baja afectividad positiva, presencia de síntomas somáticos, conductuales y cognitivos que pueden ser leves, moderados o graves, asociándose correspondientemente a un menor o mayor deterioro en las áreas de funcionamiento del paciente.

A nivel mundial, según cifras de la WHO (2022) durante el año 2019 alrededor de “280 millones de personas padecían depresión, entre ellos 23 millones de niños y adolescentes” (p.2), mientras que en Colombia los datos ofrecidos por MINSALD (2017) indican que la epidemiología nacional de esta enfermedad no trasmisible presenta una distribución acorde con los estudios internacionales “la prevalencia de depresión varía de un país a otro, dependiendo de varios factores: para el trastorno depresivo mayor se han registrado cifras que van desde 1,4% a 11,7%.3” (, p.3), sin embargo, la situación no deja de ser preocupante visto que según esta misma entidad:

Las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015. Los casos atendidos aumentaron a medida que aumentó la edad de las personas y alcanzaron su punto máximo en el rango de los 50 a 54 años de edad y luego la tendencia fue al descenso, para luego aumentar nuevamente de los 75 años en adelante. (MINSALUD, 2017, p.4)

Por lo anterior, esta enfermedad se convirtió en una prioridad para las políticas de salud pública dada su alta prevalencia y consecuencias como el acto suicida, aunque el suicidio aparece como un evento relacionado con diversas enfermedades mentales está evidenciado en la literatura científica que frente a la depresión aumenta su probabilidad de ocurrencia, según la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP, 2015) “el suicidio se relaciona con la mayoría de los trastornos mentales graves y, en el caso de la depresión, el riesgo es 21 veces superior a la población general” (p.3). Las estrategias de prevención son necesarias para mitigar esta problemática que pudiendo ser crónica expone aún más el paciente al riesgo suicida.

El estudio de la relación entre el suicidio y el adulto mayor depresivo ha sido concluyente al referir que “el 60 a 90% de los pacientes mayores de 75 años que se suicidan sufren de depresión diagnosticada clínicamente” (Corea Del Cid, 2021, p.48). Las cifras señalan que este grupo etario comparado con otros es una población altamente vulnerable, presentando un alto riesgo de pensamientos suicidas, así como conductas con directa intencionalidad suicida.

Tabla 1.

Clasificación depresión CIE-10.

CIE-10	TIPO
Episodio Depresivo (F32).	Leve (F 32.0), moderado (F32.1), grave sin síntomas psicóticos (F32.2), grave con síntomas psicóticos (F32.3), otros episodios depresivos (F32.8), episodio depresivo sin especificación (32.9).
Trastornos depresivos recurrentes (F33).	Episodio actual leve (F33.0), moderado (F33.1), grave sin síntomas psicóticos (F33.2), grave con síntomas psicóticos (F33.3), actualmente en remisión (F33.4), otros trastornos depresivos recurrentes (F33.8), trastornos depresivos recurrentes sin especificación (F33.9).

Nota: esta tabla expone como la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) categoriza los trastornos depresivos.

Tabla 2.

Clasificación depresión DSM-V.

DSM-V	TIPO
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (296.99).	
Trastorno de depresión mayor con episodio único.	Leve (296.21) moderado (296.22) grave (296.23) con características psicóticas (296.24) en remisión parcial (296.25) en remisión total (296.26) no especificado (296.20).

Trastorno de depresión mayor con episodio recurrente.	Leve (296.31) moderado (296.32) grave (296.33) con características psicóticas (296.34) en remisión parcial (296.35) en remisión total (296.36) no especificado (296.30).
Trastorno depresivo persistente/distimia (300.4).	
Trastorno disfórico premenstrual (625.4).	
Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento.	
Trastorno depresivo debido a otra afección médica (296.83).	
Otro trastorno depresivo especificado (311).	
Otro trastorno depresivo no especificado (311).	

Nota: esta tabla expone como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) elaborado por la American Psychiatric Association (APA) categoriza los trastornos depresivos.

En cuanto a los tratamientos empleados para intervenir la depresión, estos deben ser ajustados a la severidad del trastorno, los factores de mantenimiento identificados, los factores de protección disponibles y seleccionando adecuadamente entre una intervención psicoterapéutica, farmacológica o mixta. “En los adultos mayores, los cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva” Ministerio de Salud de Chile (MINSAL, 2013, p.25), en consecuencia, se hace imperativo no solo iniciar procesos de intervención en el adulto mayor depresivo, sino que se requiere desarrollar estrategias favorables para la adherencia al tratamiento.

Por último, es importante tener en cuenta algunos conceptos asociados a la sintomatología típica de este fenómeno cuando se presenta en la población adulta mayor:

Abandono: ausencia sustancial por parte de un padre o cuidador principal de su custodia y otras responsabilidades con un dependiente. Los dependientes suelen ser niños, pero también pueden ser personas adultas enfermas. (APA, 2022)

Abulia: pérdida extrema de iniciativa y fuerza de voluntad, lo que resulta en una incapacidad para tomar decisiones o iniciar acciones voluntarias. (APA, 2022)

Aburrimiento: un estado de cansancio o aburrimiento resultante de la falta de compromiso con los estímulos del entorno. En general, se considera que es una de las condiciones menos deseables de la vida diaria y, a menudo, las personas la identifican como una causa de sentirse deprimido. Puede verse como lo contrario de interés y sorpresa. (APA, 2022)

Anhedonia: la incapacidad de disfrutar experiencias o actividades que normalmente serían placenteras. Es uno de los dos síntomas definitorios de un episodio depresivo mayor (el otro es un estado de ánimo depresivo persistente), pero también se observa en otros trastornos, incluida la esquizofrenia. (APA, 2022)

Ansiedad: anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. (APA, 2015)

Autoestima: refleja la autoimagen física de una persona, la visión de sus logros y capacidades, y los valores y el éxito percibido al estar a la altura de ellos, así como las formas en que los demás ven y responden a esa persona (..) un grado razonablemente alto de autoestima se considera un ingrediente importante de la salud mental, mientras que la baja autoestima y los sentimientos de inutilidad son síntomas depresivos comunes. (APA, 2022)

Desesperanza: el sentimiento de que uno no experimentará emociones positivas o una mejora en su condición. La desesperanza es común en los episodios depresivos mayores severos y otros trastornos depresivos y, a menudo, está implicada en los suicidios y los intentos de suicidio. (APA, 2022)

Deterioro cognitivo: se han descrito tres subtipos de disfuncionalidad cognitiva, asociadas con depresión, en adultos mayores. El primer subtipo se caracteriza por presentar únicamente complicaciones en la memoria. Los otros dos presentan combinaciones de dificultades de memoria y funciones ejecutivas o de memoria y atención. (López & Granados, 2021)

Estado de ánimo: una disposición a responder emocionalmente de una manera particular que puede durar horas, días o incluso semanas, quizás en un nivel bajo y sin que la persona sepa qué provocó el estado (...) Las alteraciones del estado de ánimo son características de los trastornos del estado de ánimo. (APA, 2022)

Pérdida de la autonomía: es una situación heterogénea que no se limita a la demencia ni al hecho de estar postrado en una cama. La persona no autónoma no es un enfermo que pueda curarse, ni un accidentado que haya que rehabilitar, ni un moribundo al que se desea consolar y acompañar. (Kagan, 2005)

Retraimiento social: preferencia por estar solo a estar con los demás; reticencia a las situaciones sociales, evitación de los contactos y actividades sociales, falta de apertura durante los contactos sociales. (APA, 2015)

Vacío existencial: la incapacidad de encontrar o crear significado en la vida, lo que lleva a sentimientos de vacío, alienación, futilidad y falta de objetivos. La mayoría de los existencialistas han considerado la falta de sentido como el síntoma o dolencia por excelencia de la era moderna. (APA, 2022)

Capítulo III: Modelo cognitivo conductual de la depresión

Dentro de los sistemas teóricos que investigan la depresión el más extendido y que se ha ido redefiniendo a través del tiempo es el propuesto por Aaron Beck (1967) gracias a su enfoque de tipo clínico, según este modelo existen tres conceptos con los cuales es posible explicar el fenómeno depresivo en un paciente: los esquemas cognitivos, los sesgos cognitivos y la tríada cognitiva (figura 1).

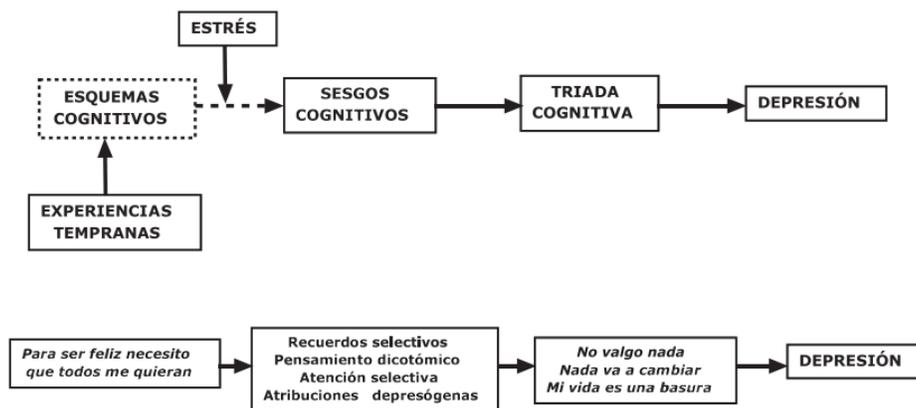
De acuerdo con Beck et al. (1979) “ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables” (p.21). Es decir, dichos esquemas se convierten en dispositivos cognitivos consistentes en el tiempo que siendo determinados por las experiencias previas definen los patrones de afrontamiento en el paciente depresivo, lo que según Beck explicaría, por ejemplo, por qué la actitud del paciente se mantiene aun cuando no existe un estímulo.

Entre tanto, Beck et al. (1979) señalan sobre los sesgos cognitivos “los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria” (p.22), de modo que los sesgos cognitivos representan un factor determinante en el trastorno depresivo al favorecer su mantenimiento.

Por último, la tríada cognitiva “consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático” (Beck et al., 1979, p.19). El primer patrón es la visión negativa del paciente sobre él mismo realizando una atribución causal de sus malas experiencias a un déficit propio, el segundo patrón es la clara tendencia del paciente a interpretar negativamente sus experiencias cayendo así en una predisposición absolutista de fracaso ante toda vivencia y el tercer patrón sugiere que el paciente presenta una visión negativa sobre lo que depara su futuro consolidando la sintomatología depresiva con el paso del tiempo.

Figura 1.

Modelo de depresión de Beck (1967).



Nota: esta figura muestra la relación entre los esquemas cognitivos, los sesgos cognitivos y la tríada cognitiva en el modelo de depresión propuesto por Beck

Queda expreso en la figura 1, que el paciente depresivo a menudo cuenta con esquemas cognitivos rígidos que no dan lugar a valoraciones flexibles de su realidad y cuyo origen se puede encontrar en las experiencias tempranas de su vida, es decir, los esquemas cognitivos son

adquiridos, además de esto, el paciente presenta sesgos cognitivos que distorsionan el procesamiento de la información llevándolo a interpretaciones encasilladas solo en una pequeña parte del evento y prescindiendo de posibles respuestas más próximas a la realidad del mismo, aunado a todo lo anterior, el paciente pasa por un estado de indefensión en el que se percibe a sí mismo y su futuro negativamente, primando la infravaloración de sus propias capacidades.

Capítulo IV: Ciclo vital

Entender los mecanismos que determinan el desarrollo de la vida humana ha sido desde antaño un tema de gran interés científico donde convergen diversas disciplinas con fin de estudiar las características que evolutivamente han tenido lugar en lo que hoy se conoce como el ciclo vital humano. Según Pavard & Coste (2020) desde una perspectiva netamente biológica:

Los humanos somos mamífero (...) somos una especie iteroparosa y senescente, con crecimiento y sexo cromosómico determinado (XX/XY), donde se requiere atención posnatal para que la descendencia sobreviva. En otras palabras, crecemos hasta que en algún momento alcanzamos la madurez sexual, entonces dejamos de crecer y, si tenemos la suerte de sobrevivir, podemos reproducirnos más de una vez, tener descendencia, entonces envejecer y morir. (p.46)

Por su parte, desde la psicología se entiende que entre los fenómenos concepción/muerte existen numerosas etapas por las que atraviesa el ser humano, es decir, hay un desarrollo psicológico particular para cada persona, desarrollo que está condicionado por mecanismos biológicos invariables y el contexto sociohistórico en el que este se desenvuelve, así pues, Delgado Losada (2015) menciona “la psicología del desarrollo es el área de la psicología que estudia los procesos de cambio y continuidad que tienen lugar en la conducta y las habilidades psicológicas durante el transcurso de la vida” (p.268). Ahora bien, entendiendo que existe un desarrollo psicológico dependiente del desarrollo físico, es natural afirmar que con la llegada de la vejez empieza un periodo de deterioro en las capacidades físicas y mentales.

En relación a esto, la comunidad científica ha formulado múltiples modelos para explicar las etapas del ciclo vital, sin embargo, queda claro que se trata de una división arbitraria generada por un consenso entre autores expertos en la materia, es decir, el ciclo vital se constituye en una

construcción social ya que como bien indican Papalia y Martorell (2021) “no hay un momento objetivo definitivo en que un niño se haga adulto ni en que un joven se convierta en viejo” (p.5). Al margen de esta discusión, es un hecho que el transcurrir de la vida posibilita la adquisición de habilidades personales y sociales ligadas al desarrollo biopsicosocial, a continuación, se expone una de las principales clasificaciones del ciclo vital.

Tabla 3.

Clasificación ciclo vital Papalia & Martorell (2021).

8 ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO	
Prenatal	Concepción al nacimiento
Infancia	Nacimiento - 3 años
Niñez	Niñez temprana 3-6 años Niñez media 6-11 años
Adolescencia	11-20 años
Adultez	Adultez temprana 20-40 años Adultez media 40-65 años Adultez tardía 65 en adelante

Nota: Esta tabla expone como las autoras Papalia & Martorell categorizan las fases del ciclo vital en su obra “Desarrollo Humano” publicada en el año 2021.

Profundizando en la adultez mayor, resulta evidente que esta etapa del ciclo vital llega como producto del proceso de envejecimiento, de modo que en la actualidad este fenómeno cobra importancia al tener en cuenta el crecimiento acelerado de este grupo etario. De acuerdo con Martínez et al. (2018) “la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países” (p.60), por tanto, se estima que este grupo etario mantenga su densidad demográfica conforme sigan existiendo las condiciones necesarias para gozar de una alta esperanza de vida.

En términos estadísticos, las cifras sobre la composición de los grupos etarios estiman que las “personas de 60 años o más supera al de niños menores de cinco años. En 2050, el número de personas de 60 años o más será superior al de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad” (OMS, 2021, p.1) mientras tanto a nivel nacional “la población mayor a 59 años pasó de 2.142.219 en el año 1985, a 5.970.956 en el año 2018, con un crecimiento anual del 3.5%, superior al 1,7%

de la población total y un índice de envejecimiento departamental del 33,8%” (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2019, p.3). Todo un reto para capacidad de respuesta en salud pública puesto que desde el estado se debe proteger la salud física, psicológica y social como derecho del adulto mayor, pero también es un reto cultural porque exige eliminar los estereotipos sociales en relación al envejecimiento y la vejez.

Si bien las condiciones de vida impactan en la autopercepción del bienestar personal, haciendo de este una cuestión subjetiva, es indiscutible que en esta etapa de la vida el proceso de envejecimiento naturalmente habrá generado cierto grado de deterioro físico y psicológico, al respecto, Fajardo et al. (2016) refieren que “hablar de supervivencia y aumento en la expectativa de vida no es suficiente, por eso, es indispensable valorar la calidad con que se vivirán esos años” (p.34). Una percepción intrínseca desfavorable está asociada con soledad, tristeza, desmotivación, apatía, angustia, entre otros síntomas, que terminan afectando el funcionamiento del individuo a nivel psicológico, fisiológico y social.

En este sentido, si se tiene en cuenta la insatisfacción personal como un factor de riesgo para diversos cuadros clínicos como la depresión, entonces es importante promover factores protectores que favorezcan el bienestar multidimensional en la vida de los adultos mayores de 60 años, Valencia Cipagauta (2019) afirma “redes de apoyo, salud o funcionalidad, características sociodemográficas y percepción de calidad de vida son factores fundamentales asociados a la calidad de vida de un adulto mayor colombiano” (p.44), por tanto, tener las necesidades básicas satisfechas, contar con espacios de esparcimiento, participar activamente en la toma de decisiones, gozar del respeto por parte de otros actores sociales, entre otras medidas, aseguran el bienestar de los adultos mayores.

Capítulo V: Depresión en el Adulto Mayor

La depresión se manifiesta de distintas formas en los grupos etarios, haciendo difícil su reconocimiento en los adultos mayores porque algunos de sus síntomas pasan desapercibidos al ser considerados como típicos de otras condiciones asociadas esta población, por ejemplo, según el NIA (2021) “para algunos adultos mayores con depresión, la tristeza no es su síntoma principal. En cambio, podrían sentirse más como un entumecimiento o una falta de interés en las actividades. Es posible que no estén tan dispuestos a hablar sobre sus sentimientos” (p.3), la no

detención de la enfermedad impide el inicio temprano del tratamiento, lo que frecuentemente lleva a solicitar asistencia profesional solo cuando la sintomatología es grave y ha provocado un gran deterioro en la funcionalidad del adulto mayor.

Sobre lo anterior González et al. (2018) señalan “dada la pluripatología de estos pacientes, la depresión coexiste con otras enfermedades físicas. La principal causa de pérdida de peso en el anciano es la depresión” (p.7), en consecuencia, es posible que algunos ancianos con sintomatología depresiva no cuenten con un diagnóstico a tiempo, puesto que erróneamente se entiende como una parte inevitable en el proceso de envejecimiento o como consecuencia de otra enfermedad, viendo así truncada la posibilidad de vivir digna y saludablemente sus años dorados.

Parfraseando a González et al. (2018, p.7) un adecuado diagnóstico de síntomas depresivos en la población adulta mayor debe partir de una amplia historia clínica, donde se consignent los síntomas, antecedentes personales y familiares, consumo de sustancias/medicamentos, exploración física, exploración psicopatológica, exploración cognoscitiva y pruebas complementarias: analíticas y psicométricas. Comprender la etiología de esta enfermedad es primordial para la selección del tratamiento teniendo en cuenta que puede ser multicausal, donde factores como abandono o duelo pueden precipitar su manifestación.

Por su parte, las autoras Hidalgo y Agudín (2018) mencionan que “en el tratamiento de la depresión en el anciano intervienen las terapias biológicas, fundamentalmente los antidepresivos (terapia farmacológica), las terapias físicas, como la terapia electroconvulsiva (TEC) y las diversas formas de psicoterapia (terapias no farmacológicas)” (p.3). La literatura científica atribuye grandes resultados cuando la depresión se trata oportunamente con estas estrategias, mejorando significativamente la calidad de vida del adulto mayor, rehabilitando su funcionalidad y reduciendo parcial o totalmente la sintomatología.

La psicoterapia más extendida para intervenir la depresión es la terapia cognitiva de Aaron Beck cuyo objetivo es “lograr que el paciente sea capaz de identificar los pensamientos que le causan problemas, así como ver otros puntos de vista alternativos de una situación que no ha considerado antes y modificar posibles errores cognitivos” (Navarro Muñoz, 2018, p77). Desde este modelo se aborda la depresión priorizando el papel de las cogniciones del paciente en lugar de considerarla como producto de acontecimientos ambientales que puedan afectar la salud mental.

Marco legal

Las disposiciones legales vigentes sobre la atención en salud mental en Colombia tienen como propósito garantizar los derechos de los ciudadanos, así pues, los adultos mayores gozan de esta protección. Entre los constructos legales que dan cumplimiento a lo anterior se encuentran: la Constitución Política de 1991, la Ley 1251 de 2008, la Ley 1850 de 2017, la Directiva 002 de 2020 Procuraduría General de la Nación, el Decreto 163 de 2021, entre otros.

En primer lugar, el artículo 46 de la Constitución Política de Colombia de 1991 indica que “el estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria.” (p.8). En consecuencia, es responsabilidad de todos los actores sociales trabajar de forma conjunta para la protección de los adultos mayores como sujetos de derecho.

La Ley 1251 de 2008 define los centros de atención como “instituciones públicas, privadas o mixtas (...) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y, en general, las dedicadas a la prestación de servicios de toda índole que beneficien al adulto mayor” (p.2), dicha atención debe cumplir con los estándares establecidos por MINSALUD, propiciando las condiciones necesarias para la prevención y atención de las enfermedades que puedan padecer los adultos mayores, incluidos los que no se encuentran institucionalizados y para los cuales aplica la atención domiciliaria.

La Ley 1850 de 2017 penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono, situación frecuente en la población adulta mayor, para ello creó el artículo 17A en la Ley 1315 de 2009 que menciona “los centros de protección social y de día, así como las instituciones de atención deberán acoger a los adultos mayores afectados por casos de violencia intrafamiliar como medida de protección y prevención”. (p.1). Esta directriz demanda la atención institucional de los adultos mayores cuando se vean afectados por el trato violento o negligente de sus cuidadores, al mismo tiempo, sanciona el incumplimiento de las responsabilidades asumidas por las instituciones con sus respectivos beneficiarios.

La Directiva 002 de 2020 promulgada por la Procuraduría General de la Nación, dispone medidas sobre la inclusión del proceso de envejecimiento humano y la vejez en el plan nacional

de desarrollo, indicando que se deben “invertir los recursos del recaudo de la estampilla para el bienestar del adulto mayor (...) en la construcción, instalación y funcionamiento de los centros de bienestar, centros de protección social, centros vida y otras modalidades de atención” (p.15), no obstante, además de gestionar los recursos financieros es obligación del plan nacional de desarrollo la implementación de acciones efectivas para velar por los derechos de esta población vulnerable.

El Decreto 163 de 2021 en su artículo 1 crea el “Consejo Nacional de Personas Mayores - CNPM, como órgano consultivo de carácter permanente del Ministerio de Salud y Protección Social, en su labor de coordinación del desarrollo y ejecución de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez” (p.2). Esta iniciativa promueve la coordinación estratégica intersectorial para la planificación y cumplimiento de programadas de cuidado al adulto mayor, la aplicabilidad de las políticas públicas en relación al envejecimiento y formulación de directrices legales sancionatorias sobre las actuaciones que atenten contra este grupo etario desde cualquier índole.

Marco contextual

Según las proyecciones poblacionales realizadas por el DANE (2018, p.4), Norte de Santander cuenta con una población de 1.620.318 habitantes, de los cuales 192.999 son personas mayores de 60 años, equivalente al 11,91% del total poblacional. Por su parte, el municipio de Arboledas cuenta con 10.056 pobladores, donde 1.478 son personas categorizadas como adultos mayores que equivalen al 14,69% de la población total arboledana.

En este sentido, la tasa de adultos mayores en el municipio de Arboledas es superior a la media departamental, por tal motivo, las acciones a favor del bienestar mental de este grupo etario deben ser un tema de relevancia para las autoridades tanto municipales como departamentales, sin olvidar que un 76,77% de la población total arboledana se sitúa en la zona rural dispersa, empeorando su acceso a programas de prevención y atención a nivel de salud mental.

Siguiendo lo anterior, a nivel local existen variables como la pobreza de origen que impactan de forma negativa la población adulta mayor, generando un incremento en el riesgo de padecer depresión. Sin embargo, cabe resaltar que esta pobreza trasciende lo monetario constituyéndose en una pobreza multidimensional, es decir, los adultos mayores se ven afectados por distintas privaciones que truncan su deseo de envejecer dignamente.

El censo realizado por el DANE (2018) encontró que para el municipio de Arboledas la medida de pobreza multidimensional es superior al 50%, lo cual se corresponde con el nivel de incidencia de pobreza multidimensional del departamento Norte de Santander que además se ubica sobre la media nacional. Los resultados que se exponen en relación a esta y otras variables pueden proporcionar información que permita una mejor asistencia del gasto público en acceso a servicios básicos como sanidad para la población adulta mayor del municipio.

También, a nivel departamental se cuenta con un 29% de la población adulta mayor reportando dificultades en el funcionamiento humano, ubicando el departamento nuevamente sobre la media nacional en este indicador tan relevante, puesto que, la dependencia repercute en el bienestar del adulto mayor, desde la psicología se puede abordar este tema de estudio proporcionando estrategias que mejoren el funcionamiento de la población institucionalizada y no institucionalizada, en especial, desde la promoción y prevención.

Metodología

Tipo de Investigación

El presente estudio se desarrolló mediante un tipo de investigación comparativa, caracterizado por la “comparación sistemática de objetos de estudio que, por lo general, es aplicado para llegar a generalizaciones empíricas y a la comprobación de hipótesis” (Nohlen, 2013, p.41), con el objetivo de estudiar la depresión en la población adulta mayor tanto no institucionalizada como institucionalizada.

Enfoque de Investigación

El estudio fue dirigido con un enfoque cuantitativo que “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (Hernández et al., 2014, p.4), lo anterior, a razón de medir objetivamente la prevalencia depresiva en la población participante.

Diseño de Investigación

Mediante un diseño no experimental, en el cual “no hay variación intencional de alguna variable para medir su efecto sobre otra, sino que se observan los fenómenos tal como se presentan en su contexto natural” (Mousalli Kayat, 2015, p.30), se identificó el nivel de prevalencia depresiva existente en los participantes, pero sin alterar las propiedades de dicha variable. Además, este diseño es de corte descriptivo transversal puesto que el fenómeno fue abordado en un periodo de tiempo, población y contexto previamente definidos.

Población

La población objeto de esta investigación fueron los adultos mayores que se encuentran bajo institucionalización en el Centro Vida Nuestra Señora de Guadalupe y los adultos mayores que habitan en el área urbana del municipio de Arboledas ubicado en el departamento Norte de Santander. El Centro Vida Nuestra Señora de Guadalupe cuenta con 19 adultos mayores institucionalizados, de los cuales 14 son de sexo masculino y 5 son de sexo femenino, por otra parte, el DANE (2018) estima que un total de 1.478 adultos mayores habitan en el municipio, siendo 868 hombres y 610 mujeres.

Muestra

Mediante la técnica de muestreo por conveniencia que según los autores Otzen y Manterola (2017) “permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (p.230), se determinó realizar el estudio con 10 adultos mayores institucionalizados y 10 adultos mayores no institucionalizados, teniendo como criterios de exclusión la baja funcionalidad cognitiva, la edad inferior a 60 años, la no residencia en el casco urbano y la negativa manifiesta por el adulto a formar parte de la investigación.

Variables e Hipótesis

Este trabajo investigativo tiene como variable la depresión en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, en tal sentido, se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis de Investigación: Existe una diferencia significativa entre la prevalencia depresiva del grupo conformado por adultos mayores no institucionalizados (NI) y el grupo conformado por adultos mayores institucionalizados (I), es decir, el comparativo de la prueba de hipótesis (t) demuestra la discrepancia entre los resultados de ambos grupos.

Hipótesis Nula: No existe una diferencia significativa entre la prevalencia depresiva del grupo conformado por adultos mayores no institucionalizados (NI) y el grupo conformado por adultos mayores institucionalizados (I), es decir, el comparativo de la prueba de hipótesis (t) no demuestra la discrepancia entre los resultados de ambos grupos.

Procedimiento

Procurando un adecuado desarrollo de la investigación, se realizó la estructuración del proceso disponiendo de 4 fases, las cuales se exponen a continuación:

Fase previa: Durante el último trimestre del año 2021 se inició el acercamiento con las directivas del Centro Vida Nuestra Señora de Guadalupe, presentando una solicitud formal para tener acceso a la institución e invitar a los adultos mayores a formar parte del estudio. Por otra parte, se contactó tentativamente a 7 adultos mayores que residen en sus viviendas dentro del casco

urbano. Con esta aproximación se dieron a conocer los objetivos del estudio, los beneficios potenciales y se llevó a cabo una revisión documental.

Fase de Recolección: La administración del instrumento (escala de depresión geriátrica Yesavage GDS-15) se realizó el mes de octubre del año 2022 teniendo en cuenta la disponibilidad de los participantes. Por otra parte, salvaguardando la privacidad de los adultos mayores se asignó un código a cada uno de ellos con el cual fueron identificados durante las demás fases de la investigación. Con la información recabada se elaboró una base de datos que posteriormente facilitó el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los resultados.

Fase de Análisis: Recurriendo al paquete estadístico para las ciencias sociales o SPSS por sus siglas en inglés, se realizó el análisis estadístico inferencial de los resultados determinando la correlación de Pearson y significancia bilateral entre los ítems de la escala GDS-15, las medidas estadísticas univariantes, el histograma y la prueba de hipótesis *t*. Del mismo modo, el análisis estadístico descriptivo determinó las características sociodemográficas, las puntuaciones obtenidas en la escala, la interpretación de las puntuaciones en relación al nivel de prevalencia y la relación entre las características sociodemográficas con el nivel de prevalencia depresiva.

Fase de Resultados: Por último, los resultados obtenidos en el estudio fueron interpretados y discutidos en conformidad con los objetivos de investigación previamente definidos. Además, se realizó una socialización y divulgación con el fin de sentar un precedente que permita el diseño y ejecución de otras instigaciones en este campo. Así como la construcción de una estrategia psicoeducativa.

Instrumento

Una vez revisada la literatura científica sobre esta temática, se decidió emplear la escala de depresión geriátrica en su versión abreviada (Anexo A) puesto que ha sido validada en Colombia “con una estructura bifactorial e índices de consistencia interna superiores a 0,7 (...) cuenta con una confiabilidad mayor y dos factores que confirman su validez de constructo” (Arias et al., 2019, p.12), además, es de amplio uso en estudios regionales, nacionales e internacionales.

Diseñada por Terence Brink y Jerome Yesavage a inicios de la década de los 80's, la componen 30 preguntas dicotómicas, no obstante, esta escala ha sido abreviada en varias

oportunidades sin afectar su efectividad y mejorando su aplicación. A nivel calificativo se debe otorgar un punto por cada respuesta que coincida con los criterios (Sí/No) ubicados en las casillas correspondientes, por lo tanto, la calificación máxima solo puede ser de 30 (escala original), 15 (escala abreviada) o 5 (versión 5 ítems). Para finalizar, la interpretación de los resultados indica que: 0-4 sin síntomas depresivos, 5-8 síntomas depresivos leves, 9-11 síntomas depresivos moderados y 12-15 síntomas depresivos graves.

Proyección de Análisis de la Información

A continuación, se exponen los mecanismos utilizados en este trabajo investigativo para la sistematización de los resultados, recurriendo al procesamiento de la información por el SPSS en 3 dimensiones: 1) análisis de la depresión en el adulto mayor no institucionalizado 2) análisis de la depresión en adulto mayor institucionalizado y 3) análisis comparativo de la depresión en los adultos mayores institucionalizados/no institucionalizados.

Por otro lado, también se recurrió al análisis estadístico descriptivo convencional cuya funcionalidad se centra en ordenar, resumir y analizar los resultados de la ficha de caracterización unipersonal y la escala GDS-15, por medio de estrategias que explican el fenómeno superficialmente, es decir, sin escalar más allá de la síntesis que puede presentar el propio conjunto de datos.

Consideraciones Éticas

Acogiendo las disposiciones legales contenidas en la Resolución Número 8430 de 1993 y el Código Deontológico Colombiano, se toman las acciones recomendadas por la Ley 1090 de 2006 para el correcto ejercicio investigativo desde la psicología, estableciendo que:

1) Fueron utilizados dos consentimientos informados, diseñando un consentimiento de aplicación para los adultos mayores tanto institucionalizados como no institucionalizados (Anexo B) y un consentimiento de aplicación para el representante legal del Centro Vida Nuestra Señora de Guadalupe donde se encuentran los adultos mayores institucionalizados (Anexo C).

2) La información personal de los partícipes del estudio fue manejada bajo estricta confidencialidad salvaguardando su integridad y dignidad, recurriendo al anonimato por medio de códigos de identificación.

3) Se tuvo en consideración el riesgo psicosocial que de acuerdo con Estrada (2017, p.96-98) abarca “la revelación de actitudes personales o grupales que pueden conducir a estigmatización, discriminación o prejuicio; la invasión a la privacidad; los potenciales daños del ámbito emocional; la depresión y la pérdida de confianza; así como el estrés y el aburrimiento”, lo anterior, con el fin de minimizar la probabilidad de ocurrencia.

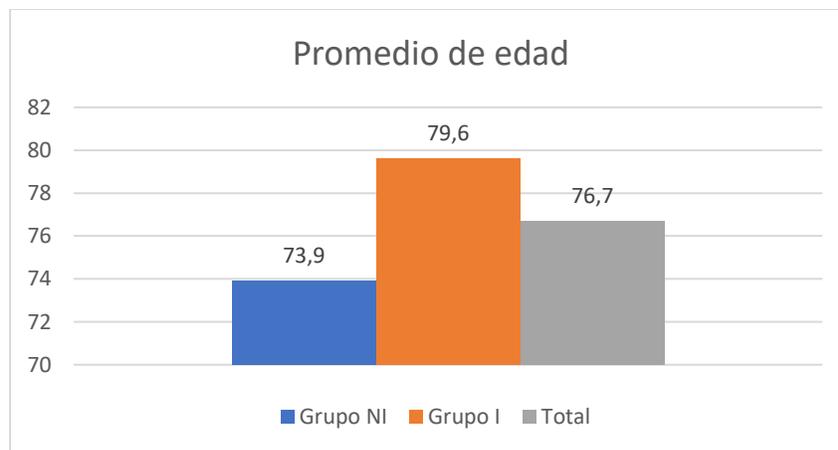
Análisis de Resultados

A continuación, se exponen los resultados de la investigación a nivel descriptivo e inferencial teniendo en cuenta la administración de la ficha de caracterización sociodemográfica y la escalada de depresión geriátrica Yesavage sobre la población objeto de estudio. Para lo anterior, se exponen las características sociodemográficas, la prevalencia depresiva en cada grupo, la correlación entre dicha prevalencia, así como la relación entre el perfil sociodemográfico y el nivel de prevalencia depresiva.

Análisis estadístico descriptivo

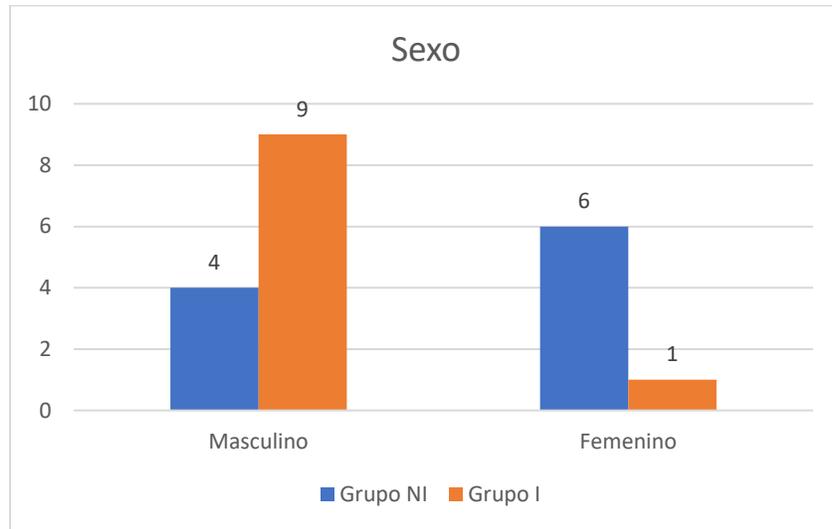
Gráfica 1.

Estadística por promedio de edad.



Nota: esta gráfica muestra los promedios de edad para el grupo I, el grupo NI y el total de participantes.

Se evidencia que los participantes del grupo NI cuentan con una edad media de 73,9 años mientras que los participantes del grupo I cuentan con 79,6 años como media, esto supone una diferencia promedio de 5,7 años entre ambos grupos. Además, revisando el promedio total de edad (76,7 años), se establece que existe una diferencia de 16,7 años respecto a la edad de 60 años que actualmente funge como criterio para determinar si una persona es “adulto mayor”.

Gráfica 2.*Estadística por sexo*

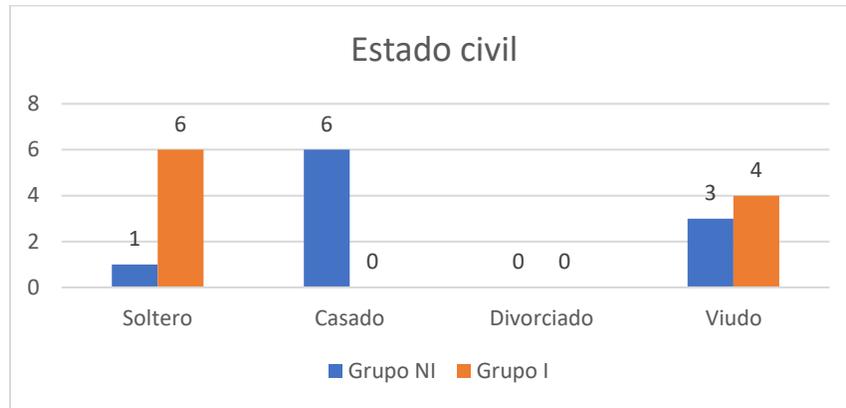
Nota: esta gráfica muestra el número de participantes de sexo masculino y femenino por cada grupo.

Es posible apreciar que mientras el grupo NI cuenta con 4 personas de sexo masculino (40%) y 6 de sexo femenino (60%), el grupo I cuenta con 9 personas de sexo masculino (90%) y tan solo 1 persona de sexo femenino (10%). Esto significa que un 65% de los participantes es de sexo masculino mientras que el 35% es de sexo femenino, además, representa una relación de 2,25 a 1 para el sexo masculino y una relación de 6 a 1 para el sexo femenino, es decir, por cada participante masculino perteneciente al grupo NI el grupo I contó con 2,25 participantes, así mismo, por la única participante femenina del grupo I el grupo NI contó con 6 participantes.

A nivel interno, el grupo NI mantuvo una mayor paridad con una relación 1,5 a 1 entre personas de sexo femenino y masculino respectivamente, contrario a esto, el grupo I mantuvo una relación desproporcionada de 9 a 1 para el sexo masculino y femenino respectivamente. Sobre lo último, es importante tener en cuenta que las políticas de institucionalización del Centro Vida Nuestra Señora de Guadalupe limitan a 5 los cupos para las mujeres a diferencia de los cupos asignados a los hombres, además, 4 de las 5 mujeres institucionalizadas no cumplieron los criterios de inclusión al estudio.

Gráfica 3.

Estadística por estado civil.

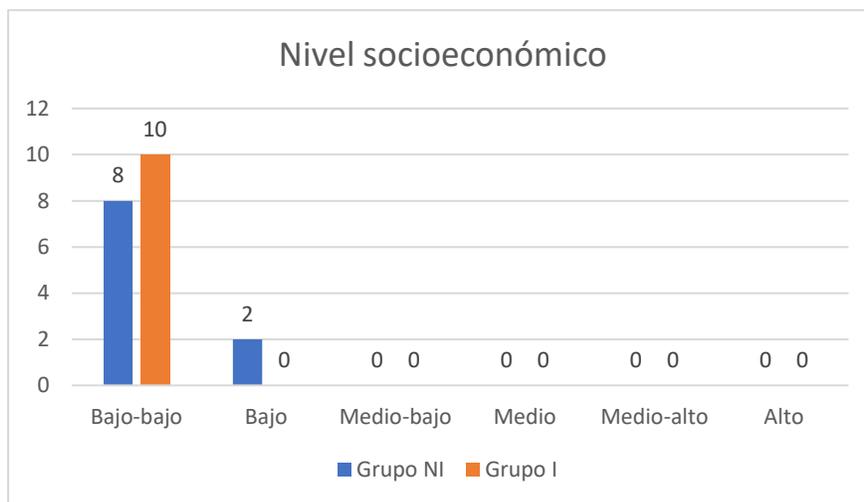


Nota: esta gráfica muestra el número de participantes por estado civil en cada grupo.

Se observa que, el grupo NI estuvo conformado por 1 participante soltero (10%), 6 participantes casados (60%) y 3 participantes viudos (30%), por su parte, el grupo I fue conformado por 6 participantes solteros (60%) y 4 participantes viudos (40%). En este apartado destacan las categorías “soltero” y “casado” puesto que en la primera existe una relación de 6 a 1 con superioridad para el grupo I, contrario a lo identificado en la segunda categoría donde existe una relación de 6 a 0 siendo esta mayoría del grupo NI.

Gráfica 4.

Estadística por nivel socioeconómico.

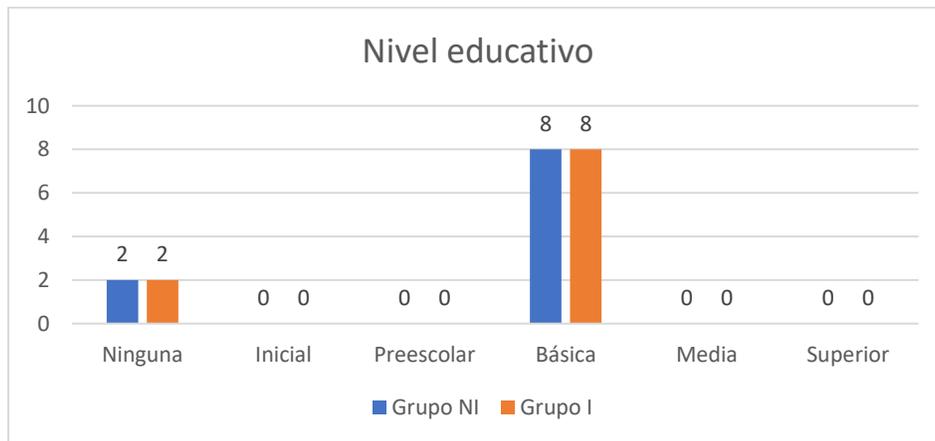


Nota: esta gráfica muestra el número de participantes por nivel socioeconómico en cada grupo.

Tal como se aprecia, el grupo I estuvo conformado en su totalidad (100%) por participantes con nivel socioeconómico bajo-bajo mientras que el grupo NI estuvo conformado por 8 participantes con nivel socioeconómico (80%) bajo-bajo y 2 con nivel socioeconómico bajo (20%). Así mismo, destaca que 18 de los 20 partícipes (8 del grupo NI y 10 del grupo I) equivalentes al 90% de la muestra cuentan con un nivel socioeconómico Bajo-bajo y tan solo los 2 partícipes restantes del grupo NI equivalente al 10% de la muestra cuentan con un nivel socioeconómico Bajo.

Gráfica 5.

Estadística por nivel educativo.

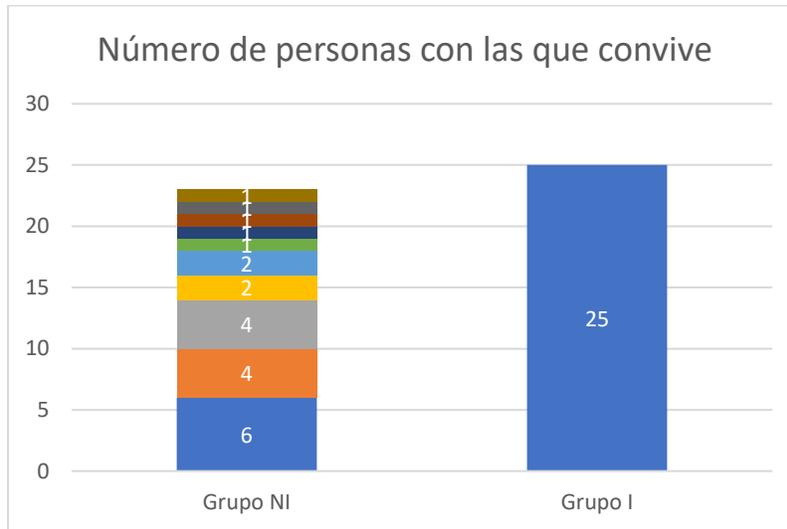


Nota: esta gráfica muestra el número de participantes por nivel educativo en cada grupo.

Es posible observar que, en ambos grupos un 80% de los participantes cuentan con educación básica y el 20% restante no cuenta con ningún nivel educativo. Lo anterior se ve reflejado en que 16 de los 20 participantes (80% de la muestra total) se ubican en la categoría “Educación básica” y los 4 restantes (20% de la muestra total) se ubican en la categoría “Ninguna”.

Gráfica 6.

Estadística por cohabitación.

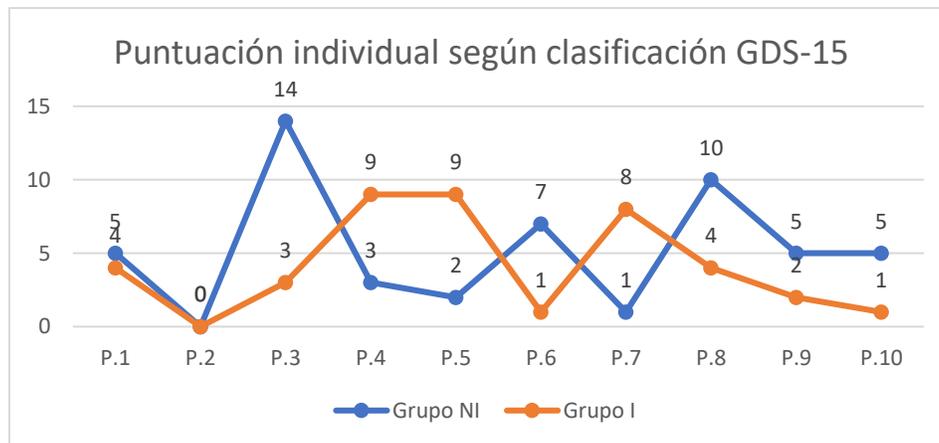


Nota: esta gráfica muestra el número de personas que cohabitan con cada participante.

En este apartado, se evidencia que los participantes del grupo NI conviven con entre 1-6 personas, resaltando que 5 de los 10 miembros manifestaron compartir su hogar solo con una persona, lo cual es importante porque equivale a un 50% del grupo NI. Por su parte, el grupo I convive en el Centro Vida Nuestra Señora de Guadalupe, siendo 19 adultos mayores en calidad de institucionalización y 6 integrantes del personal administrativo asistencial.

Gráfica 7.

Estadística por puntuación individual.

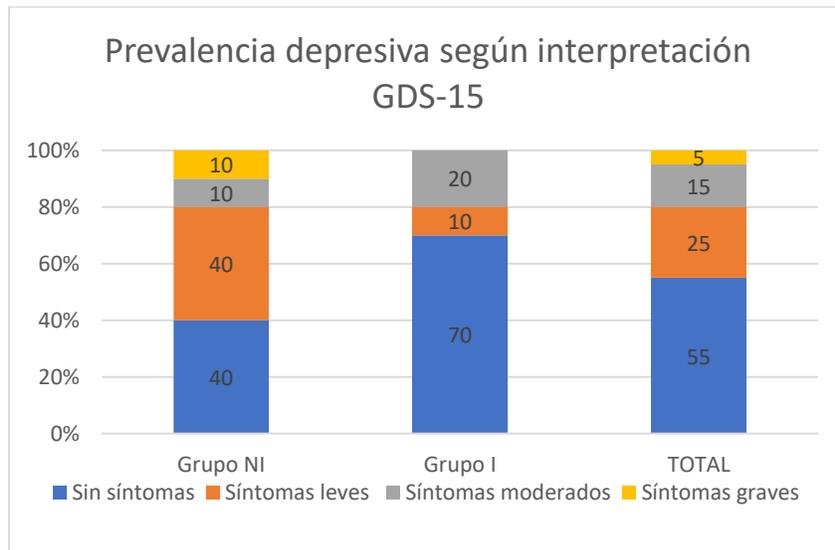


Nota: esta gráfica muestra la puntuación obtenida por cada participante y compara ambos grupos.

Teniendo como referencia los 15 puntos máximos de la escala GDS-15, el grupo NI obtuvo puntuaciones entre 0 y 14 donde los participantes P.3, P.8 y P.6 alcanzaron 14, 10, y 7 puntos respectivamente. Por su parte, el grupo I obtuvo puntuaciones que oscilaron entre 0 y 9 donde los participantes P.14, P.15 y P.17 puntuaron 9, 9 y 8 de forma respectiva. Lo anterior significa que estos participantes presentan los mayores niveles en sintomatología depresiva.

Gráfica 8.

Estadística por promedio de prevalencia depresiva.



Nota: esta gráfica muestra la puntuación obtenida por cada participante y compara los puntajes de ambos grupos.

De acuerdo con los resultados, el grupo NI cuenta con una prevalencia de 10% en sintomatología depresiva grave, 10% en sintomatología depresiva moderada y 40% en sintomatología depresiva leve, mientras que el 40% restante se encuentra sin presencia de sintomatología depresiva. Por su parte, el grupo I cuenta con una prevalencia de 20% en sintomatología depresiva moderada y 10% en sintomatología depresiva leve, mientras que el 70% restante se encuentra sin presencia de sintomatología depresiva. Así pues, se entiende que la población general cuenta con una prevalencia de 5% en sintomatología depresiva grave, 15% en sintomatología depresiva moderada y 25% en sintomatología depresiva leve, mientras que, el 55% restante se encuentra sin presencia de sintomatología depresiva.

Tabla 4.*Relación ficha sociodemográficas y prevalencia depresiva leve.*

RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL RANGO PREVALENTE DE DEPRESIÓN LEVE (5-8 PUNTOS)	
Grupo	No institucionalizados (80%) Institucionalizados (20%)
Edad promedio	78,4 años
Sexo	Femenino (60%) Masculino (40%)
Estado Civil	Viudo (60%) Casado (40%)
Escolaridad	Primaria (80%) Ninguna (20%)
Nivel socioeconómico	Bajo-bajo (80%) Bajo (20%)
Puntuación promedio	6 puntos

Nota: esta tabla expone las características sociodemográficas de los participantes que presentan una prevalencia depresiva leve.

Analizando la relación entre las características sociodemográficas y el rango de prevalencia depresiva leve, se determina que el perfil de esta población corresponde mayormente a: participantes con 78,4 años como media, participantes no institucionalizados en un 80%, participantes de sexo femenino en un 60%, participantes viudos en un 60%, participantes de escolaridad básica en un 80%, y participantes de nivel socioeconómico bajo-bajo en un 80%.

Tabla 5.*Relación ficha sociodemográficas y prevalencia depresiva moderada.*

RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL RANGO PREVALENTE DE DEPRESIÓN MODERADA (9-11) PUNTOS)	
Grupo	Institucionalizados (66,6%) No institucionalizados (33,3%)
Edad promedio	79,3 años
Sexo	Masculino (100%)
Estado Civil	Soltero (66,6%) Viudo (33,3%)
Escolaridad	Primaria (100%)
Nivel socioeconómico	Bajo-bajo (100%)
Puntuación promedio	9,3 puntos

Nota: esta tabla expone las características sociodemográficas de los participantes que presentan una prevalencia depresiva moderada.

Analizando la relación entre las características sociodemográficas y el rango de prevalencia depresiva leve, se determina que el perfil de esta población corresponde mayormente a: participantes con 79,3 años como media, participantes no institucionalizados en un 66,6%, participantes de sexo masculino en un 100%, participantes solteros en un 66,6%, participantes de escolaridad básica en un 100%, y participantes de nivel socioeconómico bajo-bajo en un 100%.

Tabla 6.

Relación ficha sociodemográficas y prevalencia depresiva grave.

RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL RANGO PREVALENTE DE DEPRESIÓN GRAVE (12-15 PUNTOS)	
Grupo	No institucionalizados
Edad promedio	78 años
Sexo	Masculino
Estado Civil	Soltero
Escolaridad	Ninguna
Nivel socioeconómico	Bajo-bajo
Puntuación promedio	14 puntos

Nota: esta tabla expone las características sociodemográficas de los participantes que presentan una prevalencia depresiva grave.

Analizando la relación entre las características sociodemográficas y el rango de prevalencia depresiva grave, se determina que el perfil del único participante con esta aproximación diagnóstica corresponde a: una persona de sexo masculino no institucionalizada de 78 años, es soltero, no obtuvo ningún nivel escolar y tiene un nivel socioeconómico bajo-bajo.

Tabla 7.

Relación ficha sociodemográficas y prevalencia depresiva a nivel general

RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL RANGO PREVALENTE DE DEPRESIÓN	
Grupo	No institucionalizados (66,6%) Institucionalizados (33,3%)
Edad promedio	78,6 años
Sexo	Masculino (66,6%) Femenino (33,3%)
Estado Civil	Viudo (44,4%) Soltero (33,3%) Casado (22,2)

Escolaridad	Primaria (77,7%) Ninguna (22,2%)
Nivel socioeconómico	Bajo-bajo (88,8%) Bajo (11,1%)
Puntuación promedio	8 puntos

Nota: esta tabla expone las características sociodemográficas de los participantes que presentan una prevalencia depresiva a nivel general.

Analizando la relación entre las características sociodemográficas y el rango de prevalencia depresiva, se determina que el perfil de esta población corresponde mayormente a: participantes con 78,6 años como media, participantes no institucionalizados en un 66,6%, participantes de sexo masculino en un 66,6%, participantes viudos en un 44,4%, participantes de escolaridad básica en un 77,7%, y participantes de nivel socioeconómico bajo-bajo en un 88,8%.

Análisis estadístico inferencial

Correlación de Pearson y Significancia Bilateral

De acuerdo con el Statistical Package for Social Sciences (SPSS), una correlación de Pearson (CP) cercana a 1 se interpreta como la existencia de relación significativa entre los ítems al momento de detectar la sintomatología depresiva de los participantes, mientras que un puntaje superior a 0.05 en significancia bilateral (SB) indica la no existencia de relación significativa entre los ítems al momento de detectar sintomatología depresiva.

Tabla 8.

Resultados correlaciones grupo I.

		Correlaciones I															
		item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	item11	item12	item13	item14	item15	resultado
Resultado	Correlación de Pearson	,504	,834**	,525	,371	,923**	. ^a	,504	,668*	,479	,654*	. ^a	,781**	,479	,451	. ^a	1
	Sig. (bilateral)	,137	,003	,119	,292	,000		,137	,035	,161	,040		,008	,161	,190		
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Nota: esta tabla expone los resultados de cada ítem por CP y SB en el grupo I.

El análisis estadístico de los resultados pertenecientes al grupo I señala que los ítems 5, 2, 12, 8 y 10 demostraron una mayor CP mientras que los ítems 4, 14, 9, 13, 7, 1 y 3 obtuvieron puntajes superiores al límite en SB. Teniendo esto en cuenta, los ítems con mayor CP corresponden a aspectos sintomáticos como estado de ánimo deprimido, abulia, pérdida de autonomía, abandono

y deterioro cognitivo, contrario a los ítems con mayor SB que corresponden a aspectos sintomáticos como aburrimiento, desesperanza, retraimiento social, baja energía, anhedonia, carencia de realización personal y vacío existencial. Resalta que los ítems 6, 11 y 15 correspondientes a aspectos sintomáticos como ansiedad, desesperanza y baja autoestima no cuentan con análisis estadístico debido a la igualdad en las respuestas de los participantes, respuestas que además no se corresponden con el criterio establecido por la escala GDS-15 como indicadoras de sintomatología depresiva.

Tabla 9.

Resultados correlaciones grupo NI.

		Correlaciones NI															
		item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	item11	item12	item13	item14	item15	resultado
Resultado	Correlación de Pearson	.841**	.626	.666*	.841**	.841**	.655*	.841**	.831**	-.025	.615	.725*	.394	.747*	.334	.655*	1
	Sig. (bilateral)	.002	.053	.035	.002	.002	.040	.002	.003	.946	.058	.018	.260	.013	.346	.040	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Nota: esta tabla expone los resultados de cada ítem por CP y SB en el grupo NI.

El análisis estadístico de los resultados pertenecientes al grupo NI indica que los ítems 5, 1, 7, 4 y 8 demostraron una mayor CP mientras que los ítems 9, 14, 12, 10 y 2 obtuvieron puntajes superiores al límite en SB. Teniendo esto en cuenta, destaca que los ítems con mayor CP corresponden a aspectos sintomáticos como estado de ánimo deprimido, carencia de realización personal, anhedonia, aburrimiento y abandono, contrario a los ítems con mayor SB que corresponden a aspectos sintomáticos como retraimiento social, desesperanza, pérdida de autonomía, deterioro cognitivo y abulia.

Resalta que ambos grupos comparten la presencia de los ítems 5 y 8 como indicadores de sintomatología depresiva asociada al estado de ánimo deprimido y abandono, así como la relación inversa entre los ítems 1, 4 y 7 del grupo NI con los ítems 2, 12 y 10 del grupo I, es decir, los resultados sugieren que el grupo NI cuenta con sintomatología depresiva respecto a carencia de realización personal, anhedonia y aburrimiento, pero no en cuanto a la abulia, pérdida de autonomía y deterioro cognitivo como es el caso del grupo I.

Tabla 10.

Resultados correlaciones generales

		Correlaciones DATA GENERAL															
		item1	item2	item3	item4	item5	item6	item7	item8	item9	item10	item11	item12	item13	item14	item15	resultado
Resultado	Correlación de Pearson	,720**	,722**	,574**	,621**	,834**	,526*	,720**	,720**	,180	,621**	,579**	,556*	,634**	,403	,526*	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,008	,003	,000	,017	,000	,000	,449	,003	,007	,011	,003	,078	,017	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Nota: esta tabla expone los resultados de cada ítem por CP y SB en ambos grupos.

Una vez analizados los resultados generales es correcto afirmar que los ítems 5, 2, 1, 7 y 8 demostraron una mayor CP, mientras que los ítems 9 y 14 obtuvieron puntajes superiores al límite en SB. En este orden de ideas, se hace evidente que los ítems 5, 2, 1, 7 y 8 correspondientes a aspectos sintomáticos como estado de ánimo deprimido, abulia, carencia de realización personal, anhedonia y abandono, demostraron mayor consistencia al momento de detectar sintomatología depresiva en ambos grupos, mientras que, los ítems 9 y 14 correspondientes a aspectos sintomáticos como retraimiento social y desesperanza muestran una inconsistencia al momento de detectar sintomatología depresiva en ambos grupos.

Tabla 11.

Resultados medidas estadísticas univariantes

		Estadísticos	
		resultadoNI	resultados.I
N	Válido	10	10
	Perdidos	0	0
Media		5,20	4,1000
Desviación estándar		4,264	3,41402
Asimetría		,967	,543
Error estándar de asimetría		,687	,687
Curtosis		,753	-1,331
Error estándar de curtosis		1,334	1,334

Nota: esta tabla expone los resultados de las medidas estadísticas univariantes en cada grupo.

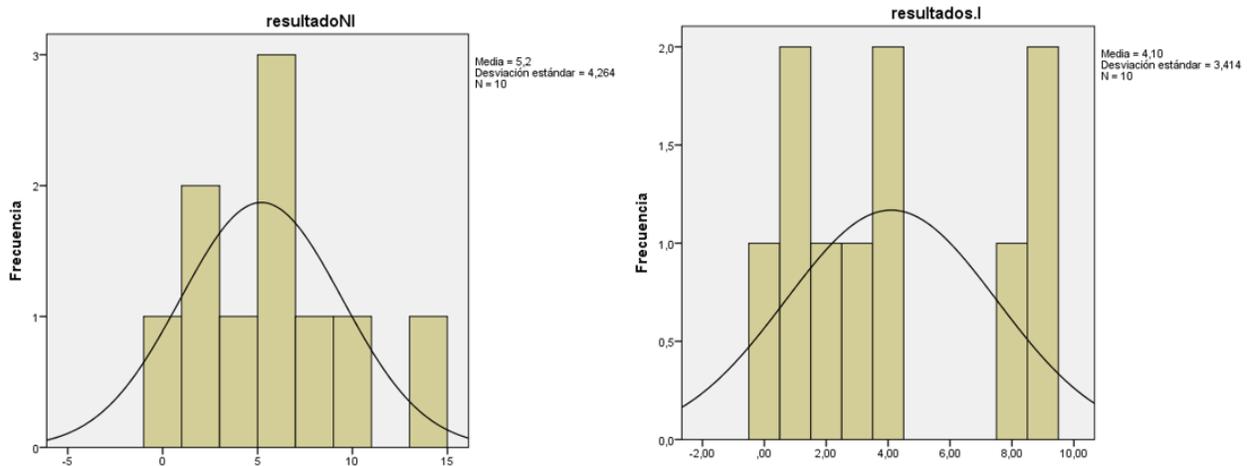
Las medidas estadísticas univariantes como la media, la desviación estándar, la asimetría y la curtosis determinaron diferencias entre los resultados de ambos grupos. La media de los

resultados obtenidos es de 5,2 para el grupo NI sobre el 4,1 del grupo I, la desviación estándar es de 4,2 para el grupo NI sobre el 3,4 del grupo I, la asimetría muestra un 0,9 para el grupo NI sobre el 0,5 del grupo I y finalmente la curtosis puntuó 0,7 para el grupo NI sobre el -1,3 del grupo I.

Así pues, es correcto afirmar que los resultados de la escala GDS-15 indican un mayor promedio de sintomatología depresiva en el grupo NI sobre el grupo I, la desviación en los resultados sugiere que la mayor parte de la sintomatología depresiva se agrupa cerca de esa media en el grupo I contrario a la tendencia del grupo NI, la asimetría positiva (>0) para ambos grupos señala una distribución en la cual la mayoría de los participantes no cuentan con sintomatología depresiva, mientras que la curtosis leptocúrtica (>0) del grupo NI y platicúrtica (<0) del grupo I sugieren que existe una mayor concentración de sintomatología depresiva en el promedio de participantes del grupo NI, es decir, el grupo cuenta con una distribución más homogénea en sintomatología depresiva, por el contrario, el grupo I cuenta con una menor concentración de sintomatología depresiva en el promedio de participantes, haciendo de esta una tendencia más heterogénea.

Gráfica 9.

Histograma.



Nota: esta gráfica muestra la curva de normalidad para las puntuaciones de cada grupo.

El histograma muestra una curva de normalidad acorde a los resultados anteriormente expuestos a través de las medidas estadísticas univariantes, destacando, que en términos generales existe una distribución de sintomatología depresiva más homogénea para el grupo NI y más

heterogénea para el grupo I, quedando evidenciado en la ubicación de algunos picos sobre la media (5,2) del primer grupo mientras que algunos picos se observan distantes a la media (4,1) del segundo grupo.

Tabla 12.

Resultados prueba de hipótesis.

Prueba de hipótesis						
	Valor de prueba = 0					
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
resultadoNI	3,857	9	,004	5,200	2,15	8,25
resultados.I	3,798	9	,004	4,10000	1,6578	6,5422

Nota: esta tabla expone los resultados de la hipótesis para la prueba *t* de Student.

Según la prueba, se evidencia una significancia bilateral inferior a 0,05 y 9 grados de libertad, por tanto, el valor crítico asignado como umbral de aceptación para la hipótesis de investigación corresponde a 1,833, en este sentido, teniendo en cuenta que respecto a dicho valor crítico los resultados obtenidos fueron de 3,857 para la prueba *t* del grupo NI y de 3,798 para la prueba *t* del grupo I, es preciso inferir que las hipótesis inherentes a la investigación fueron comprobadas pues:

- 1) existe prevalencia depresiva en el grupo NI puesto que su *t* supera el umbral.
- 2) existe prevalencia depresiva en el grupo I ya que su *t* supera el umbral.
- 3) existe diferencia entre la prevalencia depresiva de ambos grupos por una magnitud de 0,59 puntos en *t*.

Discusión

De acuerdo con los resultados, la población adulta mayor institucionalizada comparada con la no institucionalizada presenta menos prevalencia depresiva, resultados que coinciden con lo referido por Sare et al. (2021) “después de controlar las diferencias entre los I y los adultos mayores que viven en la comunidad, los análisis de regresión demostraron que vivir I no se asoció con la autoestima o los síntomas depresivos” (p.6). Sin embargo, este resultado llama la atención puesto que se opone a múltiples investigaciones que sostienen la existencia de mayor afección psicosocial a causa de la depresión en los adultos mayores que viven en instituciones dedicadas a su cuidado.

Por ejemplo, Sare et al. (2021) identificaron documentalmente que “los estudios han encontrado que la calidad de vida de las personas mayores que viven en su propia casa es mayor en comparación con las personas que viven en hogares de ancianos” (p.6), ahora bien, aunque es cierto que los adultos mayores tienden a ser institucionalizados cuando existe algún tipo de discapacidad física o mental, cuentan con edades avanzadas, carecen de familiares cuidadores o presentan dependencia total de un tercero, esto no significa que los adultos mayores no institucionalizados carezcan de tales criterios.

De hecho, muchos adultos mayores que habitan en su hogar además de lo anterior cuentan con condiciones exógenas que pueden facilitar el surgimiento de cuadros depresivos, condiciones de vivienda deficientes, necesidades básicas insatisfechas, sufrir violencia, entre otras. Por el contrario, la población institucionalizada recibe cuidados por profesionales en salud, mantiene relaciones sociales con sus pares y participa en actividades comunitarias.

La construcción de perfiles basados en la relación entre variables sociodemográficas y niveles de prevalencia depresiva, caracterizan a los participantes en términos generales con criterios tales como sexo: masculino (66,6%), edad: 78,6 años como media, situación socioeconómica: muy baja (88,8%), estado civil: viudo (44,4%) y nivel educativo: básico (77,7%), dicho perfil se corresponde con el identificado por Ferreira et al. (2021) donde la población estudiada “presentaba una media de edad más alta (77 años) siendo los individuos mayoritariamente de baja escolaridad, solteros y sedentarios” (p.8) y también con lo hallado por Abd-Allah et al. (2018) cuyo estudio “demostró una mayor prevalencia con edad de 70 años o más, estar actualmente soltero, y tener cualquier tipo de discapacidad” (p.150).

Sobre los síntomas depresivos más frecuentes entre la población adulta mayor se encontraron el estado de ánimo deprimido, la abulia, la carencia de realización personal, la anhedonia y el abandono, siendo esto congruente con lo señalado por Hidalgo y Agudín (2018) quienes consideran como síntomas típicos de la depresión:

Tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia para hacer frente a las exigencias de la vida, 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. (p.1)

Pero no solo destacan los síntomas con mayor prevalencia entre los participantes, también resulta sugerente revisar los ítems que no reportaron una consistencia a la hora de detectar la presencia de sintomatología depresiva en ambos grupos, concretamente, los ítems 9 y 14 que responden a aspectos como retraimiento social y desesperanza. Primero, la NIA (2021) concibe el retraimiento social como un indicador más estrechamente relacionado con los factores de riesgo que con los síntomas de depresión y segundo, la APA (2022) sugiere que el paciente depresivo experimenta una predisposición desalentadora, sin embargo, los participantes de este estudio no reportaron un estado de indefensión frente a las circunstancias de la vida.

Por otra parte, las medidas estadísticas univariantes evidencian un comportamiento llamativo en los resultados, mostrando una distribución más homogénea entre las categorías “Sin síntomas”, “Síntomas leves”, “Síntomas moderados” y “Síntomas graves” para el grupo NI con 40%, 40%, 20% y 20% respectivamente, por lo tanto, es posible afirmar que el grupo NI presenta una sintomatología común que de acuerdo con la teoría puede ser indicio de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores similares.

En el caso del grupo I, este cuenta con una distribución más heterogénea entre las categorías “Sin síntomas”, “Síntomas leves” y “Síntomas moderados” con 70%, 10% y 20% respectivamente, sobresaliendo que, mientras 7 participantes no tienen una prevalencia en sintomatología depresiva los 3 participantes que sí la tienen puntuaron de forma próxima a las categorías “Síntomas moderados” y “Síntomas graves”, es decir, la prevalencia en sintomatología depresiva de estos participantes es relativamente alta, requiriendo de atención oportuna para evitar su severidad.

Finalmente, cabe recordar que no todos los adultos mayores presentaron una prevalencia depresiva, de hecho, según los resultados de la escala GDS-15 solo un 45% de los participantes cuenta con sintomatología depresiva, mientras que, el 55% restante puntuó por debajo de 5 considerándose insuficiente para determinar la existencia de una sintomatología depresiva leve, siendo esto consistente con la teoría visto que “los estudios muestran que la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con su vida, a pesar de tener más enfermedades o problemas físicos que las personas más jóvenes” (NIA, 2021, P.1). Respecto a lo anterior, el propósito de este estudio no se limita a identificar los índices de presión, también procura sensibilizar sobre el tema para que la población adulta mayor sana pueda eludir los factores de riesgo por medio de estrategias de afrontamiento y con redes de apoyo afectivas e institucionales.

Conclusiones

Teniendo en cuenta el marco referencial, el constructo metodológico, los resultados obtenidos y el análisis descriptivo e inferencial aplicado a los mismos, el presente estudio titulado *Depresión en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados, Arboledas Norte de Santander*, expone a continuación, el cumplimiento de los objetivos previamente planteados.

Las variables sociodemográficas obtenidas por la ficha de caracterización unipersonal indican que el grupo NI estuvo conformado mayoritariamente por participantes con 73,9 años como media, participantes de sexo femenino en un 60%, participantes casados en un 60%, participantes de situación socioeconómica muy baja en un 80%, participantes de nivel educativo básico en un 60% y donde el 50% de este grupo afirma convivir solo con una persona, por su parte, el grupo I estuvo conformado mayoritariamente por participantes con 79,6 años como media, participantes de sexo masculino en un 90%, participantes solteros en un 60%, participantes de situación socioeconómica muy baja en un 100% y participantes de nivel educativo básico en un 80%, este grupo convive entre sí y con los 6 integrantes del personal asistencial.

Por otro lado, la relación entre las variables sociodemográficas mencionadas anteriormente y el rango prevalente de depresión permite identificar que, el rango leve fue detectado principalmente en participantes con 78,4 años como media, participantes no institucionalizados en un 80%, participantes de sexo femenino en un 60%, participantes viudos en un 60%, participantes de escolaridad básica en un 80%, y participantes de situación socioeconómica muy baja en un 80%. El rango moderado fue detectado principalmente en participantes con 79,3 años como media, participantes institucionalizados en un 66,6%, participantes de sexo masculino en un 100%, participantes solteros en un 66,6%, participantes de escolaridad básica en un 100%, y participantes de situación socioeconómica muy baja en un 100%, entre tanto, el rango grave fue detectado en un único participante de sexo masculino que no se encuentra institucionalizado, es soltero, tiene 78 años, no obtuvo ningún nivel escolar y tiene una situación socioeconómica muy baja.

Teniendo en cuenta el análisis comparativo entre el rango prevalente de depresión de ambos grupos, es posible concluir que existe una mayor presencia de sintomatología depresiva en el grupo NI, el cual de acuerdo con los resultados de la escala GDS-15 presenta un 60% de prevalencia concentrada principalmente en un nivel leve, entre tanto, el grupo I presenta un 30% e prevalencia

concentrada de forma mayoritaria en un nivel moderado. Así mismo, los aspectos sintomáticos más frecuentes en el grupo NI son estado de ánimo deprimido, carencia de realización personal, anhedonia, aburrimiento y abandono, por su parte, el grupo I reportó estado de ánimo deprimido, abulia, pérdida de autonomía, abandono y deterioro cognitivo.

Finalmente, el presente estudio diseñó una estrategia psicoeducativa (Anexo D) orientada a prevenir e intervenir la depresión en la población adulto mayor. El producto lleva por título *Caja de Herramientas para Conocer la Depresión en el Adulto Mayor* y en él se proporciona información para que este grupo etario, su entorno y la institución, conozcan aspectos como la definición de esta enfermedad, sus estadísticas epidemiológicas, sus causas, sus síntomas, su relación con el suicidio, sus distintos tratamientos y las acciones preventivas que se pueden tomar.

Recomendaciones

Primero, para futuros investigadores se recomienda continuar con esta línea de investigación especialmente a nivel departamental puesto que en la actualidad no se cuenta con suficientes estudios que determinen la prevalencia depresiva en la población adulta mayor nortesantandereana, situación que empeora a nivel de los municipios.

Igualmente, desde la postura metodológica se recomienda que los estudios comparativos recurran a un abordaje con mayor amplitud poblacional en ambos grupos (NI y I), esto con el fin de aumentar el soporte investigativo en términos de data y minimizar el sesgo derivado de resultados que focalizan la problemática en poblaciones pequeñas.

Así mismo, se invita a desarrollar investigaciones en esta línea desde otros constructos metodológicos con el fin de obtener una gran variedad de resultados que sirvan como fuente primordial en la contribución teórica sobre el fenómeno de la depresión en el contexto de la adultez mayor.

Del mismo modo, se sugiere efectuar nuevos estudios conservando la utilización de una ficha de caracterización sociodemográfica como herramienta de apoyo al momento de analizar las particularidades propias de la prevalencia depresiva en determinadas poblaciones y la relación entre estas variables.

También, resulta conveniente que eventuales estudios profundicen con especial atención el papel que pueden cumplir las variables sociodemográficas como posible fuente de predisponentes exógenos que favorecen la manifestación sintomática de la depresión en los adultos mayores no institucionalizados e institucionalizados.

Por último, se recomienda que los próximos investigadores interesados en llevar a cabo estudios sobre la prevalencia depresiva en este grupo etario consideren como imprescindible la construcción de una estrategia psicoeducativa enfocada en la prevención e intervención de los síntomas depresivos identificados, puesto que esta población se cataloga como vulnerable.

Referencias

- Abd-Allah, E., Hana, E. & Metwally, M. (2018). *Loneliness and Depression Among Institutionalized and Non-Institutionalized Elders Comparative Study*. Mansoura Nursing Journal (MNJ). Vol.5 No.1 ISSN:18235-2018.
- Altamirano, M y Martínez, A. (2020). *El método comparado como componente metodológico en las políticas públicas*. Revista de Investigaciones Universidad del Quindío, 32(2), 88-101. <https://doi.org/10.33975/riuuq.vol32n2.455>.
- APA. (2015). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- APA. (2022). *Diccionario de psicología*. Tomado de: <https://dictionary.apa.org>
- Arias, W., Muñoz, A. y Rivera, R. (2019). *Análisis psicométrico de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en adultos mayores de la Macroregión Sur del Perú*. Rev enferm Herediana. 2019; 12:11-19 DOI: <https://doi.org/10.20453/renh.v12i0.3960>
- Becerra, M. y Suárez, C. (2018). *Calidad de vida y rendimiento cognitivo en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de Cúcuta*. Universidad Simón Bolívar.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. 20° Ed, Desclée de Brouwer.
- Belmonte, M. (2009). *Requisitos éticos en los proyectos de investigación. Otra oveja negra*. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología.
- Bohórquez, C. (2017). *Encuentro Franco-Colombiano de Geriátrica. Repensar la sociedad para los adultos mayores*. N. Noticias Institucionales Home 1. Universidad de la Sabana.
- Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 46-47. 7 de julio de 1991 (Colombia).
- Corea, M. (2021). *La depresión y su impacto en la salud pública*. Rev Méd Hondur, Vol. 89, Supl No.1 2021 pp. S1-68.

- Corredor, Y. (2017). *Depresión y actividades de la vida diaria de adultos mayores de la ciudad de Cúcuta*. Universidad Simón Bolívar.
- CDC. (2021). *About Mental Health*. Content source: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Population Health. <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>.
- CIE- 10. (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Décima revisión. Volumen 1.
- Cubillos, K. y Castañeda, C. (2020). *Estudio Comparativo del Deterioro Cognitivo y el Nivel de Depresión en Personas Mayores Institucionalizadas y no Institucionalizadas del Municipio de Fusagasugá*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- DANE. (2018). *DANE - PROYECCIONES DE POBLACION – CENSO 2018*. Recuperado de: https://ids.gov.co/web/2021/DIMENSIONES_SP/POBLACION%202020.pdf
- DANE. (2018). *Censo nacional de población y vivienda 2018*. Tomado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018>.
- DANE. (2019). *Sala situacional de la Población Adulta Mayor*. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/sala-situacional-poblacion-adulta-mayor.pdf>.
- Decreto 163 de 2021. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por el cual se crea el Consejo Nacional de Personas Mayores y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero de 2021.
- Delgado, M. (2015). *Fundamentos de Psicología*. Editorial Médica Panamericana. 9788498359176.
- Directiva 002 de 2020. [Procuraduría General de la República]. Inclusión de los derechos de los niños, las niñas, los adolescentes, los jóvenes, las mujeres, la familia, las personas mayores y las personas con discapacidad en los planes de desarrollo territorial. 03 de febrero de 2020.

- Espinosa, G., González, I., Meléndez, M. y Cabrera, R. (2022). *Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú.*
- Estrada, C. (2017). *Evaluación de riesgos en investigaciones en Psicología y disciplinas afines.* SOPHIA AUSTRAL N° 19, 1er Semestre 2017: 93-10.
- Fajardo, E., Córdoba, L. y Enciso, J. (2016). *Calidad de vida en adultos mayores: reflexiones sobre el contexto colombiano desde el modelo de Schalock y Verdugo.* Comunidad y Salud vol.14 no.2 Maracay dic. 2016. Versión impresa ISSN 1690-3293.
- Ferreira, O., Reinaldo, D., Ferreira, M. & Alchieri, J. (2021). *Depressive and prefrontal symptoms in institutionalized and non-institutionalized elderly.* Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 10, p. e288101018705, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i10.18705.
- González, J., Valdés, M., Iglesias, S., García, M. y González, D. (2018). *La depresión en el anciano.* NPunto, 1(8). Obtenido de <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación científica* (6ta ed.). México: McGraw Hill.
- Hernández, V., Prada, R. y Hernández, C. (2018). *Bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, Colombia.* ResearchGate. DOI:10.15332/s1794-9998.2018.0014.04.
- Hidalgo, C. & Agudín, N. (2018). *Tratamiento de la depresión en el anciano.* NPunto, 1(8). Tomado de: <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>.
- IMSS. (2020). *Depresión en el adulto mayor.* <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>.
- Kagan, Y. (2005). *Pérdida de la autonomía: valoración y tratamiento.* EMC - Tratado de Medicina, Volume 9, Issue 4, 2005, Pages 1-10

Ley 1251 de 2008. Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. 27 de noviembre de 2008. Diario Oficial No. 47.186.

Ley 1850 de 2017. Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009 y 599 de 2000, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones. 19 de julio de 2017. Diario Oficial No. 50.299.

López, E., Mendoza, Y., Natividad, D., Flores, M., Villanueva, T. & Morales, J. (2021). *The Frequency of Depression in Institutionalized and Homebound Older Adults and Related Factor*. *Anatol J Family Med* 2021;4(3):226–231.

López, J. & Granados, D. (2021). *Disfunciones cognitivas en adultos mayores con depresión*. *Revista Digital Universitaria* Vol. 22, Núm. 2, marzo-abril 2021

Martínez, T., González, C., Castellón, G. & González, B. (2018). *El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?* ISSN 2221-2434. <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay>

MINSAL. (2013). *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago de Chile*. Tomado de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>.

MINSALUD. (2017). *Boletín de salud mental, Depresión. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*.

MINSALUD. (2020). *Boletines poblacionales: Personas adultas mayores de 60 años. Oficina de Promoción Social*.

MINSALUD. (2021). *Envejecimiento y vejez*. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>.

- MINSALUD. (2021). *Minsalud, comprometido con la salud mental de los colombianos*. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>. Boletín de Prensa No 1033 fde 2021.
- Morales, C. (2017). *La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar*. Revista Cubana de Salud Pública. 2017;43(2).
- Mousalli, G. (2015). *Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa*. Mérida.
- Navarro, M. (2018). *Intervención cognitivo conductual de una paciente adolescente de 17 años con depresión mayor: estudio de caso único*. Universidad del Norte.
- NIA. (2021). *Depression and Older Adults*. Recuperado de: <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults#risk>
- NIH. (2021). *Depression*. U.S. Department of health and human services. National Institutes of Health. NIH Publication No. 21-MH-8079.
- Nohlen, D. (2013). *Ciencia política comparada*. El enfoque histórico-empírico, Granada, Universidad de Granada, 2013, pp. 111-128.
- OMS. (2021). *Envejecimiento y salud*. Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>. Publicado el 04 de octubre de 2021.
- OMS. (2021). *Depresión*. Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Publicado el 13 de septiembre de 2021.
- ONU. (2022). *Perspectivas de la población mundial 2022: Resumen de resultados*. Department of Economic and Social Affairs. <https://reliefweb.int/report/world/world-population-prospects-2022-summary-results>
- OPS. (2021). *Depresión*. Tomado de: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>.

- OPS. (2021). *Depresión*. Tomado de: <https://www.paho.org/es/temas/depresion#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad,%2C%20biol%C3%B3gicos%2C%20ambientales%20y%20psicol%C3%B3gicos.>
- Otzen, T & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232, 2017.
- Papalia, D. y Martorell, G. (2021). *Desarrollo humano*. McGrawHillInteramericana. Edición 14th. ISBN: 978-1-4562-8770-2.
- Pavard, S. & Coste, C. (2020). *Evolution of the Human Life Cycle*. Encyclopedia of Biomedical Gerontology, Volume 2. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.11392-3>.
- Rojas, L., Castaño, G. & Restrepo, D. (2018). *Salud mental en Colombia. Un análisis crítico*. *Rev CES Med* 2018; 32(2): 129-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6> ISSN 0120-8705 e-ISSN 2215-9177.
- Salamanca, E., Velazco, Z. & Baquero, N. (2019). *Health Status of the Elderly in Life Centers*. *Aquichan* 2019; 19(2): e1923. DOI: 10.5294/aqui.2019.19.2.3.
- Sare, S., Ljubicic, M., Gusar, I., Canovic, S. & Konjevoda, S. (2021). *Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes*. *Healthcare* 2021, 9, 1035. <https://doi.org/10.3390/healthcare9081035>.
- Sarmiento, A. y Escobar, C. (2018). *Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Bucaramanga y su área Metropolitana*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- Segura, A., Hernández, J., Cardona, D., Segura, A., Muñoz, D. & Jaramillo, D. (2018). *Depression in the elderly: A study in three cities of Colombia*. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2018; 34 (2): 409-419.

- SEP. (2015). *La depresión es, más que nunca, un reto para la salud pública en Europa*. Available from: [http:// www.sepsiq.org/informacion/noticia/la-depresion-esmas-que-nunca-un-reto-para-la-salud-publica-eneuropa/392](http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/la-depresion-esmas-que-nunca-un-reto-para-la-salud-publica-eneuropa/392).
- Valencia, D. (2019). *Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en Colombia*. Universidad Cooperativa De Colombia.
- WHO. (2022). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO. (2022). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- Zamora, D., Suárez, D. y Bernal, O. (2019). *Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia*. Rev. salud pública 21 (2) Mar-Apr 2019. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.71638>.
- Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M. & Necho, M. (2021). *Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis*. Annals of General Psychiatry.



CAJA DE HERRAMIENTAS PARA CONOCER LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

"No deben preocuparnos las arrugas del rostro
sino las del cerebro"

(Santiago Ramón & Cajal padre de la
neurociencia moderna sobre la vejez en 1941)

Introducción

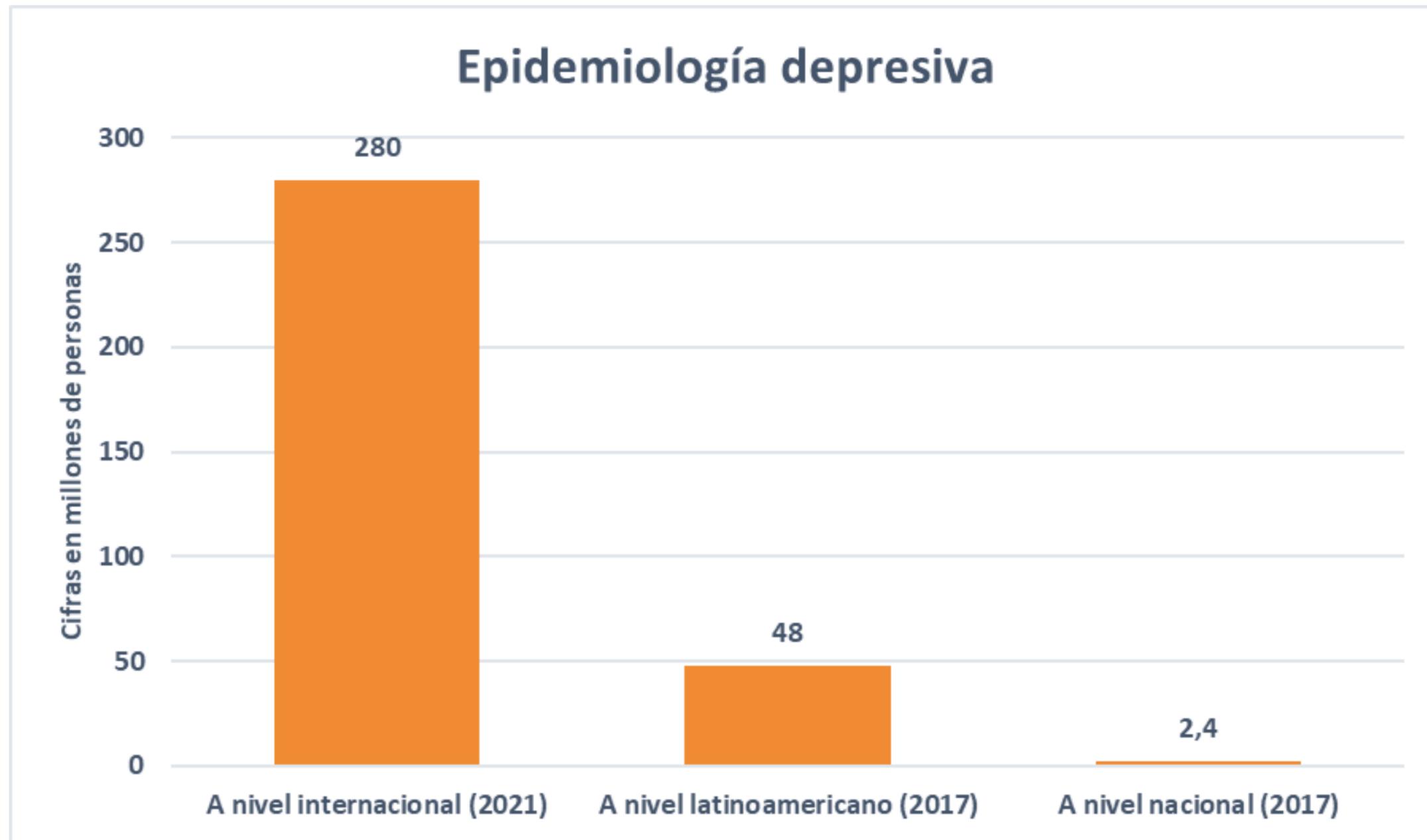
Sean bienvenidos, el presente manuscrito tiene como propósito psicoeducar a la población general sobre el trastorno depresivo cuando éste se presenta en personas con edades superiores a los 60 años, a las cuales se les denomina "adulto mayor". A continuación, se proporcionará información acerca de la definición, las estadísticas epidemiológicas, las causas, los síntomas, el riesgo suicida, los tratamientos y las acciones preventivas, aspectos importantes para hacer de esta enfermedad mental un tema de discusión común, visibilizándola como una fuente potencial de sufrimiento tanto para el paciente como su entorno, logrando, remarcar la importancia de iniciar un proceso de acompañamiento profesional en caso que se requiera. Este documento es un producto de la investigación titulada "Depresión en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados, Arboledas - Norte de Santander".

¿Qué es la depresión?

La depresión es un trastorno del estado anímico presente a nivel mundial, de modo que se constituye en una problemática de interés para los sistemas sanitarios locales, regionales e internacionales al tratarse de una enfermedad no trasmisible que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021) se define como “una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida” (p.1), llegando a deteriorar significativamente las distintas áreas de interacción humana de forma transitoria o crónica.



¿Cuáles son sus estadísticas epidemiológicas?



Nota: Esta gráfica expone las estadísticas epidemiológicas de la depresión según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS)

¿Cuáles son sus causas?

Según Espinosa et al. (2022) “su fisiopatología sigue sin entenderse, lo que se conoce es que existe un desequilibrio de neurotransmisores monoaminérgicos. (serotonina, norepinefrina, dopamina o las tres)”(p.2). Además, la presencia de vulnerabilidades exponen más a las personas frente a esta enfermedad, en el caso de los adultos mayores se ha evidenciado que experimentar abandono familiar, deterioro cognitivo, discapacidad o consumo de sustancias/medicamentos puede originar un cuadro depresivo.



¿Cuáles son sus síntomas?

De acuerdo con el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIA, 2021) los principales síntomas en la depresión son:

- Estado de ánimo triste.
- Sentimientos de desesperanza, culpa, inutilidad o impotencia.
- Irritabilidad, inquietud o dificultad para quedarse quieto.
- Pérdida de interés en actividades que alguna vez fueron placenteras.
- Disminución de energía o fatiga.
- Moverse o hablar más despacio.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Dificultad para dormir.
- Comer más o menos de lo habitual, aumentando o perdiendo peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio.



¿Existe riesgo suicida en la depresión?

Aun cuando el suicidio aparece como un fenómeno relacionado con diversas enfermedades mentales, está evidenciado que “el 60 a 90% de los pacientes mayores de 75 años que se suicidan sufren de depresión diagnosticada clínicamente” (Corea Del Cid, 2021, p.48). Por lo tanto, es importante fortalecer la red de apoyo con la cuentan los adultos mayores.



¿Cuáles son los tratamientos?

Los tratamientos para intervenir la depresión pueden ser psicológicos, farmacológicos o mixtos. "En el tratamiento de la depresión en el anciano intervienen las terapias biológicas, fundamentalmente los antidepresivos (terapia farmacológica), las terapias físicas, como la terapia electroconvulsiva (TEC) y las diversas formas de psicoterapia (terapias no farmacológicas)" (Hidalgo & Agudín, 2018, p.3), en cualquier caso, el tratamiento debe ajustarse a las necesidades de cada paciente.



¿Qué acciones preventivas se pueden tomar?



1

Hable de sus sentimientos con alguien de su confianza.



2

Coma a intervalos regulares y duerma suficientes horas.



4

Siga haciendo las actividades que siempre le han gustado, o busque alternativas si ya no le es posible realizarlas.



5

Haga ejercicio regularmente, aunque se trate de un pequeño paseo.



3

No se aíse, mantenga el contacto con familiares y amigos.



¿Qué acciones preventivas se pueden tomar?



6

Evite o limite la ingesta de alcohol y tome solo los medicamentos que le prescriba su médico.



8

Si cree que está deprimido, pida ayuda profesional. Hablar con un profesional sanitario local o con su médico de cabecera es un buen punto de partida.



7

Acepte que puede tener depresión y ajuste sus expectativas, tal vez no pueda llevar a cabo todo lo que solía hacer.



9

Si tiene pensamientos suicidas, pida ayuda a alguien inmediatamente.

Bonus: Para las instituciones

Además de las anteriores recomendaciones sugeridas por la OMS y la OPS, parafraseando a González et al. (18, p.7) es imperativo que las instituciones procuren realizar un adecuado diagnóstico de síntomas depresivos en la población adulta mayor, el cual debe incluir una buena historia clínica donde se incluyan síntomas, antecedentes personales y familiares, consumo de sustancias/ medicamentos, exploración física, exploración psicopatológica, exploración cognoscitiva, pruebas complementarias: analítica y psicométricas. Comprender de forma personalizada la etiología de esta enfermedad mental es primordial para la selección del tratamiento a iniciar teniendo en cuenta que puede ser multicausal, por ejemplo, en aspectos tan diversos como el abandono o la ingesta de medicamentos se puede encontrar el origen de algunos cuadros depresivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. Rev Méd Hondur, Vol. 89, Supl No.1 2021 pp. S1-68.
- Espinosa, G., González, I., Meléndez, M & Cabrera, R. (2022). Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura.
- González, J., Valdés, M., Iglesias, S., García, M & González, D. (2018). La depresión en el anciano. NPunto 1(8). Obtenido de <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>.
- Hidalgo, C & Agudín, N. (2018). Tratamiento de la depresión en el anciano. NPunto, 1(8). Tomado de: <https://orcid.org/0000-0002-5408-6263>.
- NIA. (2021). Depression and Older Adults. Recuperado de: <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults#risk>
- OPS. (2021). Depresión. Tomado de: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>.
- OMS. (2021). Depresión. Tomado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
Publicado el 13 de septiembre de 2021.