

Estudio De Caso De Adulto Mayor Con Depresión Y Su Afectación En Las Áreas Del  
Funcionamiento



Yireh Adelaida Arrieta Núñez  
Kharen Syrley Pabón Flórez

Universidad De Pamplona  
Facultad De Salud  
Programa De Psicología  
Villa Del Rosario  
2022

ESTUDIO DE CASO DE ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN Y SU  
AFECTACIÓN EN LAS ÁREAS DEL FUNCIONAMIENTO



Yireh Adelaida Arrieta Núñez  
Kharen Syrley Pabón Flórez

DIRECTOR:  
HENRY ALBERTO REYES MORA

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA  
FACULTAD DE SALUD  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
VILLA DEL ROSARIO  
2022

**1. Título**

**ESTUDIO DE CASO DE ADULTO MAYOR CON DEPRESIÓN Y SU  
AFECTACIÓN EN LAS ÁREAS DEL FUNCIONAMIENTO**

**2. Tabla de contenido**

<b>1. Título</b> .....	3
<b>2. Tabla de contenido</b> .....	4
<b>3. Resumen</b> .....	8
<b>1.1. Abstract</b> .....	9
<b>4. Introducción</b> .....	10
<b>5. Planteamiento Del Problema</b> .....	11
<b>6. Descripción Del Problema</b> .....	16
<b>7. Formulación del problema</b> .....	19
<b>8. Justificación</b> .....	20
<b>9. Objetivo</b> .....	22
<b>8.1. Objetivo general</b> .....	22
<b>8.2. Objetivos específicos</b> .....	22
<b>9. Estado del Arte</b> .....	22
<b>9.1. Investigaciones Internacionales</b> .....	23
<b>9.2. Investigaciones Nacionales</b> .....	26
<b>9.3. Antecedentes Locales</b> .....	30
<b>10. Marco Teórico</b> .....	33
<b>10.1. Adulto Mayor</b> .....	33
<b>10.2. Depresión en el Adulto Mayor.</b> .....	34

<b>10.3.</b>	<b>Epidemiología de la Depresión</b> .....	36
<b>10.4.</b>	<b>Impacto de la Depresión del Adulto Mayor</b> .....	38
<b>10.5.</b>	<b>Trastornos Psiquiátricos</b> .....	39
<b>10.6.</b>	<b>Suicidio</b> .....	39
<b>10.7.</b>	<b>Áreas de Funcionamiento Afectadas por la Depresión en el Adulto Mayor</b>	40
<b>10.8.</b>	<b>Deterioro Funcional</b> .....	45
<b>10.9.</b>	<b>Deterioro Cognitivo</b> .....	46
<b>10.10.</b>	<b>Insomnio</b> .....	47
<b>10.11.</b>	<b>Social</b> .....	47
<b>10.12.</b>	<b>Hogar Geriátrico</b> .....	48
<b>11.</b>	<b>Marco Legal</b> .....	50
<b>11.1.</b>	<b>Normativa De La Psicología</b> .....	50
<b>11.2.</b>	<b>Bienestar del Usuario</b> .....	51
<b>11.3.</b>	<b>Evaluación de Técnicas</b> .....	51
<b>11.4.</b>	<b>Ley 1616 De 2013 De Salud Mental</b> .....	53
<b>11.5.</b>	<b>Ley 1251 27 de Noviembre 2008</b> .....	55
<b>11.6.</b>	<b>Planes de Desarrollo para el Adulto Mayor de la Ciudad de Cúcuta</b>	56
<b>11.</b>	<b>Metodología</b> .....	57

<b>11.7.</b>	<b>Enfoque de la Investigación.....</b>	<b>58</b>
<b>11.8.</b>	<b>Diseño de la Investigación .....</b>	<b>58</b>
<b>11.9.</b>	<b>Población y Muestra.....</b>	<b>58</b>
<b>12.</b>	<b>Proceso de Intervención .....</b>	<b>59</b>
<b>13.</b>	<b>Técnicas e Instrumentos para la Recolección de los Datos.....</b>	<b>60</b>
<b>13.1.</b>	<b>Entrevista Semiestructurada.....</b>	<b>60</b>
<b>13.2.</b>	<b>Observación No Participante .....</b>	<b>60</b>
<b>13.3.</b>	<b>Categorías y Subcategorías de la Investigación.....</b>	<b>61</b>
<b>14.</b>	<b>Análisis de la Información .....</b>	<b>61</b>
<b>14.1.</b>	<b>Presentación de Resultados .....</b>	<b>61</b>
<b>14.2.</b>	<b>Matriz: Triangulación de datos .....</b>	<b>98</b>
<b>15.</b>	<b>Recursos.....</b>	<b>104</b>
<b>15.1.</b>	<b>Recursos Humanos.....</b>	<b>104</b>
<b>15.2.</b>	<b>Recursos Materiales .....</b>	<b>104</b>
<b>15.3.</b>	<b>Recursos Financieros .....</b>	<b>105</b>
<b>15.4.</b>	<b>Recursos y Cronograma .....</b>	<b>105</b>
<b>16.</b>	<b>Análisis e Interpretación de la Información .....</b>	<b>106</b>
<b>17.</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>108</b>
<b>18.</b>	<b>Recomendaciones.....</b>	<b>112</b>
<b>19.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>112</b>

<b>20. Referencias .....</b>	<b>115</b>
<b>21. Apéndice .....</b>	<b>120</b>
<b>Ilustración 1 Entrevista adulto mayor.....</b>	<b>120</b>
<b>Ilustración 2 Entrevista cuidador .....</b>	<b>121</b>
<b>Ilustración 3 Entrevista profesional en salud mental.....</b>	<b>121</b>
<b>Ilustración 4 Consentimiento informado.....</b>	<b>122</b>
<b>Ilustración 5 Consentimiento informado.....</b>	<b>123</b>
<b>Ilustración 6 Entrevista semiestructurada .....</b>	<b>125</b>
<b>Ilustración 7 Firma de experto .....</b>	<b>140</b>
<b>Ilustración 8 Firma de experto .....</b>	<b>141</b>
<b>Ilustración 9 Firma de experto .....</b>	<b>142</b>

### **3. Resumen**

La investigación titulada “Estudio de caso de adulto mayor con depresión y su afectación en las áreas de funcionamiento” tuvo como objetivo describir el impacto de la depresión en las áreas de funcionamiento durante la adultez mayor, por medio de técnicas de recolección de información cualitativa que permitan la construcción de estrategias que mitiguen las alteraciones evidenciadas. El enfoque de investigación fue cualitativo, y cuál se va a hacer un método exploratorio e indagatorio y a su vez holístico. La población se encuentra inmersa en el contexto de Hogar Geriátrico Jardín de mis Abuelitos de la ciudad de San José de Cúcuta, al no ser posible estudiar en su totalidad la población, se decidió utilizar un muestreo de tipo probabilístico por conveniencia, por lo tanto, la muestra será representada por un adulto mayor cuya edad oscile entre 60 y 75 años del Hogar Geriátrico Jardín de mis Abuelitos. Resultados para concluir, la depresión es un trastorno que afecta significativamente las distintas dimensiones de la vida, personal, emocional, cognitiva, fisiológica y familiar-social, ya que es incapacitante, da una percepción negativa del autoconcepto, se presenta inestabilidad emocional, se implantan pensamientos e ideas de muerte, genera alteración en la conducta, así como el aislamiento de las redes de apoyo, por tal motivo fue fundamental generar conocimiento sobre la depresión y desarrollar las estrategias psicoeducativas con el fin de que tanto el adulto mayor como el cuidador tuvieran plena comprensión de lo que es la depresión y tuviera unas herramientas que le ayuden a mitigar las alteraciones que se evidenciaron.

### **1.1.Abstract**

The research entitled "Case study of older adults with depression and its involvement in the areas of functioning" aimed to describe the impact of depression in the areas of functioning during older adulthood, through qualitative information collection techniques that allow the construction of strategies that mitigate the evidenced alterations. The research approach was qualitative, and what is going to be an exploratory and investigative method and at the same time holistic. Population It is immersed in the context of Jardín de mis Abuelitos Home Geriatric in the city of San José de Cúcuta, since it was not possible to study the population in its entirety, it was decided to use a probabilistic sampling for convenience, therefore, the The sample will be represented by an older adult whose age ranges between 60 and 75 years of the Jardín de mis Abuelitos Geriatric Home. Results to conclude, depression is a disorder that significantly affects the different dimensions of life, personal, emotional, cognitive, physiological and family-social, since it is incapacitating, gives a negative perception of self-concept, emotional instability occurs, thoughts are implanted and ideas of death, generates alteration in behavior, as well as the isolation of support networks, for this reason it was essential to generate knowledge about depression and develop psychoeducational strategies so that both the older adult and the caregiver had full understanding of what depression is and had some tools to help mitigate the alterations that were evidenced.

#### **4. Introducción**

La adultez mayor inicia a partir de los 60 años de edad, la cual es considerada como la vejez, es una etapa en la que se viven diversos cambios y transiciones en las distintas áreas del funcionamiento, a nivel personal, emocional, cognitivo, fisiológico, familiar y social, estos ocurren gradualmente, aunque es importante tener en cuenta que si suceden de manera rápida y significativa en las que se vean afectadas las áreas del funcionamiento, es posible que se esté presentando algún trastorno mental, como es el caso de la depresión, según lo estipulado en el DSM V se puede presentar varios síntomas como la anhedonia o falta de placer por lo que se hacía anteriormente, estados de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución o un aumento de peso así como la pérdida del apetito, cambios en el patrón del sueño, también puede generar la aparición de sentimientos de inutilidad o culpabilidad que sean excesivos y que sean repetitivos durante los días, una disminución en la capacidad para concentrarse o para recordar algún evento y es posible que sus pensamientos sean de muerte o presente algún tipo de ideas suicidas y realice algún intento suicida, todos estos cambios se pueden llegar a generar por las transiciones que se viven en la vejez así que es fundamental detectar tempranamente el trastorno de depresión, por tal motivo es primordial el conocimiento de los distintos síntomas que se podrían llegar confundir con actitudes propias de la vejez, pero que tienen un trasfondo más profundo y puede llegar a acarrear consecuencias más graves, además es de suma importancia que el adulto mayor en esta etapa de su vida éste con sus seres allegados y tenga esa red de apoyo fortalecida, también es esencial mantenerse activo a nivel físico y mental, así como mantener una rutina diaria que

hagan que el adulto mayor sea activo, que tenga metas por cumplir y que esto le genere un propósito para mantener una vida estable hasta el final.

## **5. Planteamiento Del Problema**

La organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como: “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional”.

Tomando en cuenta los avances en el control de la morbilidad y la mortalidad en las diversas patologías físicas, los trastornos mentales elevan su frecuencia, demostrando ser responsables del dolor discapacidad, y disminución en la calidad de vida de estas personas, lamentablemente esto se convirtió es un virus donde cada año millones de personas independiente de su estatus, raza, edad, estas deprimen. Se puede determinar que el 30% o más de la población mundial está pasando por diversos problemas depresivos. De esta forma se puede demostrar a través de estudios por diferentes investigadores a nivel mundial que la depresión es una enfermedad muy difícil, manifestándose en diversos grados, donde no reconoce el género, aunque está demostrado que el más afectado es el género femenino.

De acuerdo con los documentos que ofrece la OMS esta enfermedad en adultos mayores va en aumento rápidamente; se calcula, que entre los años 2000 y 2030 estas cifras

subirán del 11 a 22%. Es importante acotar que este porcentaje de aumento representa de 605 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años con depresión.

El instituto más importante de la salud a nivel mundial que es la OMS demuestra que la depresión presenta síntomas en adultos mayores desde los 55 años tomando en cuenta que en países como España, EE. UU, y Australia representan un 25%. En México el índice de la depresión oscila el 21,7% de incidencia de esta enfermedad. Es importante acotar que en la India este índice disminuye a un 12,7%.

Cabe destacar que la vida del adulto mayor se puede percibir como una época de mayor sensibilidad tanto afectiva como física debido a los cambios en el organismo los cuales van acompañados de diferentes afectaciones como envejecimiento cerebral; a esto, hay que sumarle los diferentes cambios neurológicos que las personas de más de 60 años demuestran tanto en su modo físico, mental, como social.

En los países europeos esta importante enfermedad oscila entre el 6 y el 20%, aunque Italia se destaca con un 40% de problemas depresivos. La variabilidad de estos datos depende de la calidad de vida y el acompañamiento familiar del cual dependen cada una de estas personas donde se ha podido comprobar que la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores tiene que ver en mayor demanda de los servicios de salud, citas con el especialista, el uso de drogas o fármacos y servicios de emergencia lo que conlleva a costos elevados en el plano económico en pacientes ambulatorios.

El curso de vida del adulto mayor puede ser la época de mayor fragilidad afectiva en el ser humano; debido a los cambios neurobiológicos que con frecuencia acompañan al envejecimiento cerebral, sumándose numerosas e importantes pérdidas que van a afectar esta etapa de la vida, no sólo emocionalmente sino también en su condición física, mental y social.

En Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20%, aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%. Sin embargo, a pesar de la variabilidad en la metodología utilizada, se coincide en la existencia de un diagnóstico y su tratamiento. Además, en estudios longitudinales se ha comprobado que incluso la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, servicios de urgencias y costos globales elevados como pacientes ambulatorios.

Sarro A, Ferrer A, Rando Y, Formiga F, Rojas S en el año 2016, muestran en su estudio realizado en España en seis centros de atención primaria que, donde de 220 personas evaluadas, 139 (63,6%) eran mujeres, determinándose que el 34,5% tiene una historia clínica. Este estudio demuestra que la depresión se asocia con el deterioro de diferentes actividades (básicas, instrumentales, cognitivas, agotamiento físico, entre otras).

En Colombia lamentablemente de manera oficial existen pocas investigaciones de la salud mental en los adultos mayores, donde su objetivo principal sea la depresión; sin embargo, en la ciudad de Medellín, Estrada A, Cardona Arango D, Segura Cardona A, Ordoñez Molina J, Osorio Gómez J, Chavarriaga Maya L realizaron un estudio en el año 2013 donde se utilizó la escala de depresión Geriátrica Yesavage; hallándose que el 57,6% de los adultos mayores profesionales encuestados no registraron ningún síntoma de depresión; un 37% de los adultos mayores los cuales a pesar de su edad dependen de un empleo para sobrevivir muestran síntomas depresivos moderados y el restante 5% de los adultos mayores que se encuentran en pobreza extrema demuestran síntomas depresivos severos, el cual el 47.6% de estos encuestados con mayor prevalencia de esta enfermedad son mujeres. Este estudio se hace interesante ya que el porcentaje más alto de depresión oscila

entre los 75 y 84 años entendiendo que a esta edad el desmejoramiento y agotamiento físico es mayor.

En Bucaramanga Durán T, Aguilar M. Martínez M. Rodríguez T. Gutiérrez G. Vázquez L. realizaron su estudio con una muestra de 252 adultos mayores de ambos sexos quienes al momento de la entrevista no tenían diagnóstico de depresión, pero que luego de aplicarles la prueba de Yesavage, concluyeron que el 40,1% no presentó depresión, el 34,9% depresión leve y el 25% depresión establecida; Resultó predominante la depresión entre leve en el grupo de 71 a 80.

A medida que las personas van llegando a edades avanzadas después de 60 años estos deben adaptarse progresivamente al cambio y es allí cuando la depresión aparece, ya que los mismos vienen acompañados de jubilaciones, pérdida de actividades mentales con exigencias, pérdidas económicas y hasta pérdidas en los diferentes roles familiares donde ya dejan de ser cabezas de familias y pasan a ser abuelos. Esta participación autónoma en la dinámica familiar es la que los mantiene activos y al disminuirlas aparecen estas afectaciones mentales que se acompañan por tristeza y soledad.

La personalidad tiene un punto fundamental en la aparición de esta enfermedad ya que depende del contexto donde se viva y hasta los riesgos que se toman en los diferentes roles de la vida diaria donde el fracaso puede estar latente. Indudablemente la depresión como se ha observado en los estudios antes mencionados tiene efectos negativos sobre las capacidades funcionales del adulto mayor y esto tiene que ver con la funcionalidad propia del organismo (físicas) y social.

La sintomatología depresiva como se ha expresado en anteriores párrafos agudiza la pérdida de concentración, atención, el enlentecimiento psicomotor y en fin todas las

funciones cognitivas, lo que empeoraría, de no recibir atención la situación del adulto mayor. La etapa adulta mayor está ligada a innumerables pérdidas de tipo social; esto genera que los adultos mayores se separen de sus redes de apoyo, y obtengan más desventajas a nivel personal, y así se llegue al incremento de la soledad.

También es importante resaltar las áreas del funcionamiento en las que el adulto mayor puede presentar algún tipo de deterioro en las que se encuentra el área personal Maslow sugiere que todos los individuos tenemos una necesidad intrínseca de desarrollo personal que se construye a través de un proceso vital llamado autorrealización. Para Maslow, el camino hacia la autorrealización aporta a cada persona un espacio ilimitado para crecer, y la posibilidad de verse a sí mismos competentes y autónomos (Garrido, 2019), así mismo se encuentra el área emocional la cual es de mucha importancia y atención ya que si no está equilibrada es posible que afecte otras áreas, está compuesto por la amistad y el amor, es el ámbito que tiene que ver con la forma de relacionarse con las otras personas y la imagen que se refleja ante otros (Gcf global, 2021), también está el área cognitiva la cual evoluciona a lo largo del ciclo vital, implicando en la vejez declives en la memoria, la capacidad de procesamiento y en algunos aspectos del lenguaje, en especial en la denominación, además de un aumento del riesgo de deterioro cognitivo, los cambios en los procesos cognitivos pueden llegar a tener un impacto en el funcionamiento en las actividades de la vida diaria y en la toma de decisiones sobre salud, estilos de vida, en el desempeño laboral, el funcionamiento social, el apoyo prestado y/o recibido y, en general, en la satisfacción con la vida durante el proceso de envejecimiento (González, 2013), otra de las áreas que tiene relevancia es la fisiológica es la capacidad física para ejecutar las actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio; la funcionalidad o independencia funcional es aquella en la cual se pueden cumplir acciones requeridas en el vivir diario, para

mantener el cuerpo y poder subsistir independientemente; por tanto, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la capacidad funcional está intacta (Segovia & Torres Hernández, 2011), por último se encuentra el área familiar-social, la familia como contexto en el que nacen y se desarrollan las personas, es uno de los ámbitos con más notabilidad en la vida, las funciones más relevantes que ejercen son la construcción y desarrollo de la persona, aprender a resolver problemas, asumir responsabilidades y compromisos, encuentro intergeneracional y transición de unos momentos evolutivos a otros. Por otro lado, se encuentra la integración social de la persona y el desarrollo de habilidades para relacionarse e interactuar en el contexto social, son los aspectos educativos más determinantes en los que se implica la familia, ya que este aprendizaje implica la adquisición de la identidad, el logro de la autonomía y el desarrollo de la capacidad de comunicación con los semejantes. La socialización se hace a partir de las necesidades de comunicación, consideración y estructura. (Familia y sociedad, 2019).

## **6. Descripción Del Problema**

A lo largo del tiempo se ha podido notar un gran aumento de la población adulto mayor en Colombia entendida esta como aquellas personas adultas mayores de sesenta años en adelante, el DANE estimó que para el 2020 hubo 6.808.641 personas de dicha población, siendo el 49% hombres y el 51% mujeres (DANE, 2021), por su puesto esta cantidad ha ido en aumento a lo largo del año. Por otra parte, el documento de la OMS, revelado en Ginebra (Suiza), también estableció que la depresión es 1,5 veces más común entre las mujeres que en los hombres (el tiempo, 2015).

La depresión es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo (EE. UU., 2021). La presencia de este trastorno en adultos mayores presume un problema de salud pública en todo el mundo, dado que acorta su calidad de vida y aumenta la mortalidad en este grupo poblacional, a pesar de que esta es registrada como una patología usual a nivel mundial en la vejez, muchas veces no es tratada ni reconocida como tal, existen diversos factores que ayudan al desarrollo de dicho trastorno.

Dentro de las afectaciones causadas por la depresión durante esta etapa de la vida tenemos varios factores que pueden verse deteriorados en la cotidianidad y en el transcurso de dicha enfermedad, el adulto mayor en medio de su impotencia, frustración y el no encontrar solución a sus pensamientos negativos y actitudes pocos aceptables por la sociedad; involucra ciertas áreas de su vida inconscientemente que afectan su funcionamiento, las cuales se pueden describir de la siguiente manera, primeramente el área del funcionamiento personal la cual describe el desarrollo integral de cada individuo como sus necesidades fisiológicas básicas, las necesidades de seguridad y protección, las necesidades sociales o de afiliación también de amor y pertenencia, las necesidades de autoestima y reconocimiento, necesidades cognitivas, necesidades estéticas y finalmente la necesidad de autorrealización, entendida como el deseo que todos albergamos de convertirnos en aquello que somos capaces de llegar a ser. Maslow (1970) sugiere que todos los individuos tienen una necesidad intrínseca del desarrollo personal que se construye a través de un proceso vital llamado autorrealización.

Dentro de otra de las áreas afectadas por dicha enfermedad también se puede observar el área emocional, en lo cual se puede considerar que la dimensión emocional del ser humano

es el área de la vida en la cual las personas expresan y atienden a las emociones, a los estados de ánimo y, en general, con la experiencia subjetiva de cada persona.

Antiguamente se utilizaba el término como sinónimo de una de las tres funciones mentales principales, siendo las otras dos la cognición y la volición. La volición es la motivación y la capacidad de actuar en función a la lógica. Durante muchos años la psicología defendió que la dimensión afectiva del ser humano no era especialmente importante, y que era mejor centrar la atención en la racionalidad o en la conducta. (Rodríguez, 2018).

Dentro del área que también resulta afectada durante esta etapa es el funcionamiento cognitivo el cual evoluciona a lo largo del ciclo vital, implicando en la vejez declives en la memoria, la capacidad del procesamiento y en algunos aspectos del lenguaje, en especial en la denominación, además de un aumento del riesgo del deterioro cognitivo (González, 2013). Los cambios en los procesos cognitivos pueden llegar a tener un impacto en el funcionamiento en las actividades de la vida diaria y en la toma de decisiones sobre salud, estilos de vida, en el desempeño laboral, el funcionamiento social, el apoyo prestado o recibido y, en general, en la satisfacción con la vida durante el proceso de envejecimiento (Dewey y Prince, 2005).

Otra de las áreas es la del funcionamiento fisiológico la cual comprende principalmente nuestro cuerpo, sus órganos y funciones, mismas que deben estar en calidad óptima que permita el desenvolvimiento del resto de las áreas de la vida con la mayor comodidad y fluidez posible.

El rol del ser humano en el desarrollo de su propia fisiológica consiste, básicamente, en cuidar y mejorar su condición por medio de la preservación de sus órganos, haciendo actividad física regularmente, filtrando la cantidad y calidad de los alimentos que ingiere y

visitando periódicamente a un especialista en salud (médico certificado) que se cerciore de cuál es la condición real del organismo, más allá de lo obvio. (Linares, 2021).

Y por último y no menos importante el área familiar y social la cual es el núcleo del cual surge alguien, así como también la familia que se forma a partir de esa persona (si es que se quiere formar una). Siendo un pilar fundamental, la familia tiene igual relevancia que el resto de las áreas abordadas; especialmente porque involucra la interacción de factores como la comunicación, emociones, sentimientos, genética, entre otros. (Linares, 2021).

Otra de las áreas personales para mejorar es la de las relaciones interpersonales. La interacción social es parte elemental del desarrollo del ser humano, desde la interacción con los padres, pasando por amistades, parejas y hasta la relación con jefes y compañeros de trabajo. Socializar de forma adecuada denota bienestar y salud mental en la persona puesto que esta es una necesidad, crear conexiones con nuestros iguales, especialmente esas conexiones donde el vínculo sentimental tiene un papel protagónico. (Linares, 2021).

Por estas razones se quiere corroborar de qué forma dichas áreas nombradas y definidas anteriormente son afectadas por la depresión en el adulto mayor, sumando a esto se desarrollaran estrategias de apoyo que beneficien y creen cierto grado de estabilidad en el adulto mayor, de manera que sus pensamientos y actitudes negativas puedan regularse y también de esta misma forma que nuestras fuente de información como también lo será el cuidador de dicho adulto mayor pueda aprender e implementar para el apoyo y dichas estrategias se puedan mantener a lo largo del tiempo.

## **7. Formulación del problema**

Por lo expuesto anteriormente resulta de gran interés realizar esta investigación donde se pretende responder el siguiente interrogante: ¿Cómo afecta la depresión en las áreas de funcionamiento del adulto mayor?

## **8. Justificación**

La importancia de esta investigación se basa en conocer las áreas del funcionamiento que se ven afectadas por la depresión y en conjunto ofrecer estrategias que mitiguen las alteraciones de las distintas áreas del funcionamiento en el adulto mayor del Hogar Geriátrico Jardín de Mis Abuelitos, ya que al existir una alteración de estas áreas pueden llegar a tener un impacto en el funcionamiento, en las actividades de la vida diaria, en la toma de decisiones sobre; salud, estilos de vida, en el desempeño laboral, el funcionamiento social, el apoyo prestado o recibido y, en general, en la satisfacción con la vida durante el proceso de envejecimiento, de esta forma mejoramos el conocimiento acerca de cómo se manifiesta dicha enfermedad, como prevenirla y un aporte desde la base de promoción en salud mental. Desde la parte teórica, nuestra investigación incrementara la reflexión, y la discusión sobre el conocimiento de enfermedades mentales, como en este caso la depresión y sobre la relación que tiene esta con la afectación de las áreas de funcionamiento creando conciencia en la implementación e importancia de estrategias educativas, que permitan disminuir o neutralizar las alteraciones de las mismas; teniendo en cuenta que la base de dicha investigación es el incremento de afectaciones por parte de la depresión en las áreas del funcionamiento del adulto mayor; y con base a los resultados que arroja la aplicación de entrevista semiestructurada a nuestras fuentes de apoyo de información como lo será el adulto mayor,

su cuidador, y un profesional relacionado con el área de la salud y que tenga conocimientos previos o experiencias con dicha etapa de vida.

Por consiguiente debemos ser conscientes, que la psicología juega un papel muy importante en esta investigación ya que somos futuros profesionales en salud mental, encargados de estudiar e investigar algunas conductas y discapacidades cognitivas en el ser humano, y decidimos trabajar con una población que está en aumento cada día, y debe generarse una particular atención a este grupo de personas que son los adultos mayores, puesto que son personas frágiles de sufrir cambios físicos y emocionales a consecuencia de su falta de adaptación a su nuevo entorno o nueva etapa de vida ya que esta etapa adulta mayor está ligada a innumerables pérdidas de tipo social; y debido a esto genera o hace que se separen de sus redes de apoyo, y obtengan más desventajas a nivel personal, fisiológico, cognitivo y familiar y así se llegue al incremento de la soledad.

Con respecto al aporte metodológico, la elaboración de esta investigación permitirá indagar elementos relacionados con la depresión en el adulto mayor, ya que la investigación cualitativa es una estrategia que nos ayudará a describir y recopilar información en cuanto a las afectaciones que puede generar en esta población la depresión en su día a día, haciendo una deducción e hincapié en la comprobación de factores como variables personales, cognitivas, de pensamiento, sociales, emocionales y afectivas.

Y finalmente, esta investigación tendrá una implicancia práctica, ya que, a raíz de los resultados, se pretende generar estrategias a diseñar para los cuidadores y profesionales que vayan en pro del bienestar del adulto mayor, ya que dichos profesionales son los que están el diario vivir, en los cuidados personales, cuidados de aseo y son los encargados de ver por el bienestar integral del adulto mayor. Dichas estrategias irán guiadas a propiciar esa empatía y entrega total del cuidador y profesional hacia el adulto mayor afectado por la depresión.

## **9. Objetivo**

### **8.1.Objetivo general**

Describir el impacto de la depresión en las áreas de funcionamiento durante la adultez mayor, por medio de técnicas de recolección de información cualitativa que permitan la construcción de estrategias que mitiguen las alteraciones evidenciadas.

### **8.2.Objetivos específicos**

Analizar las afectaciones con mayor prevalencia en el aspecto personal, cognitivo, fisiológico, familiar y social a través de entrevistas semiestructuradas al adulto mayor, el cuidador y profesional en salud mental, facilitando la comprensión de este fenómeno.

Identificar las repercusiones físicas y emocionales que provoca la depresión durante la adultez mayor por medio de una observación no participante, permitiendo un registro objetivo de lo evidenciado.

Ofrecer estrategias para el mantenimiento y afianzamiento de las redes de apoyo, así como material psicoeducativo sobre la depresión tanto para el adulto mayor como para su cuidador, con el fin de incentivar una mayor calidad de vida.

## **9. Estado del Arte**

En este apartado se presentan los antecedentes de la investigación relacionados con la depresión en el adulto mayor, para ello se tuvieron en cuenta los trabajos de grados y tesis realizadas en el contexto internacional, nacional y local, los cuales se referencian a continuación:

### **9.1. Investigaciones Internacionales**

La siguiente investigación llamada Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgos, realizado por la Universidad de Costa Rica en el 2017, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de depresión en mujeres y hombres mayores de 60 y hasta 103 años en México a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento, usando como muestra total 19558 personas a partir de dos tipos de muestra: a) la primera corresponde a personas entrevistadas en el 2001 o 2003, y a las que se le dio seguimiento, con un total de 14283 individuos; b) la segunda es una muestra adicional obtenida de casos nuevos, la cual constaba de un total de 5275 personas. La metodología utilizada fue de corte tipo expo facto, no experimental, transaccional; a través de un modelo de regresión logística binomial, como resultado se obtuvo que la población entre 60 y 69 años representó el 9%, el 64.6% de la población entrevistada tenía entre 70 y 79 años y el grupo de 80 años y/o más fue el 26.4%; en total, la muestra estuvo integrada por un 44.8% de hombres y 55.1% mujeres. El 98.9% de las personas entrevistadas indicó que tenía más de una dificultad para realizar actividades como usar el excusado, tomar medicamentos y manejar dinero, entre otras. Se encontró que 3920 personas entrevistadas presentaban depresión; es decir, el 74.3% de la población y por último es relevante advertir que el 55.8% de las mujeres y el 44.2% de los hombres reveló estos síntomas, por lo que la situación concuerda con la evidencia empírica que señala mayor prevalencia de depresión en mujeres mayores. Esta investigación llegó a la siguiente conclusión, las personas al llegar a la vejez están expuestas a múltiples factores de riesgo para presentar algún síntoma depresivo en esta etapa de vida. Bajo este tenor, el estudio expuesto evidencia una prevalencia de depresión de 74.3% de los sujetos estudiados. Empero, los factores de riesgo personales,

estructurales, económicos, sociales y de salud analizados en este estudio actúan de forma diferenciada al hablar de hombres y mujeres, ya que elementos como la educación, el estado civil, el nivel de somatización, las limitaciones en la funcionalidad, el trabajo, la ayuda económica, las actividades sociales, los vínculos sociales y la satisfacción con la vida apuntan en diferentes direcciones para explicar este síndrome geriátrico, en algunos casos aumentando la probabilidad, o en otros disminuyendo la latencia de tener depresión. De forma particular, aunque la depresión se ha considerado un asunto individual y privado, la depresión geriátrica representa una importante carga para cada paciente, la familia y las instituciones encargadas de atenderlos. Específicamente, es necesario entender el envejecimiento como fenómeno social que lleve a replantear los objetivos para satisfacer la demanda social de servicios sociales y de salud de las personas adultas mayores. (Valdés, 2017).

En cuanto a un estudio realizado en la Habana, elaborado por la institución Policlínico Docente en el 2008, el cual estaba dirigido a determinar la influencia de los factores biosociales en el estado depresivo de los adultos mayores, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en ancianos de 60 años y más que asistieron, durante el primer cuatrimestre del presente año, a las consultas de psiquiatría del Policlínico “Ana Betancourt”, se usó la Escala de Hamilton para la Depresión, y se diagnosticó un total de 149 ancianos deprimidos, a los cuales se les aplicó una encuesta de valoración biosocial. Se constató que la depresión predominó en ancianos de 60 a 69 años, del sexo femenino, viudos, jubilados y con un bajo nivel de escolaridad. En un 82,6 % la depresión se presenta simultáneamente con otras enfermedades, destacándose las psicósomáticas, así como los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias desde el punto de vista psicopatológico. El 90,6 % señaló como responsables de su depresión acontecimientos vitales que se traducen en pérdidas para los

senescentes. La mayoría de los adultos mayores muestra buenas condiciones de vida, sin embargo, su discreta incorporación a la vida social, así como el insuficiente apoyo sociofamiliar contribuyeron notoriamente a su actual depresión. (Martínez & Chávez, 2008)

Entre otra de las investigaciones se encuentra una realizada en Honduras llamada depresión en adultos de 60 a 75 años en San Lorenzo, Valle en el año 2011, la cual tiene como objetivo calcular la tasa de prevalencia de depresión y algunos factores asociados en población adulta de 60 a 75 años de edad en San Lorenzo, Departamento del Valle, el tipo de estudio que se usó fue descriptivo de corte transversal, la población de estudio estaba distribuida en 4423 casas , en 11 barrios y 11 colonias que conforman la ciudad de San Lorenzo, el tamaño de la muestra fue de 339 casas, el método de muestreo utilizado fue por conglomerado, para el procedimiento se usaron cuatro cuestionarios que fueron: escala de depresión geriátrica de Yesavage, la escala de Katz, la escala de Pfeiffer y el cuestionario de carácter general para información sobre datos demográficos y factores de riesgo, como resultado se observó la prevalencia de depresión que fue 177 (52.5%); Asimismo que en todos los rangos de edad se presentó depresión, también se observó que el ingreso económico de la población fue menos de 2500 lempiras, además los antecedentes personales de depresión positivo (28%) y negativo (72%), las expectativas de vida positiva (68%) y negativas (32%) y el deseo de muerte se presentó en (39%) de las personas estudiadas. (Germán L. Zavala, 2011)

También se obtuvo de la investigación realizada en Chile prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital militar de Santiago, ejecutado por la Universidad de los Andes en el año 2011, como resultado se observó que el rango de edad fue de 60 a 96 años cumplidos, con un promedio de 74,35 años. De los evaluados, un 22,13% obtuvo una prueba de Yesavage positivo

(diagnóstico de depresión), siendo un 28,12% en mujeres y 16,41% en hombres. Según el nivel educacional, no se encontraron resultados positivos en los analfabetos, en los pacientes con nivel educacional básico incompleto fue de 31,58%, en los que cursaron toda la enseñanza básica 37,5%, aquellos con educación media incompleta 30,43%, en educación media completa 14,29%, y en pacientes con estudios técnicos completos 17,39%. El estado civil también es un factor fundamental del ser humano ya que se encontró con mayores síntomas de depresión a aquellos que eran viudos representando un 35,40%, por su parte los solteros o personas separadas representaban un 32%, mientras que los casados representaban un 12,57%. la situación familiar también es importante ya que las personas que vivían solas representaban un 37,8% con problemas depresivos, mientras que aquellos que vivían con su familia o conyugue representaban el 23%.

Al interrogar sobre otros antecedentes personales, el porcentaje que relató consumir alcohol fue 42,98%. Dentro de este grupo la prevalencia de depresión fue de 17,3%, mientras que en los que no ingerían alcohol, la prevalencia fue de 14,5%, esta tuvo como objetivo describir la prevalencia de depresión en la vejez en pacientes que han ingresado en un Servicio de Medicina Interna, se realizó un estudio descriptivo en 131 pacientes mayores de 60 años hospitalizados antes de cumplir 24 horas desde el ingreso al servicio de Medicina Interna del HMS. Cinco estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad de Los Andes entrevistaron a pacientes mayores de 60 años que ingresaron al Servicio de Medicina Interna desde el 2 de junio hasta el 6 de septiembre de 2009. (Mühlenbrock, 2011).

## **9.2. Investigaciones Nacionales**

Se da inicio con una investigación llamada depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor, realizada en el área urbana de Colombia por la Institución Universitaria

Politécnico Grancolombiano en el año 2020, tiene objetivo es indagar acerca de la depresión y el deterioro cognitivo en los adultos mayores, se realizó por medio de un estudio descriptivo de revisión bibliográfica. Se revisaron las siguientes bases de datos: Dialnet, Scielo, Jstor and Redalyc, donde se utilizarán las palabras: depresión, adulto mayor, y deterioro cognitivo, para realizar la búsqueda de los artículos comprendidos entre 2000 y 2015. Como resultado se evidenció, primero que se muestra el vínculo que hay en la depresión y el deterioro cognitivo, evidenciándose los factores de riesgo y factores de apoyo de cada uno, así mismo que la principal causa del deterioro cognitivo es el Alzheimer esta es una de las enfermedades cognitivas primordiales que sufren los adultos mayores, seguido de demencia vascular, demencia con cuerpos de lewy, demencia frontotemporal, como discusión con la revisión de literatura se observó que tanto el trastorno de depresión como el deterioro cognitivo causa una reducción de la calidad de vida de nuestros adultos mayores, y estas dos tienen factores de riesgos similares, por lo cual puede que algunos adultos lleguen a sufrir de las dos. (Guevara, 2020).

Por otra parte, en la investigación análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud, elaborada por la Universidad del Rosario en Bogotá en el año 2012, tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la depresión en adultos mayores según los datos de la encuesta nacional de salud del año 2010, tratándose de una muestra probabilística, por conglomerados, estratificada y polietápica, con una selección aleatoria en cada una de las etapas. Se encuestaron alrededor de 50.000 hogares de zonas urbanas y rurales de 258 municipios, se entrevistaron un total de 17574 adultos mayores. Obtuvo como resultados que la población bajo estudio fueron 17,574 adultos mayores a 59 años, de los que 7.561 (43%) eran hombres y 10.013 (57%) mujeres. Los que respondieron la encuesta de la ENDS 2010 en la población rural y urbana de Colombia. La prevalencia

global de depresión en el grupo analizado fue de 9,5%, con menor prevalencia en hombres 6,9% con relación a las mujeres 11,5%. Se encontró un OR de 1,74 (IC 95% 1,56-1,94) para el sexo femenino, se observó que había una disminución de la prevalencia de depresión relacionada con el aumento del nivel educativo, presentando un menor OR en la educación superior comparado con los que no tenían educación OR= 0.14. El estado civil mostró un aumento de la prevalencia con OR significativo en las personas viudas (OR= 1.36; IC 1.18-1.52). La afiliación al sistema de salud se evidenció una mayor prevalencia de depresión en los que pertenecen al régimen subsidiado OR 1.79 (IC 1.58-2.02) y los no afiliados OR 1.28 (IC 1.01-1.62) con respecto a los que pertenecen al sistema contributivo tendencia que permaneció inclusive al ajustar los OR con otras variables demográficas. En conclusión, se encontró que las mujeres tienden a sufrir con mayor prevalencia depresión en relación con los hombres, también se observa que a mayor nivel educacional menor es la prevalencia de depresión, con respecto al estado civil se apreció un aumento en la prevalencia en las personas que eran viudas (Aldana, 2012,)

Igualmente, en la investigación del análisis de la depresión en el adulto mayor realizada en Chía, realizada por la Universidad de la Sabana en el año 2011, tiene como objetivo determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico de Chía, Cundinamarca y su asociación con la percepción de funcionalidad familiar, usando como muestra a adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía, de ambos sexos y todos los estratos socioeconómicos, procedentes de la misma ciudad, pero algunos son originarios de distintos departamentos. Se tomó la población total de 107 pacientes institucionalizados, a los cuales se les evaluó criterios de inclusión y exclusión, obteniendo finalmente una población para el estudio de 59 pacientes. Se determinó que el género femenino fue mayor con 66.1% y el género masculino

con un 33.9%. Hubo mayor número de pacientes en la edad comprendida entre 81 a 85 años, con 27.1% y menos número de pacientes entre los 71 y 75 años con 3.4%. La edad mínima fue de 60 años. Con la escala de depresión de Yesavage se encontró que el 89.9% de los adultos mayores no presenta depresión, el 8.5% presenta depresión leve y solo el 1.7% presenta depresión establecida. En cuanto al APGAR familiar se encontró que el 57.6% no presenta disfunción familiar, el 20.3% disfunción leve, el 10.2% disfunción moderada y el 10.2% disfunción severa. En conclusión, el presente estudio arrojó datos importantes para la población estudiada tales como detección de deterioros cognitivos desconocidos por la institución donde viven estos adultos mayores, detección de 4 casos de depresión. Dado que solo se encontraron 4 casos de depresión mayor y estos en su mayoría no tenían percepción de disfunción familiar no es posible establecer relación entre depresión y disfunción familiar. (Sánchez, 2011)

Por último, en el estudio realizado en Cartagena titulado Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena, elaborado por la Universidad de Cartagena en el año 2016, tenía como objetivo determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena. Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, la población estuvo conformada por adultos mayores inscritos en los 16 centros de vida de Cartagena, la muestra estimada fue de 398. Se utilizó un muestreo aleatorio por conglomerados. Se aplicó un cuestionario sobre las características sociodemográficas y la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS-15). En sus resultados obtenidos los participantes del estudio tenían edades entre los 70 y 79, el 51.2% eran de sexo masculino y 48.7% de sexo femenino. La prevalencia de depresión fue de 7.7% en los adultos mayores institucionalizados; el 6.7% presentaron depresión leve, el 1% depresión severa y el 92.2%

de los adultos mayores no presentaron depresión. En cuanto al sexo, 51,2% (204) fueron de sexo masculino y 48,7% (194) femenino. El 32,1% (128) estaban casados y 28,1% (112) viudo. Respecto al nivel educativo, en su gran mayoría 44,9% (176) tenían primaria incompleta, 24,3% (97) primaria completa. Pertenecían en su mayoría a estrato 1 el 4,7% (190), seguido del estrato 2 con 45,7% (182) y solo el 6% (24) al estrato 3. En cuanto a la depresión según la escala de Yesavage, la prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados fue de 7.7%, 6.7% (31) de ellos, presentaron depresión leve, el 1% (4) presentaron depresión severa y el 92.2% (367) no presentaron depresión. Como conclusiones se encontró una baja prevalencia de depresión en los adultos mayores en los centros de vida de Cartagena. La población que presenta un mayor porcentaje de depresión es la femenina y el grupo de edad más afectado es el de 70 -79 años. La depresión es más frecuente en los adultos mayores separados y viudos; los que han cursado primaria incompleta y los que se encuentran en los estratos más bajos: nivel 1 y 2; y quienes estaban desempleados presentaron mayor prevalencia de depresión. (López, 2016).

### **9.3. Antecedentes Locales**

Continuando ahora con las investigaciones locales se encontró en Cúcuta, Norte de Santander un estudio titulado evaluación del bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en Cúcuta, ejecutado por la Universidad Internacional de la Rioja en el año 2019, tiene como objetivo tuvo establecer el nivel de bienestar mental subjetivo reportado por adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta, así como establecer la existencia de diferencias significativas entre las dimensiones que componen el modelo PERMA del bienestar mental subjetivo (emociones positivas, compromiso e involucramiento, relaciones, propósito y significado y sentido de logro), la población que se

usó está representada por el conjunto de adultos mayores institucionalizados en asilos de ancianos de la ciudad de Cúcuta, conformada por cinco instituciones con un aproximado de 250 sujetos, en cuanto a la selección de la muestra y determinación de su tamaño adecuado, se aplicó el muestreo aleatorio simple (MAS), para poblaciones finitas. Se manejó un nivel de confianza del 95% y un tamaño de error no mayor al 5%. Los instrumentos de recolección de información que usaron fue el modelo adaptado el Perfil PERMA de Butler y Kem, el cual mide los cinco pilares del bienestar definidos por Seligman. Como conclusión el nivel de bienestar autorreportado por los adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Cúcuta es medio, pues se ubica alrededor de los 70 puntos, es coherente afirmar que el estado de bienestar autorreportado sea afectado según las condiciones físicas y emocionales vividas en la cotidianidad, especialmente en lo que se refiere al lugar de habitación y la interacción social mantenida con los familiares, compañeros y personal de los centros e instituciones de cuidado al adulto mayor, la prueba piloto permitió ratificar la validez y la estructura de la escala adoptada, pues sus índices de consistencia interna fueron satisfactorios y se necesitó la adaptación de pocos ítems, por otro lado la edad resultó ser un factor determinante en la percepción del bienestar de los adultos mayores institucionalizados. Otro factor definitorio estuvo representado por la condición laboral de los adultos mayores, el hecho de mantener una relación laboral, en efecto, incide en su percepción de bienestar integral. (Hernández, 2019).

Por otro lado se encuentra la investigación realizada por la Universidad Autónoma de Bucaramanga en el año 2014, se titula funciones ejecutivas en adultos mayores con depresión de la ciudad de Cúcuta, tiene como objetivo caracterizar el desempeño en pruebas de funciones ejecutivas en personas de la tercera edad con diagnóstico de depresión a través de un enfoque neuropsicológico a fin de ampliar el conocimiento, la población con la cual se

trabajó fueron residentes en la comunidad Madre Teresa de Calcuta hogar Nazaret de la ciudad de Cúcuta, esta investigación es descriptiva de corte transversal en la que participaron 6 adultos mayores con depresión que fueron divididos en dos grupos teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial, así el primer grupo se denominó con distimia y el segundo grupo con depresión mayor los resultados se obtuvieron mediante la aplicación de tres pruebas los cuales fueron; la prueba de clasificación de las tarjetas de Wisconsin (WCST), la prueba Viso espacial de la torre de Hanói y una prueba de fluidez verbal fonológica de letra inicial, los resultados que se obtuvieron indican que no existe evidencia estadísticamente significativa que pueda relacionar el tiempo con diagnóstico de depresión como factor predisponente del desempeño en pruebas de funciones ejecutivas (Álvarez, 2014).

Por último, la investigación elaborada por la Universidad Simón Bolívar en el año 2018 titulada factores asociadas a la depresión en el adulto mayor desarrollada en la Ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, tiene como objetivo analizar los factores que inciden en la depresión del adulto mayor, el material y el método que se usó fue el estudio de revisión documental sobre factores que inciden en la depresión en adultos mayores, los investigadores realizaron una búsqueda de 50 artículos, eligiendo una muestra de 20 artículos científicos en base de datos, las cuales fueron ScienceDirect, Proquest, Scielo, Redalyc y Organización Panamericana de la Salud (OPS), estas debían cumplir con criterios de inclusión que fueran artículos científicos a nivel nacional e internacional publicados durante el período 2012-2018; y que coincidieran con los objetivos del estudio, como resultado se vio reflejado que el bienestar subjetivo funcionalidad familiar y calidad de vida pareciera que serían los factores que más inciden en los niveles de depresión en estos sujetos, así como la depresión

es determinada por factores genéticos, dietéticos, psico sociales y económicos. (Molina, 2018).

## **10. Marco Teórico**

### **10.1. Adulto Mayor.**

Adulto mayor es un término reciente asignado a las personas que tienen más de 60 años. Estas también pueden ser llamadas de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida) (Associés, 2020).

(Salazar, 2014) En su artículo titulado: Análisis del concepto de envejecimiento referencian lo siguiente:

La vejez es un fenómeno que se presenta de manera progresiva desde el mismo momento que se nace hasta la muerte. Sin embargo, para muchas personas depende del contexto de su entorno familiar este ciclo natural orgánico es difícil de asimilar como una realidad innata (López, 2006).

A medida que ha avanzado la tecnología el mundo ha experimentado una transformación terrestre donde se estima que para el 2050 el número de personas de más de 60 años aumentará de 600 millones a 2000 millones, entendiéndose que las personas de 60 años o más se dupliquen. Todo esto dependerá de la calidad de vida y de las diferentes enfermedades que con la evolución celular se produzcan; en este caso se puede tomar como referencia la última enfermedad que ha afectado a nivel mundial que ha sido el covid-19 donde justamente las personas de más de 60 años fueron las más afectadas subiendo la tasa de mortalidad en este rango.

## **10.2. Depresión en el Adulto Mayor.**

(Calderon, 2018) En el artículo titulado; epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Menciona lo siguiente:

La depresión es un proceso multifactorial y se ha demostrado asociación con la falta de apoyo de la red social. En Tailandia sólo 38% de personas mayores de 80 años con depresión, tenía buena red social (Calderon, 2018).

En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Varios factores anatómicos tratan de explicar la depresión, entre ellos el tamaño diferente de hipocampo, para hipocampo, amígdala y corteza prefrontal (Calderon, 2018).

### **DSM 5. Depresión Mayor**

La depresión puede acoger muchas formas. Lo que se distingue son los síntomas y las situaciones asociadas a cada una, así como la duración y severidad de los síntomas. Sin embargo, a menudo no es clara la distinción entre los tipos de depresión. Frecuentemente comparten muchas características. También es posible tener más de un tipo de trastorno del estado de ánimo.

Para determinar el mejor tratamiento de sus síntomas y circunstancias particulares, el DSM- 5 clasifica la depresión de la siguiente manera:

#### **Episodio de depresión mayor.**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

**Nota:** No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a una afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p.ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado).
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicómotores casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

El PHQ-9 evalúa la presencia de los nueve síntomas especificados en la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), durante al menos un periodo de 2 semanas, los cuales son: estado de ánimo deprimido, anhedonia, problemas

de sueño, cansancio o fatiga, cambios en el apetito o el peso, sentimientos de culpa o inutilidad, dificultad para concentrarse, lentitud o inquietud, e ideación suicida.

Con respecto a los criterios del DSM-5 como se mencionaba anteriormente para el diagnóstico del trastorno depresivo mayor se define como la presencia de cinco (o más) de los siguientes 9 síntomas durante un período no menor de 2 semanas durante la mayor parte del tiempo: estado de ánimo depresivo, disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida o aumento importante de peso, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento en la psicomotricidad, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa de forma excesiva, disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, pensamientos frecuentes de muerte o ideación suicida; es importante tener en cuenta que para establecer el diagnóstico uno de los síntomas necesariamente debe ser estado de ánimo depresivo o la anhedonia.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), para el diagnóstico definitivo del episodio depresivo leve, requiere 2 de estos 3 síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar (anhedonia), y aumento de la fatigabilidad, además de al menos uno de los siguientes síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentirse inferior, ideas de culpa, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, agitación, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

### **10.3. Epidemiología de la Depresión**

La depresión se ha hecho una patología bastante común en la población actualmente, 1 de cada 4 personas tiene esta afectación o del tipo psiquiatra. La prevalencia que se encontró en Brasil, Europa y Estados Unidos es del 15%, ya que este grupo de personas ha experimentado depresión mayor en alguna instancia de su vida. En Estados Unidos se reporta

que alrededor de 1 de cada 5 adultos mayores de 18 años presentaron sintomatología asociada con el trastorno depresivo en el 2019. En un estudio en Estado Unidos realizado por el Instituto Nacional de salud mental, alrededor de 17.3 millones de personas adultas han tenido un episodio de depresión mayor, en el año 2017, por lo que el porcentaje representativo de ello es 7.1% de la población, siendo el 13.1% de edades entre 18 y 25 años. En latino américa, la depresión en algunos países está en los primeros lugares como lo es en México, donde el 9.2% de los mexicanos han sufrido este trastorno afectivo en alguna instancia de su vida. Otros países como Chile, Colombia, tienen una situación muy similar a la de México. La OMS en el año 2016 estima que de las personas que llegan a la emergencia de un hospital, una de cada cinco se ve afectada por la depresión y ansiedad.

Si consideramos el trastorno bipolar que es un derivado de la depresión, se sabe que primero la persona ha pasado por un episodio de depresión y al pasar el tiempo comienza a tener episodios del trastorno bipolar. También en un estudio nos revela que el 22% de los pacientes logra reconocer que ha tenido algún episodio de hipomanía y que el 82% reconocía sus episodios de depresión. Una revisión de estudios epidemiológicos realizados en países de la Unión Europea basados en criterios DSM III- R, DSM-IV o CIE-10 reveló que la tasa de prevalencia anual del TB tipo I o/y tipo II ascendía al 1,1% (10). La prevalencia del trastorno bipolar en personas mayores a 65 años en la población, se hace una estimación del 0.1% al 1%. Si evalúa en adultos mayores 27 que viven en asilos de ancianos ésta aumenta en un 10%, el 5% a 15% de estas personas constituyen internaciones psiquiátricas. Goodwin y Jamison concentran datos de diez estudios realizados a 1.304 pacientes y encuentran la mayor frecuencia de presentación entre los 20 y 30 años de vida, con un pico menor en la adolescencia.

#### **10.4. Impacto de la Depresión del Adulto Mayor**

En el adulto mayor se empeora con la presencia de depresión las comorbilidades, en esta etapa suele aumentar la atención de salud, crece la incapacidad, descenso de la calidad de vida, se ve en aumento el consumo de medicamentos, así como aumenta de forma considerable el riesgo de muerte principalmente en trastornos depresivos mayores, el gasto que supone un adulto mayor con depresión en salud aumenta de forma significativa debido a que surgen dificultades con enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión e insuficiencia cardíaca, este se vuelve un beneficiario frecuente de los servicios de salud y teniendo en que las citas médicas en pacientes con depresión crecen.

**Comorbilidad y mortalidad.** La comorbilidad que se presenta en los adultos mayores con depresión en enfermedades crónicas como la artritis y la diabetes, se evidencia una notable mejoría con antidepresivos y psicoterapias tanto en el estado funcional, calidad de vida y estado afectivo.

Es importante tener en cuenta un manejo integral sobre las enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor con depresión; ya que este debe contener intervenciones sobre los componentes psicológicos y sus estilos de vida.

En el caso de una rehabilitación cerebro vascular el proceso se nota obstaculizado debido a los síntomas neuro-psiquiátricos, uno de ellos es la depresión, la cual produce deterioro a nivel de vida, institucionalización y presumen una carga monetaria y emocional a la familia.

La depresión agrupado con la mortalidad a largo plazo va a pender de la detección temprana; supone un pronóstico favorable los pacientes con depresión divisada a tiempo, es

fundamental hallar los síntomas depresivos en cada uno de los usuarios que se encuentren hospitalizados.

### **10.5. Trastornos Psiquiátricos**

Un factor de riesgo importante para demencia es la depresión, sin embargo, no se determina si es casual, cuando la depresión aparece de manera tardía suele vincularse con un deterioro cognitivo, supone ser más dura y altera especialmente la cognición (memoria, fluidez oral y destrezas visoespacial) a diferencia de la depresión anticipada.

Uno de los factores de riesgo ligado a el aumento de la comorbilidad psiquiátrica, tanto para la ansiedad y trastornos de personalidad, son el uso continuo de alcohol y drogas, no obstante, una investigación realizada en USA demostró que el consumo de sustancias en un período de 12 meses y de toda la vida, existe la prevalencia de trastornos del humor y ansiedad, sin embargo, fue menor la prevalencia en los adulto mayores de 65 años de edad, en contraste a los grupos de edad más jóvenes. En los tratamientos que se utilizan en los trastornos neuropsiquiátricos de tipo farmacológico en los adultos mayores, usualmente se prescriben una mezcla de antidepresivos con benzodiazepinas de forma automática, es importante contar con los riesgos de realizar este tipo de combinación.

### **10.6. Suicidio**

El factor de riesgo que se presenta con frecuencia para el suicidio es el trastorno depresivo mayor y el trastorno por uso de sustancias, además también se determinó que existe un riesgo considerable en los trastornos de ansiedad, trastorno psicótico, trastorno distímico y trastorno depresivo menor, el cual se presenta usualmente en adultos mayores de 75 años de edad.

Continuando con lo anterior es de suma importancia la detección temprana, exploración e intervención, por medio de la atención primaria, debido a que permite la posibilidad de abordar al adulto mayor que probablemente presente intento de suicidio, esto puede ayudar a disminuir a estos los índices de ideas o actos suicidas.

Es fundamental implementar diversas herramientas para afrontar la problemática, ya que los índices de suicidios se observan más elevados en los adultos mayores, es necesario optimizar la resiliencia y el envejecimiento positivo, crear una sólida red de apoyo con sus familiares, difundir por los distintos medios de comunicación para tener un alcance más profundo en los adultos mayores que estén en riesgo y optimizar el conocimientos del personal médico sobre el suicidio en el adulto mayor.

### **10.7. Áreas de Funcionamiento Afectadas por la Depresión en el Adulto Mayor**

Algunas personas creen equivocadamente que la depresión es una parte natural del envejecimiento. La depresión no es inevitable al avanzar la edad. Pero muchos factores de la vida que vienen con la edad, incluyendo más problemas de salud, estrés económico y la muerte de familiares y amigos pueden aumentar el riesgo de depresión. Un porcentaje considerable de adultos mayores hombres y mujeres de 65 años de edad o más presentan depresión. (Intersistemas, 2001).

A partir de lo anterior se procede a especificar de qué manera y en qué áreas del funcionamiento y de la vida del adulto mayor afecta esta enfermedad como lo es su área personal, cognitiva, emocional, fisiológica y familiar-social.

**Área del funcionamiento personal.** Según (Maslow., 1995) todo ser humano tiene una jerarquía de cinco necesidades básicas, a saber; fisiológicas, sociales, de seguridad,

estima y autorrealización las que deben ser satisfechas para lograr un adecuado desarrollo y crecimiento personal.

Considerando lo antes expuesto por Maslow la vida ocupa un lugar especial en la existencia de cada ser humano es por ello que se hace importante a la hora de envejecer el principal problema que se puede observar en las personas de edad avanzada es que al ocurrir cambios de manera física también ocurrirán en mundo exterior, por ejemplo, cambios de roles (padres-abuelos) jerarquización laboral (jubilación o incapacitación), cambios de estado civil entre otros.

(Sartre, 2003) Dice “que el hombre no es más que su proyecto. No existe más que en la medida que se realice. No es más que el conjunto de sus actos, nada más que su vida. El hombre no es nada más que lo que hace, y el hombre será lo que haya proyectado ser”.

**Área del funcionamiento cognitiva.** Dentro de esta área se encuentra involucrado el crecimiento y formación lo cual tienen que ver con el desarrollo integral del ser humano y la capacidad cognitiva que tiene como persona capaz de ir adaptándose y madurando de acuerdo con las distintas etapas del ciclo vital, en el contexto de los valores universales de la vida, para tener la fortaleza de afrontar y poder dar solución a los acontecimientos de la vida diaria (Avaria, 2001).

Dentro de esta área también podemos encontrar la adquisición y capacitación de habilidades para vivir en el mundo junto con las demás personas y con la posibilidad de adquirir recursos operacionales que le permitan a la misma realizar lo que ella quiera vivir. Este requiere de la creación de espacios de acción donde se puedan ejercitar las habilidades que se desee desarrollar (Avaria, 2001).

**Cambios psicológicos y cognitivos:** La predisposición a la tristeza, la melancolía y a la depresión son también aspectos relacionados con la vejez, estos bien pueden estar

relacionados con los aspectos físicos debido a la pérdida de autonomía y a los aspectos sociales (Jubilación, pérdida de seres queridos, miedo a la enfermedad y a la muerte, etc.) y como consecuencia se produce un mayor aislamiento social (Núñez, 2005).

**Área del funcionamiento emocional.** El ser humano debe ser capaz de ponerle inteligencia a sus emociones, o, dicho de otra manera, ser capaz de reaccionar emocionalmente con inteligencia.

En este sentido se hace necesario conocer las propias emociones y sentimientos, aprender a manejarlas, ser capaz de automatizarse, de reconocer emociones y sentimientos en los demás y establecer relaciones satisfactorias con las demás personas.

Entre estas cabe destacar: autocontrol, capacidad de perseverar, postergación de gratificación inmediata, voluntad, respeto, confianza, tolerancia a la frustración, regulación de las emociones, desarrollo de algunas virtudes, como la cortesía, buena disposición y prudencia; capacidad de motivarse y abrigar esperanzas. (Avaria, 2001).

**Área del funcionamiento fisiológica.** El rol del ser humano en el desarrollo de su propia fisiológica consiste, básicamente, en cuidar y mejorar su condición por medio de la preservación de sus órganos, haciendo actividad física regularmente, filtrando la cantidad y calidad de los alimentos que ingiere y visitando periódicamente a un especialista en salud (médico certificado) que se cerciore de cuál es la condición real del organismo, más allá de lo obvio. (Linares, 2021).

***Cambios físicos y fisiológicos en el adulto mayor:*** se produce un deterioro del sistema nervioso provocando lentitud de movimiento y pérdida de actos reflejos, aumenta la posibilidad de manifestar enfermedades que afectan a los distintos sistemas del organismo como son las cardiovasculares (infartos. ACV, arterioesclerosis, etc.), respiratorios (atrofia de mucosa que afecta a la nariz, faringe y laringe, disminuye la elasticidad pulmonar,

infecciones respiratorias graves como la neumonía, etc.), digestivos (disminución del sentido del gusto, del reflejo de tragar y de los movimientos automáticos que pasan a ser más lentos, etc.), musculoesqueléticos (disminuye el tamaño y densidad de los huesos, las articulaciones reducen el rango de movimiento, a nivel muscular se produce una disminución del tono y de la capacidad elástica de las unidades del músculo- tendinosas, etc.), el sistema inmunológico se debilita, se producen déficit sensoriales (de vista y oído). Sistema urinario (los riñones reducen eficacia para eliminar los desechos y los medicamentos, así mismo, aumenta la posibilidad de incontinencia urinaria, etc.) (González Bernal, 2014).

**Área del funcionamiento familiar-social.** La (Organización Mundial de la Salud, 2012), menciona al funcionamiento familiar como la capacidad de cumplir con sus funciones esenciales enfrentando y superando cada una de las etapas del ciclo vital, las crisis por las que atraviesa, dando lugar a patrones que permiten ver dinámica interna en función del medio en que ella se desenvuelve. De acuerdo con ello una familia funcional es aquella que cumple con las tareas socialmente encomendadas, atendiendo al ciclo vital en el que se encuentre y a las demandas del contexto en el que se integra. El funcionamiento de la familia se convierte en un factor determinante en la salud física y emocional de quienes la integran.

Las habilidades sociales aluden al concepto de cultivar y desarrollar ciertas capacidades que contribuyen al grado de eficacia con que las personas se relacionan entre sí. Las creencias de estas habilidades hacen que las personas interactúen con los otros de manera deficiente lo que a la larga conduce a una ineptitud en el mundo de lo social y también en los conflictos interpersonales recurrentes. Las habilidades sociales le permiten a la persona dar forma a un encuentro, a movilizar o ser modelo para otros, a profundizar en las relaciones íntimas, a persuadir e influir y tranquilizar a los demás. Entre estas cabe destacar:

sociabilidad, comunicación efectiva, asertividad, negociación de soluciones y empatía. (Avaria, 2001).

Teniendo en cuenta que estas áreas las cuales nos constituyen como seres humanos y nos hacen ser seres integrales, se decidió determinar unas subcategorías como por ejemplo dentro de área personal, la subcategoría de autoconcepto, en el área emocional la subcategoría de inestabilidad emocional, dentro del área cognitiva se desarrollara la subcategoría de pensamientos negativos, concentración y memoria, en cuanto al el área fisiológica, la subcategoría de salud, y por último el área a evaluar y analizar, el área familiar y social, con la subcategoría de redes de apoyo. A continuación surgen las definiciones y conceptos de dichas categorías:

*Autoconcepto:* (Gonzalez, 1999) refiere que el autoconcepto son esos aspectos cognitivos o de conocimiento. Definiéndolo como creencias que el sujeto tiene de él mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona (corporal, psicológico, emocional, social, etc.)

Por consiguientes se evaluara y analizara si dentro de esta área o subcategoría la depresión ha hecho alguna significativa repercusión o afectación, teniendo en cuenta que este aspecto de nuestra vida es netamente relevante, para nuestro bienestar, nuestra estabilidad, y nuestro día a día.

*Inestabilidad emocional:* (Crespo, 2011) Es una alteración de la efectividad que aparece en numerosos trastornos del comportamiento, formando parte de los criterios diagnósticos que definen el cuadro patológico.

Siendo esta alteración uno de los componentes a evaluar y analizar en cuanto a la información que será brindada por los participantes que harán parte de esta investigación, lo cual permitirá evidenciar si existe o no alguna alteración en cuanto a esta área.

*Concentración y memoria:* (Fuenmayor, 2006) refiere que estos componentes juegan un papel importante en la comprensión textual, por cuanto a través de ellos el individuo logra decodificar los significados intrínsecos en un texto y la comprensión textual y la comprensión consistente, precisamente, en el reconocimiento de esos significados, mediante la relación entre información actual y el conocimiento previo adquirido por el individuo.

*Pensamientos negativos:* (Kay, 1985) este autor nos refiere los pensamientos negativos tienen contenido catastrófico, absolutista, no acertado, auto derrotista, y generalmente irrealista, lo cual significa que estos pensamientos van a tener consecuencias autodestructivas que involucren de forma importante y significativa la supervivencia y felicidad del individuo.

*Salud:* (Terris, 1975) enfatizó en esta dimensión como un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad. La salud no implica estar exento de enfermedades o incapacidades, esto va un poco más allá de lo físico, como una condición de estabilidad funcional, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social.

*Redes de apoyo:* (Hobfoll, 1988) mencionan que las redes de apoyo son esas interacciones que tiene el ser humano las cuales pueden ser de carácter social o familiar, que ofrecen a los mismos, asistencia real o un sentimiento de alguna conexión emocional con alguien que se percibe como querido o amado.

Los múltiples factores de riesgo de la depresión se deben a que esta puede desarrollarse por diversas razones, todos y cada uno de estos factores que afectan directa o indirectamente al individuo, a continuación, algunos de los factores de riesgos:

### **10.8. Deterioro Funcional**

La funcionalidad en el quehacer diario del adulto mayor es fundamental para determinar si esta persona tiene o no depresión. Así como lo exponen unos investigadores en Turquía sobre un estudio en una población de 900 personas de 60 años en la que explican que la depresión aumenta de acuerdo con las disminuciones de las actividades en la vida diaria, además a esto hay que atribuirle la disminución de la calidad de vida. (Unsar & Dindar. 2015). Es por ello por lo que el adulto mayor se hace mucho más frágil cuando psicológicamente no está preparado para estos cambios entendiéndose que de manera física tiene pérdida de energía, de fuerza muscular, pérdidas intermitentes de memoria y hasta intolerancia al ejercicio.

### **10.9. Deterioro Cognitivo**

Para el deterioro cognitivo de las personas de edad avanzada existen diferentes investigaciones donde se presume que la depresión aumenta de acuerdo con la pérdida de memoria o a la demencia que pueda tener estos pacientes. Un estudio en 154 adultos mayores con deterioro cognitivo arrojó más relaciones entre la depresión y el Alzheimer que con otros tipos de demencia (Barca, Engedal, Laks & Selbaek. 2012).

Todo esto tiene lógica ya que el ser humano guarda recuerdos importantes que hacen que el mismo pueda desenvolverse en los diferentes ambientes tanto laborales como familiares, y al no tener estos recordatorios de manera organizada; es allí, donde la persona entra en depresión y se deprime ya que además de los problemas de memoria centra su atención en una baja autoestima teniendo dificultad en la integración social.

La relación causa-efecto entre depresión y demencia es muchas veces difícil de establecer, además, se ha observado que la depresión en el adulto mayor puede preceder a la demencia (Mirza, Wolters, Swanson, et al. 2016). Un estudio realizado en 195 adultos mayores con deterioro cognitivo encontró más relación entre depresión y Alzheimer que con

otros tipos de demencia (Barca, Engedal, Laks & Selbaek. 2012). Una revisión sobre la relación entre cognición y depresión encontró que la dificultad de integración social en la depresión mayor puede deberse, en parte, a la dificultad de interpretar los estímulos en la demencia (Weightman, Aire & Baune. 2014).

### **10.10. Insomnio**

Así como en el deterioro cognitivo, el trastorno del insomnio también está relacionado con la depresión ya que de algún modo puede verse como un factor o como un efecto de este. Entendiendo que este trastorno viene acompañado de otras enfermedades crónicas como la ansiedad, pánico entre otras.

Un estudio en tres ciudades de Francia en 3 824 adultos mayores concluyó que los síntomas del insomnio y el uso de medicación aumentan el riesgo de depresión (Jaussent, Bouyer, Ancelin, et al. 2011). Tomando en cuenta el anterior estudio es de saberse que el uso de medicamentos aumenta cualquier tipo de patología mental entre ella la depresión, es por ello que se recomienda no solo para el adulto mayor si no para cualquier persona que desde la niñez se establezcan hábitos de sueño; de esta manera, cuando el individuo llegue a una edad avanzada el cuerpo se acostumbrara a un buen habito de descanso tanto mental como físico disminuyendo la depresión.

### **10.11. Social**

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida (Hawton, Green, Dickens, et al. 2011). En China se encontró una prevalencia de 36,94% en ancianos abandonados de zonas rurales (He, Xie, Zhou, Zhong, Qin, & Ding 2016).

Un estudio prospectivo a 6 años con 1991 adultos mayores encontró fuerte asociación entre dolor generalizado y depresión, con reducción de la participación social (Wilkie, Blagojevic, Belcher, Chew- Graham, Lacey, McBeth. 2016). También se ha demostrado que la depresión mayor, bajos ingresos económicos, enfermedades crónicas y dependencia influyen en la ideación suicida (Xu, Qin, Wang, et al. 2016). En Brasil, un estudio transversal en 1 012 personas mayores de 60 años encontró menor frecuencia de depresión en personas con indicadores de envejecimiento activo, como tener amigos, trabajo y hábito de leer (Galli, Hideyuki, Bruscato, Horta, Pattussi. 2016).

### **10.12. Hogar Geriátrico**

El envejecimiento en Colombia y en el resto del mundo, es un factor muy importante en el cual interviene en el ser humano una nueva etapa de vida, ya que son los últimos años, y las personas mayores se convierten en una población vulnerable debido a una serie de afecciones que influyen a nivel individual y social, en la salud física y mental. Como hay muchos ancianos actualmente esto implica que las personas tengan la necesidad de internar a sus padres en los hogares geriátricos o ellos mismos optan por ser incluidos en esa comunidad, debido a las mismas afectaciones que empiezan a manifestarse a causa de la vejez, por esta razón sufren algunos cambios cognitivos, emocionales y enfermedades mentales por lo cual muchos de ellos no se pueden valer por sí solos.

Gerontología Social: Rama de la gerontología que se encarga del estudio entre las relaciones recíprocas que hay entre el individuo y la sociedad.

Geriatría: Rama de la gerontología y medicina que trata de salud y enfermedad de las personas de edad avanzada en todos sus aspectos preventivos, clínicos, rehabilitación y vigilancia continúa.

La Gerontología es un campo que está cobrando especial relevancia en los últimos años debido a los cambios demográficos generados por el envejecimiento de la población. El término de Gerontología lo acuñó por primera vez Metchnikof (1903), “como la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y de las personas en particular desde todos los aspectos: biológico, psicológico y socio tanto económico como cultural. (Filardo, 2011, p 204). (Sastre, 2016).

La gerontología es la ciencia que se encarga del estudio de la vejez y también tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, es por esto que tiene mucha relación con el modelo centrado en la persona ya que este modelo, pretende identificar las fortalezas, debilidades, habilidades y cuáles son las necesidades del adulto mayor, para mejorar su calidad de vida.

La Atención Centrada en la Persona es un modelo de atención que atribuye que las personas mayores son seres humanos que merecen ser tratadas de igual manera, consideración y respeto que cualquier persona.

La organización Mundial de la Salud enfatiza esta dimensión subjetiva del concepto Calidad de Vida definiéndolo como «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno». (Rodríguez, 2011).

## 11. Marco Legal

En este apartado normativo se establecen las leyes, decretos y/o resoluciones vigentes en Colombia que resumen las principales miramientos legales que es necesario tener en cuenta para la ejecución de la investigación.

### 11.1. Normativa De La Psicología

Dentro de esta sección se incluye:

**Ley 1090 De 2006 - De La Profesión De Psicología.** Esta ley reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioética y otras disposiciones (Congreso de la República, 2006)

**Artículo 1. Definición.** La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida (Congreso de la República, 2006).

**Artículo 2. De los principios generales.** Los psicólogos que ejerzan su profesión en Colombia se regirán por los siguientes principios universales:

**Confidencialidad.** Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

### **11.2. Bienestar del Usuario**

Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos. Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación.

### **11.3. Evaluación de Técnicas**

En el desarrollo, publicación y utilización de los instrumentos de evaluación, los psicólogos se esforzarán por promover el bienestar y los mejores intereses del cliente. Evitarán el uso indebido de los resultados de la evaluación. Respetarán el derecho de los usuarios de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones. Se esforzará por mantener la seguridad de las pruebas y de otras técnicas

de evaluación dentro de los límites de los mandatos legales. Harán lo posible para garantizar por parte de otros el uso debido de las técnicas de evaluación.

**Artículo 3. Del ejercicio profesional del Psicólogo.** Diseño, ejecución y dirección de investigación científica, disciplinaria o interdisciplinaria, destinada al desarrollo, generación o aplicación del conocimiento que contribuya a la comprensión y aplicación de su objeto de estudio y a la implementación de su quehacer profesional, desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales.

Diseño, ejecución, dirección y control de programas de diagnóstico, evaluación e intervención psicológica en las distintas áreas de la Psicología aplicada.

**Artículo 25.** La información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad, excepto en los siguientes casos:

Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado. Este último, sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe psicológico consiguiente. El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido de este, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas o entidades;

Cuando las autoridades legales lo soliciten, sólo en aquellos casos previstos por la ley, la información que se suministre será estrictamente la necesaria;

Cuando el cliente se encuentre en incapacidad física o mental demostrada que le imposibilite para recibir sus resultados o dar su consentimiento informado. En tal caso, se

tomarán los cuidados necesarios para proteger los derechos de estos últimos. La información solo se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma;

**Artículo 49.** Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización (Congreso de la República, 2006).

**Artículo 50.** Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes (Congreso de la República, 2006).

**Artículo 30.** Los registros de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas en medios escritos, electromagnéticos o de cualquier otro medio de almacenamiento digital o electrónico, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

#### **11.4. Ley 1616 De 2013 De Salud Mental**

Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones (Congreso de Colombia, 2013).

**Artículo 1. Objeto.** El objeto de la presente leyes garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la

Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

**Artículo 3. Salud mental.** La salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales.

El marco principal de la Ley 1251 de 2008, (Colombia C. d., Ley 1251, 2008) es la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, su objeto es proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, así como orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez. Por medio de la Ley 1276 de 2009 (Colombia C. d., Ley 1276, 2009), se adopta y se reglamenta, la estampilla para el bienestar del adulto mayor, esta ley modificó la ley 687 de 2001 y autorizo a las asambleas Departamentales y a los Consejos Municipales para emitir una estampilla, denominada, “Estampilla para el bienestar del adulto mayor, como recurso obligatorio recaudo para contribuir a la construcción, instalación, adecuación, dotación y funcionamiento y desarrollo de programas de prevención de los centros de Bienestar del anciano y Centros de vida para la tercera edad. Realmente el avance de esta ley hasta el momento no ha sido

muy eficaz, ya que aún existen muchos sitios encargados de cuidar al adulto mayor que no cumplen con lo establecido por la normatividad.

### **11.5. Ley 1251 27 de Noviembre 2008**

“Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”

**Artículo 6 derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.** Los Estados adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población. Los Estados tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2022).

**Artículo 22 derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte.** La persona mayor tiene derecho a la recreación, la actividad física, el esparcimiento y el deporte.

Los Estados promoverán el desarrollo de servicios y programas de recreación, incluido el turismo, así como actividades de esparcimiento y deportivas que tengan en cuenta los intereses y las necesidades de la persona mayor, en particular de aquella que recibe servicios de cuidado a largo plazo, con el objeto de mejorar su salud y calidad de vida en todas sus dimensiones y promover su autorrealización, independencia, autonomía e inclusión

en la comunidad. La persona mayor podrá participar en el establecimiento, gestión y evaluación de dichos servicios, programas o actividades. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2022)

**Artículo 25 derecho a un medio ambiente sano.** La persona mayor tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos, a tal fin los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho, entre ellas; fomentar el desarrollo pleno de la persona mayor en armonía con la naturaleza y garantizar el acceso de la persona mayor en condiciones de igualdad a servicios públicos básicos de agua potable y saneamiento, entre otros. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2022)

#### **11.6. Planes de Desarrollo para el Adulto Mayor de la Ciudad de Cúcuta**

El instituto municipal para la recreación y deportes, tiene es sus objetivo el aprovechamiento del tiempo libre; con su programa para personas mayores donde se ejecuta en las instalaciones donde se reúnen las asociaciones de adultos mayores o en la cancha más cerca, está a cargo de los licenciados en Educación Física y monitores del *Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte*; basándose principalmente en promover y mantener el bienestar físico, social y mental de todos los adultos mayores pertenecientes a las asociaciones de las diferentes comunas de Cúcuta vinculadas al IMRD. (Instituto municipal para la recreación y deporte, s.f.)

Dicho instituto tiene como objetivo general brindar a la población Adulto Mayor del Municipio de San José de Cúcuta alternativas de disfrute pleno del tiempo libre y rescatar la importancia de adoptar hábitos de vida saludable para alcanzar un envejecimiento activo y

satisfactorio y sus objetivos específicos son la realización de actividades recreativas y deportivas, que ayudan a un envejecimiento activo, promover y mantener la calidad de vida de los adultos mayores con actividades recreativas, motivar la práctica de actividad física, también contribuyen al aprovechamiento del tiempo libre, con la realización de las actividades establecidas en el programa de adulto mayor, fomentar la comunicación, la amistad y las relaciones interpersonales y por último la realización de las olimpiadas adulto mayor fase municipal. (Instituto municipal para la recreación y deporte, s.f.)

Dentro del cronograma de actividades, para cada sesión de clase se van a establecer criterios unificados, los cuales el Licenciado en Educación Física o monitor es autónomo en el momento de ejecutar la actividad, ya sea al inicio o final de cada sesión, quedando entendido que hay que completar la clase según la programación individualizada; atención: cinco asociaciones por semana, intensidad: dos veces por semana, duración de la sesión: una hora mínimo, mínimo ciento cincuenta minutos de actividad física a la semana, toma de asistencia, calentamiento inicial, estiramiento, fase central, vuelta a la calma, ficha de inscripción (fotocopia de cédula, sisbén y fosityga) y estadística de atención básica. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2022)

## **11. Metodología**

### **11.7. Enfoque de la Investigación**

La presente investigación se basa en un enfoque cualitativo, el cual se caracteriza por seguir un proceso rígido y secuencial. Se basa en un método exploratorio e indagatorio y a su vez holístico, es decir, trata la información recolectada como un todo, sin reducirla en sus partes. Por otra parte, evalúa el desarrollo natural de los sucesos, evitando la manipulación de la realidad. El enfoque cualitativo, se basa en una perspectiva interpretativa enfocada en la comprensión del significado del comportamiento del entorno y parte de postulados constructivistas, lo que significa que la realidad se elabora en función de la interpretación de cada individuo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **11.8. Diseño de la Investigación**

Uno de los tantos diseños que se utilizan en investigación cualitativa son los estudios de caso, según Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) citados por Hernández, Fernández y Baptista (2014): estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría.

### **11.9. Población y Muestra**

La población se encuentra inmersa en el contexto de hogares geriátricos de la ciudad de San José de Cúcuta. Considerando que, al no ser posible estudiar en su totalidad la población, se decidió utilizar un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia, debido a que esta técnica “permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (OTZEN, 2017). Por lo tanto, la muestra será representada por 1 adulto mayor

el cual debe cumplir los criterios de inclusión tener 60 años de edad, femenina y ser diagnosticada con depresión del Hogar Geriátrico Jardín De Mis Abuelitos.

Por otra parte, el participante aceptó la solicitud de las psicólogas en formación para exponer sus experiencias en lo que concierne a su diagnóstico depresivo, sin embargo, hace firma de un consentimiento informado donde se le invita formalmente, autorizando que la información recolectada durante el estudio por las encargadas del proyecto investigativo sea utilizada para su posterior análisis y comunicación de resultados.

## **12. Proceso de Intervención**

La investigación se lleva a cabo por medio de las siguientes fases:

Fase I: Se hace la selección del tema de interés de investigación, por medio de una lluvia de ideas y revisión documental, además, de la importancia personal del tema.

Fase II: Se continúa con la redacción de la idea concreta de investigación mediante apartados que dan dirección, importancia y relevancia al estudio.

Fase III: Procediendo con el ingreso al campo e interactuar con el adulto mayor donde se pueda evidenciar empatía y disposición por parte de los investigadores y participantes.

Fase IV: Seguidamente se hace una inmersión en el campo, se les hace conocer sobre el estudio a realizar y firmar un consentimiento informado para trabajar.

Fase V: Una vez hecho lo anterior, se aplican las técnicas de recolección de información, siendo estas la entrevista semiestructurada y la observación no participante.

Fase VI: Finalmente, se lleva a cabo el desarrollo del análisis de datos, discusión y conclusiones obtenido por medio de matrices categóricas.

### **13. Técnicas e Instrumentos para la Recolección de los Datos**

Durante el desarrollo de la investigación se tendrán en cuenta las siguientes técnicas que se emplearán para la recolección de información.

#### **13.1. Entrevista Semiestructurada**

Esta es entendida como un procedimiento de conversación libre del protagonista que se acompaña de una escucha receptiva del investigador con el fin de recoger la información por medio de preguntas abiertas, reflexivas y circulares las cuales podrán develar las categorías de interés para la investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

La entrevista semiestructurada la cual consta de 15 preguntas adaptada para cada uno de los participantes (adulto mayor, cuidador y profesional en salud mental), fue validada por los expertos Amanda Manrique Mojica Mg. en Neuropsicología, especialista en clínica y salud, Imelda Rosa Vega Becerra, Especialista en psicología clínica y Leidy Viviana Larrahondo Gómez Mg. Psicología social y comunitaria, especialista en cultura de paz y DIH.

#### **13.2. Observación No Participante**

En el caso de la observación directa, la investigación se centra en estudiar directamente el objeto sobre el que se va a ser investigado, esta presenta una mayor objetividad, que es uno de los requisitos para que un estudio pueda ser tomado como científico. (Equipo de Expertos en Ciencia y Tecnología, 2018).

### 13.3. Categorías y Subcategorías de la Investigación

Categorías	Subcategorías
Área de Funcionamiento Personal	Autoconcepto
Área de Funcionamiento Emocional	Inestabilidad emocional
Área de Funcionamiento Cognitiva	Pensamientos de muerte, memoria y concentración
Área de Funcionamiento Fisiológica	Salud
Área de Funcionamiento Familiar-Social	Redes de apoyo

### 14. Análisis de la Información

Se hizo el análisis de la información por medio de una matriz de triangulación, analizando su contenido. Donde se localiza la técnica implementada, los participantes, la pregunta planteada, las transcripciones de sus respuestas, palabras o frases clave, unidades de análisis y análisis.

Según Krippendorff (1980) citado por Tinto, J. (2013) “el análisis de información es considerado como una de las metodologías más importantes de la investigación sobre comunicación, estableciendo que su objetivo descansa en estudiar de manera rigurosa y sistemática la naturaleza de los diferentes mensajes que se intercambian en los actos de comunicación que realizamos.”

#### 14.1. Presentación de Resultados

En este apartado se expondrán los resultados arrojados en la investigación titulada “*Estudio de caso de adulto mayor con depresión y su afectación en las áreas del funcionamiento*” en primer lugar se mostrarán las matrices con relación a entrevista

semiestructurada en donde se encuentra la información dada por los tres objetos de estudio (adulto mayor, cuidador y profesional en la salud mental).

**Pregunta 1.** ¿De qué manera se percibe a sí mismo(a)?

<b>Participante</b>	<b>Transcripción</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Categoría</b>	<b>Análisis</b>
Adulto mayor	Me percibo de una manera de la cual no soy capaz de hacer la mayoría de las cosas y también en que me juzgo mucho cada día en todo lo que hago y soy muy dura conmigo misma la mayoría de las veces, porque me veo y muchas veces no me gusta lo que veo, me siento inconforme y me gustaría haber realizado y haber logrado más cosas en la vida.	Autoconcepto	Área cognitiva	De acuerdo con la respuesta de la participante principal se logra determinar que existe cierto deterioro en su autoconcepto ya que se evidencia una disminución en su relación, aceptación y autorrealización consigo misma en cuanto a situaciones que hubiese querido que fuesen diferentes y que actualmente siente que no cumplió sus metas a lo largo de vida, creando en la participante cierto grado de minusvalía e incomodidad por creer que no es capaz de realizar alguna acción.

**Pregunta 1.** ¿Considera que el adulto mayor es seguro de sí mismo?

Cuidador	Pues ella cuando va a hacer alguna actividad siempre refiere no saber si es capaz de	Autoconcepto	Área cognitiva	Respecto a la respuesta de la participante, la cual es la que se encarga del cuidado diario del adulto mayor se logra ver de manera
----------	--	--------------	----------------	---

realizarla, parece que no se sintiera segura de sí misma o de sus habilidades, yo trato de motivar y decirle palabras alentadoras, pero al final se cansa y se va y no termina haciendo nada porque simplemente no logra concentrarse.

relevante una coincidencia de respuestas en la que se denota la afectación y la disminución del autoconcepto en el adulto mayor, el cual se hace visible por el cuidador, también expresa de manera verbal por ella, dando respuesta a una incapacidad por parte del adulto mayor a realizar la mayoría de las actividades diarias.

---

**Pregunta 1.** ¿La depresión puede alterar la percepción del autoconcepto?

---

Profesional	Autoconcepto	Área cognitiva	Con base al
<p>Por supuesto, uno de los primeros síntomas que aparecen en la depresión es la minusvalía o la sensación de impotencia el no poder con ello va a venir pérdida de la seguridad y pérdida del autoconcepto.</p>			<p>Con base al conocimiento previo que ya tiene el profesional en salud mental, en base a la depresión específicamente, la cual es nuestro tema principal de investigación se puede notar de manera general que efectivamente dicha enfermedad si afecta de manera directa el autoconcepto del individuo que la experimenta y que es diagnosticado con la misma, generando posteriormente pensamientos y sentimientos negativos personales, como pensar que no es capaz</p>

de algo o mirarse así mismo de manera inferior.

---

**Pregunta 2.** ¿Cuál es el pensamiento que más le genera malestar?

---

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	El no poder haber logrado algunas de mis metas, el malestar de pensar sobrevivir cada día y siento mucho miedo de quedarme sola.	Autoconcepto	Área cognitiva	Con base a la respuesta que arroja el adulto mayor también guiada a la subcategoría de la percepción de su autoconcepto el adulto mayor refiere sentir no haber logrado unas expectativas de vida que tenía con base a sus planes a lo largo de la vida, y este relacionado a la inseguridad que tiene de sí misma, dando como resultados un constante miedo a la soledad y cada día su experiencia de vida es caótica y frustrante.

---

**Pregunta 2.** ¿El adulto mayor manifiesta algún pensamiento que le moleste de manera persistente?

---

Cuidador	Ehh sí creo que la mayor parte del tiempo se siente aburrida o cualquier cosa que pase en el día la afecta y enseguida se irrita. Entonces	Autoconcepto	Área cognitiva	Dentro de las respuesta dada por el cuidador en este aspecto relacionado con algún pensamiento persistente que pueda agobiarte, se observó un pensamiento específico el cual es
----------	--	--------------	----------------	---

pienso que lo más que refleja es tener miedo a estar sola, pero si es como muy sensible ante cualquier situación ósea si paso algo pequeño en el transcurso día que le causó malestar o disgusto ya le termina dañando todo el resto del día.

miedo a el abandono o estar sola, además se percibe por parte del cuidador cierta sensibilidad en el adulto mayor en cuanto a cualquier circunstancia de su vida diaria siendo dicha circunstancia un detonador para que el estado de ánimo de este se pueda ver afectado con rapidez y perjudicando posteriormente sus actividades.

---

**Pregunta 2.** ¿Qué tipos de pensamientos acerca del autoconcepto puede presentar un adulto mayor con depresión?

Profesional	Autoconcepto	Área cognitiva	Con base a los conocimientos y experiencias del profesional se puede percibir que en efecto esta enfermedad que generalmente perturba el pensamiento y la salud mental del individuo si perjudica su autoconcepto y crea en ella ciertos pensamientos negativos, en los cuales el adulto mayor no va a ser capaz de ver sus habilidades o capacidades positivas si no va a recrear en su mente solo pensamientos perturbadores que distorsionan su percepción personal, emocional y física.
	Bueno como ya venía mencionando ellos al perder la seguridad en sí mismo o la percepción valiosa que tiene la realidad o las capacidades que tienen porque se deprime entonces temen no ser capaces de lograr alcanzar el éxito o el temor al fracaso se agudiza más y es un constante genera desesperanza tristeza melancolía pérdida de interés por lo que habitualmente hacía.		

---

**Pregunta 3.** ¿Ha tenido un excesivo e inapropiado sentimiento de inutilidad actualmente? ¿Por qué?

---

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	Sí, cuando las cosas no me salen como yo quiero, me frustró y me siento inútil, y siento que nunca voy a lograr hacer algo bien en mi vida.	Autoconcepto	Área cognitiva	Se logra evidenciar la afectación en base a los pensamientos del adulto mayor en cuanto a los sentimientos los cuales no generan un estado de tranquilidad y estabilidad en el adulto ya que son pensamientos dañinos

que no le permiten avanzar y poder tener esperanzas de su vida actual y los pensamientos de su pasados que tampoco lo dejan avanzar porque siente que tiene muchas secuelas del no poder remediarlo.

---

**Pregunta 3.** ¿En qué situaciones observa que el adulto mayor se siente útil o inútil?

---

Cuidador	Pues sí hay algunas situaciones en las que se llega a sentir inútil, a veces me comenta que quiere hacer algo diferente como salir e ir a otra parte o realizar alguna actividad física pero su cuerpo no le permite.	Autoconcepto	Área cognitiva	Dentro de las respuestas dadas por el cuidador se logra evidenciar que el adulto mayor si tiene anhelos de ser diferente o de hacer alguna actividad que pueda disfrutar, pero tu estado físico no se lo ha permitido, generando en él un sentimiento inutilidad por no poder hacer lo que normalmente una persona saludable haría.
----------	---	--------------	----------------	---

---

**Pregunta 3.** ¿La depresión genera en el anciano sentimientos de minusvalía?

---

Profesional	Como lo mencionaba anteriormente es frecuente que se presenten este tipo de sentimientos.	Autoconcepto	Área cognitiva	Se evidencia que efectivamente la minusvalía es un síntoma de la depresión, y que se da de manera frecuente en la persona que sufre dicha enfermedad lo cual genera por lo general disminución en el valor que se da a una persona.
-------------	---	--------------	----------------	---

**Pregunta 4.** ¿Podría mencionar cuáles son los sentimientos más frecuentes en su vida?

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	Los sentimientos más frecuentes serían tristeza, todos los días, también rabia y sentimiento de vacío.	Inestabilidad Emocional	Área emocional	Se puede evidenciar que el adulto mayor presenta regularmente pensamientos de tristeza, rabia y también cierto grado de insatisfacción lo cual es consecuencia de los síntomas de esta enfermedad.

**Pregunta 4.** ¿Cuáles sentimientos considera usted que presenta con frecuencia el adulto mayor?

Cuidador	Podría ser un sentimiento de culpa o de impotencia por no haber podido hacer algunas cosas cuando tenía vitalidad, dice que la vejez le llegó muy rápido y que no alcanzó a cumplir gran parte de sus metas, expectativas o sueños.	Inestabilidad Emocional	Área emocional	Se puede evidenciar que el adulto mayor carece de energía, y que piensa que en su vida en cierto sentido no pudo alcanzar lo pensado en su mente y que lo más probable que haya sido a raíz de la aparición de dicha enfermedad.
----------	---	-------------------------	----------------	--

**Pregunta 4.** ¿Qué pensamientos pueden ser recurrentes en un adulto mayor con depresión?

Profesional	Pensamientos anuladores no puedo, soy un estorbo ya no sirvo, no soy funcional, molesto e incómodo a mi entorno y a los demás o no debería estar aquí porque ya no soy funcional ni productivo.	Inestabilidad Emocional	Área emocional	Con base a lo expuesto por el profesional es común que existan pensamientos recurrentes de minusvalía, desesperanza e inutilidad, además de dar por sentado que ya no tiene valía como ser funcional.
-------------	---	-------------------------	----------------	---

---

**Pregunta 5.** ¿Tiene frecuentes pensamientos de desesperanza? ¿Cuáles son más comunes?

---

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	Cuando pienso en el futuro tengo desesperanza y pienso en no seguir adelante.	Inestabilidad Emocional	Área emocional	Dentro de la respuesta obtenida en este apartado el cual determina si existe o no desesperanza en el adulto mayor se puede evidenciar que efectivamente se hace presente este sentimiento, el cual impide al adulto mayor avanzar y dejar atrás situaciones que le afectan.

---

**Pregunta 5.** ¿Son frecuentes los pensamientos de desesperanza en el adulto mayor? ¿Cuáles son más comunes?

---

Cuidador	A veces sí y a veces no, pienso que su estado de	Inestabilidad Emocional	Área emocional	Se evidencian por medio del cuidador, aunque no se presenta
----------	--	-------------------------	----------------	---

ánimo cambia  
con los días,  
unos días  
amanece  
amargada o sin  
ganas de nada y  
otros días  
pareciera que  
quisiera comerse  
al mundo y salir  
a caminar  
entonces puede  
reflejar algo de  
esperanza en la  
vida.

de manera clara es  
posible determinar que  
en ocasiones se  
presentan  
pensamientos de  
desesperanza,  
desánimo y que en  
ocasiones existe su  
energía es alta y refleja  
cierta esperanza por la  
vida.

---

**Pregunta 5.** ¿Cuáles son los síntomas que se presentan en la depresión?

Profesional	Inestabilidad Emocional	Área emocional	Efectivamente se puede evidenciar dentro de una visión profesional que la desesperanza hace parte de esta enfermedad que afecta la salud mental de manera directa en cuanto al desinterés que va a recrear en la persona y también a la despersonalización de su realidad.
<p>En esta etapa de la vida bueno pues los criterios o los síntomas de una enfermedad en este caso la depresión son comunes para precisamente poder ser diagnosticado independientemente de si se trata de un adulto o en uno mayor o un niño van a ver condiciones similares entonces va a existir la tristeza de esa pérdida de interés por las actividades de llanto fácil, cansancio fatiga constante, aumento en las horas de sueño cómo despersonalización de las realidades porque pierde el interés de su entorno o la motivación que antes tenía.</p>			

---

**Pregunta 6.** ¿De qué manera cree usted que se manifiesta la emoción de tristeza en su vida?

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	Por lo general me deprimó y lloro demasiado o siento una sensación de vacío en el estómago también me da malestares físicos.	Inestabilidad emocional	Área emocional	La tristeza es una emoción que notablemente va a verse reflejada en esta enfermedad en cuanto a los cambios permanentes de humor y generando cierta inestabilidad emocional o inseguridad lo cual se refleja en lo expuesto por el adulto mayor al momento de evocar o manifestar este sentimiento.

**Pregunta 6.** ¿En qué momentos del día percibe usted que el adulto mayor frecuenta la emoción de la tristeza?

Cuidador	Eh, bueno como decía anteriormente hay momentos de tristeza y hay momentos en los que se encuentra bien y estable, por veces hablamos y damos una vuelta por acá, y otras veces casi que ni se quiere levantar de la cama.	Inestabilidad emocional	Área emocional	Por lo referido por el cuidador se evidencia que el adulto mayor presenta momentos de tristeza que son tan profundos que le impiden levantarse de la cama y que no le permite continuar su día, sin embargo, existen momentos en los que presenta un estado de ánimo más estable.
----------	--	-------------------------	----------------	---

**Pregunta 6.** ¿Qué tipos de depresión existen? Y ¿cuáles son los criterios diagnósticos?

Profesional	Inestabilidad emocional	Área emocional	Se logra evidenciar notablemente cierta coincidencia entre las respuestas arrojadas por las fuentes de información en cuanto la depresión en general, ya que hay síntomas o criterios en los cuales esta enfermedad si afecta de manera directa el área del funcionamiento emocional del individuo creando un alto malestar dependiendo el grado en el que se encuentre la persona y determinando por unos síntomas y criterios en específico, trayendo como consecuencia muchas veces una mezcla de varios trastornos en una misma persona lo cual nos aporta nuestro profesional en salud mental utilizado como fuente de información y análisis.
<p>Existen varios tipos de depresión, primero tipificado de acuerdo con el grado que pueda estar presentando los síntomas puede ser leve moderado o grave y de acuerdo a ello van a presentarse los estados de ánimo, además de eso existen episodios depresivos momentos únicos en los que, con tratamiento, con una ayuda, y con una red de apoyo adecuada la persona puede recuperarse.</p> <p>Existen otros tipos de depresión que van como el que mencionaba hace un momento combinados con ansiedad a los cuales se les llama depresión mixta, así mismo, existen otros como la bipolaridad en el que se alternan</p>			

episodios depresivos que se presentan son cumplen todos los cuadros clínicos cumplen para una depresión pero además presenta episodios maníacos en los que la persona tiene unos picos muy altos y luego va a tener la caída nuevamente a las depresiones mayores existen también trastornos depresivos asociados a trastornos esquizotípicos donde hay algunos momentos de delirio alucinación están asociados con los trastornos psicóticos y también existe una depresión asociada a la personalidad a tipos de personalidad en los que son más comunes que se presenten síntomas depresivos.

**Pregunta 7.** ¿Podría mencionar algunas situaciones de su vida diaria que le cueste concentrarse, o tomar decisiones?

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	La mayoría de las cosas me cuestan para tomar alguna decisión ya sea si voy a comer algo o qué es lo que quiero comer y algunas veces se me dificulta concentrarme en una actividad que esté haciendo.	Concentración y memoria	Área cognitiva	El adulto mayor presenta una considerable incapacidad para tomar decisiones, ya que pueden surgir dudas de actividades simples y cotidianas, además presenta dificultad para concentrarse en las actividades que realiza.

**Pregunta 7.** Podría mencionar, ¿algunas situaciones en las que al adulto mayor le cueste concentrarse?

Cuidador	Bueno, afectada como tan de manera amplia no se encuentra la concentración, sólo como momentos en específico en los que hablamos y de pronto como que se distrae en algo que ve o alguien que pasa, a veces me pide que le recuerde, pero otras vuelven a retomar la conversación.	Concentración y memoria	Área cognitiva	Coincidiendo con las respuestas del adulto mayor se evidencia que existe un afectación leve en la concentración del adulto mayor ya sea en las actividades o alguna conversación, aunque sucede en algunas ocasiones.
----------	--	-------------------------	----------------	---

**Pregunta 7.** ¿En la depresión es común que se presente la falta de concentración? ¿En qué etapa?

---

Profesional	Concentración y memoria	Área cognitiva	Reforzando con el profesional la información dada por el adulto mayor y por el cuidador se evidencia que el adulto mayor presenta alteración en su concentración ya que es un síntoma común en la depresión, y lo que sucede es que debido a que su foco atencional se dispersa, la capacidad de concentración disminuye.
<p>¡Sí! es común que se presenta sobre todo cuando está en el cuadro de embotamiento por la minusvalía y la sensación de impotencia, entonces eso hace que los focos atencionales se dispersen y que la capacidad de concentración frente a un suceso o un hecho sea menor, que deba repetir nuevamente y reiniciar acciones para poderlas culminar, el esfuerzo y la energía que se necesita implementar para hacer una actividad sencilla como asearse por qué la atención no está focalizada dado el estado de ánimo porque no hay dopamina, no hay serotonina,</p>			

estamos como a media máquina a media marcha y con ello la atención, la concentración, la funcionalidad, la velocidad de procesamiento de la información y el pensamiento baja.

---

**Pregunta 8.** ¿Ha notado que se olvida de cosas que anteriormente no olvidaría? ¿Puede mencionar situaciones en específico?

---

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	Mi memoria, si se ve afectada porque siento que la mayoría de las cosas se me olvidan, a veces quedo en blanco y me devuelvo al sitio y recuerdo, también recuerdos del pasado, muchas cosas y cualquier cosa puede ser cómo no recordar si yo me tomé una pasta, entonces podría decir que sí.	Concentración y memoria	Área cognitiva	Cabe resaltar que dentro de unas de las afectaciones que tiene esta enfermedad de la depresión existe una en específico y es la alteración en la memoria la cual en este caso ya fue afectada en cuanto a recuerdos del pasado o situaciones cotidianas que con regularidad la persona quiere recordar y no le es posible.

---

**Pregunta 8.** ¿Ha notado que el adulto mayor presenta con más frecuencia olvidos, de cosas que anteriormente no olvidaría? ¿Puede mencionar situaciones en específico?

Cuidador	Concentración y memoria	Área cognitiva	Notablemente se logra evidenciar que también el cuidador de dicho adulto mayor ha notado que en varias ocasiones se puede dar cuenta que el adulto mayor no recuerda la mayoría de las cosas o que se le dificulta tomar decisiones lo cual involucra cierto grado de capacidad cognitiva estando está relativamente afectada.
Bueno hay veces que intenta recordar algo en específico de algún familiar o amigo y dice que no recuerda, algunas veces me pregunta si es hora de tomar sus pastillas, aunque ya se las haya tomado, supongo que por la edad le cuesta recordar a veces.			

---

**Pregunta 8.** ¿De qué manera la depresión afecta la memoria?

---

Profesional	Concentración y memoria	Área cognitiva	Se puede evidenciar que efectivamente una de las afectaciones por parte de la depresión es la afectación en la memoria y no solo en las personas que efectivamente sufren la enfermedad sino que también es entendible que en esta etapa como lo es la adultez mayor, se empiezan a deteriorar ciertas áreas de la vida como lo puede ser la memoria y con más razón sufriendo dicha enfermedad ya que con base a la información que nos proporciona el profesional esta área se ve representativamente afectada dando como resultado a lo largo del
Bueno, está asociado si no tenemos una buena atención ni concentración sobre ciertos episodios de la cotidianidad se nos va a hacer difícil recordar ciertos sucesos o los momentos o las horas o las tareas que tenía previsto para un día además de ello recordemos que si hablamos en el adulto mayor ya se presenta un deterioro cognitivo esperado por la edad puede estar			

acompañado de  
ambos factores.

tiempo un deterioro en  
la cognición.

**Pregunta 9.** ¿En qué momentos de su vida siente pensamientos de muerte recurrentes, ideas, planes o intentos suicidas?

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	Cuando me siento sola cuando nadie me escucha, vienen todos los pensamientos de suicidarme y cuando tengo esas depresiones también pienso en suicidarme porque yo pienso que no sirvo para nada.	Pensamientos negativos	Área cognitiva	Los pensamientos o ideas de muerte son de mucha atención cuando se tiene depresión y en este caso específico se evidencia que el adulto mayor tiene estos pensamientos de manera recurrente e incluso ha tenido intentos de suicidio en varias ocasiones ya que los presenta cuando se siente sola y cuando presenta una tristeza profunda.

**Pregunta 9.** ¿Ha habido momentos en el que el adulto mayor ha expresado pensamientos de muerte, ideas, planes o intentos suicidas?

Cuidador	Pues sí hay veces que dice, no sentirse a gusto con su situación actual que de pronto ya no estar en este mundo estaría mejor, descansar, ya en varios momentos ha	Pensamientos negativos	Área cognitiva	Con base a lo que refiere el cuidador se presenta una clara alteración en los pensamientos del adulto mayor ya que presenta ideas de muerte y alta desesperanza, así mismo se evidencia que ha tenido episodios en los que se ha intentado autolesionar.
----------	--	------------------------	----------------	--

intentado  
lastimarse.

---

**Pregunta 9.** ¿En qué momento se presentan pensamientos negativos, de muerte o autolesivos a raíz de la depresión en el adulto mayor?

---

Profesional Los pensamientos de muerte pueden estar acompañados desde un inicio de la depresión, pero van a ser más estructurados o frecuentes cuando la depresión es mayor, porque la desesperanza aumenta, la tristeza es mayor, la sensación de no querer estar y de no disfrutar el entorno aumenta entonces con ello el pensamiento de morir “porque yo no me siento parte de esta realidad” aumenta.	Pensamientos negativos	Área cognitiva	Corroborando la información si son comunes los pensamientos negativos cuando se presenta depresión y también aclara que estos pensamientos se pueden ir estructurando o se vuelven frecuentes a medida que la depresión es mayor, en concordancia con lo que refiere el adulto mayor se evidencia un deterioro grave en cuanto a los pensamientos e intentos de suicidio.
---	------------------------	----------------	---

---

**Pregunta 10.** ¿Se preocupa por alimentarse saludablemente, de qué forma y con qué frecuencia lo hace?

---

<b>Participante</b>	<b>Transcripción</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Categoría</b>	<b>Análisis</b>
---------------------	----------------------	---------------------	------------------	-----------------

Adulto mayor	¡Ha! la verdad no me preocupo por alimentarme saludablemente, ¡como lo que sea! la comida algunas veces me da apetito, otras veces no.	Salud	Área fisiológica	De acuerdo con la respuesta del adulto mayor se puede determinar que existe una disminución en el apetito en algunas ocasiones generando en este un descontrol total en su alimentación y con el paso del tiempo esto va a generar afectaciones mayores en su área fisiológica trayendo consigo enfermedades de carácter biológico.
--------------	--	-------	------------------	---

---

**Pregunta 10.** El adulto mayor ¿Se preocupa por alimentarse saludablemente y es disciplinado con sus horarios de alimentación?

Cuidador	Si, se alimenta bien generalmente, pero hay días en los que dice que no le provocan algunas cosas y simplemente no se las come, pero más tarde vuelve y le da apetito.	Salud	Área fisiológica	Con respecto a la respuesta del cuidador el cual proporciona información con respecto a la alimentación que tiene el adulto mayor se puede evidenciar hay que hay días en que su apetito es bueno y hay días en que no lo está siendo esto un factor detonante para recrear un desbalance en su alimentación y posteriormente a su vitalidad.
----------	--	-------	------------------	---

---

**Pregunta 10.** ¿Qué alteraciones causa la depresión en cuanto a la pérdida o ganancia significativa de peso o disminución o aumento del apetito?

Profesional	Un adulto mayor deprimido disminuye el apetito, más un	Salud	Área fisiológica	Como recalca el profesional en la depresión se evidencia una disminución del
-------------	--	-------	------------------	--

ansioso aumenta el apetito y pues lógicamente que con ello va a venir todo el deterioro nutricional, no sigue un patrón alimenticio adecuado sino desequilibrado, los micronutrientes que se espera un ser humano tengan, se van a presentar carentes en él, se van a empezar a tener problema de orden constitucional y se va a afectar la salud física y eso se va a ver reflejado en el aspecto físico. Algo que también está altamente relacionado entre la fisiología con la depresión es el cabello pues recordamos que es como una plantita que recibe micronutrientes y que de ellos depende todo nuestro cuero cabelludo de cómo se esté alimentando, de

apetito en consecuencia ocurre una pérdida de peso, por tal motivo se evidencia en el adulto mayor la pérdida de apetito en ocasiones.

cómo esté mi patrón de sueño, de cómo esté la ingesta de líquidos, de cómo éste anímicamente se verá reflejado en el brillo, en la textura, en el grosor y en el crecimiento, una persona con depresión ustedes lo van a ver en el primer impacto que su cabello va a ser duro, de un aspecto maltratado así la persona use muchos tratamientos estéticos para su cabello, está asociado a su estado de ánimo, una persona que es equilibra emocionalmente que empieza a recuperarse su cabello también empieza a tener otro aspecto.

---

**Pregunta 11.** ¿Cuándo llega la hora de dormir le cuesta conciliar el sueño o se despierta con frecuencia durante la noche?

---

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
--------------	---------------	--------------	-----------	----------

Adulto mayor	Es difícil poder acostarme a dormir y conciliar el sueño ya que muchos pensamientos pasan por mi cabeza a la hora de acostarme y lo que me ayuda a dormir profundamente son las pastillas.	Salud	Área fisiológica	La higiene del sueño presenta gran relevancia en la depresión y como se evidencia en el adulto mayor se ve afectado el sueño al momento de conciliar el mismo, ya que presenta pensamientos recurrentes en ese momento.
--------------	--	-------	------------------	---

**Pregunta 11.** El adulto mayor ¿ahora duerme menos o duerme más? ¿A qué atribuye que esto ocurra?

Cuidador	Si, por lo general comenta que por la noches cuando intenta dormir hay muchos pensamientos en su mente que dan vueltas y vueltas y que no lo dejan dormirse rápido, hasta que ya cuando ya los ojos se le cansan es que logra dormirse y también hay veces que yo paso y le doy una vuelta por la noche y lo veo como dando vueltas, pero a la mañana siguiente siempre esta despierto casi a	Salud	Área fisiológica	Con base a lo que refiere el cuidador a el adulto se le dificulta conciliar el sueño ya que presenta pensamientos recurrentes a la hora de dormir, también se puede evidenciar que las horas de sueño no son las adecuadas ya que el adulto mayor a pesar de que le cuesta conciliar el sueño tiene una hora fija para levantarse.
----------	---	-------	------------------	--

la misma hora  
 todos los días.

---

**Pregunta 11.** ¿En qué momento la depresión puede generar insomnio o hipersomnía en el adulto mayor?

---

Profesional	Salud	Área fisiológica	De acuerdo a lo mencionado por el profesional es posible presentar insomnio de acuerdo al nivel de depresión que se tenga, cuando se deriva de una depresión mayor el insomnio será más alto, además agrega que cuando existe hipersomnio es importante tener en cuenta que aumentan las ideas de desesperanza y la tristeza, por ende, puede ocasionarse algún tipo de autolesión e inclusive suicidio.
<p>De acuerdo al nivel de depresión en el que se encuentre puede presentarse un insomnio, cuando es una depresión leve cuando está asociada a la ansiedad cuando existe recuperación de una depresión mayor y cuando se está entrando a una manía, sí, de acuerdo a los tipos de depresión se puede presentar hipersomnio entonces la curva de ánimo se eleva un poco, y puedo estar inquieto y con muchas ideas de desesperanza y de tristeza pero estoy activo, es momento de mayor riesgo también para que una persona se suicide porque tiene energía</p>			

suficiente para cometer el acto y tiene suficientes pensamientos de tristeza que motiven o detonen ese acto, mientras que cuando es una persona que está con depresión mayor entonces va a estar más insomnica, más embotada, más melancólica con más llanto, con menos ganas de dialogar de decir que le pasa sin ganas de levantarse y lógicamente con menos energía para ir a cometer daños, lesionarse, lastimarse o intentar quitársela la vida de alguna forma.

---

**Pregunta 12.** ¿Qué tipo de actividad física realiza? ¿Algún motivo por el que no hace actividad física?

---

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	Si, realizo una actividad física que es caminar tres veces a la semana, pero hay días que amanezco sin	Salud	Área fisiológica	De acuerdo con lo mencionado por el adulto mayor con base a sus actividades se evidencia que si genera ciertos hábitos saludables como lo es

ganas y no lo hago, el motivo sería porque me lo mandó la doctora.

la actividad física en algunas ocasiones y puede evidenciarse que se encuentra afectada esta área ya que se le dificultad mantener la actividad física y denota que lo realiza por requerimiento.

**Pregunta 12.** El adulto mayor ¿qué tipo de actividad física realiza? ¿Algún motivo por el que no hace actividad física?

Cuidador	Si, ella hay días que sale a caminar no es muy frecuente, pero si la veo, y se ponen a dar vueltas por todo el lugar, esa podría ser como la actividad física que realiza, ella menciona que hay días que no le dan ánimo de salir a caminar	Salud	Área fisiológica	Efectivamente en cuanto a las actividades físicas que realiza el adulto mayor las respuestas coinciden con las del el cuidador el cual aprueba que si realiza alguna clase de actividad física en ocasiones, pero hay días en que absolutamente no siente ganas de salir y realizar dicha actividad, entonces se puede evidencias que esta área no se ésta desarrollando o llevando a cabo de manera óptima o completa.
----------	--	-------	------------------	---

**Pregunta 12.** ¿Cuáles son los efectos de la depresión a nivel fisiológico?

Profesional	Primero la desatención física, en el aspecto físico hay descuido general, en el funcionamiento se asocia a la pérdida de	Salud	Área fisiológica	Dentro de las afectaciones en el área psicológica por parte de la depresión existe un gran sin número, con base a la información arrojada por el profesional en salud mental si existe cierta
-------------	--	-------	------------------	---

neurotransmisor es son los que nos motivan y nos mueven entonces vamos a tener bajas cantidades. La sinapsis es decir la comunicación que existe entre una neurona y otra que transmite la información y la ejecución de órdenes desde la más básicas a las más estructuradas se enlentece y se distancia porque las neuronas no hacen la misma función tan rápido, es algo así como cuando la señal de nuestro teléfono esta mala, entonces usted envía un mensaje y demora un poco más en llegar y demora un poco en que la otra persona pueda abrir y leerlo así pasa cuando mil neuronas no están teniendo el funcionamiento óptimo entonces lógicamente afecta en la fisiología, afecta

deficiencia de manera significativa en esta área. Y tomando la información arrojada por las otras dos fuentes de información se puede evidenciar una escasez en cuanto al tiempo que el adulto mayor debe estipular para realizar actividad física el cual es de gran importancia para su incremento en hábitos de vida saludable.

en otros órganos la depresión como el colon, el funcionamiento gástrico, no hacemos los procesos iguales, afecta la tensión de ciertas áreas entonces se refieren dolores físicos, dolor generalizado no tiene punto específico pero que le molesta, lógicamente existe cansancio y fatiga constante por el mismo bajón emocional

---

**Pregunta 13.** ¿En qué actividades familiares o sociales se encuentra usted incluido actualmente?

---

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	Por lo general hacen algunas reuniones familiares mi hija, y también hablo con una comadre y me hace sentir bien porque a las reuniones o cumpleaños con la familia casi no me gusta asistir.	Redes de apoyo	de Área social	familiar- Dentro de esta área de redes de apoyo se ve en cierto grado afectada ya que el adulto mayor si tiene regulares encuentros con algunos familiares, incluso sale con regularidad del instituto, pero al momento de ella encontrarse y estar con alguno de ellos no se siente llena en totalidad o completa.

**Pregunta 13.** El adulto mayor ¿En qué actividades familiares o sociales se encuentra incluido actualmente?

---

Cuidador	<p>Pues acá por lo general lo vienen a visitar algunos de sus familiares, como du hija que la acompañan un rato, le traen detalles, y acá a ellos se les da permiso de ir a sus casas normalmente cada quince días. También acá en el hogar celebramos las fechas especiales como día de la madre y así. La idea es que ellos y ellas se puedan sentir importantes, valiosos y queridos.</p>	Redes apoyo	de Área social	familiar-	<p>Dentro de lo que expresa el cuidador del adulto mayor se puede evidenciar que hay un grado alto de inconsistencia entre ambas porque en base a lo que dice el cuidador el adulto mayor si se encuentra incluido en actividades y encuentros sociales, pero el cuidador no los menciona en la entrevista, esto quiere decir que para su vida esto no es relevante o no le genera cierto grado de satisfacción.</p>
----------	--	-------------	----------------	-----------	--

---

**Pregunta 13.** ¿Qué síntomas de la depresión causan malestar significativo o deterioro social, o interpersonal en el adulto mayor?

---

Profesional	<p>!Síj y eso puede estar relacionado a dos factores uno el paso de la edad recordemos que de acuerdo a nuestra curva de desarrollo están los intereses sociales y los</p>	Redes apoyo	de Área social	familiar-	<p>Dentro de las respuestas que se obtuvieron por parte del profesional en salud mental en el área familiar y social, en cuanto a la enfermedad si afecta de manera recurrente esta área haciendo que la personas se distancien</p>
-------------	--	-------------	----------------	-----------	---

gustos y las actividades de ocio y otros pues que sí además de que cuando se es de tercera edad sufriendo un cuadro de depresión pues voy a estar más ensimismado, me va a costar más trabajo tener un vida social, me va a costar más trabajo decir un idea, participar o expresar lo que piensa, tendrá mayor temor a ser desaprobado o relegado en sus funciones, de sus tareas de su núcleo, que su jerarquía de poder disminuya y lo asuma a otro entonces, sí afecta.

socialmente, y que generen cierta inseguridad con respecto al estar cerca de otras personas, teniendo pensamientos negativos de no ser importante, en este caso el adulto mayor intenta mantener esta área de su vida estable.

---

**Pregunta 14.** ¿Ha dejado de reunirse en actividades familiares o sociales que realizaba con anterioridad?

---

Participante	Transcripción	Subcategoría	Categoría	Análisis
Adulto mayor	Por lo general a veces me da mucha pereza o no tengo motivación para hablar, pero aun así lo intentó veo	Redes de apoyo	de Área social	familiar- Dentro de las respuestas obtenidas por el adulto mayor en cuanto a sus redes de apoyo y relaciones interpersonales se puede notar que

a mi familia los días de visita, y cuando salgo del hogar, lo que sí hago es hablar por teléfono con mi comadre, es una gran amiga se llama María, no es constante, pero hablamos.

efectivamente si procede a tener una relación de apoyo social, ya que refiere tener una amiga con la que frecuentemente se comunica poniéndose al día en los acontecimientos de su vida, entonces se puede deducir que el adulto mayor, aunque tiene una buena red de apoyo no tiene el deseo de hacer parte de ella.

**Pregunta 14.** El adulto mayor ¿Ha dejado de reunirse en actividades familiares o sociales que realizaba anteriormente?

Cuidador	Pues la verdad como estamos acá adentro pocas veces la veo hablar con otros abuelitos, también me ha dicho que llama a una amiga de muchos años y las reuniones con su familia los días de visita.	Redes de apoyo	de Área social	familiar-	Dentro de las respuesta dadas por el cuidador del adulto mayor se observa la presencia de algunas relaciones interpersonales, cabe resaltar que estando ahí dentro de la institución también va a estar alejada de muchas situaciones o personas y tal vez dentro algún tiempo esto empiece a afectar de manera negativa su área social.
----------	--	----------------	----------------	-----------	--

**Pregunta 14.** ¿El adulto mayor con depresión a lo largo del tiempo deja de tener relaciones interpersonalmente? ¿Por qué?

Profesional	La gran mayoría, porque la persona deprimida así esté rodeada de muchas personas	Redes de apoyo	de Área social	familiar-	Dentro de la información dada por el profesional se puede evidenciar efectivamente que la depresión si afecta en gran parte el área social
-------------	--	----------------	----------------	-----------	--

tienen una  
tendencia a  
sentirse sola y a  
no hacer parte de  
ningún lugar,  
entonces puede  
estar  
acompañada de  
muchos pero  
sigue  
sintiéndose en  
total abandono y  
la poca  
generación de  
empatía real con  
esos seres  
amados, no se  
siente a gusto, no  
siente que el otro  
le esté  
mostrando un  
gesto de amor o  
de disfrute por  
compartir sino  
que en su  
percepción y en  
su pensamiento  
erróneo que le  
hace estar  
deprimido que  
alimenta el  
estado la  
percepción es  
que es una carga  
para el otro, que  
está conmigo  
porque no tuvo  
otra opción, que  
comparte con  
nosotros como  
porque no vio  
otra posibilidad,  
pero qué si  
realmente  
pudiese elegir no  
estaría con él y

y sus redes de apoyo,  
cabe resaltar que el  
adulto mayor no  
expresa sentirse  
rechazada por parte de  
su familia, amigos o  
cuidador, pero aun así  
expresa que no le  
genera placer asistir o  
tener reuniones  
familiares, cabe resaltar  
que presenta una red de  
apoyo adecuada.

no lo contrario que es una persona valiosa a pesar de que ya sea mayor, que le aman que le quieren, qué es importante, que es muy agradable para todos disfrutar, que sería lo que pensaría y percibirá alguien que no tiene depresión.

---

**Pregunta 15.** ¿Cuáles son las actividades disfrutaba anteriormente y que ya no le generan ningún tipo de satisfacción?

---

Participante	Transcripción	Palabras/Fras es clave	Unidad Análisis	de Análisis
Adulto mayor	Antes me gustaba ir a paseos en el río ahora lo veo como fastidioso y también me gustaba salir al parque con mis vecinas, mirar televisión cosas así y ya casi no lo hago porque estoy dentro del hogar. Y también me gustaba coser, pero ahora no lo hago como antes porque ya no siento las mismas ganas, lo pienso mucho y	Redes de apoyo	de Área social	Dentro de la información obtenida por el adulto mayor en cuanto a alguna actividad que antes disfrutaba se pude evidenciar ir al rio una actividad en específico que al adulto mayor ya no le genera bienestar o no se siente a gusto haciéndola cuando tiene la oportunidad, así mismo la actividad de coser ya no la realiza con la misma frecuencia ya que se ha perdido el interés que tenía antes siendo esta una actividad que ha

al final no lo hago.

estado realizando durante toda su vida.

**Pregunta 15.** ¿Cuáles considera usted que son esas actividades que antes el adulto mayor disfrutaba realizar y actualmente ya no les generan ningún placer o disfrute?

Cuidador	Pues tengo entendido que a ella le gustaba cocer, pero ya no lo hace a menudo, porque no le dan ganas creo que le falta un poco de motivación.	Redes de apoyo	de Área social	familiar-	Dentro de la información arrojada por el cuidador afirma que efectivamente si le gusta coser, al adulto mayor pero ya no lo realiza con frecuencia debido a que no tiene motivación para hacerlo.
----------	--	----------------	----------------	-----------	---

**Pregunta 15.** ¿Cómo los familiares de un adulto mayor con depresión pueden ayudarlo o pueden vincularse con él?

Profesional	Establecer una red de apoyo funcional y efectiva, algo que es muy importante y se le debe dar mucha relevancia a la red familiar es no confundir, llamémoslo coloquialmente “los achaques de la edad” con un cuadro depresivo, ¿por qué? porque no hay entonces una detección temprana de los síntomas y	Redes de apoyo	de Área social	familiar-	Dentro de la información obtenida por parte del profesional efectivamente muchas veces la familia no da el apoyo necesario hacia el adulto mayor, primero que todo porque piensan que se siente así porque son factores determinantes de la edad y que eso es normal, entonces no le dan el apoyo que de verdad necesita que es en cuanto a la enfermedad mental por la que está pasando, y segundo no logran ver el nivel de afectación en cuanto a las áreas por el que es abatido el
-------------	--	----------------	----------------	-----------	---

recordemos que cualquier diagnóstico clínico de cualquier enfermedad entre más temprano y precozmente se detecte más manejable y menos daño produce, entonces a veces se va a reflejar o van a descubrir que está deprimido, cuando ya pasaron muchas cosas que pudieron menguar o mitigar ese daño porque no hubo una detección temprana, es común oír es que ahora se la vive de mal genio y la irritabilidad también hace parte de la depresión, es que ahora ya no le gusta nada, se la pasa amargado, ya no quiere pues dejémoslo, poco se observa que la familia tienda a pensar que el adulto mayor está pasando por un cuadro

adulto mayor y no solo por lo que tiene que soportar mentalmente como sus sentimientos desgastantes sino porque el desprendimiento de la sociedad, de la funcionalidad, del liderazgo que entran a vivir en esta etapa, la cual muchas veces se vuelve nula para los familiares y sin ningún tipo de potestad o autoridad.

depresivo,  
tenemos el  
síndrome del  
nido vacío,  
tenemos la  
pérdida de las  
jerarquías de  
poder, tenemos  
el proceso de  
pensión,  
tenemos adultos  
mayores que  
pasan por  
episodios de  
muchos temores  
que nunca  
expresaron  
porque siempre  
estuvieron  
camuflados en  
esas funciones,  
en ese poder y  
nunca se  
dialogó, además  
tenemos el temor  
de que el adulto  
no tiene el valor  
de expresar que  
le ocurre o que le  
pasa por temor  
hacer el ridículo  
porque él era que  
protegía, guiaba,  
daba las órdenes  
en casa y ahora  
sentir la  
necesidad que  
sean otros los  
que lo protegen y  
cuando la  
familia no se  
toma el ratito de  
revisar esas  
cosas puede  
pensar que  
simplemente por

el deterioro se amargo, se volvió malgeniado y no hay un trato temprano.

**14.2. Matriz: Triangulación de datos**

*Entrevista semiestructurada*

Adulto mayor	Cuidador	Profesional	<b>Análisis general</b>
<b>Área personal</b>	<b>Área personal</b>	<b>Área personal</b>	
<p><b>Autoconcepto</b></p> <p>La participante menciona tener un concepto de sí misma afectado, ya que se percibe como una persona incapaz de realizar cualquier actividad en la que se vea involucrada, denota baja aceptación debido a que expresa juzgarse de forma severa, por las metas que no cumplió, estos pensamientos constantes del pasado y aquello que no realizó le general malestar en lo personal, además menciona que no es de su agrado lo que ve en sí misma, también existe en ella un constante sentimiento de</p>	<p><b>Autoconcepto</b></p> <p>El cuidador indica que el adulto mayor no es competente de realizar algunas actividades debido a la imposibilidad de creer en sus fortaleza haciéndose notorio en este caso la afectación en cuanto a su autoconcepto ya que unas de las características principales de este, incluye que sus comportamientos, decisiones y actitudes sean motivadoras y en el caso del adulto mayor no se evidencian estas características.</p> <p><b>Área emocional</b></p>	<p><b>Autoconcepto</b></p> <p>El profesional refiere efectivamente que la alteración del autoconcepto es uno de los síntomas que surgen en la depresión, debido a que aparece sentimientos de minusvalía, la sensación de impotencia, la pérdida de seguridad y con todos estos factores la pérdida del autoconcepto, en consecuencia al perder la percepción que tenían sobre si mismos, se generan pensamientos de inutilidad, de temor al fracaso y se intensifica la desesperanza, la tristeza, la</p>	<p>Para dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación se aplicaron a tres distintos grupos poblacionales como son el adulto mayor, el cuidador y el instrumento usado. De tal manera que la intención de la investigación es conocer las alteraciones de las áreas de funcionamiento tanto personal, emocional, cognitivo, fisiológico, familiar y social a consecuencia de la depresión.</p> <p>Continuando se inicia el análisis general en relación a los resultados de la</p>

inutilidad ya que menciona no poder lograr nada bien en su vida.

**Área emocional**

***Inestabilidad emocional***

Dentro de la información proporcionada por el adulto mayor en cuanto a la segunda categoría la cual involucra los aspectos emocionales y la desregulación que puede existir en cuanto a esta fase se puede evidenciar cierto grado de distorsión en cuanto a los pensamientos ya que no existe tranquilidad o estabilidad en su vía y esta no se siente un grado de conformidad consigo misma, evidenciando de manera regular y notoria un sentimiento de tristeza máxima, sentimientos de culpa, y rabia viéndose reflejada la alteración en cuanto al control y gestión de emociones negativas que generalmente invaden al adulto mayor y lo lleva a

***Inestabilidad emocional***

Dentro de la información arrojada por el cuidador se evidencia que al adulto mayor si le generan cierto malestar emocional algunos aspectos de su vida en cuanto sus emociones lo cual no le permite disfrutar de su vida diaria, creando en ella muchos sentimientos de inutilidad ante la sociedad y eso no la hace querer realizar algunas actividades porque siente que los resultados no van a ser favorables o útiles, se siente un ser dependiente de lo que digan las demás personas.

**Área cognitiva**

***Concentración y memoria***

El cuidador corrobora que el adulto mayor en ciertas situaciones se le dificulta recordar lo que hacía, lo que habla e inclusive olvida cuando toma su medicación esto indica que existe una afectación en su

melancolía y la pérdida de interés por lo que antes se hacía.

**Área emocional**

***Inestabilidad emocional***

Dentro de lo expuesto por el profesional los pensamientos negativos son recurrentes como lo es la minusvalía, desesperanza e inutilidad evidenciando que el área emocional se encuentra totalmente presente en esta enfermedad y es relativamente afectada en cuanto al desinterés que genera la persona que sufre la misma, dando como resultado una despersonalización de su realidad, de su contexto y por consiguiente en muchos casos es probable que en algunas personas todos estos malestares mentales hagan parte de una conjugación de varios trastornos es decir un trastorno mixto por ejemplo ansiedad y depresión, dando como resultado

aplicación de una técnica a los tres diferentes grupos poblacionales, en la categoría personal se logra evidenciar sentimientos de inutilidad, temor al fracaso, pérdida de seguridad, sentimientos de minusvalía y frustración en el adulto mayor, información que corrobora su cuidador evidenciando que el adulto mayor presenta actitudes de imposibilidad de creer en sus fortalezas y con respecto a lo que expone el profesional el trastorno de depresión surgen este tipo de pensamientos y sentimientos y que con el paso del tiempo se intensifican y magnifican a tal punto que se genera malestar en lo personal.

En la categoría emocional se logra evidenciar primero que todo que los sentimientos y emociones se vuelven uno a la hora de afectar a una

experimentar situaciones que le causan malestar evidenciando desesperanza lo cual no le permite avanzar y vivenciar nuevas situaciones en su vida porque solo vive del pasado y de sus errores.

### Área cognitiva

#### **Concentración y memoria**

La participante presenta una considerable incapacidad para la toma de decisiones, ya es común que presente indecisiones sobre actividades simples y cotidianas, así mismo denota una clara alteración en su memoria porque expone que se le dificulta recordar cosas sencillas, como tomar su medicación o eventos del pasado, en cuanto a su concentración se evidencia afectada ya que expone presentar momentos en lo que queda en blanco y se le dificulta retomar lo que hacía o iba hacer.

memoria, así como también menciona presentar alteraciones en su concentración porque en ocasiones se distrae con facilidad y olvida lo que se dialoga.

#### **Pensamientos negativos**

El cuidador corrobora los pensamientos e ideas de muerte que presenta el adulto mayor, así como el constante pensamiento que presenta de no querer estar en este mundo y que ha llegado incluso a autolesionarse.

### Área fisiológica

#### **Salud**

En cuanto a la información arrojada por el cuidador se tiene que efectivamente si se alimenta, pero no de la manera correcta siendo esto un desencadenante de desequilibrio fisiológico afectando de manera directa su salud y se ve reflejado de manera posterior el sueño y el desequilibrio en este de manera notable

mayor afectación en esta área en específico.

### Área cognitiva

#### **Concentración y memoria**

El profesional nos indica que un síntoma común en la depresión es la alteración en la memoria y la concentración, en el caso del adulto mayor entrevistado se evidencia la alteración que existe a nivel de estas, ya que tiene dificultad para concentrarse, se queda en blanco, no recuerda hechos recientes, sus focos atencionales se dispersan, debe repetir acciones para poder finalizarlas, es importante recalcar que tanto la memoria como la concentración se encuentran asociados ya que si no existe una buena concentración, será mayor el grado de dificultad para recordar ciertos sucesos.

#### **Pensamientos negativos**

El profesional nos orienta en que los pensamientos

persona con trastorno de depresión, ya que se evidencia mediante las tres fuentes de información consistencia en la afectación de esta área, ya que se identifica sentimientos de tristeza la mayor parte del día, además sensación de vacío, desesperanza y presenta llanto con frecuencia. Esta condición puede causar dificultades de pensamientos, sentimientos, conducta disfuncional y relaciones personales escasas o poco favorables.

En cuanto a la categoría cognitiva basándonos en el discurso que nos da tanto el adulto mayor como su cuidador se logra determinar que existe una clara afectación en el área cognitiva, ya que se evidencia una alteración en la memoria y concentración del adulto mayor, ya que sus focos atencionales se dispersan, se queda en blanco, tiende a

**Pensamientos negativos**

La participante expresa presentar pensamientos e ideas de muerte sobre todo cuando se presenta frustración y presenta este tipo de pensamientos de manera frecuente, así como existen pensamientos de no querer existir.

**Área fisiológica**

**Salud**

Dentro de las respuesta arrojadas por el adulto mayor dadas por la categoría fisiológica, existe un determinante en su estado de salud tanto mental como físico, siendo este determinante no tan funcional en muchas ocasión es ya refiere en muchas situaciones no tener un autocontrol de su apetito o de su alimentación, dando esto como resultados a la largo plazo un posible desbalance de carácter biológico, dándole relevancia a la depresión y haciendo que el adulto mayor se vea afectado en otros

por tiene dificultad al dormirse, y solo lo puede hacer con ayuda de medicamentos. Cabe resaltar que si se encuentra realizando actividad física en dadas ocasiones y esto hace que pueda aparecer un equilibrio en cuanto a su desarrollo motor.

**Área familiar-social**

**Redes de apoyo**

El cuidador refiere en algunos aspectos situaciones contrarias a las que el adulto mayor tal vez no expresa, como por ejemplo que en el hogar geriátrico si realizan o celebran algunas fechas especiales en las que ellos se puedan esparcir y puedan compartir, para crear algún grado de bienestar en esta área en cuanto a las redes de apoyo, entonces notablemente se evidencia que estas actividades no son de gran interés para el adulto ya que no las refirió en ninguna ocasión.

pueden aparecer desde un inicio del trastorno depresivo, inician siendo solo pensamientos, ideas para convertirse en planes estructurados e intento de suicidio, esto ocurre a medida que la depresión avanza en el tiempo, en el caso del adulto mayor entrevistado se evidencia que existe una clara alteración en sus pensamientos ya que es la única alternativa que presenta debido a la baja tolerancia a la frustración que presenta.

**Área fisiológica**

**Salud**

Con base a la información arrojada por el profesional en salud mental de los componentes que afectan esta enfermedad mental en cuanto al desarrollo de su salud física, cabe resaltar que su apetito, su sueño y su constitución física y biológica si es afectado dependiendo el grado de la misma; viéndose reflejado en su aspecto físico

repetir las acciones para poder culminar una tarea, olvida hechos recientes e inclusive conversaciones, basándonos en lo expuesto por el profesional corrobora que estos síntomas hacen parte del trastorno de depresión y que debido a que el cuerpo segrega una baja cantidad de neurotransmisores disminuye la concentración, memoria, funcionalidad y la velocidad de procesamiento de la información. Con respecto a los pensamientos de muerte que presenta el adulto mayor se evidencia una clara afectación en el área cognitiva ya que presenta pensamientos e ideas de muerte constantes además de presentar anteriormente intentos de suicidio.

Muchos de los síntomas usuales de la depresión se pueden ver a grandes rasgos, sim embargo la depresión en adultos mayores puede ser difícil de

aspectos de sus vida como insomnio, deterioro físico en cuanto a su aspecto externo. Cabe resaltar que existe una salvedad en un grado mediano en cuanto al desarrollo de actividad física que es realizada con regularidad.

### **Área familiar-social**

#### ***Redes de apoyo***

El adulto mayor afirma que si se encuentra incluido en algunas actividades sociales o de esparcimiento, pero por lo general a este no le genera algún grado de interés o satisfacción frecuentar esos encuentros siendo esto un factor predominante para áreas de apoyo; pero refiere tener una compañía o un contacto en específico con la cual habla de muchas ocasiones cuando se llaman. Hay algunas actividades las cuales antes hacía que actualmente ya no le generan ningún tipo de interés, entonces es posible notar el grado de

de manera detectar, lo que significativa, como evidente se en su cabello, sus evidencio a partir de uñas, o su piel y de la información que acuerdo a esto cabe suministraron los mencionar que esto participantes y lo va a notar el también de cómo se adulto mayor y lo va observaba el adulto a expresar por medio mayor, reflejando de sus actitudes consigo síntomas desmotivadas, comunes como desesperantes, fatiga, estado de insuficientes o ánimo físico, melancólicas, anhedonia, pérdida posteriormente de interés por las afectando su cosas, disminución funcionamiento de la atención, cognitivo en cuanto alteración de la a la pérdida de conducta, ideas de neuronas o muerte, falta de neurotransmisores apetito, poco interés que va a sexual y problemas imposibilitar al para dormir lo que adulto mayor en la también hacen parte toma de decisiones del proceso de en su día a día. envejecimiento o de algún padecimiento físico.

### **Área familiar-social**

#### ***Redes de apoyo***

Las personas con esta enfermedad, que carecen de alto grado en sus redes de apoyo social o familiar, tiene un grado mínimo en su autoconcepto, sus niveles de afrontamiento ante la vida son escasos, sus niveles de estrés más altos, autoestima baja, también su autoconfianza se ve afectada, menor control personal y

insatisfacción que ha creado el ella la depresión, ya que le ha quitado un sentimiento positivo remplazándolo por uno negativo.

causa de a edad, emocional, entonces dándole poca se puede analizar importancia y que estas redes de haciendo que esto apoyo son de gran genere en el mismo importancia crear y desequilibrio desarrollar en el emocional porque adulto mayor con no se siente depresión que ya se comprendido, encuentra abatido atendido y en por su enfermedad muchas ocasiones mental y no siente la excluidos, capacidad de poder desbordando y enfrentarse a la vida trayendo consigo solo. pensamientos de culpa por creer que tiene la culpa y que por culpa de etapa de vida que es totalmente normal él no va a seguir siendo funcional para su familia.

## 15. Observación No Participante

<b>Fecha:</b> 8 de Junio 2022
<b>Nombre del observador:</b> Yireh Arrieta Nuñez y Kharen Pabón Flórez
<b>Institución:</b> Hogar Geriátrico Jardín de mis Abuelitos
<b>Población:</b> Adulto mayor Diagnostica con depresión
<b>Observaciones:</b> Se observa que el adulto mayor, de manera general en cuanto a las áreas evaluadas, iniciando con el área personal, podemos notar la inseguridad que a raíz de esta enfermedad genera, ya que las respuesta las da con voz nerviosa y sus manos las agarra con fuerza y su mirada no es fija, se logra observar también que hay cierta afectación en su vitalidad ya que al hablar o hacer algún tipo de movimiento se evidencia la falta energía corporal, lo cual también es expresado por su rostro el cual se ve cargado de tristeza, angustia, irritabilidad, frustración y profunda tristeza, expresando así por medio de su llanto que su día a día es totalmente agobiante y este trastorno mental al ser tan incapacitante la consume a partir de sus pensamientos

negativos, los cuales se logran evidenciar de manera significativa, ya que los expresa a través de cuerpo. Su aspecto físico el cual luce algo descuidado, en cuanto a su cabello, piel y aspecto corporal, el cual se logró observar, siendo este un rasgo determinante en las personas con depresión, y por último, la forma de su mirada la cual resulta estar constituida con mucha carga de desesperación y angustia nos permite demostrar que la depresión afecta tanto el aspecto mental de una persona, reflejándolo posteriormente en su aspecto físico, y hablando su cuerpo lo que su interior no puede hacer.

## **16. Recursos**

### **16.1. Recursos Humanos**

Los recursos humanos que se verán involucrados en la siguiente investigación se constituyen por las investigadoras responsables del proyecto: Yireh Adelaida Arrieta Núñez y Kharen Syrley Pabón Flórez, y el docente director de trabajo de grado, Henry Alberto Reyes Mora.

### **16.2. Recursos Materiales**

Los materiales con que se cuenta para la elaboración del proyecto son los siguientes: Computador portátil con todos los programas necesarios para el desarrollo del proyecto, con la colaboración del tutor.

**16.3. Recursos Financieros**

<b>Recursos Materiales Y Otros</b>	
<b>Recursos</b>	<b>Costos</b>
Computador	\$2.000.000
Internet	\$300.000
Imprevistos	\$350.000
Total....	\$2.650.000

Los egresos o gastos que se generen para la ejecución del proyecto académico serán asumidos por las autoras de este.

**16.4. Recursos y Cronograma**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>FECHAS</b>		
	<b>28 de abril 2022</b>	<b>10 de mayo 2022</b>	<b>16 de mayo 2022</b>
Presentación a Hogar Geriátrico Jardín de mis abuelitos y contextualización de tema y actividades a realizar			
Aplicación de entrevista semiestructura a cuidadores del adulto mayor y observación no participante al adulto mayor.			

Encuentro psicoeducativo para adultos mayores y cuidadores de Hogar Geriátrico Jardín de mis Abuelitos			
--	--	--	--

**17. Análisis e Interpretación de la Información**

Según Krippendorff (1980) citado por (Aldana, 2012) “el análisis de información es considerado como una de las metodologías más importantes de la investigación sobre comunicación, estableciendo que su objetivo descansa en estudiar de manera rigurosa y sistemática la naturaleza de los diferentes mensajes que se intercambian en los actos de comunicación que realizamos.” Para el análisis, procesamiento e interpretación de la información se emplea el análisis de contenido de las categorías a estudiar.

Continuando se inicia el análisis general en relación a los resultados de la aplicación de una técnica a los tres diferentes grupos poblacionales, en la categoría del área personal se logra evidenciar sentimientos de inutilidad, temor al fracaso, pérdida de seguridad, sentimientos de minusvalía y frustración en el adulto mayor, información que percibe su cuidador evidenciando que el adulto mayor presenta actitudes de imposibilidad de creer en sus fortalezas y con respecto a lo que expone el profesional el trastorno de depresión surgen este tipo de pensamientos y sentimientos y que con el paso del tiempo se intensifican y magnifican a tal punto que se genera malestar en lo personal. De acuerdo con la categoría del área emocional se logra evidenciar primero que los sentimientos y emociones se vuelven uno a la hora de afectar a una persona con trastorno de depresión, ya que se asegura mediante las tres fuentes de información, consistencia en la afectación de esta área, ya que se identifica sentimientos de tristeza la mayor parte del día, además sensación de vacío, desesperanza y

presenta llanto con frecuencia. Esta condición puede causar dificultades de pensamientos, sentimientos, conducta disfuncional y relaciones personales escasas o poco favorables. Prosiguiendo con la categoría del área cognitiva basándonos en el discurso que nos da tanto el adulto mayor como su cuidador se logra determinar que existe una clara afectación en el área cognitiva, debido a que se identifica una alteración en la memoria y concentración del adulto mayor, ya que sus focos atencionales se dispersan, se queda en blanco, tiende a repetir las acciones para poder culminar una tarea, olvida hechos recientes e inclusive conversaciones, teniendo en cuenta lo expuesto por el profesional corrobora que estos síntomas hacen parte del trastorno de depresión y que debido a que el cuerpo segrega una baja cantidad de neurotransmisores disminuye la concentración, memoria, funcionalidad y la velocidad de procesamiento de la información. Con respecto a los pensamientos de muerte que presenta el adulto mayor se evidencia una clara afectación en el área cognitiva ya que presenta pensamientos e ideas de muerte constantes además de presentar anteriormente intentos de suicidio.

Muchos de los síntomas usuales de la depresión se pueden ver a grandes rasgos, sin embargo la depresión en adultos mayores puede ser compleja de detectar, debido a que suelen pensar que son actitudes normales por la edad, aunque lo que se evidenció a partir de la información que suministraron los participantes y también de cómo se observaba el adulto mayor, refleja consigo síntomas comunes como fatiga, estado de ánimo físico, anhedonia, disminución de la atención, alteración de la conducta, ideas de muerte, falta de apetito y problemas para la conciliación del sueño, lo que sugiere una afectación de dicha área.

Por último, las personas con esta enfermedad, que carecen de alto grado en sus redes de apoyo social o familiar, tiene un grado mínimo en su autoconcepto, sus niveles de afrontamiento ante la vida son escasos, sus niveles de estrés más altos, autoestima baja,

también su autoconfianza se ve afectada, existe un menor control personal y emocional, entonces se puede analizar que estas redes de apoyo son de gran importancia crear y desarrollar en el adulto mayor con depresión que ya se encuentra abatido por su enfermedad mental y no siente la capacidad de poder enfrentarse a la vida solo.

## **18. Discusión**

Para identificar las afectaciones en las áreas del funcionamiento del adulto mayor debido a la depresión se implementó una técnica cualitativa de recolección de información, para ello se cita (Intersistemas, 2001) donde postula algunas personas creen equivocadamente que la depresión es una parte natural del envejecimiento. La depresión no es inevitable al avanzar la edad. Pero muchos factores de la vida que vienen con la edad, incluyendo más problemas de salud, estrés económico y la muerte de familiares y amigos pueden aumentar el riesgo de depresión. Un porcentaje considerable de adultos mayores hombres y mujeres de 60 años de edad o más presentan depresión a partir de lo anterior se procede a especificar de qué manera y en qué áreas del funcionamiento y de la vida del adulto mayor afecta esta enfermedad como lo es su área personal, cognitiva, emocional, fisiológica y familiar-social.

Como anteriormente se había expuso tomando en cuenta los estudios de Maslow (1995), el ser humano identifica sus necesidades básicas desde las más prioritarias hasta las inconscientes entendiéndose que si cada una de ellas son satisfechas se lograría un adecuado desarrollo en su crecimiento personal, lo que conlleva a que cuando el individuo se convierta en un adulto la depresión no será un problema dentro de sus enfermedades mentales.

Un factor predominante para que un individuo no se sienta completo o realizado en su vida puede ser que no exista alguna de estas áreas construidas al largo de su vida, la cual

se complementa desde el inicio del ciclo vital y a lo largo de la vida hasta la última etapa de la vida siendo el ser humano único portador de sus vivencias, intereses, conocimientos, aprendizajes y actitudes. De esta manera cabe analizar cuáles de estas áreas de funcionamiento son afectadas de manera directa por causa de la depresión en el adulto mayor.

En cuanto el área personal la cual fue evaluada por el adulto mayor su cuidador y el profesional en salud mental, esta área según Maslow (1970) sugiere que todos los individuos tienen una necesidad intrínseca del desarrollo personal que se construye a través de un proceso vital llamado autorrealización. Sin embargo en esta categoría investigada se logra evidenciar sentimientos de inutilidad, temor al fracaso, pérdida de seguridad, sentimientos de minusvalía y frustración en el adulto mayor, información que percibe su cuidador evidenciando que el adulto mayor presenta actitudes de imposibilidad de creer en sus fortalezas y con respecto a lo que expone el profesional el trastorno de depresión surgen este tipo de pensamientos y sentimientos y que con el paso del tiempo se intensifican y magnifican a tal punto que se genera malestar en lo personal.

Dentro de otra de las áreas afectadas y estudiadas por dichos participantes anteriormente afectadas por la depresión es el área emocional, en lo cual se puede considerar que la dimensión emocional del ser humano es el área de la vida en la cual las personas expresan y atienden a las emociones, a los estados de ánimo y, en general, con la experiencia subjetiva de cada persona (Rodríguez 2018). Se distingue una relación en la categoría emocional ya que en la investigación realizada a grandes rasgos se logra evidenciar primero que todo que los sentimientos y emociones se vuelven uno a la hora de afectar a una persona con trastorno de depresión, ya que se evidencia mediante las tres fuentes de información consistencia en la afectación de esta área, porque esta enfermedad le da el nombre a la subcategoría de estabilidad emocional, la cual está constituida por una gama de condiciones

que afectan sustancialmente la capacidad de las personas para manejar las demandas de la vida diaria. Esta condición puede causar dificultades de pensamientos, sentimientos, conducta disfuncional y relaciones personales escasas o poco favorables; dando esto como resultados que el adulto mayor no este presentando un nivel de autorrealización necesario para el funcionamiento de su bienestar integral.

Dentro del área que también resulta afectada durante esta etapa es el funcionamiento cognitivo el cual evoluciona a lo largo del ciclo vital, implicando en la vejez declives en la memoria, la capacidad del procesamiento y en algunos aspectos del lenguaje, en especial en la denominación, además de un aumento del riesgo del deterioro cognitivo (Ma Feli González, 2013). En vista de lo anterior el área cognitiva basándonos en el discurso que nos da tanto el adulto mayor como su cuidador se logra determinar que existe una clara afectación en el área cognitiva, debido a que se identifica una alteración en la memoria y concentración del adulto mayor, ya que sus focos atencionales se dispersan, se queda en blanco, tiende a repetir las acciones para poder culminar una tarea, olvida hechos recientes e inclusive conversaciones, teniendo en cuenta lo expuesto por el profesional corrobora que estos síntomas hacen parte del trastorno de depresión y que debido a que el cuerpo segrega una baja cantidad de neurotransmisores disminuye la concentración, memoria, funcionalidad y la velocidad de procesamiento de la información. Con respecto a los pensamientos de muerte que presenta el adulto mayor se evidencia una clara afectación en el área cognitiva ya que presenta pensamientos e ideas de muerte constantes además de presentar anteriormente intentos de suicidio.

Muchos de los síntomas usuales de la depresión se pueden ver a grandes rasgos, sin embargo la depresión en adultos mayores puede ser compleja de detectar, debido a que suelen pensar que son actitudes normales por la edad, aunque lo que se evidenció a partir de la

información que suministraron los participantes y también de cómo se observaba el adulto mayor, refleja consigo síntomas comunes como fatiga, estado de ánimo físico, anhedonia, disminución de la atención, alteración de la conducta, ideas de muerte, falta de apetito y problemas para la conciliación del sueño, lo que sugiere una afectación de dicha área.

Otra de las áreas es la del funcionamiento fisiológico la cual comprende principalmente nuestro cuerpo, sus órganos y funciones, mismas que deben estar en calidad óptima que permita el desenvolvimiento del resto de las áreas de la vida con la mayor comodidad y fluidez posible. El rol del ser humano en el desarrollo de su propia fisiológica consiste, básicamente, en cuidar y mejorar su condición por medio de la preservación de sus órganos, haciendo actividad física regularmente, filtrando la cantidad y calidad de los alimentos que ingiere y visitando periódicamente a un especialista en salud (médico certificado) que se cerciore de cuál es la condición real del organismo, más allá de lo obvio. (Linares, 2021).

Y por último y no menos importante el área familiar y social la cual es el núcleo del cual surge alguien, así como también la familia que se forma a partir de esa persona (si es que se quiere formar una). Siendo un pilar fundamental, la familia tiene igual relevancia que el resto de las áreas abordadas; especialmente porque involucra la interacción de factores como la comunicación, emociones, sentimientos, genética, entre otros. (Linares, 2021). Sin embargo, las personas con esta enfermedad, que carecen de alto grado en sus redes de apoyo social o familiar, tiene un grado mínimo en su autoconcepto, sus niveles de afrontamiento ante la vida son escasos, sus niveles de estrés más altos, autoestima baja, también su autoconfianza se ve afectada, existe un menor control personal y emocional, entonces se puede analizar que estas redes de apoyo son de gran importancia crear y desarrollar en el adulto mayor con depresión

que ya se encuentra abatido por su enfermedad mental y no siente la capacidad de poder enfrentarse a la vida solo.

Teniendo en cuenta la observación no participante el sujeto de prueba denota labilidad emocional, llanto fácil, inseguridad, problemas con su concentración y procesamiento de la información ya que las preguntas realizadas se debían ejemplificar y reformular para que el adulto mayor las comprendiera, en cuanto a su red de apoyo la presenta de forma adecuada, aunque denota no ser comprendida por ellos.

### **19. Recomendaciones**

Los futuros profesionales de la Salud Mental debemos proponer alternativas de solución para promover la salud mental y poder prevenir la depresión en los adultos mayores, por ser un problema relevante para la sociedad, el contribuir a revertir y a transformar esta negativa realidad.

Los futuros profesionales de la Salud Mental debemos plantear la oportuna atención a través de programas de promoción y prevención que generen conocimientos en la familia que cohabitan o cuidan a personas de la tercera edad para que puedan comprender mejor los problemas que dañan la Salud Mental en la tercera edad enfatizando en los más vulnerables.

Los responsables del Hogar Geriatria Jardín de mis Abuelitos deben tener en cuenta las conclusiones de la presente investigación con la finalidad de seguir mejorando las estrategias en la atención del adulto mayor con depresión para incrementar la calidad de vida.

### **20. Conclusiones**

Para determinar las afectaciones de las áreas de funcionamiento del adulto mayor a causa de la depresión, se implementó único instrumento el cual la entrevista semiestructurada, la cual fue aplicada a tres distintas poblaciones residentes en la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander, las cuales se relacionaban con nuestro objeto de estudio (adulto mayor), de esta forma establecimos las afectaciones en cinco áreas del funcionamiento que se ven implicadas en la depresión como lo son la personal, la emocional, la cognitiva, la fisiológica y la familiar-social, a partir de los análisis de los resultados se da respuesta a la pregunta planteada en la investigación y a los objetivos.

De acuerdo con la categoría del área personal se logra evidenciar una clara afectación en esta área debido a los sentimientos constantes y frecuentes de inutilidad, temor al fracaso, pérdida de seguridad, sentimientos de minusvalía y frustración en el adulto mayor, la percepción que tiene su cuidador da a conocer que ella no presenta un adecuado autoconcepto, constantemente presenta actitudes de imposibilidad ante las situaciones, teniendo en cuenta lo que expone el profesional corrobora que la depresión si afecta de manera directa el área personal por ende el autoconcepto generando posteriormente esos sentimientos y pensamientos negativos.

Continuando con la categoría del área emocional se identifica que los sentimientos y emociones se vuelve uno a la hora de afectar a una persona con depresión, ya que se evidencia de las tres fuentes de información consistencia en afectación de esta área, debido a que este trastorno le da el nombre a la subcategoría de inestabilidad emocional, la cual constituye una diversa cantidad de condiciones que afectan considerablemente la capacidad de las personas para manejar las demandas de la vida diaria, ya que esta puede causar dificultades de

pensamientos, sentimientos conducta disfuncional y relaciones personales escasas o poco favorables.

Posteriormente la categoría del área cognitiva con base a la información dada por las tres fuentes con las que se trabajó se logra determinar que existe una clara afectación en el área cognitiva ya que se identifica una alteración en la memoria y la concentración del adulto mayor debido a que sus focos atencionales se dispersan, se queda en blanco, tiende a repetir las acciones para poder culminar una tarea, olvida hechos recientes e inclusive conversaciones, con respecto a los pensamientos negativos que presenta el adulto mayor se evidencian de manera frecuente y recurrente, presenta llanto fácil, además agrega que ha presentado intentos de suicidio anteriormente.

Continuando con el área fisiológica se evidencia que el adulto mayor refleja consigo síntomas comunes como fatiga, estado de ánimo bajo, labilidad afectiva, pérdida de interés por las actividades físicas, alteración de la conducta, falta de apetito y problemas para dormir con base a lo anteriormente mencionado se afirma que el adulto mayor presenta afectación en dicha área.

Por último, continuamos con la categoría del área familiar-social en la que se evidencia una adecuada red de apoyo familiar, pero se identifica por parte del adulto mayor un alejamiento hacia las reuniones familiares ya que no presenta interés ni ánimo para incluirse en las reuniones, en cuanto a su red de apoyo social le genera mayor confianza y tranquilidad así que en conclusión esta área se evidencia levemente afectada.

Para concluir, la depresión es un trastorno que afecta significativamente las distintas dimensiones de la vida, personal, emocional, cognitiva, fisiológica y familiar-social, ya que

es incapacitante, da una percepción negativa del autoconcepto, se presenta inestabilidad emocional, se implantan pensamientos e ideas de muerte, genera alteración en la conducta, así como el aislamiento de las redes de apoyo, por tal motivo fue fundamental generar conocimiento sobre la depresión y desarrollar las estrategias psicoeducativas con el fin de que tanto el adulto mayor como el cuidador tuvieran plena comprensión de lo que es la depresión y tuviera unas herramientas que le ayuden a mitigar las alteraciones que se evidenciaron.

## 21. Referencias

- Aldana, R. O. (17 de mayo de 2012). *Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010*. Obtenido de Universidad del Rosario: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/93206082-2012.pdf;jsessionid=674e78dfea0a96bb90b1430355bbaee0?sequence=3>
- Álvarez, D. E. (12 de septiembre de 2014). *Funciones Ejecutivas en Adultos Mayores*. Obtenido de <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/322>
- comuna, I. (17 de septiembre de 2019). *canitas*. Obtenido de <https://canitas.mx/guias/adulto-mayoroms/#c2bfcuc3a11+es+la+definici3b3n+de+adulto+mayor+seg3ban+la+oms3f>
- DANE. (2 de enero de 2021). *DANE información para todos*. Obtenido de Adulto mayor en Colombia: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/presentacion-caracteristicas-generales-adulto-mayor-en-colombia.pdf#:~:text=Estructura%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20en%20Colombia%2C%20seg%C3%BAn%20sexo,total%20se%20evidencia%20que%20el%2051%25%20son%2>
- definición. (8 de octubre de 2017). *definición y etimología*. Obtenido de <https://definiciona.com/sexo/>
- EE. UU., B. n. (02 de noviembre de 2021). *Medline Plus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>
- el tiempo. (11 de febrero de 2015). *Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo*. Obtenido de <https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281>
- enfermería, f. p. (5 de marzo de 2017). *observatorio de metodología de enfermería*. Obtenido de <file:///c:/users/usuario/downloads/testdepresiongeriatricayesavage.pdf>

- Germán L. Zavala, R. C. (12 de marzo de 2011). *Depresión del adulto mayor*. Obtenido de <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2011/pdf/RFCMVol8-2-2011-3.pdf>
- Guevara, R. F. (03 de marzo de 2020). *Poligran*. Obtenido de <https://journal.poligran.edu.co/index.php/poliantea/article/view/1501/1265>
- Hernández, V. V. (13 de febrero de 2019). Evaluación del bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en Cúcuta, Norte de Santander. *Evaluación del bienestar subjetivo entre adultos mayores institucionalizados en Cúcuta, Norte de Santander*. Cúcuta, norte de Santander, Colombia: Universidad internacional Rioja.
- Linares, A. (17 de febrero de 2021). *Psicología online*. Obtenido de <https://www.psicologia-online.com/areas-personales-de-la-vida-y-como-desarrollarlas-5499.html#:~:text=El%20C3%A1rea%20fisiol%C3%B3gica%20comprende%20principalmente%20nuestro%20cuerpo%2C%20sus,vida%20con%20la%20mayor%20comodidad%20y%20fluidez%20posible>.
- Llanes THM, L. S. (2015). *Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor*. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*. Habana: Medimay.
- López, A. A. (17 de noviembre de 2016). *Prevalencia de la depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena*. Obtenido de <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/3098/prevalencia%20de%20depresion%20en%20los%20centros%20de%20vida%20de%20cartagena%20informe%20final.pdf?sequence=1&isallowed=y>
- Martínez, V. T., & Chávez, N. A. (8 de septiembre de 2008). *Scielo*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002)
- Minsalud. (11 de marzo de 2017). *Boletín de salud mental depresión subdirección de enfermedades no transmisibles*. Obtenido de ministerio de salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Molina, K. D. (23 de marzo de 2018). *Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor*. Obtenido de <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2233/Factores%20asociados%20a%20la%20depresi%C3%B3n%20en%20el%20adulto%20mayor%20281%29.pdf?sequence=3>
- Mühlenbrock, F. v. (17 de octubre de 2011). *Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf>
- OPS. (8 de noviembre de 2015). Organización *Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/depresion>.
- Sánchez, L. F. (8 de junio de 2011). *Unisabana*. Obtenido de <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/2082/Luisa%20Fernanda%20Bustos%20Angulo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Valdés, P. V. (09 de NOVIEMBRE de 2017). *View of prevalence of depression in elderly men and women in Mexico and risk factors*. Obtenido de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/29255/32461>
- Vergel, V. H. (2019). *Evaluación de bienestar subjetivo entre los adultos mayores institucionalizados en Cúcuta, Norte de Santander*. c: universidad internacional de la rioja.
- Abanto, W. (28 de junio de 2015). *Validez y confiabilidad de los instrumentos*. Obtenido de Validez y confiabilidad de los instrumentos:
- Familia y sociedad. (21 de mayo de 2019). *Familia y sociedad*. Recuperado el 6 de June de 2022, de educación social: <https://eduso.files.wordpress.com/2008/06/tema1.pdf>
- Garrido, J. M. (4 de agosto de 2019). *Desarrollo personal. Claves para potenciarlo*. Obtenido de Psico pedía: <https://psicopedia.org/17710/desarrollo-personal-claves-para-potenciarlo/>
- Gcf global. (13 de agosto de 2021). *Las áreas de la vida: Área afectiva*. Recuperado el 6 de June de 2022, de GCF Global: <https://edu.gcfglobal.org/es/areas-de-la-vida/area-afectiva/1/>
- González, M., Yaguas, J., & Facal, D. (16 de diciembre de 2013). *Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas: resultados del Estudio ELES*. Recuperado el 6 de June de 2022, de SciELO España: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092013000300005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000300005)
- Intersistemas (Ed.). (2001). *Guía clínica mayo sobre depresión* (ISBN 1-893005-17-8 ed.).
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *//*. Recuperado el 6 de June de 2022, de [http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4205/UNU\\_ENFERMERIA\\_2019\\_T\\_IVET-TITO.pdf?sequence=1](http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4205/UNU_ENFERMERIA_2019_T_IVET-TITO.pdf?sequence=1)
- Segovia, M. G., & Torres Hernández, E. A. (22 de diciembre de 2011). *Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero* *Functionality of the elderly and nursing care*. Recuperado el 6 de June de 2022, de SciELO España: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000400003#bajo](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003#bajo).
- Afanador, M. I. (2002). El derecho a la integridad personal. *Derechos Humanos y Conflictos*. Obtenido de En [www.corteidh.or.cr](http://www.corteidh.or.cr)
- Aldave, D. M. (2019). *La Vulneración de los Derechos Fundamentales como la Dignidad; Vida; Integridad Moral, Psíquica y Física; Honor; Buena Reputación y Presunción de Inocencia, Frente a la Fundabilidad del Mandato de Prisión Preventiva*. Cajamarca. Obtenido de [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3883/La%20vulneracio%cc%81n%20de%20los%20derechos%20fundamentales%20como%20la%20dignidad\\_%20vida\\_%20integridad%20moral\\_%20psi%cc%81quica%20y%20fi%cc%81sica\\_%20honor\\_%20buena%20reputacio%cc%81n%20y%20pres](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3883/La%20vulneracio%cc%81n%20de%20los%20derechos%20fundamentales%20como%20la%20dignidad_%20vida_%20integridad%20moral_%20psi%cc%81quica%20y%20fi%cc%81sica_%20honor_%20buena%20reputacio%cc%81n%20y%20pres)

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. (2014). *Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados*. Obtenido de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2014/9872.pdf>
- Alvarado, A. M. (5 de mayo de 2014). *Scielo*. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Associes. (2020). *Adulto mayor*. Obtenido de <https://sv.slvf-associes.com/adulto-mayor>
- Buscacolegio. (2021). *Buscacolegio*. Obtenido de Buscacolegio: <https://www.buscacolegio.com.co/colegios/norte-de-santander/cucuta/colegio-fray-manuel-alvarez/7649>
- Calderon, D. (2018). Revista Medica Herediana . *Revista Medica Herediana* , <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3408>.
- Chong, A. D. (28 de julio de 2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral.*, 82-85. Obtenido de [https://www.academia.edu/es/39485696/Aspectos\\_biopsicosociales\\_que\\_inciden\\_en\\_la\\_salud\\_del\\_adulto\\_mayor\\_Bio\\_psychosocial\\_aspects\\_shattering\\_elderly\\_health](https://www.academia.edu/es/39485696/Aspectos_biopsicosociales_que_inciden_en_la_salud_del_adulto_mayor_Bio_psychosocial_aspects_shattering_elderly_health)
- Conceptodefinicion. (2021). *Conceptodefinicion*. Obtenido de Conceptodefinicion: <https://conceptodefinicion.de/respeto/>
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (09 de junio de 2022). *Función pública*. Obtenido de [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=141981](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=141981)
- Fernández, P. M. (2021). *psicologiaymente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/psicologia/aumentar-autoestima-dias>
- Gonzlaez, M. F. (2013). institución educativa colegio Fray Manuel Álvarez . (2021). *institución educativa colegio Fray Manuel Álvarez* . Obtenido de institución educativa colegio Fray Manuel Álvarez : <https://colfraymanuelalvarez.edu.co/web/>
- Instituto municipal para la recreación y deporte. (s.f.). *Imrd, Cúcuta*. Obtenido de <https://imrd-cucuta.gov.co/adulto-mayor/>
- Johnson, S. M. (2009).
- Linares, A. (17 de febrero de 2021). *Psicología online*. Obtenido de <https://www.psicologia-online.com/areas-personales-de-la-vida-y-como-desarrollarlas-5499.html#:~:text=El%20C3%A1rea%20fisiol%C3%B3gica%20comprende%20principalmente%20nuestro%20cuerpo%20sus,vida%20con%20la%20mayor%20comodidad%20y%20fluidez%20posible.>
- Ministerio de la Protección Social. (2010). *Sistematización de la experiencia del proceso formativo del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía*. Bogotá: Legis.
- Prince, D. y. (2005).

- Profamilia. (2021). *Profamilia*. Obtenido de Profamilia: <https://profamilia.org.co/aprende/cuerpo-sexualidad/derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos/>
- Rodríguez-Pacheco, N. G., Narváez-Zurita, C. I., Guerra Coronel, M. A., & Erazo-Álvarez, J. C. (2020). Habeas corpus preventivo como garantía del derecho a la vida, la integridad física. *Iustitia Socialis. Revista Arbitrada de Ciencias Jurídicas*, 5(8), 608-623. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7408558>
- Russek, S. (2007). *Crecimiento y Bienestar Emocional*. Obtenido de <https://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/autoimagen.html>
- Salazar. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Barcelona: Gerokomos.
- Vanegas de Ahogado, B. C., Pabón Gamboa, M., & Plata de Silva, R. C. (2019). Percepciones de adolescentes sobre los derechos sexuales y reproductivos que favorecen la prevención del embarazo en esta etapa. *Revista Colombiana de Enfermería*, 18(2), 1-12. doi:<https://doi.org/10.18270/rce.v18i2.2656>
- Rodríguez Puerta, Alejandro. (22 de febrero de 2018). Dimensión Afectiva del Ser Humano: Componentes Principales. Liferder. Recuperado de <https://www.liferder.com/dimension-afectiva-ser-humano/>.
- Andel, R., McCleary, C. A., Murdock, G. A., Fisk, A., Wilcox, R. R. y Gatz, M. (2003). Performance on the CERAD Word List Memory task: a comparison of university-based and community-based groups. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 733-739. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.913>.
- Andel R, Vigen C, Mack WJ, Clark LJ, Gatz M. (2006). The effect of education and occupational complexity on rate of cognitive decline in Alzheimer's patients. *Journal of International Neuropsychology*, 12, 147-52.
- Crimmins, E. M., Kim, J. K., Langa, K. M., y Weir, D. R. (2011). Assessment of cognition using surveys and neuropsychological assessment: The Health and Retirement Study and the Aging, Demographics, and Memory Study. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 162-171. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr048>.