

PERFIL SINTOMATOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN Y LA FUNCIONALIDAD EN 30
ADULTOS MAYORES DE 55 A 75 AÑOS DE EDAD INSCRITOS EN LA SECRETARIA
DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE BELLO.

Presentado por:

DEICY TANIA VILLEGAS SEGURO

Docente:

JUAN FELIPE VALENCIA

Materia

OPCIÓN DE GRADO 1

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

BELLO-ANTIOQUÍA

PSICOLOGÍA

2019-2

Contenido	
Resumen	5
Palabras clave	5
Abstract	6
Keywords	6
Introducción	7
Justificación	9
Planteamiento del problema	15
Pregunta Problema	21
Antecedentes Investigativos	22
Marco Teórico	28
Adulto Mayor en Colombia	28
Ciclo vital del envejecimiento y sus variables	29
Crisis vitales en el adulto mayor	29
Funcionalidad del adulto mayor con depresión	30
Tipos de depresión	31
Trastorno de depresión mayor	31
Trastorno depresivo persistente (Distimia)	32
Discapacidad	32
Estrategias de afrontamiento	34
Proyección social	35
Objetivos	36
Objetivo General	36
Objetivos específicos	36
Metodología	37
Descripción de los instrumentos	38
Consideraciones éticas	42
Análisis de datos:	43
Análisis	43
Puntuación de Sintomatología (BDI- II)	45
Tabla de frecuencia de sintomatología	46

Puntuación de funcionalidad (PHQ-9)	47
Tabla de frecuencia de funcionalidad (PHQ-9)	47
Tabla cruzada funcionalidad (PHQ-9) * Sintomatología (BDI-II)	48
(PHQ-9) funcionalidad *(BD-II) sintomatología	50
Discusión	50
Conclusiones	52
Consentimiento informado	53
Instrumento de sintomatología (BDI-II) hoja 1	54
Instrumento de sintomatología (BDI-II) hoja 2	55
Cuestionario de funcionalidad (PHQ-9)	56
Referencias	57

Lista de figuras

Ilustración 1 Resultado grafico cruce de funcionalidad vs sintomatología	37
Tabla 1 Calificacion Puntuación de Sintomatología (BDI- II)	34
Tabla 2 Frecuencia de sintomatología	35
Tabla 3 Puntuación funcionalidad PHQ-9	36
Tabla 4 Frecuencia de funcionalidad PHQ-9	36
Tabla 5 Cruzado funcionalidad*sintomatología	37

Resumen

La depresión ha sido conceptualizada de diversas formas a lo largo del tiempo, algunas de estas teorías discuten que existen diversos tipos de sintomatología depresiva, y condicionada a lugares y situaciones específicas; así mismo es importante determinar y conocer cómo se desarrolla la enfermedad en diferentes momentos del ciclo evolutivo, y objeto de esta investigación es la vejez, y situaciones socio demográficas puntuales.

Esta investigación tiene como objetivo determinar el perfil sintomatológico y los niveles de funcionalidad de la depresión en 30 adultos mayores de 55 a 75 años de edad inscritos a la Secretaría del Adulto Mayor del Municipio de Bello.

Una vez realizada la selección de los instrumentos, aplicación en la muestra, análisis de resultados se presentan hallazgos importantes sobre los síntomas de depresión y con ello se abren las puertas a investigaciones futuras que logren comprender el impacto de este factor y como mitigarlo o mejorarlo.

Se determinó una muestra de 30 adultos mayores en edades entre 55 y 75 años de edad inscritos en la Secretaría del Adulto Mayor del Municipio de Bello - Antioquia, en ellos se midió la sintomatología depresiva con el inventario de Beck para la depresión, segunda versión (BDI-II) y gravedad de la de depresión con el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9, (PHQ-9).

Palabras clave

Adulto mayor, depresión, gravedad de la depresión.

Abstract

Depression has been conceptualized in various ways over time, some of these theories argue that there are various types of depressive symptomatology, and conditioned to specific places and situations; Likewise, it is important to determine and know how the disease develops at different times in the evolutionary cycle, and the object of this investigation is the old age, and specific socio-demographic situations.

This research aims to determine the symptomatic profile and levels of depression functionality in 30 adults over 55 to 75 years of age enrolled in the Secretariat of the Elderly of the Municipality of Bello.

Once the identification of instruments has been carried out and executed in a representative sample, important conclusions are reached about the symptoms of depression in this population, and with this the doors are opened to future research that can understand the impact of this factor and how to mitigate or improve it.

A sample of 30 older adults between the ages of 55 and 75 of the Municipality of Bello - Antioquia enrolled in the Secretariat of the Elderly was determined, in them the depressive symptomatology was measured with the Beck inventory for depression, second version (BDI- II), and severity of depression with the Patient Health Questionnaire-9, (PHQ-9).

Keywords

Elderly, depression, severity of depression.

Introducción

Para Licas (2015) la etapa de la adultez es un ciclo vital que comprende cambios biopsicosociales en el ser humano, ya que estos cambios pueden manifestarse por medio de transformaciones psicológicas y físicas, lo cual puede generar situaciones negativas que influyen en el desencadenamiento de depresiones.

Hablar del adulto mayor, implica, remitirse a la etapa de la adultez, según Craig y Baucum, (2009), citados por (Gonzales, 2018) la transición de las etapas del ciclo vital como son la niñez, la adolescencia, la juventud y finalmente la adultez, está última comprendiendo adultez temprana o juventud, adultez media o madurez y adultez tardía o vejez, vivida a partir de los 60 o 65 años de edad, implica una serie de riesgos y factores que influyen de manera negativa en la vida del adulto mayor, trayendo consigo trastornos mentales o psiquiátricos, tales como la depresión. En particular, Rojas (2010) expresa que la depresión es un trastorno que puede manifestarse de muchas formas, pues afecta a lo más profundo del ser humano, así mismo, refiere que la depresión genera una sensación de malestar relacionada con síntomas como tristeza o angustia, pero también contrariedad, irritación, frustración como consecuencia de algo negativo que ha sucedido. Es decir, los síntomas de tristeza y angustia que se presentan en el diagnóstico de trastorno depresivo pueden generar afectaciones en el contexto familiar y social, en otras palabras, dicho síntomas, producen una sensación de malestar en su entorno en razón a las emociones negativas que manifiesta fisiológica, cognitiva y comportamental perturbando significativamente las relaciones interpersonales. (Rojas, 2010, pág. 15).

La etapa evolutiva de la vejez presenta una serie de cambios que suelen interferir en sus funciones cognitivas de las cuales se desprende afectaciones que limitan las capacidades físicas, emocionales y psicológicas, especialmente en adultos mayores, por ello, la depresión según, La American Psychiatric Association, (APA, [DSM V] 2014), como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, presentándose estos síntomas casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores. Como resultado de la gravedad de los síntomas que presenta la depresión, el adulto mayor suele sentirse menos funcional acerca de sus capacidades psicológicas, es necesario resaltar que la depresión se manifiesta tanto física como psicológicamente, cuando las manifestaciones son físicas se pueden presentar en adultos mayores comorbilidad con otras enfermedades en algunos casos hereditarios y psicológicos, lo que hacen que la persona manifieste un deterioro físico y emocional que se hace evidente en el entorno familiar y social, por ende, esta persona presenta sentimientos de frustración o irritabilidad que lo llevan a empeorar los síntomas de la enfermedad y hacer del adulto mayor menos funcional.

Justificación

Los factores sociales y ambientales influyen en la etapa del envejecimiento y además, surge un imaginario social, el cual supone una persona poco funcional frente al desarrollo de las actividades que requieren esfuerzo físico y aspectos de funcionalidad psicológica, como procesos cognitivos que permiten la interacción con el entorno que lo rodea; además esta etapa trae consigo enfermedades asociadas a la salud que logran convertir al adulto mayor en personas poco funcionales, es decir, personas con discapacidades, las cuales no logran realizar de la manera adecuada las actividades del diario vivir que demanda su entorno. (OMS, 2011)

En este sentido, (Araque & Suárez, 2017) argumenta que es necesario entender, desde el imaginario social, que la discapacidad se muestra lógicamente en la menor funcionalidad del adulto mayor, convirtiéndolo con el paso de los años en una persona cada vez menos independiente para la familia y la sociedad. Es decir, el término de discapacidad hace referencia a la dificultad para realizar determinadas funciones que usualmente el adulto mayor considera normales, por lo tanto, al identificar sus limitaciones se vuelve dependiente a su familia, convirtiéndose así, en una obligación más para el familiar o para el cuidador según sea el caso.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo muy frecuente que afecta al individuo en los diversos contextos en los que participa (Ezquiaga, García, Díaz y García, 2011). Actualmente se sabe que más de 350 millones de personas en el mundo padecen depresión y que ésta contribuye de forma importante a la carga de morbilidad a nivel internacional (Organización Mundial de la Salud, 2012). La depresión no sólo destaca por su elevada prevalencia, sino también por la probabilidad de recaída y recurrencia asociada (Zauszniewski y Rong, 1999). Una contrariedad más es el elevado coste económico que implica, el cual se traduce en baja

productividad, ausentismo laboral, cuidados ambulatorios, hospitalizaciones y tratamientos farmacológicos (Valladares, Dilla y Sacristán, 2009).

Se ha encontrado que el primer episodio de depresión o el incremento exacerbado de síntomas depresivos ocurre generalmente cuando el individuo es adolescente, por ser esta etapa del desarrollo donde los problemas psicológicos del individuo aumentan (Hankin, 2006). Es también en la adolescencia cuando se acentúan las diferencias entre sexos, ya que las mujeres presentan más síntomas que los hombres (Araya, Montero-Marín, Barroilhet, Fritsch, Gaete y Montgomery, 2013; Benjet et al. 2009; Del Barrio, Mestre, Tur y Samper, 2004; Uslu, Kapci, Oncu, Ugurlu y Turkcapar, 2008). Empero, si bien las diferencias en intensidad son comunes, algunos investigadores recomiendan el análisis de invarianza para conocer también las posibles discrepancias cualitativas. En culturas orientales se ha hallado diferencias entre mujeres y hombres en relación con la estructura latente de la depresión (Wu, 2010), no así en adolescentes latinoamericanos (Araya et al. 2013), por lo que resulta necesario arrojar más luz sobre este tema. (Contreras, Hernández, & Freyre, 2015).

Ahora bien, la depresión presenta diversas connotaciones y prácticas en torno a la edad, y es por ello que los conceptos tenidos aquí en cuenta presentaran una gran importancia al momento de los análisis, en términos generales la teoría ha descritos de diversas maneras la sintomatología, sin embargo este trabajo pretende identificarlos mismo respecto a una herramienta que ha sido ya sistematizada y evaluada por diversas entidades y procesos, “Distintos paradigmas han ofrecido explicaciones sobre la depresión, como la teoría de la desesperanza (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) o los estilos de respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991), entre otros. No obstante, la propuesta de Beck es especialmente relevante debido al sustento empírico del que goza, proporcionado por la eficacia comprobada de las intervenciones clínicas

basadas en sus supuestos teóricos, dirigidas tanto a población clínica como general, así como a adultos y adolescentes (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006; Clark y Beck, 2010; DeRubeis et al., 2005; Dobson et al. 2008; Lakdawalla, Hankin y Mermelstein, 2007).” (Contreras, Hernández, & Freyre, 2015), es importante entonces determinar aquellos procesos que son diferenciales en adultos, y como estos podrán tener un impacto en el desarrollo sintomatológico de la depresión.

Uno de los aspectos vitales de esta investigación, se centra en la identificación de posibles relaciones entre funcionalidad y depresión, es decir determinar si la disminución o ciencia de la primera, desencadena algún tipo de síntoma de la segunda.

En Bucaramanga para el año 2015, se desarrolló una investigación centrada en la validación de la funcionalidad de adultos mayores en lugares determinados, “Colombia contaba con 46 941 059 habitantes en 2013, según la fuente oficial para el país. De acuerdo con las proyecciones de esta entidad (DANE, 2011), en 1985 el grupo de edades adultas mayores de 60 años y más era de 2 142 219 (6,5% de la población total); en 2013 era de 4 964 793 (10,5% de la población total), y en el año 2025 será de 6 440 000 (12,6% de la población total). Así, este grupo de edad se duplica en 40 años, lo que indica el acelerado crecimiento de este colectivo. En la región de Santander, ubicada en el nororiente colombiano, el índice de envejecimiento en el año 2013 era el siguiente: por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años había 32 personas mayores de 65 años. Es evidente un aumento consistente del envejecimiento en la población de Santander. Para el año 2020 se proyecta que por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años habrá 41 personas mayores de 65 años” (Laguado, Camargo, Campo, & Martín, 2015).

Este estudio determinó entonces dos puntos importantes: Comparando los diferentes tipos de diagnósticos, otro estudio reporta en esta población la hipertensión (40%), diabetes (24%) e

hipercolesterolemia (20%). Para los indicadores de salud mental, el 17,6% presentó síntomas depresivos; el 7,3%, deterioro cognitivo, y el 7,9%, demencia. Como variables adicionales se resalta que es frecuente el contacto familiar, similar al estudio en el que los adultos manifiestan ser visitados por sus hijos y otros familiares, y este apoyo fue valorado como satisfactorio; sin embargo, más de la mitad expresaba sentimientos de soledad, el segundo punto determinan que aun cuando existen niveles de dependencia, y que la misma aumenta con la edad, el porcentaje no fue tan alto como se esperó al inicio del trabajo investigativo, arrojando que solo un 27% presentaba niveles de dependencia funcional para ejecutar ciertas acciones. (Laguado, Camargo, Campo, & Martín, 2015).

Para la ciudad de Medellín, se presentaron diversas estadísticas que dieron una luz inicial a esta investigación, y que pone sobre aviso diversas situaciones vulnerables para el adulto mayor, “Según THETA, Sistema de información de la Secretaría de Gobierno, entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2015 se presentaron 17.711 solicitudes de medidas de protección para casos de violencia intrafamiliar. 83% de ellas, es decir 14.700 medidas, registraron como víctimas a mujeres” 35. Así mismo, el 14.23% de dichas agresiones, ocurre en personas mayores de 60 años, correspondiente a 2.522 personas de 60 o más años 36. De acuerdo al informe del Sistema de información para la Seguridad y la Convivencia (SISC) - Secretaría de Seguridad - Alcaldía de Medellín, en el año 2015 se reportaron en la ciudad 752 casos de violencia presentando comorbilidad con enfermedades del aparato circulatorio, Neoplasias, enfermedades vías respiratorias, enfermedad renal crónica, diabetes Melitus; Tasa por cien mil habitantes Causas de mortalidad por causas asociadas a enfermedades no transmisibles. La misma secretaria reporta violencia intrafamiliar cuya víctima fue una persona mayor de 60 años, con una variación del 44.6% con respecto al año 2014. En dichas situaciones el 2015, las víctimas fueron mujeres

con un 71% y el tipo de violencia más predominante con un 34% fue la verbal, seguidos de maltrato y violencia física con un 19% y 16% respectivamente³⁶, (Alcaldía de Medellín, 2017).

Una vez identificados un sinnúmero de factores, se identifica además que la población mayor no solo es vulnerable en el núcleo familiar, sino además en términos de la sociedad en general, que demanda la ejecución de más acciones medida que el tiempo avanza, en pro de un equilibrio y de una forma de vivir.

Una investigación realizada en Antioquia, deja claro que el porcentaje de adultos con depresión no es muy alto sin embargo, si queda un 26.3 que la presenta o está en riesgo de ella, “De acuerdo a los resultados encontrados con la Escala de Depresión Geriátrica, se observó que el 73,7% de los adultos mayores encuestados no registran riesgo de depresión; sin embargo, la prevalencia del riesgo es de 26,3% distribuidos entre un 16,2% con riesgo leve y el 10,1% muestran riesgo de depresión establecida. Por región, la mayor prevalencia de riesgo se registró en Norte, Suroeste, Occidente y Bajo Cauca, evidenciándose diferencias estadísticas. Además, vivir en Magdalena Medio, Oriente y Urabá disminuye la probabilidad de presentar el riesgo, según las razones de prevalencia ajustadas por las variables demográficas” (Arango, Cardona, Duque, Cardona, & Sierra, 2019).

En investigaciones recientes realizadas en el departamento de Antioquia, se determinaron importantes detalles sobre las ampliaciones demográficas, sociales y otras en la depresión en edad adulta, “Se concluye que en los adultos mayores del Departamento de Antioquia, el riesgo de depresión está explicado por la dependencia funcional para realizar las actividades de la vida diaria, la percepción de una mala calidad de vida y el contar con pocas o nulas redes de apoyo” (Segura, Cardona, Segura, & Garzón, 2012), por ello es vital entonces reconocer cual es el estado actual en términos de depresión en la población mayor, y con base en esta información, generar

planes de acción futuros que permitan realizar intervenciones no solo adecuadas sino también prontas.

Con base en lo descrito, se busca entonces describir la sintomatología de depresión, e identificar la depresión en relación a la funcionalidad que estos pueden presentar, es importante tener en cuenta que esta investigación arroja, las características sociodemográficas.

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es determinar el perfil sintomatológico y los niveles de funcionalidad de la depresión en 30 adultos mayores de 55 a 75 años de edad inscritos a la Secretaría del Adulto Mayor del Municipio de Bello.

Planteamiento del problema

Para Segura y Cardona (2012), la depresión en los adultos mayores es la discapacidad mental que más se presenta, convirtiéndose esta en un problema de salud pública, pues, estos afirman que en la vejez los trastornos psiquiátricos se presentan con mayor frecuencia, en razón a una tasa del 90 % de la población adulta mayor sufre algún tipo de estos trastornos, especialmente la depresión en la primera mitad de la vejez, o sea entre los 65 y 80 años, fenómeno que se da principalmente en mujeres, además, esta discapacidad se da en mayor porcentaje en adultos institucionalizados.

Con base en lo anterior es preciso determinar esta prevalencia a la depresión con un evento de estrés como el duelo generando en consecuencia brotes de depresión, puesto que puede venir relacionada con la dependencia funcional de sus familiares o seres cercanos, por ello se ha considera vital reconocer este proceso, y validar si esta consecuencia funcional del mismo tiene o no un impacto en la vida del adulto.

El duelo, como consecuencia de la pérdida de un ser querido, tanto en adultos como en niños tiene diferentes connotaciones en relación a la situación y a la edad en la que se deba enfrentar dicha situación. Aun cuando el duelo en personas adultas de forma general, presenta una serie de etapas en un proceso de parámetros de la llamada normalidad que varía solo frente a la proximidad afectiva de la persona ausente, mientras en el duelo infantil presenta dos variables una en la relación directa con el cuidador y la otra en la forma en la que perciben la realidad de acuerdo a la edad cronológica entre tanto Medina y Pezzi (2009) identifican en el duelo infantil una relación más arraigada de dependencia del niño con el adulto que fallece, exponen por ejemplo que la muerte de los padres refleja interpretaciones opuestas de la vida por parte del niño ante la posibilidad de que no se repita otra oportunidad de contar nuevamente con el cuidado de

ambos padres, adicional a ello, se dan modificaciones en sus relaciones interpersonales y es constante el sentimiento de soledad, aunque la pérdida se produzca en cualquier edad.

La relación de parentesco resulta significativa en cuanto a la dificultad del duelo y las etapas del afrontamiento de la pérdida tanto en niños como en adultos; la diferencia entonces es puntual en lo que refiere al duelo infantil, puesto que en el caso de los niños, el proceso viene directamente relacionado a su percepción de la muerte, siendo relevante identificar la concepción de muerte dada su capacidad intelectual, “El entendimiento sobre la muerte y la forma de afrontarlo varían de acuerdo con el nivel de desarrollo del niño y el adolescente” (Chaskel L. M., 2011).

Adicional a los aspectos de desarrollo emocional y psicológico, el grado de dependencia del niño se convierte en un factor clave, donde Medina (2009) hace mención a este factor, indicando que la dependencia del niño al adulto en etapas tempranas es fundamental; respecto a ello se ha discutido sobre la capacidad de los niños de afrontar dicha situación de duelo, y sus repercusiones posteriores en lo que puede convertirse en algún tipo de patología, de igual forma determina el impacto de la muerte sobre el niño, identificando cual es el foco del problema más allá de lo que haya sucedido antes y después del evento.

Es de vital importancia la revisión de las relaciones que se establecen después del proceso de duelo con otras personas y entornos, tal como lo expone Parker (1992), recalca que aún bajo las condiciones que generan dificultad en la superación del duelo, los niños en general poseen una serie de mecanismos de negación que les permiten gozar de situaciones agradables con mayor facilidad que a un adulto.

A medida que envejece, puede pasar por muchos cambios, tales como la muerte de seres queridos, la jubilación, acontecimientos estresantes de la vida o problemas médicos. Es normal sentirse intranquilo, estresado o triste por esos cambios, pero después de adaptarse, muchas personas mayores vuelven a sentirse bien. La depresión es diferente, es un problema médico que afecta la vida diaria y el funcionamiento normal. No es una parte usual del envejecimiento, ni una señal de debilidad ni un defecto de carácter. Muchas personas mayores que tienen depresión necesitan tratamiento para sentirse mejor; pueden ser entonces diversos los desencadenantes de dicha situación, y por lo mismo es necesario comprender si la funcionalidad, la pérdida de amigos o seres queridos tiene relación con la dependencia de otras personas y tras esto hacer en una situación sintomatológica de depresión. (Parker, 1992.)

Ahora bien, es necesario comprender, si este hecho está relacionado de forma directa con la funcionalidad del adulto mayor, entendiendo además que entidades como la OPS (Organización Panamericana de la salud), determinan el estado de salud en personas mayores (adulto mayor) en grados de funcionalidad y no de déficit, así las cosas, la funcionalidad varia en torno a cada situación, pero es claro además que en términos de estudios realizados, se mide la dependencia funcional del adulto mayor, “ Por otro lado, la funcionalidad se define como la capacidad del individuo para llevar a cabo de una forma efectiva las actividades de la vida diaria. La dependencia funcional es un problema importante de salud pública por estar estrechamente relacionado con mortalidad, discapacidad, enfermedades crónicas, enfermedades mentales, problemas sociales y pobre calidad de vida” (Runzer, y otros, 2017).

En relación a lo anterior, se puede entonces inferir que la dependencia funcional, o carencia de funcionalidad del adulto mayor (considerado para el caso de Colombia como una persona que supere los 60 años, (Ministerio de Salud Republica de Colombia, s/f), puede tener una relación importante con los síntomas de depresión, y su detección temprana, y a su vez su adecuada intervención puede concluir con resultados positivos en esta población en estado vulnerable, “ Si se desea aumentar los niveles de funcionalidad del anciano, se debe detectar en forma anticipada aquellas situaciones presentes en el adulto mayor que coloquen en riesgo la mantención de ella, con la ayuda de instrumentos creados específicamente para este fin (Pedraza, 1992)

Estas medidas deben ser llevadas a cabo por los equipos del nivel primario de atención, es por esta razón que la autoridad de salud debe preocuparse de sensibilizar y mantener programas de actualización destinados a quienes trabajan en este nivel, que es el lugar más indicado para tratar tempranamente las dificultades que aquejan a este grupo etéreo.” (Runzer, y otros, 2017, pág. 11)

Así las cosas, es entonces importante reconocer si existe una descripción relevante entre depresión y funcionalidad en el adulto mayor, dadas las connotaciones halladas en investigaciones sobre esta muestra en diferentes contextos poblacionales, se ha determinado tomar el Municipio de Bello, para realizar la investigación, y realizar una descripción de la sintomatología depresiva y la funcionalidad.

La identificación de factores de riesgo asociados a la depresión dentro del Departamento de Antioquia, permite identificar una cierta cantidad de riesgos de padecerla, además de que ha venido ocupando los primeros lugares en los boletines informativos presentados por el Gobierno Nacional, “ En el análisis del reporte de los casos atendidos con diagnóstico de depresión por departamentos, se encontró que Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca ocupan los primeros lugares, independiente del tipo de depresión; otros departamentos como Quindío, Santander, Atlántico y Nariño tienen un número elevado de casos en algunos tipos específicos de depresión” (Ministerio de Salud, 2017). Siendo estas las cifras oficiales desde el año 2009 hasta el año 2017 en casos de depresión atendida: Antioquia 7.563, 7.948, 7.458, 10.344, 11.191, 16.254, 15.250, en comparación con Bogotá por ejemplo: Bogotá, D.C. 2.456, 2.479, 3.256, 4.174, 4.498, 4.827, 5.199; esto indica que la alarma está encendida y que existen motivos para pensar que algo debe ser evaluado para intervenirlo de forma asertiva, una investigación realizada en el departamento de Antioquia indica que la depresión en la edad adulta está relacionada con algunos aspectos puntuales, “ En la vejez aumenta el riesgo de las limitaciones impuestas por la pérdida de la salud y la disminución de contactos sociales debida a la viudez y la muerte de los amigos; los más viejos tienen una relativa desventaja con respecto a los más jóvenes, ya que tienen menos educación, bajos ingresos y, por ende, niveles más bajos de bienestar subjetivo” (Ministerio de Salud, 2017)

Debido a esta vulnerabilidad el grado de dependencia se acentúa, lo que conduce al incremento de las internaciones geriátricas; además, los cambios socio-familiares actuales, como son las familias y viviendas más pequeñas y el ingreso de la mujer al mercado laboral (siendo ella la que generalmente se dedica al cuidado y la atención de los mayores), aumentan la internación geriátrica, la cual conlleva deficiencias en las relaciones interpersonales y limita la independencia e individualidad del adulto mayor, generando su desarraigo, pues deja de tener el reconocimiento de sus vecinos, familiares y amigos, así como el sentimiento de inutilidad y de haberse convertido en una carga, el aislamiento con respecto al medio y el maltrato, entre otros” (Ángela Quintero, 2014).

Esta investigación arrojó resultados que además lograron determinar la viabilidad para el proyecto de investigación con adultos mayores, en ella realizaron un reconocimiento de sus características demográficas y sociales: La población objeto de intervención estuvo conformada en 59,2 % por mujeres. En cuanto al rango de edad, 24,5 % de la población era menor de 65 años, 55,1 % tenía entre 65 y 75 años y el resto eran mayores de 75 años. Con respecto al estrato socioeconómico, el 30,6 % de los participantes pertenecía al estrato uno, el 46,9 % al dos, el 4,1 % al tres y el 2 % al cuatro. El 20,4 % no había cursado ningún estudio, el 51 % había completado la primaria o tenía algún grado académico, el 26,5 % había cursado la secundaria completa o parcialmente y el 2 % tenía estudios técnicos. El 12,2 % de los participantes afirmó contar con pareja, el 8,2 % estaba separado, el 59,2 %, soltero y el 20,4 %, viudo. La población que recibía visitas correspondía al 55,1 %. (Ángela Quintero, 2014).

Pregunta Problema

¿Cuál es el perfil sintomatológico y los niveles de funcionalidad de la depresión en 30 adultos mayores de 55 a 75 años de edad inscritos a la Secretaría del Adulto Mayor del Municipio de Bello?

Antecedentes Investigativos

En el contexto de envejecimiento poblacional está implícita una mayor demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores, ya que en esta edad presentan las tasas más altas de morbilidad y discapacidad; para Segura, Cardona y Garzón, (2012), las discapacidades en los adultos mayores se clasifican como: motrices, visuales, auditivas y mentales, esta última de mayor ocurrencia en esta etapa de la vida afectando a un 10% a pacientes ambulatorios, de un 15 a 35% a pacientes que viven en hogares de paso y de 10 a 20 % a pacientes hospitalizados, es decir, los adultos mayores que presentan mayores afectaciones son las personas que permanecen en hogares geriátricos, dado que algunos perciben una mala calidad de vida, la pérdida de la capacidad funcional y dependencia, considerado estos como factores de riesgo que influyen en el desarrollo de la depresión.

Además, la American Psychiatric Association, (APA, [DSM V] 2014), define la depresión como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, presentándose estos síntomas casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores. (Pg. 104-105). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) la depresión es 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”. Cuando una persona está triste, no necesariamente se encuentra deprimida; “la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana”. (Ministerio de salud, 2017)

De acuerdo con la (ONU), para el 2025 y hasta el 2050 serán 86 millones más de personas discapacitadas, lo que equivale al 22.6% de la población total estimada para entonces. Si se unen estas cifras a las publicadas en el 2011 por la misma (ONU) a nivel mundial, se encuentra que un 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, sea visual, motora, auditiva u otra. (Araque & Suárez, 2017, pág. 6).

Por otro lado, un estudio o investigación realizada por Ángel, Bedoya, Correa y Villada (2017), confirma que el riesgo de depresión en un adulto mayor se presenta por condiciones especiales a las cuales este puede ser sometido, pues sus condiciones de vida, en donde la vulnerabilidad, la convivencia, el poco acompañamiento familiar y social, aislamiento, en ocasiones el maltrato físico y mental, conllevan a un incremento de sentimientos de abandono, soledad y tristeza siendo este último el síntoma considerado por Rojas (ADIÓS, DEPRESIÓN EN BUSCA DE LA FELICIDAD RAZONABLE., 2010), un impacto displacentero por el impacto que pueden causar algunos acontecimientos.

Los autores Segura, Cardona, Segura y Garzón (2012), en una investigación transversal analítico participaron 4.248 adultos mayores del Departamento de Antioquia, cuyo objetivo general fue explorar la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores aplicando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, en la que se encontró que las variables demográficas como la edad, el estado civil, sexo, lugar de residencia, entre otras, se encuentran asociadas con el consumo de alcohol y cigarrillo, también con la poca o nula participación en actividades comunitarias, la percepción de la mala calidad de vida y la pérdida de capacidad funcional.

Cabe aclarar que la funcionalidad en los adultos mayores es una variable independiente que está relacionada con el trastorno de la depresión, en este sentido, Villarreal & Month (2012), realizaron un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal con 275 adultos mayores de 65 años, de la ciudad de Sincelejo en el cual se aplicaron pruebas como la Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón, la Escala de Lawton y Brody, el Índice de KaT para la valoración Funcional y la Escala Mini mental para la evaluación cognitiva, cuyos resultados determinaron que las variables sociodemográficas, los hábitos higiénicos y los problemas de salud, presentan comorbilidad con depresión un 54.1%, con poli medicación en un 76%, y dolores en miembros inferiores un 68 %, y un 67.7% presenta riesgo y problema social. (pg 2).

De igual modo, en otra investigación realizada por Borda, Anaya, Pertuz, Romero, Suárez, & Suárez (2013), se estableció que en una población de adultos mayores entre 65 a 95 años prevalecen los factores de riesgo para la depresión leve y severa en un 63% para aquellos que habitan en centros de cuidado geriátrico presentando comorbilidad con variables sociodemográficas, características económicas, médicas y polifarmacia. (pg 6).

Así mismo, Perez y Arcia (2008), argumentan que existen variables ambientales que afectan la salud, en este caso, la depresión en adultos mayores, entre ellas está la red social primaria, siendo ésta importante en cualquier etapa de la vida, pues, cuando el adulto mayor carece o no percibe este apoyo presenta mayor vulnerabilidad a enfermarse y presentando también dificultades para adaptarse al medio ambiente y asimilar de manera positiva las diferentes eventualidades que se manifiestan, cabe resaltar que la deficiencia del apoyo familiar y social incrementa el riesgo de suicidio en esta población, pues la tasa de suicidio en los adultos mayores es del 50% superior con relación a la población más joven. (Perez & Arcia, 2008)

Por lo tanto, el entorno familiar y social son un soporte para las personas que padecen el trastorno de la depresión, ya que, si la población cuenta con un apoyo incondicional en los momentos de dificultad a los que están expuestos durante el transcurso de los síntomas la enfermedad, disminuye el factor de riesgo a presentar condiciones que puedan afectar de manera negativa su bienestar y buena calidad de vida, al respecto conviene decir que sólo quien padece la enfermedad conoce su sufrimiento. (Rojas, 2010)

Ahora bien, siendo la depresión una enfermedad psíquica, cabe aclarar, que esta puede ser endógena, es decir, hereditaria, también, adquirida y, en cualquier caso, está ligada a cambios negativos comportamentales, cambios físicos, cambios somáticos. (Rojas, 2010).

Por otro lado, Duran, Orbegoz, Uribe & Uribe (2007), en la ciudad de Santiago de Cali (Colombia), Se realizó un estudio transversal con adultos mayores de 60 años, se seleccionó una muestra no probabilística compuesta por un total de 500 adultos mayores colombianos. Se contactó a los sujetos cuando acudían espontáneamente al centro-día. Se excluyó a los pacientes institucionalizados y aquellos con un deterioro cognitivo severo, según el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).

Esta investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre las variables, habilidades funcionales e integración social del adulto mayor y conocer si existen diferencias en función del sexo, la edad y el estado civil. Los resultados muestran diferencias significativas en la integración social en función del estado civil, siendo mayor en los adultos mayores solteros y viudos. En función de la edad, se encuentran diferencias significativas en las habilidades funcionales, siendo mayor en los adultos entre los 60 y 65 años (Duran, D., Orbegoz, J., Uribe, F., & Uribe, J., 2007, pg1).

Un estudio realizado por el ministerio de salud (MINSALUD) en el 2017, revela que los casos de depresión en adultos mayores a nivel nacional alcanzaron un máximo entre los 50 y 54 años, luego la tendencia descendió , para luego aumentar nuevamente de los 75 años en adelante, es decir, que entre los 50 y 54 se presenta un aumento en el diagnóstico de la depresión entre los 50 y 54 años de edad, de ahí, un descenso para luego incrementarse en una edad más avanzada, generando esto factores de riesgo que interfieren de manera negativa en sus relaciones sociales y en consecuencia la poca participación en actividades familiares, físicas y recreativas, lo que conlleva a un deterioro cognitivo, emocional, físico, entre otras. (Pg.5).

Ahora bien, este mismo estudio argumenta que en Antioquia entre el 2009 y 2015, la población con depresión va en aumento ya que para el 2013 se presentaron 7.563 casos de depresión y en el 2015 el estudio revela que 15.250 personas en Antioquia fueron diagnosticadas con depresión, siendo este el departamento con mayor índices de depresión, lo cual permite inferir la necesidad de mayor atención a la salud mental, ya que este trastorno es considerado un problema de salud pública por las consecuencias manifestadas a nivel personal, familiar y social. (MINSALUD, 2017. Pg. 21).

Con relación a lo anterior, existen variables biológicas y ambientales relacionadas que influyen en el desarrollo de depresión, en este caso el adulto mayor, para Rojas (2010) una variable biológica es una mezcla de manifestaciones físicas y psicológicas que va desde la ansiedad hasta dolores corporales y desajustes de la personalidad, fobias, obsesiones o delirios. (Rojas, 2010)

Es decir, un adulto mayor que haya desarrollado una depresión no sólo puede manifestarse con un bajo estado de ánimo, sino que los síntomas pueden reflejarse corporalmente, o sea, pueden ser somatizados en diferentes partes del cuerpo.

Marco Teórico

Es pertinente mencionar que el estudio de la vejez surgió a partir del siglo XIX, siendo este un tema importante para la Psicología, para Monroy (2005), la teoría psicológica del envejecimiento está caracterizada por diferentes cambios de comportamiento, estos influenciados por variables biológicas, ambientales, sociodemográficas, entre otras, que influyen de manera positiva o negativa en la etapa del ciclo vital de la vejez.

Adulto Mayor en Colombia

En Colombia bajo la ley 1276 de 2009, en su artículo 7, el concepto de adulto mayor es definido como toda persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más, esto lo confirman los especialistas de los centros vida, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen.

A partir de los 55 años de edad el adulto mayor colombiano cuenta con algunos beneficios en salud, cultura, recreación y deporte, aportes económicos, entre otros, cuando sus condiciones de vida, físicas y psicológicas lo amerita, haciendo de estas personas menos vulnerables.

Ciclo vital del envejecimiento y sus variables

Con relación a lo anterior, el ser humano pasa por diferentes etapas, las cuales le facilitan un desarrollo emocional e intelectual para alcanzar una madurez eficaz, es decir, en la etapa del envejecimiento ocurren cambios físicos y emocionales que afectan su condición familiar y social. Licas (2015)

En este orden de ideas, los adultos mayores al encontrarse en la etapa de envejecimiento, el desempeño físico y cognitivo se altera, por ende, las funciones se tornan limitadas, lo que hace que la percepción se afecte y a su vez, entrar en un estado de angustia y sentimientos de temor y ansiedad, así mismo, el nivel biológico y psicosocial presenta una serie de transformaciones que afectan el funcionamiento del cuerpo apareciendo en algunas ocasiones según el organismo del individuo, enfermedades degenerativas las cuales pueden llevar al adulto mayor a experimentar de manera negativa situaciones como la pérdida de amigos, cambio de roles familiares y sociales, afectando así su autopercepción y autovaloración, lo que conlleva al deterioro y alteración de su bienestar emocional, físico y social. Licas (2015).

Crisis vitales en el adulto mayor

En el proceso de desarrollo el ser humano pasa por cambios físicos y psicológicos y dentro de ello existen las crisis vitales a lo largo de las etapas.

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, que se caracteriza por la incapacidad de la persona para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas. (Centro Psicologico Gran via, 2019)

Por ende, las crisis vitales permiten reflexionar porque después de la toma de decisiones, no solo cambia la vida para el ser humano sino también que da paso a cambios y a la reformulación de valores, creencias y replantearnos objetivos nuevos en la vida, por lo tanto, estos cambios se manifiestan internos o externos y pueden afectar la estructura mental y emocional de la persona con exigencias que superan la capacidad de adecuarse a ellos. (Centro Psicológico Gran vía, 2019) Es decir, dentro de los cambios físicos y psicológicos están enfermedades degenerativas o hereditarias por lo cual el adulto mayor será prevalente a los factores de riesgo, por lo tanto, estará expuesto a vivir los cambios que se presentan a lo largo del proceso de envejecimiento y en consecuencia lograr una reflexión de su bienestar y calidad de vida. (Centro Psicológico Gran vía, 2019).

Funcionalidad del adulto mayor con depresión

Es importante que el adulto mayor tenga una percepción y valoración positiva de sí mismo, ya que de esta manera se proyectarán sus relaciones interpersonales de lo contrario, tiende a sufrir enfermedades mentales y del estado de ánimo, tales como la depresión, la cual, conlleva a un deterioro biopsicosocial; cabe resaltar que la depresión, es considerado un trastorno que se presenta de varias formas especialmente en el cuerpo mostrando síntomas que afectan biológica y físicamente la persona que padece este trastorno, de manera que, la depresión para Rojas, (2010, pg 20), es considerada como: “Un conjunto de enfermedades psíquicas, que pueden ser exógenas o endógenas, de fondo hereditario o adquirido, cuya sintomatología está precedida por un descenso del estado de ánimo, al que asocian cambios negativos en el campo somático, de conducta, cognitivo”. (Rojas, 2010, pág. 20)

Con esto quiero decir, que la persona que sufre depresión está expuesta a diferentes variables tanto internas como externas que afectan el contexto social y familiar del mismo, ya que

su cuerpo presenta cambios, de igual manera, su estado emocional es manifestando en su estado de ánimo, comportamientos negativos que deterioran las relaciones interpersonales, lo cual conlleva a presentar diferentes tipos de depresión, según los síntomas que manifieste la persona. (Rojas, 2010).

Tipos de depresión

Trastorno de depresión mayor

Con relación a lo anterior, Pérez y Arcia (2008) definen que la depresión es: Una afectación del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos como la tristeza, la desilusión, la frustración, la desesperanza, la indefensión, la inutilidad y la infelicidad, en el que se pierde la satisfacción de vivir y la energía para recuperar el bienestar. (Perez & Arcia, 2008, pág. 24)

Las personas que presentan síntomas de depresión experimentan sentimientos negativos que hacen que perciba la realidad de su entorno poco significativa hasta perder el sentido de vida. Para Rojas (2010), la depresión se clasifica leve, moderado y grave, en primer lugar, la depresión leve, puede ser una reacción posgripal, cuyos síntomas pasan por desapercibidos, o en algunas ocasiones se perciben sentimientos de tristeza; en segundo lugar, la depresión moderada, es cuando la enfermedad está más avanzada en consecuencia la reacción depresiva es más intensa y prolongada, y por último, la depresión grave, se manifiesta mediante enfermedades físicas, entre ellas, el cáncer, en esta, los síntomas son manifestados con intentos de suicidio los cuales pueden llegar a consumarse por la falta apoyo familiar y social, también, las creencias personales y religiosas, así mismo, conllevan, a depresiones concomitantes a enfermedades somáticas evidenciado un alto riesgo de peligro.

Trastorno depresivo persistente (Distimia)

Gastó y Navarro (Gastó & Navarro, 2007), argumentan que para el trastorno depresivo persistente (Distimia), debe existir una causa biológica junto a aspectos de carácter que limitan la capacidad del paciente para afrontar los diversos conflictos del día a día, dentro de los criterios establecidos para el diagnóstico de dicho trastorno deben cumplir por lo menos dos o más síntomas durante al menos dos años: Pérdida o aumento de apetito, insomnio o sueño excesivo, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultad para concentrarse o para tomar decisiones y sentimiento de desesperanza. (pg. 6).

En concordancia con lo anterior, el (DSM-V), corrobora, que la presencia de dos o más de estos síntomas conllevan a sufrir un trastorno depresivo persistente, sin embargo, así mismo, existen otros trastornos depresivos tales como:

Discapacidad

Por otro lado, el médico tratante debe tener en cuenta las diferentes variables del paciente, ya que, la depresión en la etapa en la adultez, no hace parte del proceso de envejecimiento, hace parte de este proceso, la disminución de las funciones cognitivas, psicológicas y físicas, y de acuerdo a la capacidad de resolución de conflictos y a la elaboración de las estrategias de afrontamiento será la respuesta al deterioro que se manifiesta durante este periodo. (Rojas, 2010)

Hechas estas salvedades, en el proceso de la etapa de la vejez y según las variables, el adulto está expuesto al riesgo de sufrir enfermedades que pueden causar problemas de funcionamiento, entre las variables que afectan la etapa de la vejez, son las ambientales, las cuales en algunas ocasiones conllevan a la creación de la discapacidad, la cual es definida por OMS (2001), como:

Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Así mismo argumenta que, esta puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible, convirtiéndose en una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia manifestada en la vida cotidiana donde la persona “no es” discapacitada, sino que “está” discapacitada. (pg. 2).

En este caso, la discapacidad hace referencia a la dificultad para realizar alguna actividad cognitiva, física o social que puede alterar su funcionalidad consigo mismo o con los demás, considerando que dicha actividad sea vista como algo cotidiano en el entorno en que se desenvuelve esta persona.

La Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud, (CIF), hace hincapié en el rol de los factores ambientales en la creación de la discapacidad, clasificándolos en tres categorías como son: Deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de participación, las cuales traen consigo dificultades o problemas de funcionalidad corporal y social. (CIF, pg. 5)

Para la OMS (2011), los factores ambientales influyen de manera negativa en la persona, en este sentido, cuando el adulto mayor, no logra realizar las actividades como lo demanda el contexto familiar y social y este se percata de la dificultad para responder a dicha demanda, surge una situación de riesgo que lo lleva a sentirse discapacitado ante sí mismo y ante la sociedad, igualmente, este adulto mayor, al sentirse discapacitado, las estrategias de afrontamiento son mínimas, ya que este no cuenta con las herramientas necesarias para la elaboración de las mismas y de esta manera lograr la responder a las necesidades personales que se presentan cotidianamente.

Estrategias de afrontamiento

Monroy, (2005) citado por (Castro, Londoño, & Ruiz, 2018), señala que la vejez suele llegar acompañada por una serie de cambios en el comportamiento y que estos están relacionados con variables ambientales que influyen positiva o negativamente en los adultos mayores. De igual modo, las personas en la etapa de la vejez, enfrentan una serie de cambios en sus vidas y en sus relaciones; dadas sus experiencias de vida, existen variables que influyen positiva o negativamente en la elaboración de las estrategias de afrontamiento, las cuales son elaboradas a partir a las características cognitivas y psicológicas personales, las cual les permite enfrentar situaciones estresantes como son los problemas familiares y sociales, además, las enfermedades que se presentan por la etapa de la vejez.

Para Lazarus y Folkman (1984) citado por (Zavala, Rivas, Andrade & Reidl 2007) las estrategias de afrontamiento permiten a las personas en este caso, los adultos mayores, sostener una mejor calidad de vida, crear la forma más adecuada de enfrentar las diferentes dificultades a las que están expuestos en su diario vivir, por lo tanto, un persona en la etapa de la vejez, al contar con las capacidades necesarias para elaborar estrategias y resolver de manera asertiva las diferentes situaciones que se dan día a día, logra adquirir una calidad de vida que le permite responder a las demandas que le ofrece la sociedad.

Proyección social

La adultez mayor que es el sector de la población en el cual se enfatizará este estudio, se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento, las personas en esta etapa atraviesan por un proceso de reflexión, contemplando la vida como un conjunto lo que lo conduce a evaluar la manera como ha vivido su vida; a nivel social se percibe el temor por la pérdida de los seres queridos, la jubilación y la falta de interacción social, (Giro, 2004)

Objetivos

Objetivo General

Describir el perfil sintomatológico y los niveles de funcionalidad de la depresión en 30 adultos mayores de 55 a 75 años de edad inscritos a la Secretaría del Adulto Mayor del Municipio de Bello.

Objetivos específicos

- Establecer los niveles sintomatológicos de depresión de los 30 adultos mayores inscritos en la secretaria del Adulto Mayor del Municipio de Bello.
- Especificar la gravedad de la depresión presentada en los 30 adultos mayores inscritos en la secretaria del Adulto Mayor del Municipio de Bello.
- Comparar los resultados obtenidos con el material psicométrico aplicado y los antecedentes de investigación.

Metodología

El diseño metodológico tiene como base un enfoque cuantitativo, mediante un proceso sistemático, el cual, permite buscar y obtener de manera ordenada resultados por medio de investigaciones, interpretaciones numéricas y métodos que facilitan la interpretación de los resultados de acuerdo a los pasos establecidos, facilitando así la representación verídica de estos.

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010), el tipo y nivel de investigación descriptiva especifica las propiedades, las características, la gravedad y los rasgos importantes de las personas o comunidades sometidas a un análisis, en este orden de ideas, es entonces vital comprender que el análisis pretende identificar diversas características de una población ya seleccionada, “ En un estudio descriptivo se seleccionan una serie de cuestiones, conceptos o variables y se mide cada una de ellas independientemente de las otras, con el fin, precisamente, de describirlas. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno.” (Cazau, 2006).

La muestra seleccionada se encuentra en el Municipio de Bello, este cuenta con una población de Aproximadamente 29.000 adultos mayores (Ministerio de datos, 2017) pues se pretende describir el perfil sintomatológico de la depresión y la funcionalidad con una muestra de 30 adultos mayores de 55 a 75 años de edad inscritos a la Secretaría del Adulto Mayor del Municipio de Bello. Con dos herramientas las cuales miden sintomatología depresiva con el inventario de Beck para la depresión, segunda versión (BDI-II) y gravedad de la de depresión con el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9, (PHQ-9).

Se determinó además realizar una selección estadística no probabilística, a razón de sus beneficios para este tipo puntual de investigación, y el tamaño de la muestra deseada a usar de que la misma fuera pequeña.

El muestreo no probabilístico es un método menos estricto, este método de muestreo depende en gran medida de la experiencia de los investigadores. El muestreo no probabilístico comúnmente se lleva a cabo mediante métodos de observación, y se utiliza ampliamente en la investigación cualitativa.” (questionpro, 2019). La selección de la muestra, se hizo de forma conveniente para la realización del ejercicio investigativo y la aplicación de la herramienta, “Permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador” (Otzen & Manterola, 2017).

Una vez seleccionada la muestra dentro de la población, se procede a la aplicación de los elementos evaluativos previamente evaluados.

Descripción de los instrumentos

Para realizar el análisis entonces se han dispuestos dos herramientas fundamentales:

BDI-II

(BDI-II) – Inventario para la depresión de Beck, Versión 2. (Sintomatología), Sanz, J., & Vázquez, C. (1998) El (BDI-II) es un cuestionario que permite medir sintomatología de la depresión en adultos, este instrumento consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión con síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, entre otros. Estos síntomas corresponden a los criterios para el diagnóstico de los episodios depresivos recogidos en el (DSM-V) (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) American Psychiatric Association, (APA, [DSM V] 2014).

Una vez determinada la herramienta como tal, es indispensable verificar según investigaciones relacionada la validez de esta, arrojando resultado positivo en diversos aspectos, El estudio del BDI-II en población adolescente ha revelado tanto fortalezas como debilidades. Se ha documentado evidencia de validez convergente tras correlacionar fuertemente con medidas de depresión y ansiedad (Araya et al. 2013), desesperanza y síntomas internalizados, así como validez divergente al relacionarse débilmente con escalas de apoyo social y síntomas externalizados (Van Voorhis y Blumentritt, 2007). Distintos trabajos han informado puntos de corte que varían de acuerdo con la muestra, pero en general coinciden en que el BDI-II posee sensibilidad y especificidad aceptables, así como una confiabilidad adecuada que oscila entre .90 y .91 (Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia, 2008; Osman, Barrios, Gutierrez, Williams y Bailey, 2008; Uslu et al. 2008).

Cabe señalar, que la manera de responder este cuestionario es que el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante las últimas dos semanas incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y la puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem. (Sanz, J., & Vázquez, C. 1998, pg. 6).

La confiabilidad del (BDI-II) cuenta con un coeficiente alfa fue de 0,88 para los pacientes y de 0,86 para los sujetos de grupo de comparación. (Sanz, J., & Vázquez, C. 1998, pg. 6).

PHQ-9

(PHQ-9) Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9. (Funcionalidad), Baader, T, Molina, J, & Mundt, C. (2012). El Cuestionario (PHQ-9) es un instrumento que no solo permite recolectar información en las personas que sufren el trastorno depresivo sino también la gravedad de la enfermedad, también, permite separar finamente los pacientes que padecen episodios depresivos, mejorando, por tanto, la efectividad de la evaluación clínica psicopatológica del médico encargado del programa, quien actualmente debe evaluar muchos casos de falsos positivos. La Confiabilidad del (PHQ-9) Es que los resultados tuvieron una consistencia interna aceptable con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,835, lo que indica un instrumento fiable que efectúa mediciones estables y consistentes.

La validez del instrumento ha sido ya determinada por diversos estudios, y los resultados arrojados en investigaciones que centran su trabajo en la misma, “ la versión en español de la escala de depresión PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)²⁹, la cual consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días". Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación:

Síndrome depresivo mayor (SDM): presencia de 5 o más de los 9 síntomas depresivos con un índice de severidad de "más de la mitad de los días (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.

Otro síndrome depresivo (OSD): presencia de dos, tres o cuatro síntomas depresivos por "más de la mitad de los días" (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.

Síntomas depresivos positivos (SD+): presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos, pero no alcanza a completar los criterios anteriores.

síntomas depresivos negativos (SD-): no presenta ningún criterio diagnóstico "más de la mitad de los días" (valores < 2).” (Baader, y otros, 2012)

Consideraciones éticas

La ley 1090 permite conocer consideraciones éticas y el alcance del profesional en el momento de realizar una investigación, en este sentido el profesional está en la obligación de respetar las decisiones de las personas que participan en dicha investigación, teniendo en cuenta que esta participación se hace de manera voluntaria, según el código deontológico y ético del psicólogo colombiano (ley 1090 de 2006), con el fin de no causar daño a los mismos participantes ni a terceros, así mismo, el Capítulo VII hace referencia al respeto por los otros donde las demás personas poseen valores, actitudes y pautas de comportamiento que sean diferentes de las propias.

Su ejercicio profesional debe tener presente el respeto mutuo en las relaciones humanas. Por lo tanto, no deben participar en prácticas contrarias a la integridad física y/o psicológica de las personas con las cuales actúan profesionalmente. No deben involucrarse en acciones que impliquen relaciones de explotación, abuso y profesionales, financieras o de otra índole que puedan debilitar su objetividad, interferir el desempeño efectivo de sus funciones como psicólogo, o dañar o explotar a la otra parte (consultantes, clientes, asesorados, etc.)

Por otro lado, El Colegio Colombiano De Psicólogos (2012), hace referencia en el Capítulo VII, a la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, expone en el artículo 49 que: 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. (Colpsic, 2012, p. 34). Los profesionales que adelantan investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darles uso indebido a los hallazgos. (Colpsic, 2012, p. 35).

Análisis de datos:

Se realiza un cruce de datos en el cual se evidencian variables sociodemográficas y los resultados de los instrumentos utilizados de depresión y de gravedad por medio de la herramienta SPSS Startical Produc And Service Solutions, la cual admite el tratamiento de datos para el análisis estadístico.

Análisis

En la presente investigación es necesario conocer datos sociodemográficos tales como: el rango de edad de 55-75 años, el sexo, el número de personas con quien vive en la casa y el estado civil considerando lo anterior necesario para dicho análisis con la finalidad de describir el perfil sintomatológico en adultos mayores del Municipio de Bello cabe resaltar que el total de participantes fue de 30 personas con un rango de edad 55-75 años (28 mujeres y 2 hombres).

El análisis de los datos arrojados por la herramienta permitirá comprender el estado actual de depresión y gravedad, y finalmente a través del SPSS se validará la correlación entre ambas.

Una vez aplicada la herramienta se observan los siguientes resultados preliminares: se observó en (BDI-II) la puntuación más baja (0-13) para la muestra entonces significa ausencia de síntomas o al menos un síntoma, dentro de los 28 participantes se encuentran 2 hombres con edades de 64 y 67 años de edad, en esta sentido se describe que las mujeres tienen más prevalencia a presentar episodios depresivos que los hombres, ya que ellos tienen ausencia de síntomas y así mismo son funcionales en las actividades diarias que se propongan.

Para analizar la relación de sintomatología depresiva y funcionalidad en los adultos mayores se utilizó dos pruebas, el primero es el (BDI-II) que mide sintomatología y el segundo es el cuestionario (PHQ-9) que mide funcionalidad, además, el propósito con las anteriores es describir el perfil sintomatológico de la depresión en los adultos mayores de 55 a 75 años de edad.

A continuación, se realiza la presentación de los resultados mediante las tablas de la herramienta (SPSS) respecto a las pruebas aplicadas (BDI-II) sintomatología y (PHQ-9) funcionalidad, donde se realizó mediante el programa de (SPSS), en relación a los criterios diagnósticos del (DSM-V) para episodios de depresión con un periodo de dos semanas.

En este caso se especifica la gravedad como: Leve: dos síntomas, Moderado, tres síntomas, Moderado-grave, cuatro o cinco síntomas y Grave, cuatro o cinco síntomas con agitación motora y presentan un cambio en el funcionamiento previo, al menos uno de los siguientes síntomas (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

En coherencia, se presenta las siguientes tablas de frecuencia que reflejan los resultados de aplicación del material psicométrico, como se muestra a continuación; al comparar los

puntajes de los instrumentos aplicados como el cuestionario (BDI-II) y el cuestionario (PHQ-9) se observa un alto porcentaje en mujeres que en hombres con la presencia de dos o tres síntomas de episodios depresivos el (PHQ-9) se observa que las puntuaciones en los ítems 3, 5 son altos, estos hacen referencia a cambios en el sueño y al apetito. En relación a las puntuaciones totales del (BDI- II) oscilaron entre (0-63), las mayores puntuaciones fueron en referencia a los ítems 16, 18 y 21 que aluden a cambios de sueño, cambios del apetito y perdida del placer.

Así mismo los resultados de las pruebas aplicadas se describe que, aunque los adultos mayores presentan sintomatología de depresión en criterios muy bajos en este sentido la funcionalidad en las actividades cotidianas es normal, es decir, el cambio no es significativo en el estado de ánimo en relación a la funcionalidad. Dicho lo anterior es pertinente conocer la tabla 1 (BDI-II) donde muestra la puntuación que va desde 0 – 63 y el rango de mínimo, leve, moderado y grave de los síntomas presentados por la población participante. (Tabla 1).

Puntuación de Sintomatología (BDI- II)

PUNTUACIONES TOTALES	RANGO
0 – 13	Mínimo
14 – 19	Leve
20 – 28	Moderado
29 – 63	Severo

Tabla 1 Calificación Puntuación de Sintomatología (BDI- II)

Tabla de frecuencia de sintomatología

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	2	6,7
Moderado	9	30,0
Grave	11	36,7
Total	30	100,0

Tabla 2 Frecuencia de sintomatología

La tabla 2 evidencia los resultados del instrumento de depresión (BDI-II) y sintomatología depresiva por un periodo de tiempo de dos semanas, con una muestra de 30 personas, donde las puntuaciones se denominan (mínimo, leve, moderado y grave).

En este sentido el 26,7% es equivalente a 8 personas que presentan sintomatología mínima, es decir, nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión, el 6,7% es equivalente a 2 personas con sintomatología leve, lo que explica que ha presentado dos síntomas de depresión, así mismo, el 30.0% es equivalente a 9 personas con sintomatología moderada, por lo tanto, presenta tres o más síntomas de depresión y el 36,7% es equivalente a 11 personas con síntomas graves. Lo que indica, que cumplen con cuatro o cinco síntomas, y presentan un cambio en el funcionamiento previo, al menos uno de los siguientes síntomas (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Puntuación de funcionalidad (PHQ-9)

NIVEL DE GRAVEDAD	PUNTUACIÓN
Funcionalidad mínima	0-4
Funcionalidad leve	5-9
Funcionalidad moderada	10-14
Funcionalidad moderadamente grave	15-19
Funcionalidad grave	20-27

Tabla 3 Puntuación funcionalidad PHQ-9

También es necesario conocer la puntuación del cuestionario (PHQ 9) en la tabla 3 donde la puntuación va desde 0-27 con un nivel de gravedad como funcionalidad, leve, moderada, moderadamente grave y grave con el fin de describir los resultados de funcionalidad en dicha población. (Tabla 3).

Tabla de frecuencia de funcionalidad (PHQ-9)

	Frecuencia	Porcentaje
Funcionalidad mínima	26	86,7
Funcionalidad leve	3	10,0

	Funcionalidad Moderada	1	3,3
	Total	30	100,0

Tabla 4 Frecuencia de funcionalidad PHQ-9

Tabla cruzada funcionalidad (PHQ-9) * Sintomatología (BDI-II)

		(BDI-II) Sintomatología				Total
		Mínimo	Leve	Moderado	Grave	
(PHQ-9) Funcionalidad	Funcionalidad mínima	7	2	9	8	26
	Funcionalidad leve	1	0	0	2	3
	Funcionalidad moderada	0	0	0	1	1
Total		8	2	9	11	30

Tabla 5 Cruzado funcionalidad*sintomatología

En la tabla 5 y gráfico 1 se observa el cruce de las dos variables (PHQ-9)-funcionalidad y (BDI-II)-sintomatología, donde se realizó el análisis de los datos mediante la recopilación de información de las variables anteriores para identificar sintomatología depresiva y funcionalidad, por lo tanto, la muestra total es de 30 personas y los datos presentados concluyen lo siguiente.

En primer lugar, el 86,7% de la población equivale a 26 personas con el criterio de funcionalidad, donde 7 de ellas presentan sintomatología mínima con la presencia de al menos un síntoma, 2 personas con sintomatología leve con presencia de al menos dos síntomas, 9 personas con sintomatología moderada con presencia de al menos tres o cuatro síntomas y 8 personas con sintomatología grave cumpliendo más de cinco síntomas descritos en párrafos anteriores en los criterios de episodios depresivos del (DSM-V,2014). (Como sentimientos de tristeza, desesperación, falta de energía o cansancio constante, insomnio entre otros, la mayor parte del día), En segundo lugar, el 10.0% de la población equivale a 3 personas con el criterio de funcionalidad leve, donde 1 de ellas presenta sintomatología mínima y 2 sintomatología grave. Tercer lugar y último, el 3,3 % equivale a 1 persona con funcionalidad moderada y sintomatología grave, lo que describe disfuncionalidad en la persona porque presenta los criterios para episodios depresivos.

Debido a lo anterior, la población presentó síntomas con intensidad variada en referencia a los criterios del (DSM-V) para episodios de depresión como: tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, durante el periodo de dos semanas lo cual también se deduce que las personas son funcionales aun presentando episodios de depresión, en otras palabras están en la capacidad de realizar las diferentes actividades que se proponga.

(PHQ-9) funcionalidad *(BD-II) sintomatología

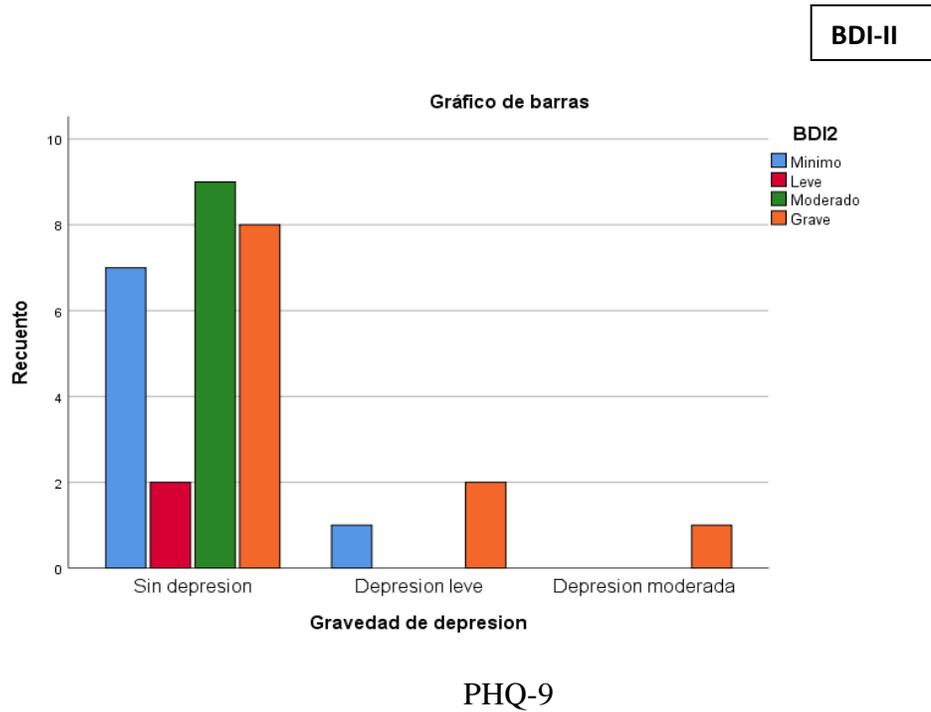


Ilustración 1 Resultado grafico cruce de funcionalidad vs sintomatología

Discusión

Antes de inicio a la discusión es propicio conocer que la depresión Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,2011), “es 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” en el caso de los adultos mayores la depresión es un trastorno generalizado, además no hace parte del proceso de envejecimiento.

En Colombia más de dos millones de personas sufren depresión y el (41%) de las personas son adultos mayores de 60 años, según una investigación de la Fundación Saldarriaga Concha (2019).

Según la (OMS), la depresión no está demostrada como causa principal de muerte en los mayores, aunque si puede afectar su funcionalidad y calidad de vida en relación a los síntomas de depresión como cambios en el apetito y en el sueño, también existen síntomas como fatiga crónica y dolor de cabeza, lo que dificulta sus relaciones sociales. (González., 2018).

De acuerdo a lo anterior se hace relevancia a los resultados de esta investigación con la población de adultos mayores en edades de 55 a 75 que participaron en la investigación con los instrumentos, en relación al (PHQ-9) se encontró como resultado que el (86,7%) de las personas son funcionales en el sentido de que están en ausencia de síntomas depresivos y las actividades diarias siguen iguales, que el (10%) presenta funcionalidad leve con la presencia de al menos un síntoma y el 3,3% representan funcionalidad moderada con la presencia de al menos dos síntomas. (DSM-V, 2014).

Así mismo en el (PHQ-9) Se evidencian resultados bajos en aspectos de disfuncionalidad total, en este caso el (26.7%) de la población presentan funcionalidad leve, ya que los ítems relevantes son el 3, 5 que representan cambios como dificultad para quedarse dormidos (o dormido mucho) y sin apetito (o ha comido mucho).

Además, dentro del análisis descriptivo de la presente investigación es notorio que en el instrumento (BDI-II) los ítems 16 cambios en el sueño, 18 cambios en el apetito y 21 cambios en el placer presentan un puntaje alto con un 25% lo que representa cambios en el sueño, en el

apetito y en el placer de acuerdo a los cambios físicos y psicológicos por los que pasa el adulto mayor.

En relación al instrumento anterior se encontró un estudio que se presentó con el mismo tipo de población; el estudio de (Villada, 2005) realizado en la ciudad de Medellín donde los resultados arrojados fueron del 94% (94 personas) presentaron ausencia de depresión, porque las puntuaciones fueron mínimas, también, se observó puntuaciones moderado y severo en menor cantidad presentando algunos síntomas depresivos. Se puede presenciar que a diferencias de la edad que se presenta en esta investigación, las puntuaciones de sintomatología no son altos.

Conclusiones

Una vez aplicadas las herramientas se ha logrado concluir que los índices de relación de la funcionalidad con la depresión, no son altamente significativos, es decir que, aunque pueden algunos presentar una relación, esta no es un objeto de impacto en el desarrollo de una patología tal como la depresión.

Aunque la muestra que se tomo fue pequeña, de esta se logra concluir que la depresión si está presente en diferentes factores sintomatológicos que difieren de tristeza que es el más común, por ello se logra entonces determinar que por lo menos para la muestra investigada, se presentan casos de depresión, aunque no todos son severos.

Finalmente es importante determinar cuáles son las causas reales de la depresión presentada en este tipo de población de la comunidad de Bello, para generar herramientas que permitan intervenirlo de forma adecuada.

Anexos

Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA
INVESTIGACIÓN: Describir el perfil sintomatológico de la depresión y la
funcionalidad en adultos mayores del Municipio de Bello (Ant).**

Yo -----

Identificado(a) con número de Cédula -----

Edad -----

Estado civil -----

Número de personas con quién vive -----

La ley 1090 del año 2006 en el Artículo 31 refiere el consentimiento informado como un deber en el ejercicio profesional en psicología que permite conocer consideraciones éticas y el alcance del profesional en el momento de realizar una investigación, en este sentido el profesional está en la obligación de respetar las decisiones de las personas que participan, teniendo en cuenta que la participación se hace de manera voluntaria con el fin de no causar daño a los mismos participantes ni a terceros.

Además, se guardará el Secreto Profesional en referente a todo lo que suceda durante la intervención.

Se respetará los valores morales y la religión de los participantes con el fin de no impedir la intervención.

Todo el material recogido en esta investigación, ya sea de forma verbal o escrita quedará bajo el cuidado del profesional en formación con el fin de que la identificación de los participantes no sea posible.

Doy pleno consentimiento a la realización de las pruebas psicológicas para la participación de la investigación. Además, se me indicó el procedimiento a seguir y el posible tiempo que llevarán las pruebas. También se me indicó que puedo revocar el consentimiento o dar por terminada la participación en cualquier momento, sin que ello implique ningún tipo de consecuencias.

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

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

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Estoy triste todo el tiempo.</p> <p>3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.</p> <p>1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.</p> <p>2 No espero que las cosas funcionen para mí.</p> <p>3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p> <p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que hubiera debido.</p> <p>2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.</p> <p>3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.</p> <p>1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que estoy siendo castigado.</p> <p>1 Siento que tal vez pueda ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Disconformidad con Uno Mismo</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.</p> <p>1 He perdido la confianza en mí mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusto a mí mismo.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.</p> <p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.</p> <p>2 Querría matarme.</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeña cosa.</p> <p>3 Siento ganas de llorar pero no puedo.</p>
---	--

Ministerio de Educación
 Laboratorio de Psicología
 Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
UNIMINUTO
 Universidad Nacional del Trópic de Colombia

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition).
 Traducción y adaptado con permiso.
 © 1996-2001 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation.

Instrumento de sintomatología (BDI-II) hoja 2

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-3 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <p>3a No tengo un apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	---

Subtotal Página 2

Subtotal Página 1

Cuestionario de funcionalidad (PHQ-9)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las **últimas 2 semanas**, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?
(Marque con un " " para indicar su respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +

=Total Score:

Si marcó **cualquiera** de los problemas, ¿qué tanta **dificultad** le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

Referencias

- Angel Ramírez, V., Bedoya Echeverri, L. J., Correa López, E. A., & Villada Villa, J. S. (2017). *Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores institucionalizados en la red de asistencia social al adulto mayor*. Universidad CES.
- Araque, F., & Suárez, O. (2017). *Reflexiones teóricas y legales del adulto mayor y la discapacidad en Colombia*. Barranquilla: JURÍDICAS CUC.
- Borda, M., Pertuz, M. M., García, A. S., Suárez, A., Anaya, M. P., & Romero, L. (2013). *Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla*. Barranquilla: Salud Uninorte.
- Cazau, P. (2006). *INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES*. Buenos aires: Tercera Edición .
- Centro Psicologico Gran via. (2019). *Crisis Vitales*.
- Fernandez, C., Baptista, P., & Hernandez, R. (2010). *Metodologia de la investigacion*. Mc Graw Hill.
- Gastó, C., & Navarro, V. (2007). *LA DEPRESIÓN: UNA GUÍA PARA PACIENTES DE LARGA DURACIÓN*. Barcelona.
- Giro, J. (2004). *Envejecimiento y sociedad, una perspectiva pluridisciplinar*. Universidad de la Rioja.
- Gonzales, A. (2018). *El vínculo entre cuidador y persona vieja institucionalizada: Su implicación en la salud mental durante la vejez*. . Bello, Colombia.
- Lazarus, R. y. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona.
- Licas, P. (2015). *Nivel de depresion del adulto mayor en un centro de atencion integral*. Lima-Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ministerio de datos. (2017). *Población del Municipio de Bello grupos quinquenales de edad y sexo*. Bogota: Mintic.
- Ministerio de salud . (2017). *Ministerio de Salud publica*. Bogota.
- Ministerio de Salud Republica de Colombia. (s/f). *Envejecimiento y Vejez*. Bogota Dc: MinSalud.
- Monroy, A. (2005). *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adulto mayor*.
- OMS. (2011). *Organizacion mundial de la salud*.
- Pedraza, M. y. (1992). *Autonomía funcional en ancianos*. Madrid, España: Rev. Rol de Enfermería.
- Perez, V., & Arcia, N. (2008). *Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor*. . La Habana: Revista Cubana de medicina.
- Rojas, E. (2010). *ADIÓS, DEPRESIÓN EN BUSCA DE LA FELICIDAD RAZONABLE*. Madrid: Planeta Madrid.
- Runzer, F. M., Castro, G., Merino, A., Torres, C., Diaz, G., Perez, C., & Parodi, J. F. (2017). *Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores*. Lima, Peru: Horizonte medico Lima.

Segura, A., Cardona, D., Segura, Á., & Garzón, M. (2012). *Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia*. Medellín: Universidad CES.

Segura, A., Cardona, D., Segura, Á., & Garzón, M. (2012). *Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012*. Medellín: Rev. salud pública.

Villareal, G., & Month, E. (2012). *Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)*. Barranquilla, Colombia: Salud Uninorte.

Alcaldía de Medellín. (2017). *POLITICA PÚBLICA DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ PLAN GERONTOLÓGICO 2017-2027*. Alcaldía de Medellín.

Ángela Quintero, M. E. (2014). *Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados*. Medellín: Universidad Remington.

Arango, D. C., Cardona, A. S., Duque, M. G., Cardona, A. S., & Sierra, S. M. (2019). *Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia*. Medellín: Artigos Originais / Original Articles.

Baader, T., Molina, J. L., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C., . . . Mundt, C. (2012). *Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile*. Santiago de Chile: Revista chilena de neuro-psiquiatría .

Contreras, J. A., Hernández, L., & Freyre, M.-Á. (2015). *Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes*. Terapia psicológica.

Laguado, E., Camargo, K. d., Campo, E., & Martín, M. d. (2015). *Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar*. Bucaramanga: Universidad Cooperativa de Colombia.

Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de salud mental depresión*. Bogotá: Ministerio de Salud.

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). *Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio*. Int. J. Morphol.,.

questionpro. (2019). *Muestreo no probabilístico: definición, tipos y ejemplos*.