



Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan
de Urabá, año 2022.

Pedro Nel Banda Berna

Leidy Vanesa Ruiz Vélez

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rector: Javier Alonso Arango

Sede: Centro Regional Urabá Programa: Psicología

Mayo de 2022

Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan de Urabá, año 2022.

Pedro Nel Banda Berna

Leidy Vanesa Ruiz Vélez

Trabajo de grado presentado para obtener el título profesional de Psicología

Asesor(a)

Norvei Ruiz

Docente

Corporación Universitaria Minuto de Dios Rector: Javier Alonso Arango

Sede: Centro Regional Urabá Programa: Psicología

Mayo de 2022

Dedicatoria

A mis familiares y esposo por su profundo amor y dedicación, por su apoyo brindado para poder alcanzar mis objetivos, y a mi hija por ser el gran motivo de seguir adelante y ser alguien mejor. A mis amigos y familiares más cercanos por el apoyo directa o indirectamente que me brindaron en este proceso formativo.

LEIDY VANESA RUIZ VELEZ.

Dedico esta investigación a mis padres; Pedro José y Ruth Ester y a mi novia Karen Isabel, por tenerme en sus oraciones, por sus palabras de motivación y por su apoyo incondicional para alcanzar este importante logro en mi vida.

PEDRO NEL BANDA BERNA.

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por darnos la vida y permitirnos conservar la fe, por qué la confianza en él nos ayuda a seguir luchando, para alcanzar las metas propuestas y ser cada día mejores en nuestro desarrollo personal y profesional.

Agradecemos a nuestro asesor de opción de grado Norvei Ruiz, por su disposición y apoyo metodológico en la estructuración y consolidación de nuestra propuesta de investigación, a todos los docentes de la Corporación Universitaria Minuto de Dios que nos acompañaron en nuestro proceso de formación académica a lo largo de estos 10 semestres, del mismo modo a los agentes administrativos de la Corporación Universitaria Minuto De Dios y la Cooperativa Minuto De Dios por su vinculación en el cumplimiento de nuestro objetivo como estudiantes.

Leidy Vanesa Ruiz Vélez y Pedro Nel Banda Berna

Contenido

Contenido

Lista de figuras	7
Lista de anexos	8
Resumen	9
Abstract	10
Introducción	11
CAPÍTULO I	13
1 Planteamiento del problema.....	13
1.1 Descripción del problema.....	13
1.2 Formulación del problema	15
1.3 Justificación	15
1.4 Objetivos.	16
1.4.1 Objetivo general	16
1.4.2 Objetivos generales.....	16
CAPÍTULO II	17
2 Marco Teórico y Referencial.....	17
2.1 Antecedentes o estado del arte.....	17
2.2 Marco teórico	21
2.3 Marco legal.....	24
CAPÍTULO III	17
3.1 Enfoque.....	17

3.2	Diseño	17
3.3	Alcance	21
3.4	Poblaciòn.....	24
3.5	Muestra	21
3.6	Tecnicas e instrumentos.....	24
3.6.1	Tecnicas.....	21
3.6.2	instrumentos	24
3.7	Tecnica de analisis de la informaciòn	24
3.8	Consideraciones èticas.....	21
CAPÍTULO IV.....		24
4	Hallazgos y análisis de la informaciòn.....	21
4.1	Resultados	24
4.1.1	Resultados objetivos especifico numero 1.....	21
4.1.2	Resultados objetivos especifico numero 2.....	24
4.1.3	Resultados objetivos especifico numero 3.....	24
CAPÍTULO V.....		24
5	Conclusiones.....	24
5.1	Prospectiva	24
Referencias		69
Anexos		73

Lista de figuras

Figura 1, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK	36
Figura 2, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	37
Figura 3, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	38
Figura 4, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	39
Figura 5, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	40
Figura 6, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	41
Figura 7, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	42
Figura 8, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	43
Figura 9, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	44
Figura 10, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	45
Figura 11, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	46
Figura 12, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	47
Figura 13, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	48
Figura 14, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	49
Figura 15, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	50
Figura 16, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	51
Figura 17, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	52
Figura 18, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	53
Figura 19, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	54
Figura 20, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	55
Figura 21, Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	56
Figura 22, Resultados finales de la aplicación del inventario de depresión de BECK.....	57

Lista de anexos

Anexo #1, Inventario de depresiòn de Beck	73
Anexo #2, Entrevista semiestructurada.....	74
Anexo #3, Consentimiento informado	75

Resumen

Este proyecto se enfocó en los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del municipio de San Juan de Urabá. La población con la cual se trabajó fueron 120 adultos atendidos en el Centro Día Dos de Abril, de los cuales se trabajó con una muestra de 30 participantes para realizar esta investigación y cuyas edades oscilan entre 60 a 90 años. El objetivo es determinar los factores psicosociales asociados a la depresión donde en primera instancia se aplica el Inventario de Depresión de BECK para observar el nivel de depresión de cada uno de ellos, donde se obtuvo como resultado 18 adultos mayores con un nivel de depresión mínimo, equivalente al 60%, 8 de ellos con un nivel de depresión leve, lo que traduce un 26%; 2 de los 30 adultos con nivel de depresión moderado que corresponde al 7% y en los 2 últimos adultos mayores un nivel de depresión severo que equivale al 7% de la población. De acuerdo a los resultados del Inventario se seleccionaron los 4 participantes que obtuvieron la puntuación más alta en la escala de evaluación, correspondientes a los niveles de depresión moderado y severo, a quienes se les aplicó una entrevista semiestructurada con el fin de identificar cuáles son los factores psicosociales que tienen incidencia en la depresión de estas personas mayores; en este sentido al utilizarse una herramienta cuantitativa y otra cualitativa para la recolección de datos, se establece que es una investigación de enfoque mixto y de alcance descriptivo por su nivel de profundidad.

Palabras claves: vejez, adulto mayor, depresión, factores psicosociales.

Abstract

This project focused on the psychosocial factors associated with depression in older adults in the municipality of San Juan de Urabá. The population with which we worked were 120 adults attended at the Centro Día Dos de Abril, of which we worked with a sample of 30 participants to carry out this research and whose ages range from 60 to 90 years. The objective is to determine the psychosocial factors associated with depression where in the first instance the BECK Depression Inventory is applied to observe the level of depression of each of them, where 18 older adults with a minimum level of depression were obtained as a result, equivalent to 60%, 8 of them with a level of mild depression, which translates to 26%; 2 of the 30 adults with a moderate level of depression that corresponds to 7% and in the last 2 older adults a severe level of depression that is equivalent to 7% of the population. According to the results of the Inventory, the 4 participants who obtained the highest score on the evaluation scale were selected, corresponding to the levels of moderate and severe depression, to whom a semi-structured interview was applied in order to identify which are the psychosocial factors that have incidence in the depression of these elderly people; In this sense, when using a quantitative and a qualitative tool for data collection, it is established that it is a research with a mixed approach and a descriptive scope due to its level of depth.

Keywords: old age, older adult, depression, psychosocial factors.

Introducción

La vejez suele venir regularmente con afectaciones a la salud, soledad, inactividad, sentimiento de incapacidad para ejecutar ciertas actividades que demandan energía y mayor motricidad, entre otras, se convierte en un problema que, a su vez, se transforma en enfermedad. En la actualidad se desconoce cuáles son los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del municipio de San Juan de Urabá, que empobrecen la calidad de vida de esta población, por lo cual es importante señalar que el estudio o investigación tiene como objetivo identificar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Día “Dos De Abril” de este municipio.

La población adulta mayor comprende desde los 60 años, sin embargo, es uno de los grupos de mayor riesgo de problemas de depresión, tanto por el proceso de envejecimiento, necesidades, sociales, económicos, psicológicos, entre otros factores que, desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor. El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través del ciclo de vida, por lo tanto, no todas las personas envejecen de la misma forma, la calidad de vida, está relacionada con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida.

El aislamiento social se convierte en un factor de riesgo; y ante esta realidad que vive el país y la comunidad de San Juan de Urabá, se motiva a la realización de esta investigación en este municipio, ya que se evidencia poco apoyo y acompañamiento de diferentes entidades a esta población, por esta razón se plantea la pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan de Urabá?

Para ello desde el Centro Día como dependencia de la secretaria de salud municipal, de alguna manera se busca realizar periódicamente acompañamiento a la población adulta mayor para atender algunas de sus necesidades y disminuir sintomatologías asociadas a la depresión, en esta población.

El método que avala y sostiene esta investigación es la aplicación del Inventario de Depresión de Beck y la Entrevistas Semiestructurada con el fin de determinar cuáles son los participantes con mayor nivel depresivo y los factores psicosociales que lo determinan.

CAPÍTULO I

1 planteamiento del problema

1.1 Descripción del problema

El problema de investigación se enfoca en el desconocimiento sobre los factores psicosociales que inciden en la depresión de adultos mayores en el municipio de San Juan de Urabá. La depresión es un trastorno que en los adultos mayores se presenta con mayor frecuencia, de acuerdo a estudios realizados en el año 2013 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual indica que el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente, donde la prevalencia de la enfermedad se estima que alcanza del 10 al 12% de los casos.

En este sentido, según la OMS, 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, considerada una enfermedad que puede volverse crónica y disminuir la capacidad de las personas para ejecutar algunas de sus actividades cotidianas; dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Por otro lado, Gaviria Uribe (2017) desde el Ministerio de salud de Colombia, en un estudio realizado en el año 2017 a nivel nacional, encuentra que el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reporta que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión en sus diferentes niveles se realizó en 48.100 atenciones en 2015, donde además se encontró que la prevalencia global en Colombia de síntomas depresivos en adultos mayores fue del 41,0% en ambos sexos.

De acuerdo al estudio anterior realizado por el Ministerio de Salud en el año 2017, lo que determina la depresión en adultos mayores se relaciona con historia previa de episodio depresivo, es

decir cuando existe historia familiar de depresión; o bien cuando persisten problemas psicosociales; pérdida o imposibilidad de laborar, separación conyugal o del núcleo familiar, privación de la libertad, ser habitante de calle, eventos vitales estresantes; abuso y dependencia de sustancias incluidos alcohol y cigarrillo; consulta a menudo al sistema de salud por enfermedades médicas crónicas, especialmente, cuando hay compromiso de la funcionalidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, las que involucran dolor crónico y trastornos neurológicos); en reducidas cuentas las variables socioeconómicas y de salud que intervienen en el proceso del envejecimiento en la población colombiana.

A nivel local, en el municipio de San Juan de Urabá no hay un estudio que indique la cantidad de adultos mayores que padecen depresión y por consiguiente los factores psicosociales que pueden incidir o estar relacionados con la depresión en esta población, sin embargo el grupo de profesionales de la Secretaria de Salud municipal, que atiende alrededor de 120 adultos mayores en el Centro Día municipal “Dos de Abril” en busca de mejorar su calidad de vida, han identificado desde la observación que muchas de estas personas, en ocasiones se tornan tristes, dejan de asistir a las actividades que desde el centro se programan y que eran para ellos placenteras, presentan aislamiento social, pérdida del sueño y del apetito, lo que podría indicar que existe en ellos afectación en su salud mental y deterioro en la salud en general.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan de Urabá, año 2022?

1.3 Justificación

Esta propuesta de investigación, como estudiantes de psicología nos permite desarrollar habilidades y actitudes desde la puesta en práctica como realidad concreta de los conocimientos adquiridos en todo el proceso de formación académico y a su vez profundizar en ellos, ya que permita resolver este problema de conocimiento desde el hallazgo de respuestas a la pregunta planteada.

En este orden de ideas, la investigación favorecerá a los adultos mayores implicados en ella, puesto que hay pocos estudios a nivel municipal que den cuenta de las afectaciones en salud mental como la depresión en esta población y de los factores psicosociales que pueden incidir en esta patología; así pues, el estudio puede contribuir en la generación de nuevos conocimientos que posibiliten instaurar una adecuada intervención en estas personas y poder optimizar su calidad de vida.

Por otro lado, a nivel social la propuesta beneficiará en la medida que permite comprender una situación como la depresión en el adulto mayor que va en aumento debido a factores psicosociales que la motivan, en aras de que se pueda prevenir esta problemática.

Del mismo modo la investigación aportará a la Corporación Universitaria Minuto de Dios, pues el estudio se convertirá en un referente teórico para otras investigaciones, demostrando la calidad educativa que se imparte en sus aulas.

por último, la institución en la que se lleva a cabo la investigación se favorecerá, ya que de igual modo genera un nuevo conocimiento que le permite a los profesionales conocer la situación de los

adultos mayores y realizar un mejor acompañamiento, adecuado y pertinente desde la planificación de actividades de promoción y prevención de la problemática identificada.

1.4 Objetivos.

1.4.1 *Objetivo general*

Analizar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan de Urabá, año 2022.

1.4.2 *Objetivos específicos*

- Identificar el nivel de depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Día Dos de Abril del Municipio de San Juan de Urabá.
- Conocer los factores psicosociales relacionados con la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Día Dos de Abril del Municipio de San Juan de Urabá.
- Caracterizar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Día del Municipio de San Juan de Urabá.

CAPÍTULO II

2 Marco Teórico y Referencial.

2.1 Antecedentes o estado del arte

En Perú Carranza Velásquez en el año 2020; investigo sobre los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores en el centro de especialidades Balzar, quienes dieron como inicio a esta investigación con la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro de Especialidades Balzar? Su objetivo fue identificar el nivel de depresión, factores psicológicos, sociales, examinar enfermedades crónicas que pueden asociarse a depresión, el estudio es de tipo cuantitativo con enfoque descriptivo. La población fue de 150 adultos y la muestra de 109 adultos de ambos sexos con edades de hasta 85años. Se utilizó como instrumento la escala de depresión geriátrica Yesavage (GDS- 15) la cual consta de 15 ítems para recolectar información sobre depresión, factores psicológicos y sociales, también se utilizó la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit para medir de maneja subjetiva la opinión del familiar del adulto. Los resultados obtenidos evidenciaron: que existe en la población depresión en 67%, un 33% no padece la enfermedad, según el género el sexo masculino se ve afectado un 26%, el femenino un 74% siendo las más susceptible. Se pudo determinar que el cuidador refiere un 64% no cree que cuidar a su familiar represente una sobrecarga, un 14% sobrecarga leve y un 22% sobrecarga intensa. Hay más factores que se pueden asociar a depresión, se concluyó que, si se encuentran problemas de depresión leve en una población considerable que le afecta su vida diaria, social y familiar además del estilo de vida, los puede condicionar.

En Perú Aliaga y Arroyo En el año 2017, investigan “Los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro de Salud “Magna Vallejo” de Cajamarca – 2017”. Quienes optaron por la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la Depresión en

Adultos Mayores del Centro de Salud de Magna Vallejo de Cajamarca 2017? La postura metodológica asumida fue la del enfoque cuantitativo; con diseño de estudio descriptivo y de tipo correlacional, la muestra estaba constituida por 50 adultos mayores, Se utilizó tres instrumentos: La escala de Yesavage, la Escala de Rosenberg y el Cuestionario de Factores Psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores. Al tabular los datos de las variables se han obtenido los siguientes resultados: se encontró que 58% de los adultos mayores tienen depresión moderada, un 52% tienen una autoestima media. Luego de aplicar el Chi Cuadrado, que sirvió para correlacionar los puntajes se ha llegado a las siguientes conclusiones: existe relación entre la edad y la depresión, no existe relación entre sexo, grado de instrucción y depresión; existe relación entre estado civil y depresión; existe relación entre la dimensión de integración social y la depresión, existe asociación entre los sentimientos, sus familiares y el estado depresivo si enfermase cuenta con alguien que le ayude con la depresión, no existe relación en ¿Con quién vive? y el estado depresivo, no hay relación entre frecuencia de contacto con sus amigos y el estado depresivo.

En Colombia Carvajal En el año 2019; investigo sobre causas asociadas a la depresión en los residentes de la fundación hogar del anciano de belén de umbría, Risaralda, Colombia. Los cuales optaron por la pregunta ¿Cuáles son las causas asociadas a la depresión en los adultos mayores residentes en la Fundación Hogar del Anciano de Belén de Umbría, Risaralda, Colombia? El objetivo de este trabajo de grado fue definir los factores de riesgo ligados a la depresión que poseen los adultos mayores institucionalizados en el hogar del anciano de Belén de Umbría Risaralda, para cumplir el objetivo se hizo un estudio descriptivo y transversal en una población de 38 adultos mayores, de género masculino y femenino, edades entre 58 años y 95 años. Dónde 29 adultos mayores cumplieron con los criterios de inserción y se les aplicó el Test de Yesavage que permite evaluar los síntomas depresivos en los adultos mayores, al tabular la información del test se pudo constatar que el 42% de este grupo etario

no poseen depresión, mientras que el 26% padecen una depresión leve, el 8% una depresión establecida y el 24% no son evaluables. Las principales causas de depresión en los adultos mayores son: las patologías degenerativas con un 41%, dolor crónico un 14%, abandono 34% nivel socioeconómico bajo 55%, y falta de apoyo familiar 65. Concluyendo así que los principales factores de riesgo que afligen a los adultos mayores para adquirir una patología depresiva son los factores biológicos, factores psicológicos y los factores sociales.

En Colombia Sahagún y Sánchez En el año 2017, proponen acciones de mejora en la atención psicosocial con enfoque diferencial de personas mayores, víctimas del conflicto armado, atendidas en el Centro de Orientación Socio jurídica (COS) de Sincelejo (Sucre, Colombia). Se utilizó como técnica de investigación el análisis documental, desde un enfoque cuantitativo, a partir del cálculo de frecuencias y porcentajes. Para el análisis de datos, se utilizó principalmente el apartado del examen mental, por ser este el más completo, los resultados apuntan a que las personas mayores atendidas en esta institución mostraban una actitud de tristeza, preocupación y desánimo, así como angustia y ansiedad. La mayoría se encontraba ubicada en tiempo, lugar y espacio; pudiéndose movilizar por sus propios medios, con un lenguaje fluido y coherente, su pensamiento es lógico, coherente y racional, con una memoria, principalmente, eumnesica y una atención euprosexica. Tres de las historias encontradas no registraron examen mental. Se concluye que las personas mayores de este estudio son propensas a sufrir trastornos de depresión y ansiedad, lo cual se debería trabajar en el centro desde la psicoterapia breve.

En Colombia Estupiñan, Ávila y Suarez en el año 2021 optaron por investigar, los factores que inciden en los niveles de depresión en adultos mayores de la Fundación el Edén en el municipio de Apartadó, Antioquia. Quienes dieron como inicio a esta investigación con la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores relacionados con la presencia de cuadros depresivos en adultos mayores de la Fundación el Edén en el municipio de Apartadó?, su objetivo fue identificar los factores relacionados con

la presencia de cuadros depresivos en los adultos mayores de la Fundación El Edén de Apartadó. La población que conforma esta institución es de 40, pero la muestra elegida para esta investigación es de 10 adultos mayores de diferentes sexos que viven allí hace más de 10 años y cuyo rango de edad varía de 82 a 95 años. Se aplicó entrevista semiestructurada y una escala para cuantificar edades y géneros; entre otros aspectos, el enfoque de la investigación es mixto, con alcance correlacional para identificar las causas que inciden en la depresión de estos adultos. La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se aplicó a la muestra seleccionada; de los cuales tres, que corresponde al 30 %, arrojaron calificación de depresión moderada y con la entrevista semiestructurada se logró establecer que esta se asocia a factores personales, familiares y de contexto.

La presente investigación aporta como los estudios consultados, en descubrir los factores psicosociales que inciden en la depresión de adultos mayores, en este sentido el objetivo de todas estas investigaciones se relaciona en priorizar a la población de adultos mayores, interesándose por su estado mental y profundizar en las causas de depresión en esta población vulnerable; de alguna manera la diferencia de todas las investigaciones con la aquí desarrollada es muy puntual, ya que esta se desarrolla en el municipio de San Juan de Urabá del departamento de Antioquia, donde no se ha hecho un estudio de caso de este tipo. Se logra identificar que el contexto más cercano donde se realiza una investigación relacionada al presente tema de estudio, fue en el municipio de Apartadó, también de la sub región de Urabá del departamento de Antioquia.

Para finalizar, los cinco trabajos mencionados concuerdan en que un envejecimiento activo, como, relacionarse con otras personas, participar en actividades físicas y recreativas, realizar actividades que le permitan sentirse productivo; y tener asistencia médica, disminuye considerablemente los riesgos de padecer depresión.

2.2 Marco teórico

Psicología del desarrollo humano.

Pérez Pérez y Navarro Soria (2017) Describen que la teoría evolutiva aporta un marco para comprender el desarrollo humano en la medida en que dice que los seres humanos vivimos etapas como la primare infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y adultez tardía; donde a su vez el desarrollo puede dividirse en tres ámbitos principales: cuerpo, mente y espíritu o ámbito biofísico, cognitivo y socioafectivo. La psicología del desarrollo humano, también denominada psicología evolutiva, es definida como el cambio psicológico sistemático que se produce a lo largo de la vida, en ese proceso, la persona accede a estados cada vez más complejos de ahí que, en ocasiones, a esta materia también se le conozca como “psicología del ciclo vital”. Estos cambios que se dan en las personas a lo largo de la vida pueden ser explicados a través de factores que se encuentran enfrentados: continuidad vs. discontinuidad, herencia vs. ambiente, también el contexto en el que se desarrolla el sujeto permite comprender mejor su evolución, es necesario, por tanto, destacar la importancia del contexto histórico, sociocultural o étnico, por citar algunos de los más determinantes, finalmente, hace falta resaltar que el desarrollo debe ser entendido como un proceso continuo, global y dotado de una gran flexibilidad.

A continuación, se definen algunos de los conceptos centrales de la investigación.

Adulto mayor.

Alvarado y Salazar (2014) Definen que un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida a los 60 años y más, la cual precede tras la adultez, es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando, a lo largo de un proceso de envejecimiento, el cual es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital como un proceso de desarrollo humano, desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. A pesar de ser un

fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser, lo que genera en ciertos momentos una inestabilidad emocional, quizás por lo que no se pudo ser.

Edad.

Mansilla (2016) Define que la edad en las personas es considerada un proceso de desarrollo humano que trae consigo cambios a nivel físico y psicológico, el cual además divide la vida por etapas, desde la prenatal hasta la edad adulta posterior.

Depresión.

Ara, Gutiérrez, y Piscoya (2017) Consideran que la depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, tristeza, pérdida del interés y disfrute de los aspectos positivos de la vida, sentimientos de fracaso y de culpa, pesimismo, pensamientos o deseos de suicidio y cansancio o fatiga, los cuales empobrecen la calidad de vida y generan dificultades en el entorno familiar, laboral y social de las personas incluida la población adulta mayor.

Morrison (2015) Describe que la depresión se caracteriza por la presencia por lo menos en dos semanas de mínimo cinco síntomas que incluyen depresión del estado de ánimo o anhedonia, y las manifestaciones en general deben indicar que el individuo tiene un desempeño más bajo que antes, El estado de ánimo deprimido se explica por sí mismo; la anhedonia es casi universal entre los pacientes deprimidos. Estos síntomas pueden considerarse si el paciente los refiere o si otros observan que suceden, en este sentido muchos pacientes pierden apetito y peso, presentan problemas para dormir, fatiga, agitación, auto estima baja o culpa, dificultad para la concentración, ideación suicida y enlentecimiento psicomotor.

Lo siguiente son definiciones de sintomatologías que incluyen depresión.

Morrison (2015) Considera que la fatiga se refiere al cansancio o disminución de la energía en la persona. La expresión oral o movimientos físicos pueden mostrar lentitud; en ocasiones se identifica una

pausa marcada antes de responder a una pregunta o iniciar una acción. Esto se denomina enlentecimiento psicomotor.

Morrison (2015) Indica que la agitación es considerada la incapacidad del individuo para mantenerse quieto o en calma al estar sentado, puede expresarse mediante sudoración de las manos y al caminar de un lado a otro de modo constante

Morrison (2015) Encuentra que la auto estima baja o culpa, se revela cuando la capacidad de los pacientes deprimidos para evaluarse de manera objetiva se desploma y no logran identificarse como personas valiosas o talentosas.

Morrison (2015) Considera que la dificultad de concentración se caracteriza como la poca capacidad de atención que impide la realización de las actividades cotidianas. En ocasiones pudiera diagnosticarse erróneamente como demencia.

Morrison (2015) Indica que la ideación suicida se describe como el pensamiento o la planificación suicida, donde existe un riesgo real de que la persona actúe con éxito.

Factores psicosociales.

Carmona (2012) Sintetiza lo psicosocial como lo que reintroduce al ser humano, como persona, y agente activo, en sus roles y sus contextos vinculares, en el campo de las Ciencias Sociales. Los factores o condiciones psicosociales en los adultos mayores, están relacionadas con sentimientos de soledad, salud, problemas en la dinámica familiar, situación económica, apoyo comunitario, falta de medicamentos y recreación.

A continuación, se realiza una definición de categorías psicosociales a analizar.

Campuzano y Martínez (2005) Encuentran que factores psicológicos se refiere a los criterios comportamentales, cognitivos y afectivos que están presentes en la calidad de vida de las personas y que se representan en el estado y prácticas de salud.

Capulín, Otero y Reyes (2016) Consideran que, en la actualidad, desde diferentes áreas del conocimiento científico como la sociología, la economía, la pedagogía, la psicología, la historia, la antropología, la ecología y la medicina, entre otras, se puede constatar que la institución familiar ha cambiado su estructura y su conformación, pues interactúa y está sujeta a los cambios y fenómenos sociales, además de que va más allá de los miembros que la conforman. Para precisar su significado y función dentro de la sociedad, se deben considerar sus características de acuerdo con su contexto sociocultural, tipo de matrimonio o de unión, actividades económicas, discursos políticos, fenómenos demográficos y cambios sociales (tecnológicos, educativos), entre otros aspectos.

Castro (2002) sintetiza que, en sentido general, la sociedad es una condición universal de la vida humana, esta universalidad admite una interpretación biológica (instintiva) y otra simbólico-moral (institucional). Por un lado, la sociedad puede ser vista como un atributo básico, pero no exclusivo, de la naturaleza humana: estamos genéticamente predispuestos a la vida social; la ontogénesis somática y de comportamiento de los humanos depende de la interacción con sus semejantes, la filogénesis de nuestra especie es paralela al desarrollo del lenguaje y del trabajo, capacidades sociales indispensables para la satisfacción de las necesidades del organismo. Por otro lado, la sociedad puede ser vista como dimensión constitutiva y exclusiva de la naturaleza humana definiéndose por su carácter normativo: el comportamiento humano se convierte en agencia social al fundarse menos en regulaciones instintivas seleccionadas por la evolución que en reglas de origen extra somático históricamente sedimentadas.

2.3 Marco legal

Ley N° 1850 del 19 de julio de 2017 protección de derechos del adulto mayor.

En el año 2017 Arango y Hernández, encuentran que la situación del abandono de adultos mayores ha llevado a que organismos nacionales e internacionales, promuevan el reconocimiento de los

derechos de estas personas mayores por medio de la creación de leyes, de política pública, programas de atención a esta población, debido a que no es fácil afrontar esta última etapa de la vida sin haber un ente o ley que proteja la integridad físico afectiva. Evidenciándose en la ley N°1850 del 19 de julio de 2017 por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia con rango de edad de 60 años, dese la cual se les considera a las personas, adulto mayor. se modifican las leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones, con la finalidad de proteger y garantizar los derechos y una mejor calidad de vida a estas personas mayores.

Acuerdo municipal N° 011 de 2012 – San Juan de Urabá

En el año 2012 Lagarez y Barrios, acuerdan por medio del artículo primero, derogar el acuerdo N° 034 del 28 de diciembre de 2009 “por medio del cual se crea la estampilla pro bienestar del anciano en el municipio de San Juan de Urabá” y reglamentar la nueva estampilla pro bienestar del adulto mayor en el municipio de San Juan de Urabá Antioquia”. Estos recursos son de obligatorio recaudo para contribuir a la construcción, instalación, adecuación, dotación, funcionamiento y desarrollo de los programas de prevención y promoción de los centros de vida para la tercera edad. Se entiende por centro vida al conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los adultos mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar.

Ley N° 1616 del 21 de enero de 2013 derecho a la atención en salud mental.

En el año 2013 Montealegre, Eljach Pacheco, Posada Sánchez y Mantilla Serrano, establecen que el objetivo de la ley 1616 del 21 de enero de 2013 es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, 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.

Por medio del artículo 6°; derechos de las personas en el ámbito de la salud mental.

Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.
2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.
3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental.
4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.
6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado.
7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona.
8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente.
9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental.
10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias.
11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental
12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos.
13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.
14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes.
16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad.

Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.

Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015 – 2024.

En el año 2015 Gaviria Uribe refiere como derechos humanos que una política pública orientada hacia un grupo social específico está reconociendo la tensión fundamental de las sociedades democráticas entre igualdad y diversidad. Igualdad de derechos ciudadanos otorgados por la Constitución Política y la Ley como mecanismo de legitimidad del Estado Social de Derecho, y 15 diversidad de libertades propias y específicas de colectivos sociales por pertenencia étnica, género o edad, en este caso de las personas adultas mayores. La Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez reconoce e incorpora de manera integral el marco de derechos, crea condiciones para promover y garantizar condiciones de protección social integral, de integración social y facilita la participación de las personas adultas mayores como ciudadanos en la construcción de un proyecto colectivo de orden económico, político y social justo en Colombia. La Constitución Política Colombiana, los instrumentos internacionales de derechos humanos suscritos por Colombia, la legislación interna y la jurisprudencia constitucional, constituyen el marco legal de los derechos humanos en nuestro país. Sin embargo, los desarrollos normativos sobre derechos humanos de las personas adultas mayores son de reciente aparición en el contexto latinoamericano, tomando como punto de referencia el Protocolo de San Salvador, suscrito en noviembre de 1988 y ratificado por Colombia, ocho años después, mediante Ley 319 de 1996.

CAPÍTULO III

3 Diseño Metodológico.

3.1 Enfoque

La presente investigación es de enfoque tipo mixto puesto que utiliza una técnica cuantitativa para determinar el nivel de depresión de los adultos mayores y dos técnicas cualitativas para identificar los factores psicosociales asociados a la depresión en esta población.

En el año 2014 Hernández Sampieri Describe que el enfoque mixto con la combinación del enfoque cuantitativo y el cualitativo representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias como el proceso por el cual se derivan conclusiones a partir de premisas, producto de toda la información recabada u obtenida y lograr un mayor entendimiento del fenómeno.

3.2 Diseño

La investigación se fundamenta en el diseño explicativo secuencial (DEXPLIS), ya que inicialmente se implementa una técnica cuantitativa para medir y determinar la presencia de depresión en los adultos mayores como dato cuantitativo, la cual permite desde el análisis de sus datos la implementación de otras técnicas cualitativas para la recolección de información acerca de factores psicosociales que implican en estos datos cuantitativos iniciales.

En el año 2014 Hernández Sampieri Determina que el diseño explicativo secuencial (DEXPLIS) se caracteriza por una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos; la mezcla mixta ocurre cuando los resultados cuantitativos iniciales informan a la recolección de los datos cualitativos. Cabe señalar que la segunda

fase se construye sobre los resultados de la primera. Finalmente, los descubrimientos de ambas etapas se integran en la interpretación y elaboración del reporte del estudio.

3.3 Alcance

Se determina que el alcance de la investigación es descriptivo, teniendo en cuenta que ya existen estudios relacionados con la presente investigación y por medio de la cual se pretenden describir cuales son los factores psicosociales que tienen incidencia en la depresión de adultos mayores en el Municipio de San Juan de Urabá.

En el año 2014 Hernández Sampieri Establece que los estudios de alcance descriptivo buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refiere, pero no con el fin de indicar como se relacionan estas; en este sentido los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un problema, suceso, comunidad, contexto o situación.

3.4 Población

La población tenida en cuenta para este estudio de investigación son 120 adultos mayores que hacen parte de las actividades gerontológicas que se desarrollan en el Centro Día “Dos De Abril” del Municipio de San Juan de Urabá, la cual es una institución cofinanciada entre la Alcaldía municipal y el gobierno departamental que fue inaugurada en el año 2017 y hace parte de la Secretaria de Salud municipal, donde un grupo interdisciplinar de profesionales realizan acompañamiento en aras de mejorar la calidad de vida de esta población; estos adultos mayores de acuerdo a información caracterizada y suministrada por el grupo gerontológico a cargo, se encuentran en edades entre los 60 a

90 años de edad, con un nivel de escolaridad de básica primaria, con nivel socioeconómico 1, en su mayoría dependen de familiares, un 65% son mujeres y un 35% son hombres.

3.5 Muestra

La muestra que se establece para este estudio son treinta adultos mayores que han presentado alteración en su comportamiento como; asilamiento, estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo, disminución importante del interés, sentimiento de inutilidad, entre otros; tras las observaciones realizadas por el grupo de profesionales que acompañan en el Centro Día municipal.

Los criterios de selección tenidos en cuenta son; adultos mayores asistentes del Centro Día municipal, que hayan presentado cambios en su comportamiento y que no presentaran un deterioro cognitivo significativo, de modo que se pueda facilitar la implementación de las herramientas de recolección de datos.

Esta muestra se establece como no probabilística; en el año 2014 Hernández Sampieri Encuentra que la situación de los integrantes de la muestra no probabilística, se ajusta a las características o lo que pretende la investigación la cual aspira construir un nuevo conocimiento para responder al fenómeno presentado, por lo que no se considera apta o probable toda la población para la selección de un subgrupo o segmento cualquiera para trabajar la muestra del estudio.

3.6 Técnicas e instrumentos

3.6.1 Técnicas

Test Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II):

En el año 1994 Beck, Steer y Brown iniciaron el estudio piloto para el diseño del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), cuyo objetivo principalmente fue adecuar el contenido de los ítems a los criterios diagnósticos para la depresión considerados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales IV (DSM-IV). Por sus características, calidad psicométrica, facilidad y rapidez en su aplicación y justeza en la identificación de síntomas depresivos según criterios del DSM-IV, se trata de una prueba que sirve al psicólogo, al psiquiatra y al neurólogo para discriminar rápidamente los posibles casos de depresión.

El Inventario de Depresión de Beck- II (BDI-II) es una herramienta de evaluación completa y confiable, por medio de la cual se pretende identificar el nivel de depresión de 30 adultos mayores del Centro día “Dos de Abril” del municipio de San Juan de Urabá.

Entrevista semiestructurada:

En el año 2015 Troncoso y Daniele Consideraron que la entrevista semiestructurada consiste en un esquema de preguntas que le permiten al entrevistado responder de manera abierta y argumentada, además constituyen un medio adecuado para recoger datos empíricos donde el investigador puede tomar la decisión acerca de respetar el lenguaje de los entrevistados y cuidar que sus categorizaciones o expresiones no distorsionen u obstaculicen los significados que les asignan sus informantes.

En el estudio se aplicará a treinta adultos mayores del Centro Día del municipio de San Juan de Urabá la entrevista semiestructurada como técnica, con el fin de obtener datos que permitan conocer los factores psicosociales que inciden en la depresión de estas personas mayores.

Análisis de contenido:

En él años 2019 López Noguero establece que el análisis de contenido no puede ser indistintamente aplicado a la educación en general, sino a los diversos aspectos y procesos en que se traduce el hecho educativo. En otras palabras, el análisis de contenido puede y debe ser utilizado en educación, pero dentro de parcelas específicas de estudio, en efecto, más que una técnica exclusiva de

uno u otro enfoque, en términos generales, el análisis de contenido refiere a una técnica de estudio sistemático de discursos en sentido amplio, incluyendo aspectos objetivos como subjetivos e intersubjetivos. Esta técnica fue ubicada en el ámbito de lo descriptivo, pretendiendo descubrir los componentes básicos de un fenómeno determinado extrayéndolos de un contenido dado.

En vista de que se pretende identificar los factores psicosociales que se relacionan con la presencia de depresión en adultos mayores, la técnica propuesta para poder comprender estos aspectos, es el análisis de contenido, por medio del cual se hará la transcripción de las respuestas obtenidas por los adultos mayores al aplicarles la entrevista semiestructurada.

3.6.2 Instrumentos

Cuestionario del test Inventario de Depresión de Beck-II:

Auto aplicación: El inventario consta de 21 preguntas. Deberá leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir la que más se adecue a la forma en cómo se haya estado sintiendo en las dos últimas semanas, incluido el día de hoy. Deberá marcar con una "x" el enunciado que escoja. Si considera que debe elegir más de una respuesta puede hacerlo.

Aplicación oral: Este cuestionario contiene 21 síntomas. Se lee en voz alta cada síntoma uno a uno. Después de que le lea cada síntoma, quiero que me diga si ese síntoma no le molestó nada en absoluto, le molestó levemente, le molestó moderadamente o le molestó gravemente durante la última semana, incluido el día de hoy. Eso incluye ahora mismo.

Calificación: La puntuación se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems. Cada ítem es evaluado según la escala de cuatro puntos, de 0 a 3.

Si el examinado hizo elecciones múltiples para un ítem, se utiliza la alternativa con valor más alto.

La puntuación máxima es 63.

Guía de entrevista: Es el cuestionario integrado por preguntas de acuerdo a la definición teórica de lo que son los factores psicosociales como categoría principal del estudio y del mismo modo a la definición teórica de las subcategorías de factores psicosociales, enfocada en lo que realmente se quiere conocer y buscando cumplir el objetivo.

Matriz categorial: La matriz se desarrollará por medio de un cuadro de Word donde se relacionará cada uno de los factores o condiciones psicosociales de los adultos mayores en una casilla, en la cual se van transcribiendo los argumentos o respuestas obtenidas por los adultos mayores a través de la entrevista semiestructurada, de acuerdo a la condición psicosocial a la que corresponde.

3.7 Técnica de análisis de la información

Para la comprensión de los datos a obtenerse en el estudio se tendrá en cuenta la técnica de análisis de contenido relacionada anteriormente.

3.8 Consideraciones éticas

En el desarrollo del estudio se adquieren algunos compromisos tanto con la población a investigar como con la institución a la cual hacen parte estas personas, a quienes se les hará firmar un consentimiento informado, con el fin de obtener la aceptación o aprobación para llevar a cabo la recolección de datos de la investigación.

Con la población adulta mayor se tendrá en cuenta la obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo del estudio, tal y como lo establece el código deontológico el cual reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología

Por otro lado, el proceso del estudio se llevará a cabo bajo todos los protocolos de bioseguridad debido a la situación de salud pública por la que atraviesa el mundo entero debido a la pandemia y la declaración de la emergencia sanitaria establecida en su momento por el gobierno nacional, con el fin de prevenir, controlar o mitigar la propagación del COVID-19.

Por último, se realizará una devolución de los resultados encontrados a la institución y la población objeto, con la finalidad que puedan reflexionar acerca de las ventajas y beneficios que les deja la investigación, y puedan implementar estrategias de mejora en su plan de trabajo.

CAPÍTULO IV

4. Hallazgos y análisis de la información

4.1 Resultados

En la presente investigación el objetivo general fue Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan de Urabá, año 2022. Para su consecución se formularon tres objetivos específicos, el primero de ellos se enfocó en, Identificar el nivel de depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan de Urabá, donde para cumplimiento de dicho objetivo se utilizó como técnica el Inventario de Depresión de Beck, para alcanzar el objetivo específico numero dos que consistía en, Reconocer factores psicológicos y sociales relacionados con la depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan de Urabá, se desarrolló la técnica de Entrevista Semiestructurada, dichas técnicas nos permitieron tener acceso a datos fundamentales para obtener los resultados que se relacionan a continuación, y que dan cumplimiento al tercer objetivo específico el cual fue, Caracterizar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan de Urabá.

4.1.1. Resultados objetivos específico número 1

El inventario de depresión de Beck está constituido por 21 grupos de frases que comprenden desde la letra “A” hasta la letra “U”, los cuales se componen por síntomas depresivos que se valoran en una escala Likert de 4 puntos, donde el intervenido debía escoger la frase con la que más se identificaba

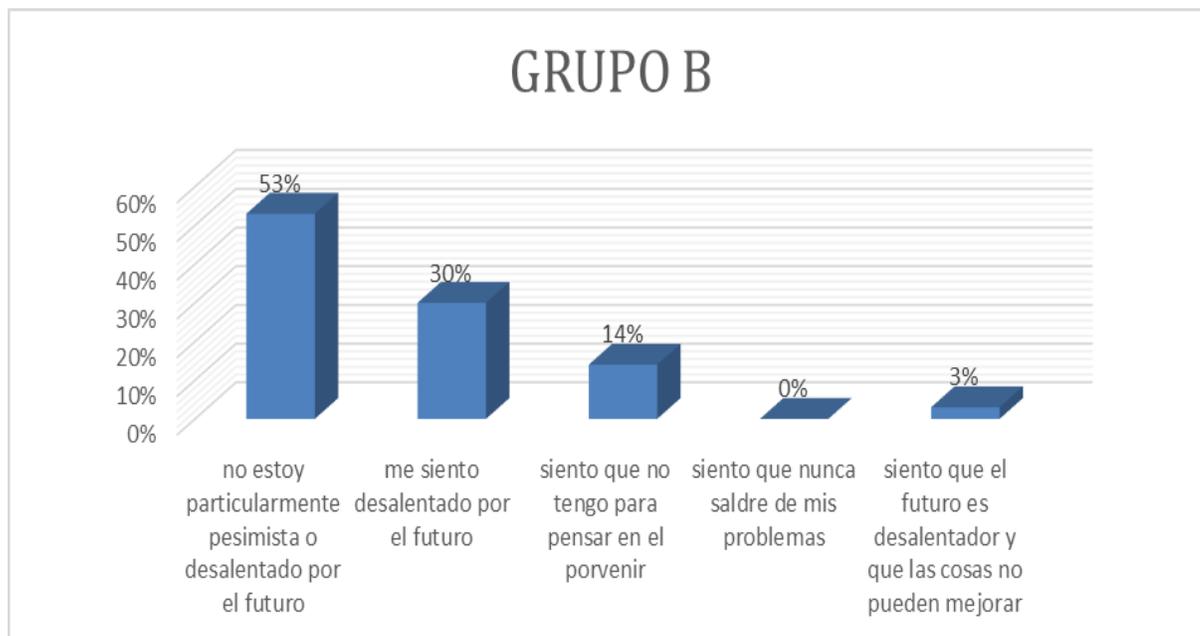
o se adecuaba a la forma en como se había estado sintiendo en las dos últimas semanas, incluyendo el día de aplicación del instrumento.

Figura 1. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



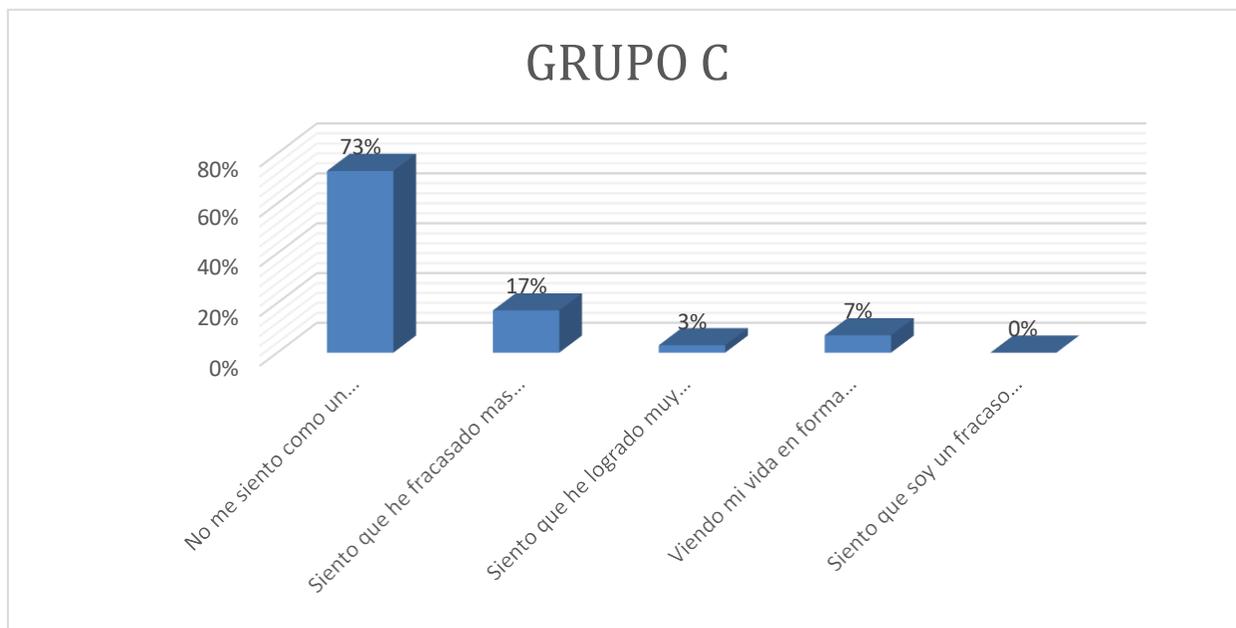
En la gráfica se observa que 3 adultos mayores, lo que corresponde al 10 % manifiestan estar triste o melancólicos todo el tiempo y no pueden animarse, el 26% que equivale a 8 adultos manifiestan no sentirse triste, mientras que los 19 restantes, lo que corresponde al 64 %, expresan sentirse triste y melancólicos, de los 30 adultos ninguno siente que nunca saldrá de sus problemas.

Figura 2. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



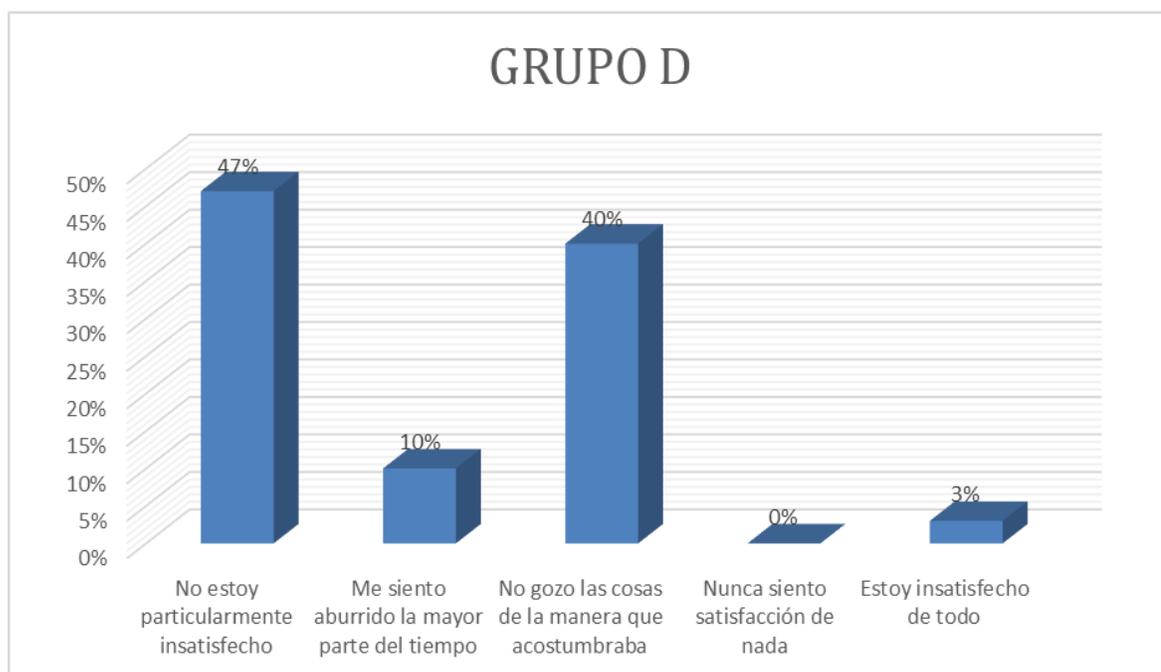
Ante lo planteado en el segundo grupo del cuestionario, 16 adultos mayores, lo que representa al 53%, afirman no estar particularmente pesimista o desalentado por el futuro, mientras que 9 adultos, lo que representa el 30% manifiestan sentirse desalentado por el futuro, 4 de los 30 adultos que equivale el 14% sienten que no tienen para pensar en el porvenir, ninguno de los 30 adultos sienten que nunca saldrán de sus problemas y el 3% siente que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar, equivale a un 1 adulto.

Figura 3. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



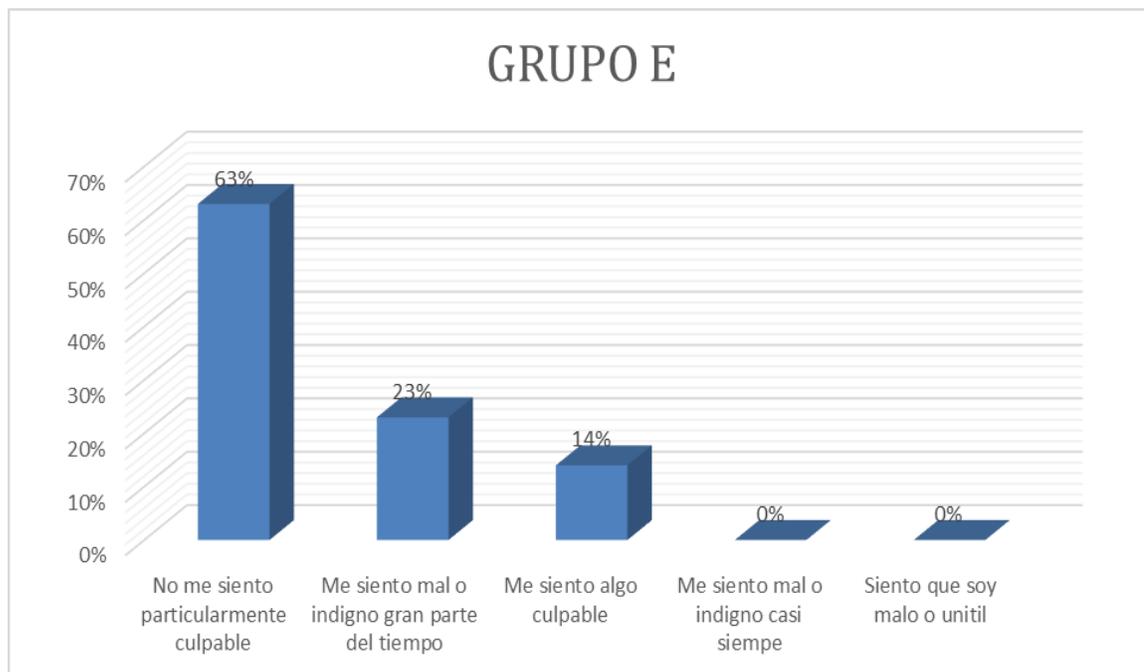
Frente al grupo de frases C, 22 adultos mayores, lo que se traduce en el 73 %, confirmaron no sentirse fracasado, mientras que 5 de ellos sienten que han fracasado más que el promedio, lo que traduce a un 17%, el 3% que equivale a 1 adulto mayor siente que ha logrado un poco algo que valga la pena, 2 de estos adultos que equivalen el 7% ven su vida con una gran cantidad de fracasos, ninguno de los adultos siente que es un fracaso por completo.

Figura 4. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



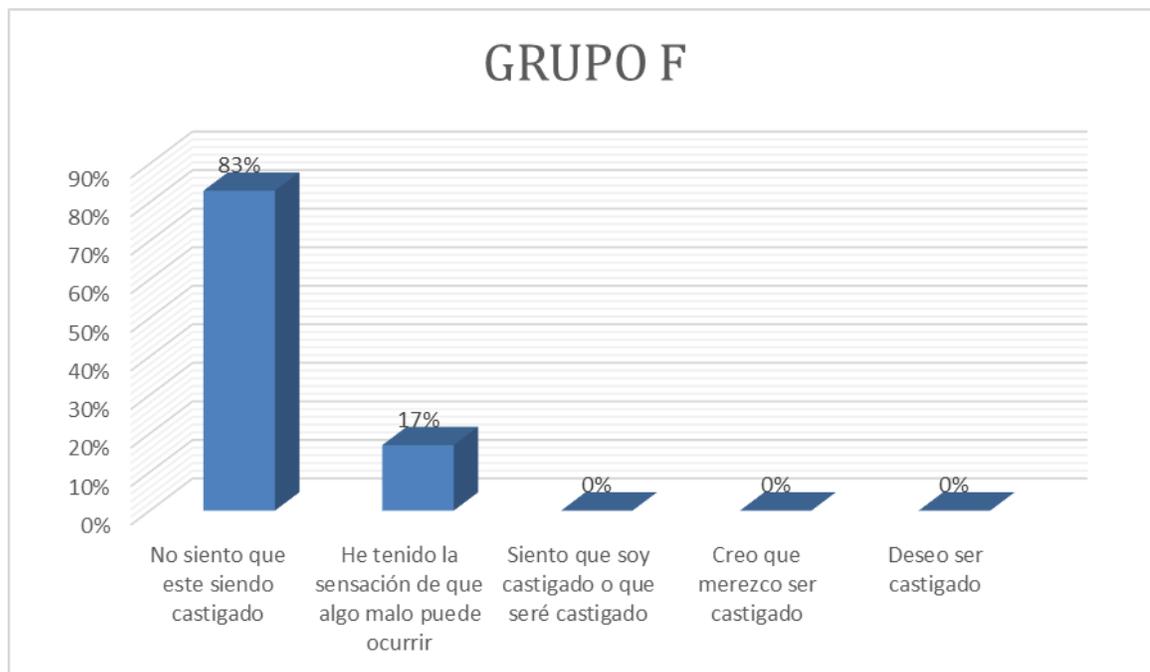
En la gráfica se observa que 14 adultos mayores, lo que representa el 47 %, no estar particularmente insatisfecho, mientras 3 de ellos que equivales el 10% aseguran sentirse aburrido la mayor parte del tiempo, el 40% de 30 adultos manifiestan no gozar las cosas de la manera que acostumbraba, el 0% nunca siente satisfacción de nada y solo 1 adulto que equivale al 3% se siente insatisfecho por todo.

Figura 5. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



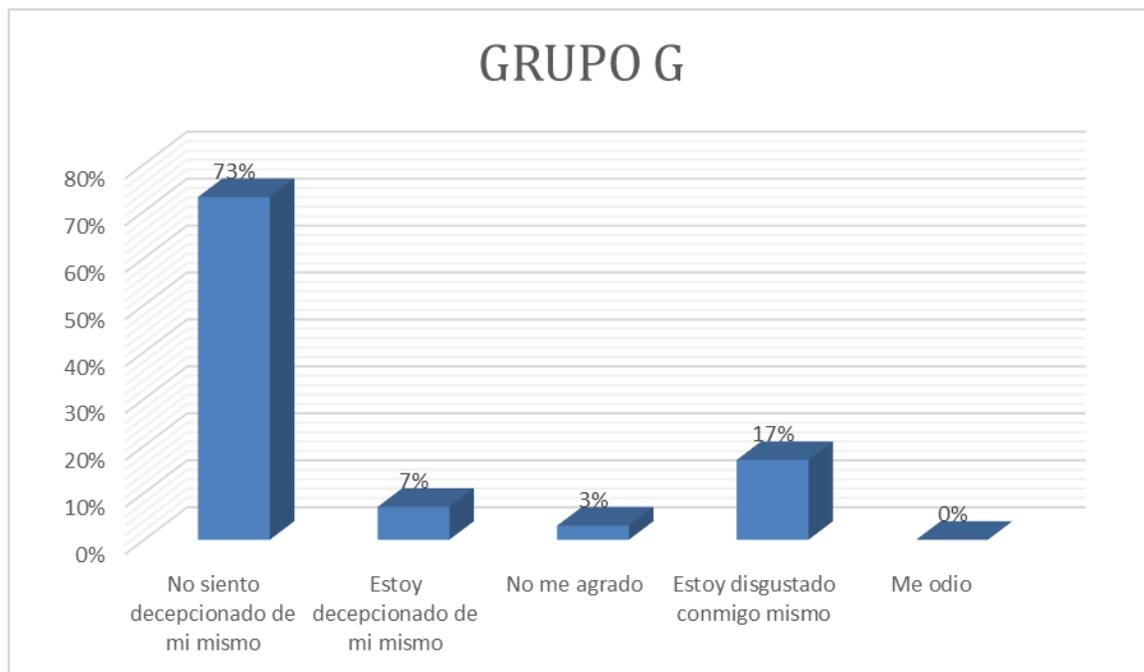
Ante el grupo de frases E, 19 adultos mayores, lo que se traduce en 63 %, respondió que no se siente particularmente culpable, mientras que 7 adultos mayores, lo que se traduce en el 23%, afirmó sentirse mal o indigno gran parte del tiempo; los 4 restantes que equivale el 14% se sienten culpables y ninguno de los 30 adultos se sienten mal o indignos casi siempre o sienten que son malos e inútil.

Figura 6. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



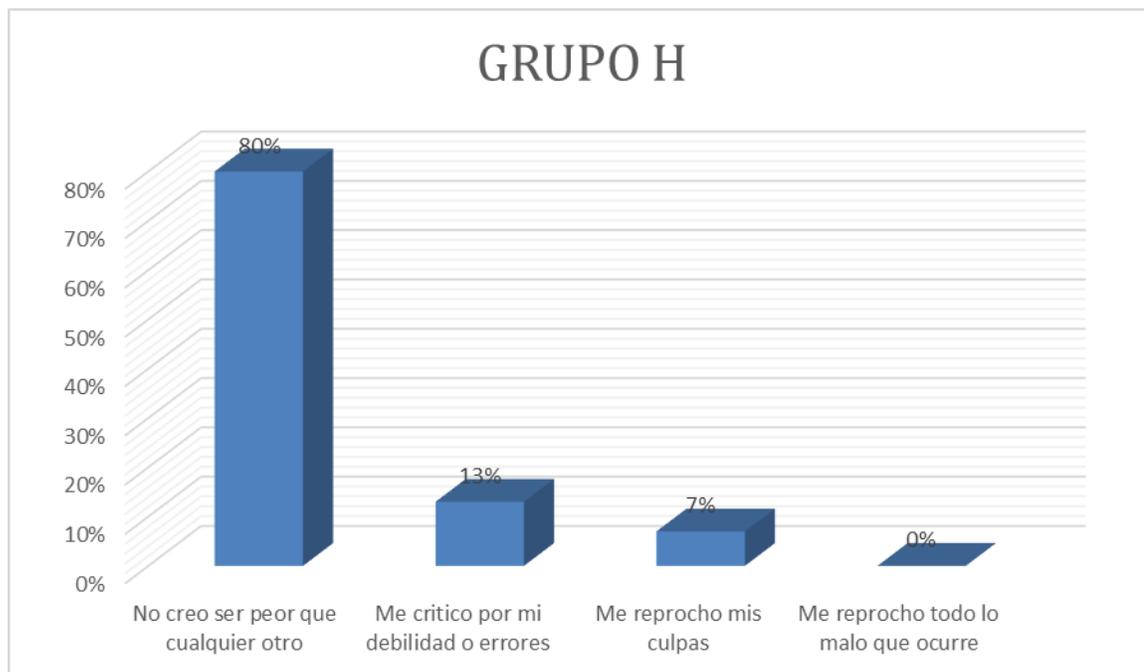
Frente a esta gráfica, 25 adultos mayores, lo que corresponde al 83%, expresan no sentirse castigado, mientras que los otros 5, lo que corresponde al 17 %, sienten la sensación de que algo malo puede ocurrirles, ningún adulto opto por las otras opciones que equivalen el 0%.

Figura 7. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



En la gráfica se observa que 22 adultos mayores, lo que representa el 73 %, no se sienten decepcionados de sí mismo, mientras que 2 de los adultos, lo que representa el 7%, respondieron estar decepcionados de sí mismo, 1 adulto que equivale el 3% no se agrada y los 5 restantes que corresponde al 17% están disgustado consigo mismo, ninguno de los 30 adultos se odia.

Figura 8. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



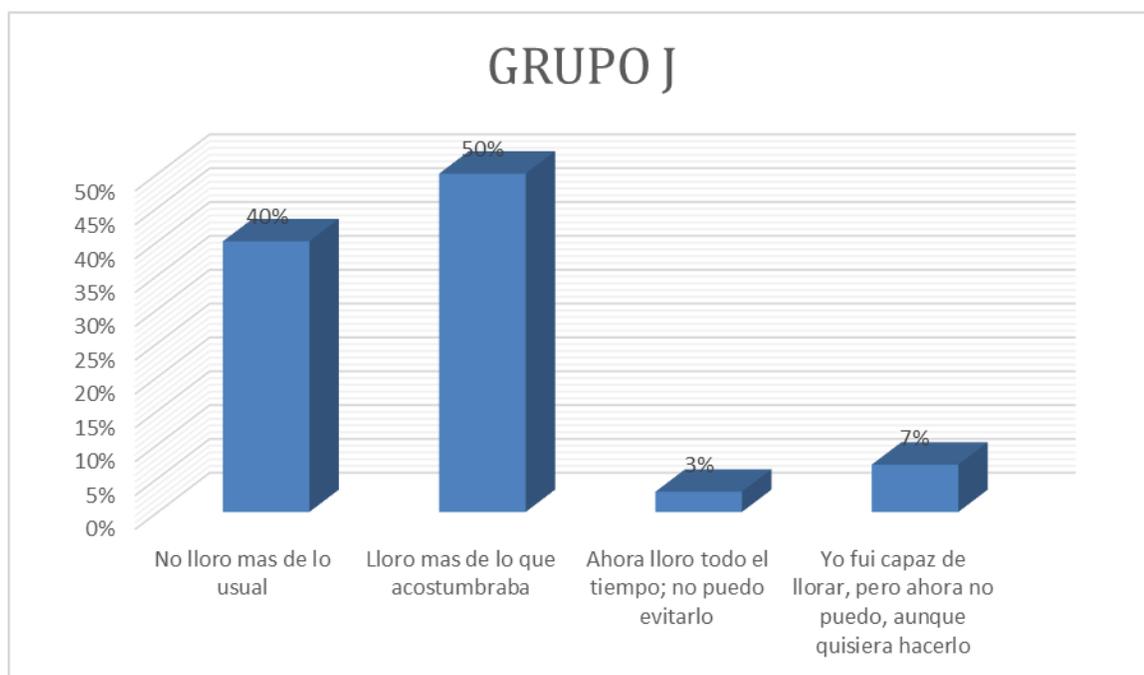
Frente al grupo de frases H de la escala, 24 adultos mayores, lo que se traduce en 80 %, no creen ser peor que otro, mientras que 4 de ellos, lo que traduce el 13% se critica por sus debilidades o errores, 2 de los adultos restantes, esto equivale el 7% se reprocha las culpas y ninguno de los adultos mayores se reprocha todo lo malo que ocurre.

Figura 9. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



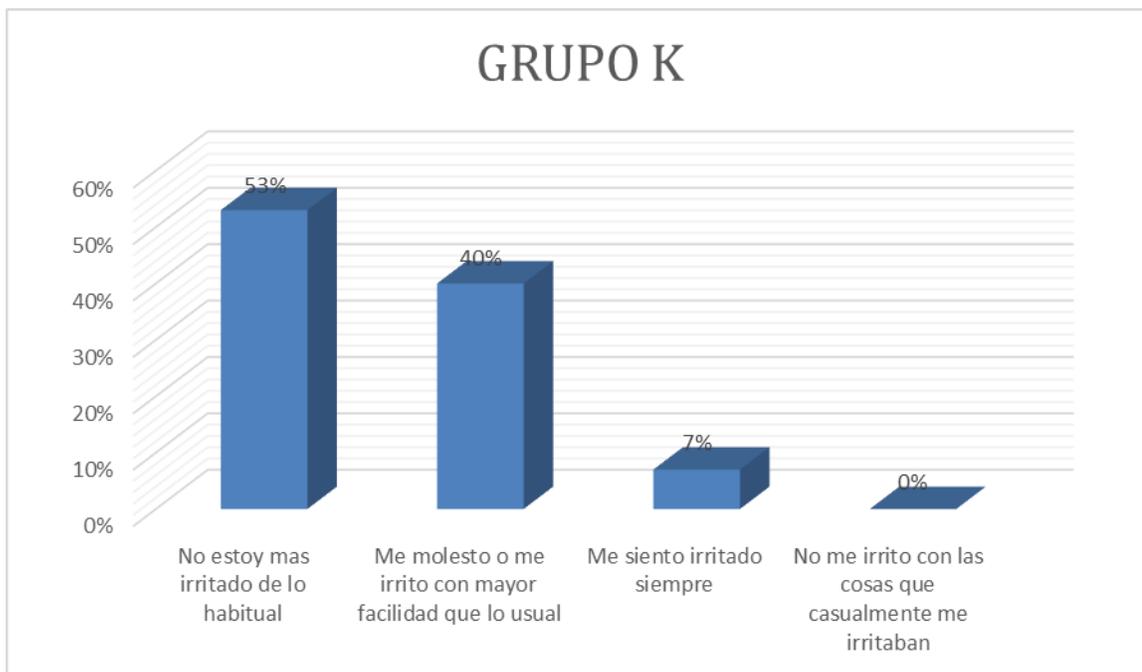
Frente a lo planteado en el grupo de frases I, 27 adultos mayores, lo que corresponde al 90%, responden que no tienen ninguna intención de hacerse daño; mientras que los 3 restantes, lo que corresponde al 10 %, contestaron que sienten intención de hacerse daño, pero no las llevan a cabo, de los 30 adultos ninguno se siente identificado con las siguientes 4 preguntas, por esta razón todas están en 0%

Figura 10. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



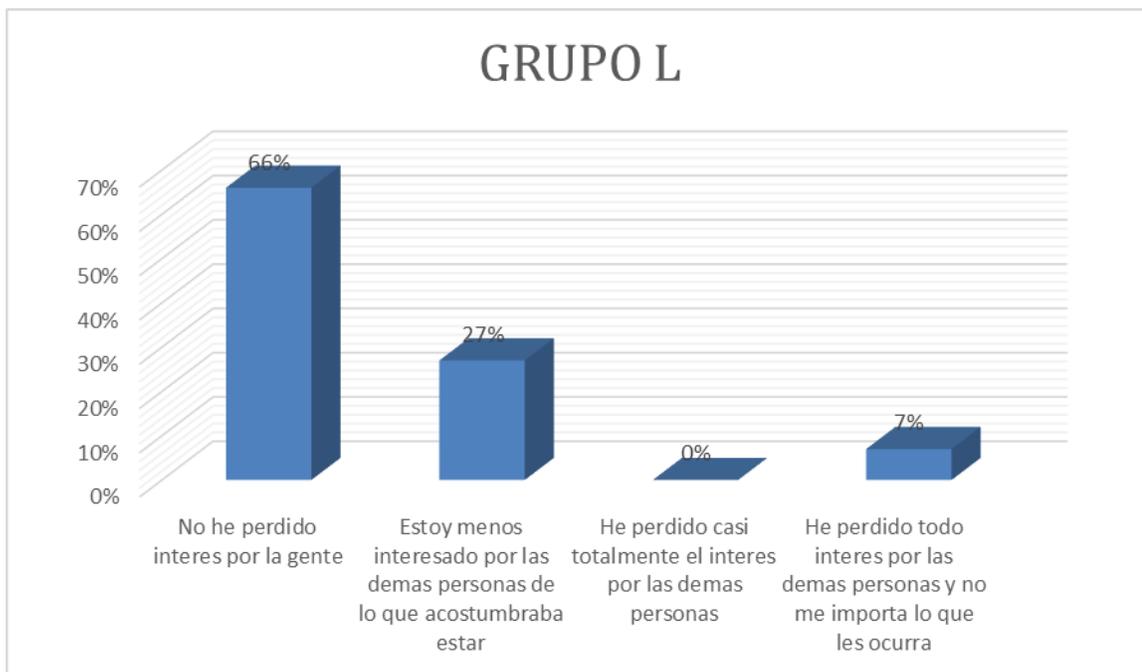
Ante la siguiente gráfica, 12 adultos mayores, lo que supone el 40 %, manifiestan no llorar más de lo usual, 15 de ellos, que corresponde al 50% llora más de lo que acostumbraba, 1 adulto mayor que equivale al 3% ahora llora todo el tiempo; no puede evitarlo, los 2 restantes, que corresponde al 7% fue capaz de llorar, pero ahora no puede, aunque quisiera hacerlo.

Figura 11. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



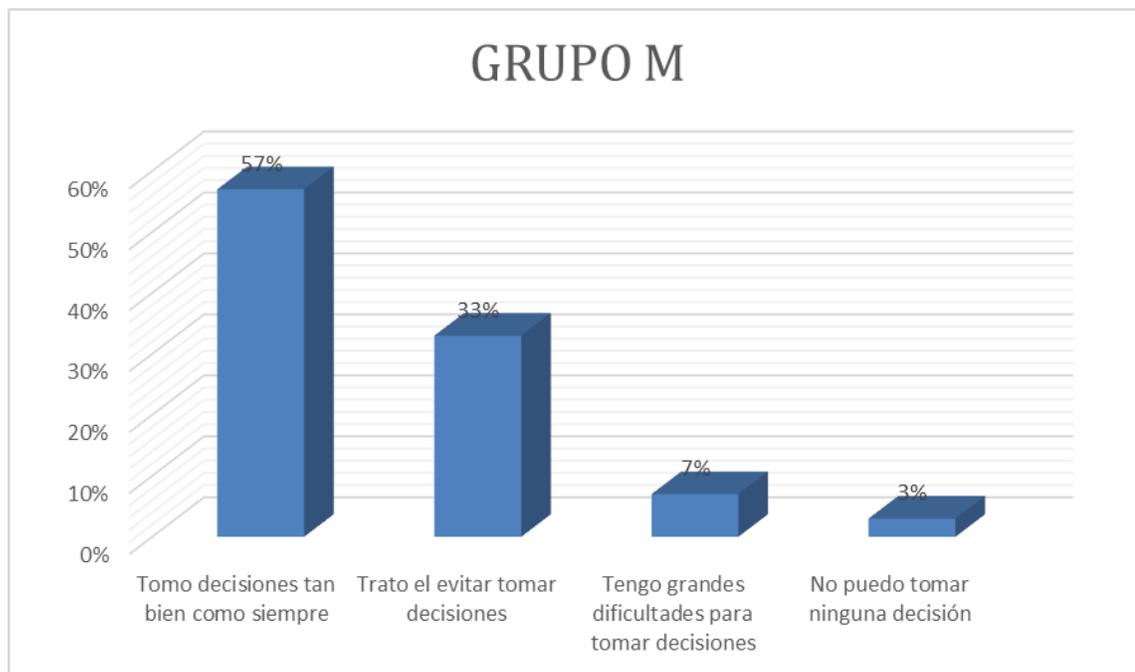
En la gráfica se observa que 16 adultos mayores, lo que representa el 53%, contestaron no estar irritados más de lo habitual, mientras que 12 de los adultos mayores, lo que representa el 40 %, aseguran sentirse molesto o se irritan con mayor facilidad que lo usual, 2 de los adultos restantes, que equivale al 7%, se sienten irritados siempre y ninguno de los 30 adultos no consideraron que aplicaban en la siguiente pregunta.

Figura 12. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



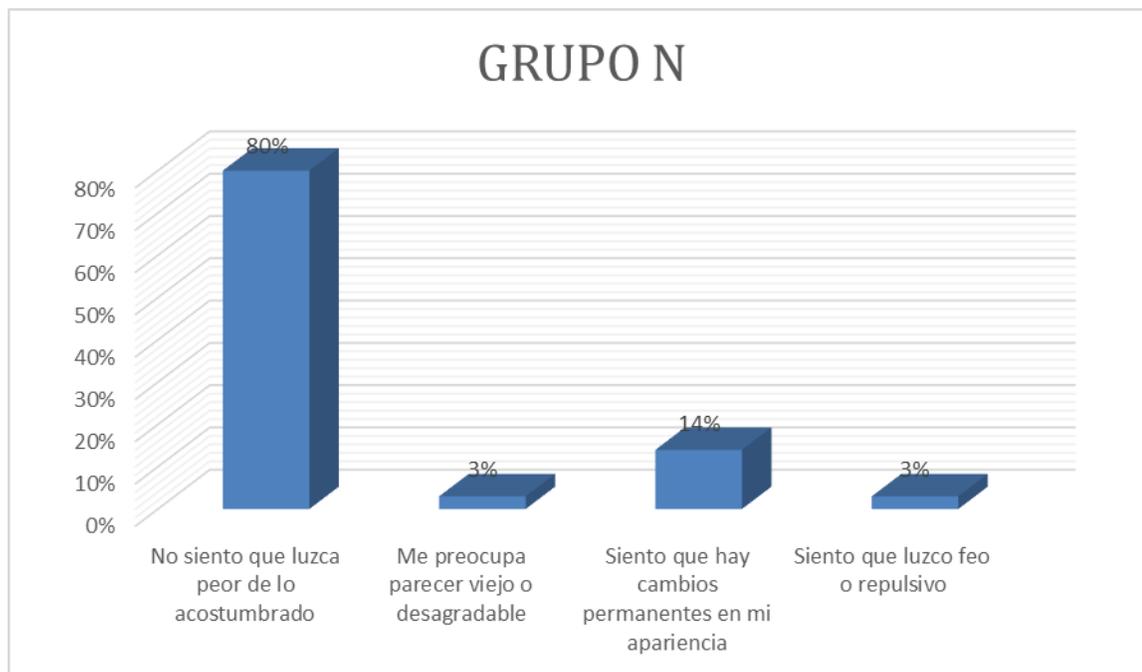
Ante esta gráfica, 20 adultos mayores, lo que se traduce en el 66%, negaron haber perdido interés por la gente, mientras que 8 de los adultos, lo que se traduce en el 27 %, afirmaron estar menos interesados por las personas de lo que acostumbraban estar, 0% de ellos ha perdido casi totalmente el interés por las demás personas y los 2 adultos restantes, que equivale el 7% aceptan haber perdido el interés por las demás personas y no les importa lo que les ocurra.

Figura 13. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



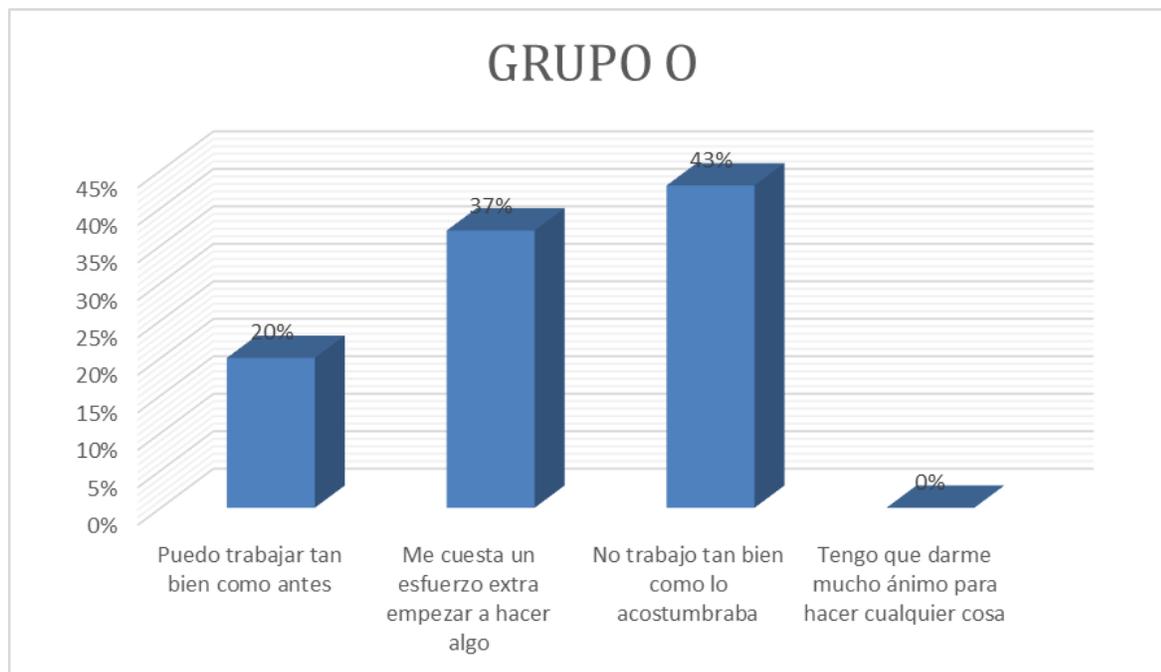
Frente a este grupo de frases M, 17 adultos mayores, lo que corresponde al 57%, aseguran tomar decisiones tan bien como siempre, mientras 10 de ellos, lo que corresponde al 33% trata de evitar tomar decisiones, por lo tanto 2 de los adultos mayores, que equivale al 7%, tiene grandes dificultades para tomar decisiones y 1 de los adultos restantes, que es el 3% no pueden tomar ninguna decisión.

Figura 14. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



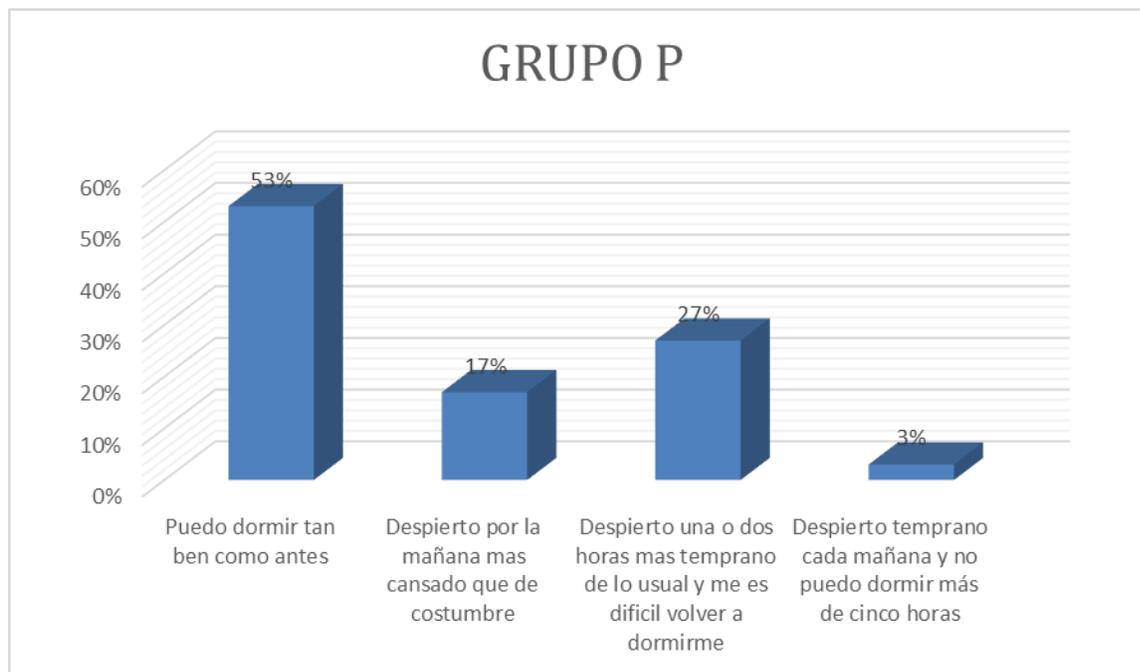
En la gráfica se observa que 24 adultos mayores, lo que representa el 80%, no sienten que luzcan peor de lo acostumbrado, 1 adulto se preocupa por parecer viejo o desagradable, esto equivale el 3%, mientras que 4 de ellos, lo que representa el 14% sienten que hay cambios permanentes en su apariencia y el adulto mayor restantes, lo que representa el 3%, sienten que lucen feo o repulsivos.

Figura 15. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



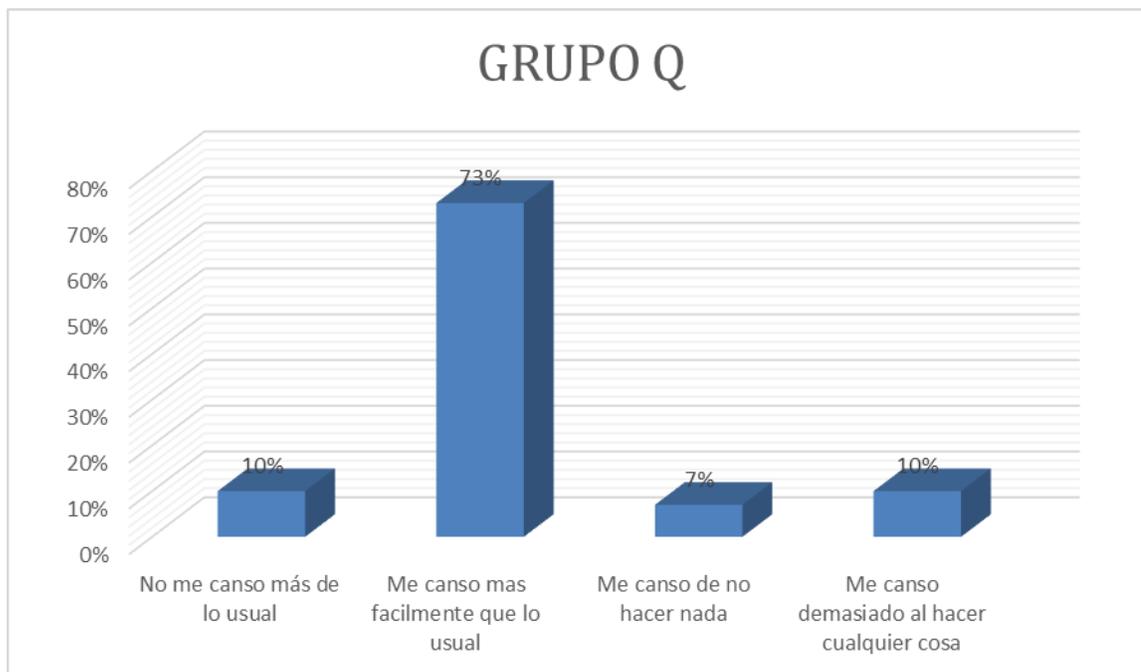
Ante este grupo de frases O, 6 adultos mayores, lo que se traduce en el 20 %, afirmaron que pueden trabajar tan bien como antes, 11 de los adultos mayores, lo que corresponde al 37% les cuesta hacer un esfuerzo extra para empezar hacer algo y los 13 adultos restantes no trabajan tan bien como lo acostumbraba, esto equivale el 43%. Ninguno de ellos aplica en la siente pregunta.

Figura 16. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



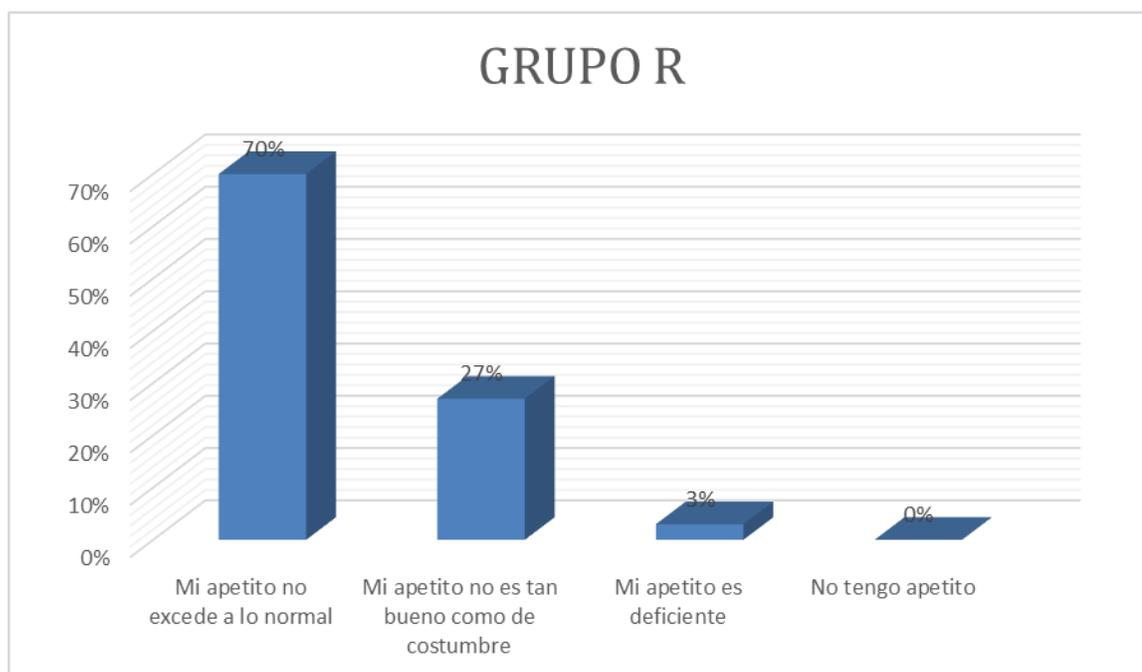
En la gráfica se observa que 16 adultos mayores, lo que representa el 53%, manifiestan que pueden dormir tan bien como antes, 5 de los 30 adultos mayores, esto equivale el 17% despierta por la mañana más cansado que de costumbre, mientras que 8 adultos, que corresponde al 27% despiertan una o dos horas más temprano de lo usual y se le hacen difícil volver a dormirse, mientras que el 1 restantes, lo que representa el 3%, aseguran despertarse temprano cada mañana y no pueden dormir más de cinco horas.

Figura 17. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



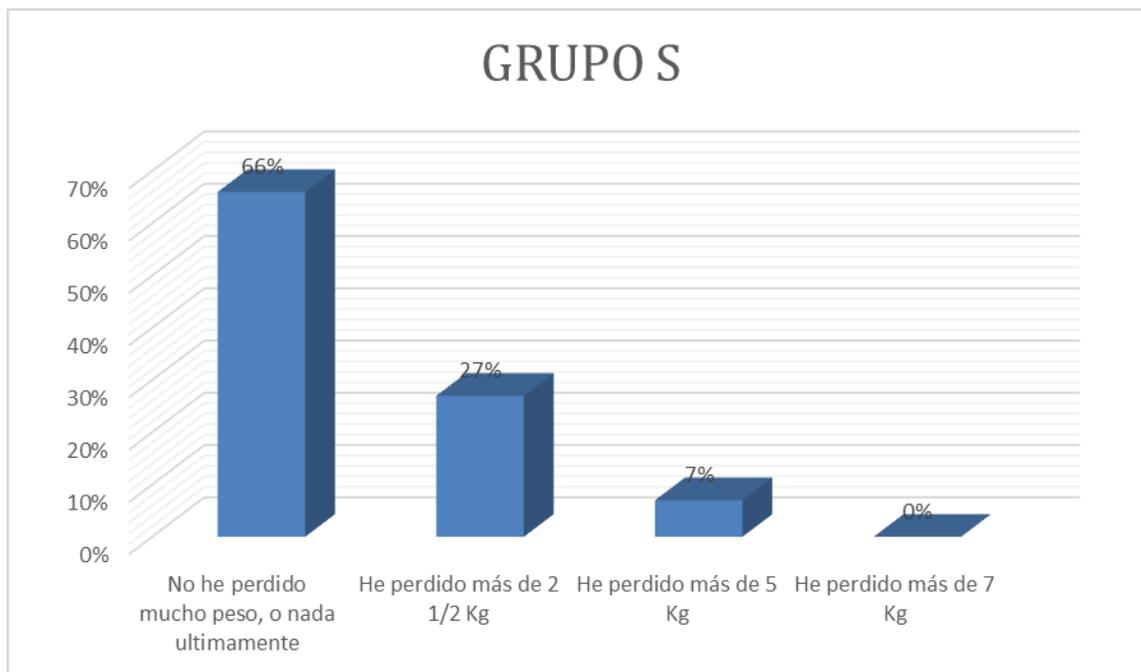
Ante estas situaciones, adultos mayores, lo que se traduce en el 10%, afirman no cansarse más de lo usual, mientras que 22 adultos mayores, lo que equivale el 73%, aseguran estar más cansado que lo usual, 2 adultos mayores se cansan de no hacer nada, lo que corresponde el 7%, los 3 adultos restante, con un porcentaje del 10% se cansa demasiado al hacer cualquier cosa.

Figura 18. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



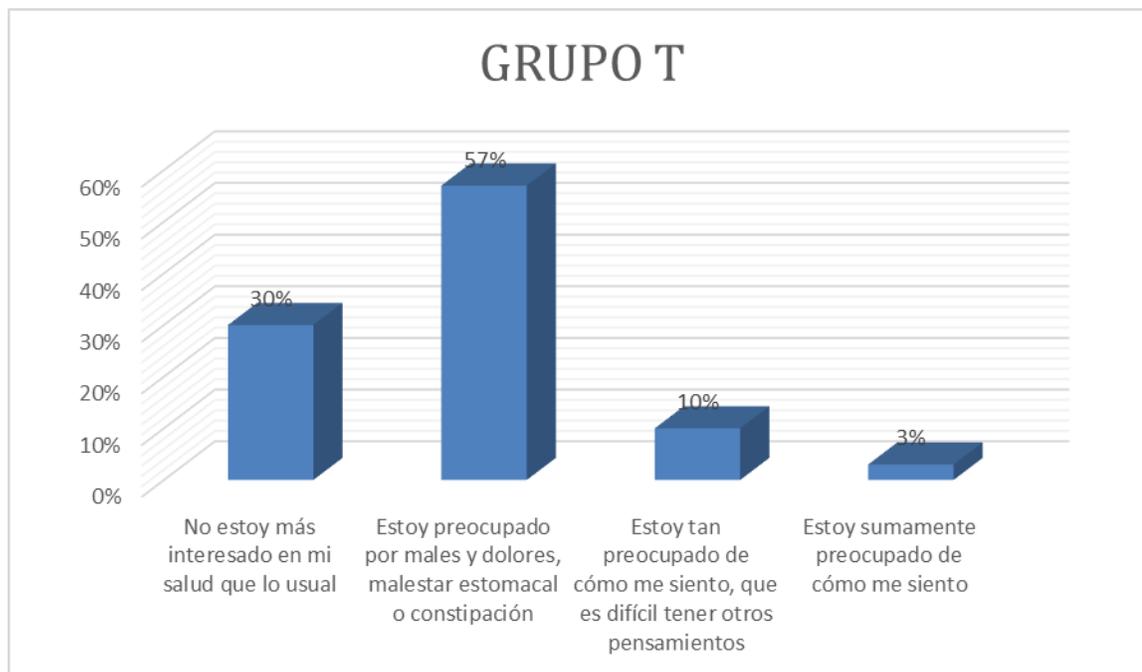
Frente a esta gráfica, 21 adultos mayores, lo que corresponde al 70 %, respondieron que el apetito no excede a lo normal, 8 de ellos, lo que equivale el 27% afirman que su apetito no es tan bueno como de costumbre, mientras que el 1 restante, lo que traduce al 3%, aseguran que su apetito es deficiente. Ninguno de los 30 adultos mayores no considera haber perdido su apetito.

Figura 19. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



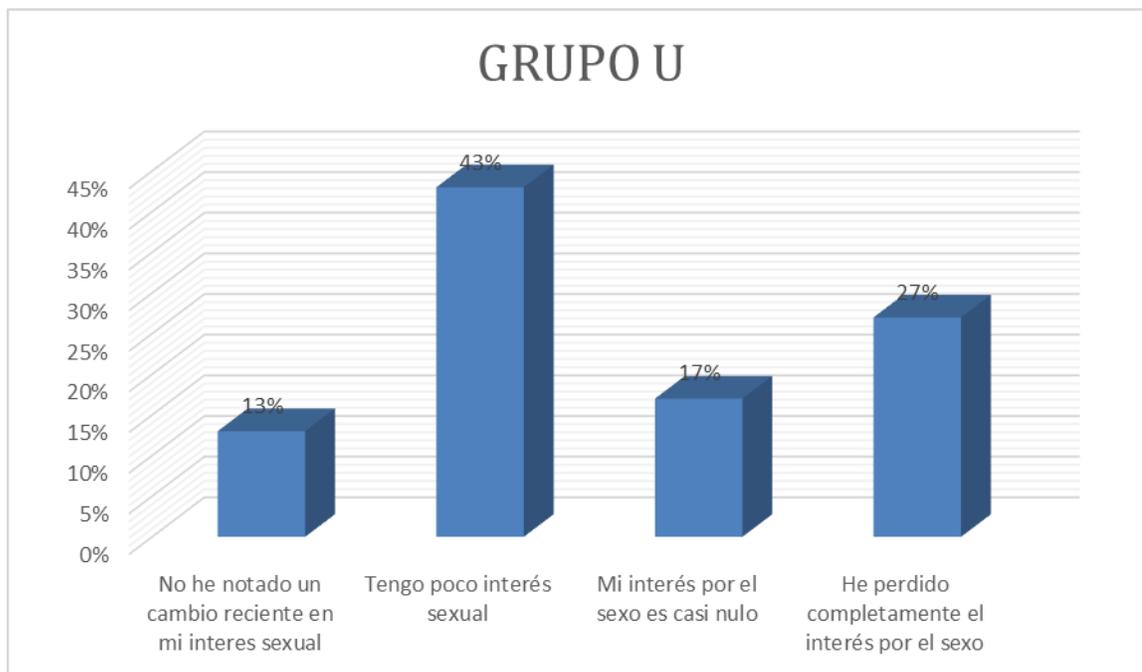
En la gráfica se observa que 20 adultos mayores, lo que representa el 66%, afirman no haber perdido mucho peso, o nada últimamente, también se observa que 8 adultos mayores, que equivale el 27% ha perdido más de 2 kilos y medio, mientras que los 2 adultos restantes, que traduce el 7% ha perdido más de 5 kilos. Ninguno asegura haber perdido más de 7 kilos.

Figura 20. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



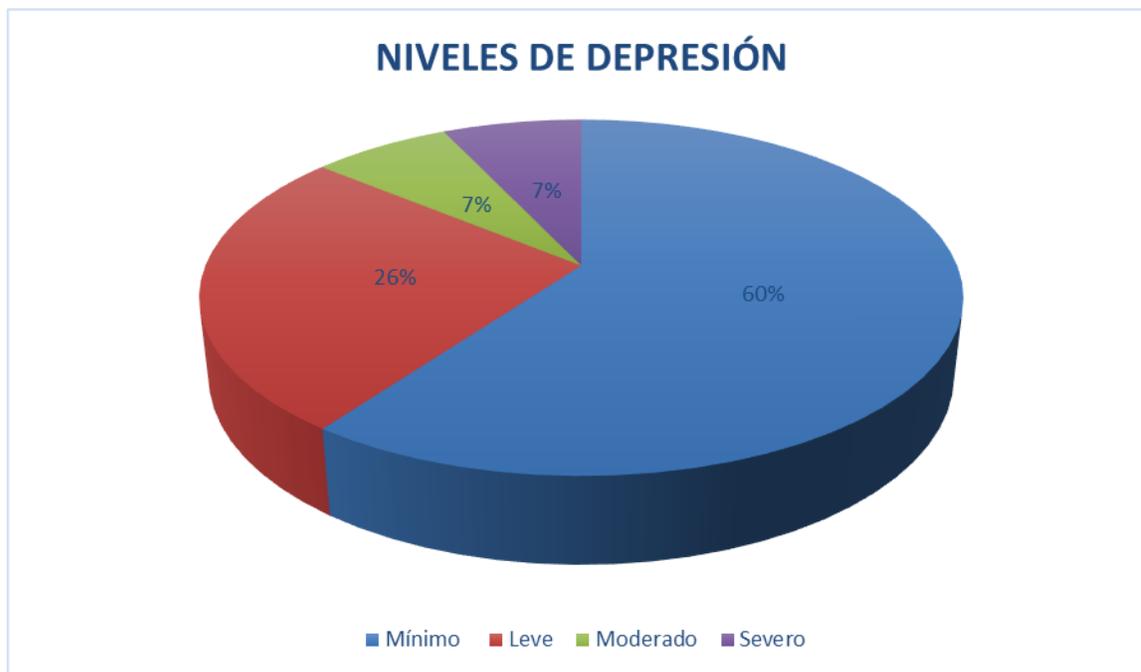
Ante el grupo de frases T, 9 adultos mayores, lo que se traduce en el 30 %, no está interesado en su salud que lo usual, mientras 17 de ellos, lo que corresponde el 57%, aseguran estar preocupados por males y dolores, malestar estomacal o constipación; 3 de los adultos mayores están preocupados de cómo se sienten, que se les hace difícil tener otros pensamientos, esto tiene un porcentaje del 10%, el 1 restante, equivale al 3% están sumamente preocupado de cómo se siente.

Figura 21. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



Ante el último grupo de frases del cuestionario, 4 adultos mayores, lo que se traduce en el 13%, no ha notado un cambio reciente en su interés sexual, 13 de ellos, lo que corresponde al 43% sienten poco interés sexual, los otros cinco adultos, que equivale al 17% afirman que su interés sexual es casi nulo y los 8 restantes, se traducen en un 27% aseguran que han perdido completamente el interés por el sexo.

Figura 22. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de BECK



En la gráfica se presenta el resultado final de la aplicación del inventario de Depresión de Beck, donde se describe el análisis según la puntuación obtenida por cada adulto mayor; se encuentra que 18 participantes tienen un nivel de depresión mínimo, equivalente al 60%, 8 de los adultos mayores presentan un nivel de depresión leve, lo que traduce un 26%; 2 de los 30 adultos tienen un nivel de depresión moderado que corresponde al 7% y los 2 últimos adultos mayores padecen de un nivel de depresión severo que equivale el 7% de la población muestra.

4.1.2 Resultados objetivo específico 2

A través de la aplicación de la entrevista semiestructurada se logra establecer que los factores psicosociales que más inciden en la presencia de depresión de los cuatro adultos que obtuvieron mayor puntuación en la escala de evaluación luego de la aplicación del inventario y que se encuentran en los niveles moderado y severo; son los factores personales y /o psicológicos, los factores familiares y los factores sociales, en los cuales se identificaron categorías de análisis como las emociones, la salud; para el primer factor, la comunicación, afectividad, violencia intrafamiliar, violencia económica; para el segundo factor, y pobreza, relaciones interpersonales, empleabilidad, redes de apoyo; para el tercer factor.

Dentro de los factores personales y en relación con las emociones algunas de las que manifestaron los participantes tiene que ver con el miedo, que está relacionado con la impresión de que algo malo puede ocurrir, al respecto algunos de los participantes expresaron lo siguiente:

“En verdad siento miedo de no poderme valer por mí mismo con el pasar del tiempo y quedar solo” (Participante 1, comunicación personal). Otros de los adultos en relación con esta situación mencionan, “A veces siento mucho miedo por lo que le vaya a pasar a mis hijas como están por fuera, allá en Medellín” (Participante 2, comunicación personal). Por otra parte “Me da temor al imaginar que ahora que no tenga acción para nada, como hacer un mandado, que me pongan a trapear, me dejen solo” (Participante 3, comunicación personal). Del mismo modo “Me da miedo que le ocurra algo malo a mi nieto al que yo he criado, como ya no me hace caso sale cuando quiere y no se ni para donde y con quien” (Participante 4, comunicación personal).

Otro de los aspectos relacionados con las emociones que expresaron los participantes, está asociado con sentimientos de culpa, lo cual tiene que ver con irritabilidad al no haber alcanzado algunos aspectos que en la actualidad quisieran tener, entre los que se mencionan los siguientes:

“Me reprocho no haber estudiado, porque mis papás no fueron como los de ahora que hacen que los hijos vayan a estudiar y los míos no, ellos lo único que decían era que no habían estudiado y estaban vivos, de seguro yo no estuviera así” (Participante 2, comunicación personal). Además “A veces me siento culpable por la crianza de un nieto que tengo, ahora que esta grande ya como que se me quiere salir de las manos” (Participante 4, comunicación personal).

Un último aspecto vinculado con las emociones e identificado es la tristeza, lo cual se relaciona con el decaimiento del estado de ánimo donde las personas pueden llorar, para lo cual se refiere lo relacionado a continuación:

“Muchas veces me siento triste, porque yo no tengo un trabajo, mi trabajito es ese (señala un carro de raspados) y ahora pues no tengo para el plante porque tengo la mujer por allá enferma y el plante me lo he gastado con ella, quede fue en nada; eso me entristece mucho” (Participante 1, comunicación personal). De igual forma, “Me hace poner triste la enfermedad porque estoy sufriendo de las rodillas, a veces me acongojo porque no puedo andar y tampoco hacer las cosas del hogar” (Participante 2, comunicación personal). También se menciona, “Me ponen muy triste tantas cosas, pero principalmente el maltrato que recibo por parte de una hija y mi señora, verbalmente me tratan muy mal” (Participante 3, comunicación personal). Así mismo, “Me entristece un poco de cosas, por ejemplo, como hoy que mi mamá no se quiere levantar, ya está muy viejita y yo sola ya casi no puedo para atenderla, también estoy muy enferma” (Participante 4, comunicación personal).

En relación con los factores personales que también incluyen la salud, alguna de las manifestaciones de los participantes tiene que ver con la enfermedad, la cual desfavorece la calidad de vida y limita el normal desempeño de las actividades cotidianas, al haber presencia de enfermedades

crónicas no transmisibles como la hipertensión y la diabetes, problemas articulares y mala circulación del torrente sanguíneo. Del mismo modo la atención insuficiente en salud por parte de las entidades prestadoras del servicio, es otro aspecto que expresan los participantes que desfavorece su estado de salud.

En cuanto a los factores familiares, conforme a la comunicación alguna de las manifestaciones de los participantes está sujeta a la falta de ser escuchados, lo que se debe al poco tiempo que disponen sus familiares a causa de sus ocupaciones, entre las que se expresan las siguientes:

“Siempre quiero hablar con mi hija que se fue para Medellín, ella quedo de llamarme todos los días para que le contara como estoy y a veces pasan 15 días o un mes y no me llama”

(Participante 2, comunicación personal). Del mismo modo, “En la casa siento que no me dejan expresar, no me escuchan y por el contrario me gritan y me amenazan” (Participante 3, comunicación personal).

Por otro lado, uno de los aspectos asociado a la comunicación, que expresa un participante es el asertividad que hace referencia a la forma adecuada y positiva de una persona relacionarse con otra, en este sentido un participante indica lo siguiente:

“Mi esposa como se dice me tiene como en la mala, todo lo que le pasa a ella si le roban alguna cosa, se le embolata o algo, entonces me echa la culpa a mí, les dice a los hijos que soy yo y los pone en contra mío” (Participante 3, comunicación personal).

dentro de los factores familiares que vincula una categoría de análisis como la afectividad, la cual es considera la forma de las personas para brindar afecto a otro, se encuentra que varios participantes indican tener pocas manifestaciones de afecto, pues no observan que les hagan expresiones de amor, como un abrazo, por ejemplo, entre las que se mencionan las relacionadas a continuación:

“Quisiera que me dieran más cariño, más amor y sentirme importante para ellos” (Participante 3, comunicación personal). De igual manera, “Mi familia siento que me quiere, pero me gustaría que me quisiera más, que estén cuando los necesito, me dan afecto y no me dejen sola con tanta carga” (Participante 4, comunicación personal).

Haciendo énfasis en la violencia intrafamiliar algunas descripciones de los participantes están asociadas con la violencia verbal o psicológica, para lo cual algunas expresiones fueron:

“No me siento apoyado por mi familia, más cuando me agreden con gritos y palabras que me duelen y recienten mucho e incluso cuando me amenazan con mandarme a golpear” (Participante 3, comunicación personal).

Otro factor que se relaciona a la violencia intrafamiliar es la delegación de responsabilidades, donde algunos participantes expresan que están asumiendo una responsabilidad que de algún modo no les corresponde, los cuales se mencionan de la siguiente forma:

“Mi mama tiene varios hijos, pero nadie me ayuda con mi mama, me han dejado toda su responsabilidad a mí, solo hay una hermana que me llama de vez en cuando y a veces me manda una ayudita” (Participante 4, comunicación personal). De igual modo, “Un hijo me dejo a un nietecito desde que nació, y ahora que esta grande siento que no puedo con él porque no me obedece, ahora tengo otra niña que me mandaron” (Participante 4, comunicación personal).

Conforme a la violencia económica como categoría de análisis también de los factores familiares, una manifestación de los participantes tiene que ver con la expropiación, ya que según sus familiares se podría considerar que la persona no está en las condiciones para manejarlas, lo cual se ve representado en la siguiente manera:

“Estoy aquí porque no tengo para donde irme porque lo mío, mis bienes lo cogió mi esposa con una hija y me lo quitaron” (Participante 3, comunicación personal).

En correspondencia a los factores sociales que incluyen la pobreza como aspecto importante, la cual se relaciona con la falta de vivienda y la exclusión de los programas sociales del estado donde no se recibe algún tipo de subsidio, y a su vez desequilibra la calidad de vida de las personas mayores, referente a esta situación enunciaron algunos participantes lo siguiente:

“La situación económica es difícil, más cuando ya no puedo trabajar y debo pagar arriendo”

(Participante 1, comunicación personal). Adicional a lo anterior, “Es difícil llegar a la edad en la que estoy y no contar con una casita propia” (Participante 2, comunicación personal).

Otra categoría de análisis son las relaciones interpersonales las cuales en la población participante son muy limitadas, en relación con lo que se trata algunos participantes describen lo que se relata a continuación:

“Con los compañeros del Centro Día nos integramos las pocas veces que vamos en semana con las actividades que nos ponen hacer, con las personas de acá del barrio apenas los buenos días y ya” (Participante 2, comunicación personal). Asimismo, “Si tengo amigos por ahí, todo mundo me conoce son 58 años de estar aquí en san juan de Urabá, pero solo nos saludamos cuando nos vemos por ahí, no nos integramos” (Participante 3, comunicación personal). Además, “Aparte del centro día, tengo amigos acá en el barrio, pero aquí no hacemos nada, solo el saludo” (Participante 4, comunicación personal).

En relación con la empleabilidad algo que expresan los participantes está sujeto a la informalidad lo cual es debido a las pocas oportunidades laborales y el aumento del desempleo en su entorno, dado a su condición de adulto mayor que trae consigo limitaciones para el desenvolvimiento en el mundo laboral, de acuerdo a lo anterior algunos participantes manifiestan lo siguiente:

“El trabajo que yo tengo es vender raspado en la calle, pero cada día la cosa se dificulta más ya casi no vendo como antes y la plata no me alcanza” (Participante 1, comunicación personal). Por

otro lado, “Yo hago empanadas para vender y poder comprar mis cositas, pero la venta ya no me da mucho porque todo está muy caro” (Participante 2, comunicación personal).

En cuanto a las redes de apoyo expresadas por los participantes, se tiene que son algo deficientes ya que dentro de sus relaciones que los integra con el entorno social, solo están las del centro día en las cuales participan de dos a tres veces en semana, en este sentido se mencionan las siguientes:

“Solo participo en las actividades del centro día, no me integro en otra cosa a veces hasta me canso de no hacer nada” (Participante 3, comunicación personal). De igual manera, “No me vinculo en otras actividades de integración con otras personas aparte de las del centro día” (Participante 3, comunicación personal).

4.2 Análisis

Luego de aplicada la técnica cuantitativa “Inventario de depresión de Beck” para medir y determinar la presencia de depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro Día Dos de Abril del municipio de San Juan de Urabá y realizada la técnica cualitativa “Entrevista Semiestructurada” para identificar los factores psicosociales que inciden en la depresión de estos adultos, se determinó que los factores asociados a la depresión son; los factores personales y/o psicológicos que se asocian a un desequilibrio emocional donde hay manifestaciones de miedo por situaciones que creen que les pueden ocurrir, como la limitación a causa de enfermedades y deterioro inevitable de la vejez para el desarrollo de sus actividades cotidianas, el maltrato y el temor a ser abandonados; sentimientos de culpa por aspectos no alcanzados y tristeza por diagnósticos médicos, maltrato, carencias de recursos económicos por la imposibilidad de trabajar, y a la salud en la cual hay presencia de múltiples enfermedades y una atención insuficiente por parte de las entidades prestadoras del servicio de salud. Los factores familiares que se relacionan a la comunicación donde hay expresiones de necesidad de ser escuchados, afectividad

donde existen manifestaciones de poco afecto, de amor, de cuidado y de atención, a la violencia intrafamiliar donde se propicia la violencia psicológica y la delegación de responsabilidades no correspondientes donde se aumenta la carga del trabajo doméstico del adulto mayor y la violencia económica por medio de la cual se expropia por los familiares, al considerar que el adulto mayor ya no cuenta con las herramientas y las destrezas productivas para manejar los bienes de la familia. Por último los factores sociales que se asocian con la pobreza la cual se acentúa en los adultos mayores que en su condición vulnerable propia del envejecimiento no cuentan con una vivienda digna y propia para vivir plenamente su última etapa de la vida, quienes además no cuentan con ningún tipo de pensión y son excluidos de los programas sociales del estado al no recibir algún tipo de subsidio por parte del mismo, con las relaciones interpersonales ya que pocas veces cuentan con el espacio para interactuar con población diferente a la del centro día de dos a tres veces por semana, los factores sociales también se asocian con la empleabilidad donde algunos adultos mayores acceden al trabajo informal por las pocas oportunidades laborales que se le presentan, dado a su condición vulnerable de adulto mayor, y a las redes de apoyo las cuales son pocas ya que no hay otros programas a parte de las actividades gerontológicas encaminados a favorecer la calidad de vida del adulto mayor desde la vinculación con su entorno social.

En esta medida, los hallazgos sobre depresión luego del análisis realizado se ajustan a la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual refiere que “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”.

Del mismo modo lo encontrado como factor de riesgo de la depresión en los adultos mayores está relacionado con la definición propuesta por Carmona (2012), quien “sintetiza lo psicosocial como lo

que reintroduce al ser humano, como persona, y agente activo, en sus roles y sus contextos vinculares, en el campo de las Ciencias Sociales. Así, Los factores o condiciones psicosociales en los adultos mayores, están relacionadas con sentimientos de soledad, salud, problemas en la dinámica familiar, situación económica, apoyo comunitario, falta de medicamentos y recreación”.

Por otro lado, al consultar en el estado del arte, estudios relacionados con el tema de investigación, se observa que fueron investigaciones llevadas a cabo en centros de protección para el adulto mayor, donde el factor de riesgo para la depresión en estas personas fue el abandono por parte de sus familiares, lo cual genera un desequilibrio emocional en ellos donde el deterioro cognitivo propio del envejecimiento, les dificulta el normal enfrentamiento a las situaciones adversas de la vida y el manejo adecuado de las diferentes emociones. Contrario al presente estudio el cual es desarrollado en una población activa que se vincula en las actividades desarrolladas en el Centro Día Dos de Abril del municipio de San Juan de Urabá, el cual busca mejorar su calidad de vida, donde se podría pensar que no se presentan sintomatologías asociadas a la depresión, sin embargo en los resultados obtenidos se establece que si hay una presencia considerable de depresión y que es posibilitada por algunos factores psicosociales presentes en el entorno de estas personas mayores, y no precisamente por el abandono de sus familiares o destierro del núcleo familiar, en esta medida con los nuevos hallazgos obtenidos en la investigación, se complementan los resultados de los estudios consultados en el estado del arte.

CAPITULO V

5. Conclusiones

5.1 Conclusiones

En este estudio se afirma que la depresión es una patología que afecta la salud mental de los individuos tras alteraciones o decaimiento en su estado de ánimo, la cual desfavorece el normal desempeño de las actividades cotidianas o las relaciones con el entorno y es considerada uno de los problemas más frecuente en la actualidad en materia de salud mental, donde la población adulta mayor no es la excepción, en la cual se disminuyen las capacidades y habilidades necesarias para identificar, entender y manejar correctamente sus estados emocionales, dado al deterioro cognitivo a causa del proceso de envejecimiento.

En este sentido es de resaltar que la presencia de la depresión en el adulto mayor, no se debe en gran medida al abandono por parte de sus familiares, ya que existen muchos determinantes a nivel psicosocial dentro de los factores personales, sociales y familiares relacionados a su cotidianidad, que posibilitan la presencia de depresión en estas personas que se encuentran viviendo su última etapa de la vida. Como las emociones, la salud, la comunicación, el asertividad, la violencia intrafamiliar, la violencia económica, la pobreza, las relaciones interpersonales, la empleabilidad y redes de apoyo, los cuales al ser deficientes impulsan el desarrollo de esta patología.

En relación con el cumplimiento del primer objetivo específico que buscaba identificar el nivel de depresión en adultos mayores del municipio de San Juan de Urabá, se logra determinar que la depresión es un aspecto poco estudiado en este municipio y en la región de Urabá, al cual no se le da la importancia que requiere por parte de las entidades gubernamentales, si se analiza el asunto de la cobertura de las EPS y el aumento en los casos de esta patología, como se evidencio en la población del estudio, en este orden de ideas y de acuerdo a la consecución del objetivo específico número dos que

buscaba reconocer factores psicológicos y sociales relacionados con la depresión en adultos mayores del Municipio de San Juan de Urabá, se lograron conocer aspectos psicosociales ocultos que se creería no suceden en este municipio del Urabá, como uno muy puntual, la violencia económica donde se da la expropiación del adulto mayor por parte de sus familiares, lo cual es un aspecto determinante para la depresión ya que quien vive esta situación se va sentir improductivo en la medida que pierde sus roles sociales, al ser retirado de las actividades productivas a las que venía acostumbrado, lo cual aumenta los sentimientos de soledad y aislamiento social.

5.1.1 prospectiva

De acuerdo a lo concluido en el presente estudio tras los hallazgos obtenidos, se establecen las siguientes recomendaciones.

Establecer intervenciones psicológicas orientadas en disminuir los índices de depresión evidenciados en la investigación, de manera que se pueda optimizar la calidad de vida de la población adulta mayor y del mismo modo contrarrestar el aumento de casos de depresión.

Articular desde el programa gerontológico del centro día diferentes programas de redes de apoyo como intervención ocupacional, por medio de los cuales los adultos mayores puedan estar en constante actividad y obtener un equilibrio emocional.

Actualizar las directrices o parámetros establecidos dentro de la política pública de envejecimiento municipal, donde se incluya y sea de obligatorio cumplimiento un adecuado acompañamiento psicológico a la población adulta mayor.

Como oportunidad de mejora para familiares de los adultos, se les recomienda familiarizarse y entender la ley 1850 del 19 de julio de 2017, la cual establece que la familia debe ser responsable del cuidado de los adultos mayores con un grado significativo de vulnerabilidad y de no hacerlo podrían incurrir en un delito.

Por otro lado, se recomienda a familiares evitar la designación de responsabilidades que no es de competencia de los adultos mayores, con el fin que puedan vincularse de forma activa en las actividades programadas por las entidades encargadas de garantizar y promover el bienestar físico y mental de esta población en el municipio.

Del mismo modo se recomienda, resaltar la importancia de la familia como fuente de apoyo emocional para el adulto mayor, como fuente directa de cuidado, afecto, y seguridad, como condición para el disfrute de un envejecimiento pleno y satisfactorio.

Referencias

Gaviria Uribe, A. (2017). Boletín de salud mental. minalud, 16.

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Organización Mundial de la salud. (S.F). *Depresión*.

Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Carranza Velásquez, O. V. (2020). Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores en el Centro de Especialidades Balzar.

Recuperado de: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/65057>

Aliaga Marín, E. I., & Del Campo Arroyo, O. M. (2017). Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro de Salud Magna Vallejo Cajamarca, Perú—2017.

Recuperado de: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/710>

Carvajal Velásquez, A. M. (2019). Causas asociadas a la depresión en los residentes de la fundación Hogar del Anciano de Belén de Umbría, Risaralda, Colombia.

Recuperado de: <https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/1362>

Sahagún Navarro, M., Sánchez Vergara, A., & Osorio Hernández, A. (2017). Atención psicológica de personas mayores, víctimas del conflicto armado colombiano: una mirada psicosocial. *CULTURA EDUCACIÓN Y SOCIEDAD*.

Recuperado de:

<https://revistascientificas.cuc.edu.co/culturaeducacionysociedad/article/view/1656>

Estupiñán Palacios, S. K., Ávila Díaz, D. Y., & Suárez Ávila, M. C. (2021). Factores que inciden en los niveles de depresión en adultos mayores de la fundación el Edén en el municipio de Apartadó (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).

Recuperado de:

https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/12866/1/UVD.T.P_Estupi%C3%B1anSandra_2021.pdf

f -

Soria, I. N., & Pérez, N. P. (2012). *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. Editorial Club Universitario.

Recuperado de: <http://biblioteca.univalle.edu.ni/files/original/428d26dbe6b7e6835eaa900697b62144c78282da.pdf>

Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

Recuperado de: <http://biblioteca.univalle.edu.ni/files/original/428d26dbe6b7e6835eaa900697b62144c78282da.pdf>

Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscocoya, J. (2017, October). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 78, No. 4, pp. 393-397). UNMSM. Facultad de Medicina.

Recuperado de:

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=depresi%C3%B3n+seg%C3%BAAn+Ara%2C+Guti%C3%A9rrez+y+Piscocoya++&btnG

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=depresi%C3%B3n+seg%C3%BAAn+Ara%2C+Guti%C3%A9rrez+y+Piscocoya++&btnG

Morrison, J. (2015). *dsm-5 Guía para el diagnóstico clínico. Manual moderno*, 112.

Carmona, (2012). Recursos psicosociales, 10.

Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/eardila3,+64755019018_visor_jats.pdf

Campuzano, M. D. L. R., & Martinez, L. F. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y salud*, 15(2), 169-185.

Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=ALGUNOS+FACTORES+PSICOLOGICOS+Y+SU+PAPEL+EN+LA+ENFERMEDAD%3A+UNA+REVISION+&btnG=

Capulín, R. G., Otero, K. Y. D., & Reyes, R. P. R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia ergo-sum, Revista científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 23(3), 219-228.

Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/104/10448076002/10448076002.pdf>

de Castro, E. V. (2002). El concepto de sociedad en antropología. *Revista de antropología*, (7), 31-44.

Recuperado de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/antropologia/article/view/19930>

Lizcano Arango, O. M., & Pinto Hernández, M. A. (2017). Ley n° 1850 19 jul2017. *congreso de Colombia*.

Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1850_2017.html

Julio Lagarez, J., & Barrios Vélez, Y. (2012) Acuerdo Municipal N. 11 de 2012 – San Juan de Urabá, 9. Barreras

Montealegre, R. L., Eljach Pacheco, G., Posada Sanchez, A., & Mantilla Serrano, J. H. (2013). Leyn° 1616 del 21 de enero de 2013. Congreso de la república, 17.

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Gaviria Uribe, A. (2015) Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015 – 2024. 54

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México:interamericana de editores, s.ade c.v.

Recuperado de:

<https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1994). Inventario de depresión de beck-ii. *paidos*, 42.

Troncoso, C. E., & Daniele, E. G. (2015). La entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de datos. *dialnet*, 12.

Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&scioq=troncoso+y+daniele+%282015%29+entrevista+semiestructurada++&q=LAS+ENTREVISTAS+SEMIESTRUCTURADAS+COMO+INSTRUMENTOS+DE+RECOLECCI%C3%93N+DE+DATOS%3A+UNA+APLICACI%C3%93N+EN+EL+CAMPO+DE+LAS++CIENCIAS+NATURALES&btnG=

Noguero, F. L. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *En-clave pedagógica*, 4.

Recuperado de: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&scioq=troncoso+y+daniele+%282015%29+entrevista+semiestructurada++&q=El+an%C3%A1lisis+de+contenido+como+m%C3%A9todo+de+investigaci%C3%B3n+seg%C3%BA+n+l%C3%B3pez+noguero+&btnG=

Anexos

Anexos #1, Inventario de Depresión de Beck

INVENTARIO DE BECK: BDI II

Este cuestionario fue construido por Beck en 1961 y modificado por el Centro de Estudios y Terapia del Comportamiento FORMAR.

Mide el grado de depresión de la persona. Consta de 21 ítems, formado por un grupo de frases que deben ser cuidadosamente leídas por el sujeto y de las cuales debe escoger una opción, la que más se ajuste a su estado o que se aproxime a él.

Se hace la sumatoria de los valores absolutos que corresponde a las respuestas del sujeto, el valor total es interpretado de acuerdo a la media y la desviación estándar. Si es puntaje es mayor al rango de normalidad (la media más una desviación estándar y la media menos una desviación estándar) el sujeto es depresivo.

Limite inferior: 3
Media: 9
Limite superior: 15

Niveles	Puntaje
Estado no depresivo	0-9
Sintomatología depresiva leve	10-18
Sintomatología depresiva moderada	19-29
Sintomatología depresiva severa	30-36

INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de frases. Por favor lea cuidadosamente cada grupo. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido últimamente. Encierre en un círculo el número del lado de la frase que eligió. Si le parece que varias frases del grupo se aplican igual. Señala una.

Esté seguro de leer todas las frases en cada grupo antes de marcar una elección.

- A. 0. No me siento triste
1. Me siento triste o melancólico
2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
2b. Siento que nunca saldré de mis problemas
- B. 0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
1. Me siento desalentado por el futuro
2^a. Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
2^b. Siento que nunca saldré de mis problemas
3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
- C. 0. No me siento como un fracasado
1. Siento que he fracasado más que el promedio
2^a. Siento que he logrado muy poco que valga la pena o que signifique algo
2^b. Viendo mi vida en forma retrospectivamente todo lo que puede ver es una gran cantidad de fracasos.
3. Siento que soy un fracasado completo.
- D. 0. No estoy particularmente insatisfecho
1^a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba
2. Nunca siento satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho de todo.
- E. 0. No me siento particularmente culpable
1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo
2^a. Me siento algo culpable
2^b. Me siento mal o indigno casi siempre
3. Siento que soy malo o inútil
- F. 0. No siento que este siendo castigado
1. He tenido la sensación de que algo malo puede ocurrir
2. Siento que soy castigado o que seré castigado
3^a. Creo que merezco ser castigado
3b. Deseo ser castigado.
- G. 0. No me siento decepcionado de mí mismo
1^a. Estoy decepcionado de mí mismo
1b. No me agrado
2. Estoy disgustado conmigo mismo
3. Me odio.

- H. 0. No creo ser peor que cualquier otro.
1. Me critico por mi debilidad o errores
2. Me reprocho mis culpas
3. Me reprocho todo lo malo que ocurre
- I. 0. No tengo ninguna intención de haceme daño
1. Tengo intenciones de haceme daño, pero no las llevaría a cabo.
2^a. Siento que estaría mejor muerto
2^b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera
3^a. Tengo planes definidos para suicidarme
3b. Me mataría, si pudiera.
- J. 0. No lloro más de lo usual
1. Lloro más de lo que acostumbraba
2. Ahora lloro todo el tiempo, no puedo evitarlo.
3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quisiera hacerlo.
- K. 0. No estoy más irritado de lo habitual
1. Me molesto o me irito con mayor facilidad que lo usual
2. Me siento irritado siempre
3. No me irito con las cosas que casualmente me irritaban.
- L. 0. No he perdido interés por la gente.
1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.
2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas
3. He perdido todo interés por las demás personas y no me importa lo que les ocurra.
- M. 0. Tomo decisiones tan bien como siempre
1. Trato de evitar tomar decisiones
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
3. No puedo tomar ninguna decisión.
- N. 0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado
1. Me preocupa parecer viejo o desagradable
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
3. Siento que luzco feo o repulsivo
- O. 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1^a. Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
- P. 0. Puedo dormir tan bien como antes
1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre
2. Despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me es difícil volver a dormirme.
3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.
- Q. 0. No me canso más de lo usual

1. Me canso más fácilmente que lo usual
2. Me canso de no hacer nada
3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa
- R. 0. Mi apetito no excede a lo normal
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre
2. Mi apetito es deficiente
3. No tengo apetito
- S. 0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente
1. He perdido más de 2 1/2 Kg
2. He perdido más de 5 Kg
3. He perdido más de 7 Kg
- T. 0. No estoy más interesado en mi salud que lo usual
1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.
- U. 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
1. Tengo poco interés por el sexo
2. Mi interés por el sexo es casi nulo
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexos #2, Entrevista Semiestructurada

Entrevista semiestructurada

Esta entrevista se realizará con la finalidad de identificar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Día Dos de Abril del municipio de San Juan de Urabá, en la cual se tendrán en cuenta el principio de la confidencialidad con la información obtenida, donde para tal fin se hará firmar un consentimiento informado por cada participante.

Tiempo estimado de entrevista: 15 a 20 minutos.

Preguntas.

Factores personales

- ¿Qué lo hace poner triste con frecuencia?
- ¿De qué cosas se siente culpable?
- ¿Qué cosas malas cree que pueden ocurrirle?
- ¿Por qué se siente decepcionado de usted mismo?
- ¿Qué cosas o situaciones lo hacen llorar con frecuencia?
- ¿Cómo siente que está su salud en este momento?

Factores familiares

- ¿Se siente apoyado por su familia?
- ¿De qué manera siente que su familia le apoya?
- ¿Conversa con frecuencia con sus familiares?
- ¿Cómo es la comunicación con sus familiares?
- ¿Se siente amado por su familia?
- ¿De qué manera su familia le expresa afecto?
- Sí pudiera pedirle un deseo a su familia ¿qué les pediría?

Factores sociales

- ¿Recibe algún subsidio del Estado?
- ¿Pertenece a algún grupo de adultos mayores?
- ¿Tiene amigos?
- ¿Qué actividades realiza con sus amigos?
- ¿Cómo se siente con la atención que le brinda la Institución?

Anexo #3, Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DATOS GENERALES		
Nombre:	Cédula:	Edad:
Nacimiento:	Ciudad:	
Estado civil:	Escolaridad:	
Dirección:	Teléfono:	
Ocupación:		
Lugar de Intervención:		Fecha:

Certifico que he recibido y comprendido que la información que reciban los estudiantes de Psicología es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación, los estudiantes de psicología detectan de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros. Se me indicó que se realizará la aplicación de instrumentos para la recolección de datos del proyecto de investigación titulado "factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores atendidos por el Centro Día Dos de Abril, San Juan de Urabá, Antioquia, 2022". Como opción de grado elegida para la obtención del título profesional. También se me indicó que puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre los estudiantes de psicología y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día _____ del mes _____ del año _____, en el municipio de _____.

Firma del Usuario
C.C N°:

Firma del estudiante de psicología
C.C N°:
ID:

Firma del estudiante de psicología
C.C N°:
ID: