

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN
UNA CASA HOGAR DE FUSAGASUGÁ, AÑO 2022.**

LEIDY VANESSA AGUILAR CELIS Cód. 330218201

MARIA ALEJANDRA ARGÜELLO SANDOVAL Cód. 330218204

YULIETH PAOLA MUETE RODRÍGUEZ Cód. 330218227

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

GIRARDOT

2023

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN
UNA CASA HOGAR DE FUSAGASUGÁ, AÑO 2022.**

LEIDY VANESSA AGUILAR CELIS Cód. 330218201

MARIA ALEJANDRA ARGÜELLO SANDOVAL Cód. 330218204

YULIETH PAOLA MUETE RODRÍGUEZ Cód. 330218227

TRABAJO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ENFERMERO

DOCENTE ASESOR

YAMILE VARGAS HERNÁNDEZ

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

GIRARDOT

2023

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Ciudad y fecha, (Día, Mes y Año)

NOTA DE ACEPTACION

DEDICATORIA

Le dedicamos el resultado de este trabajo a cada una de las familias de las estudiantes que lideraron este trabajo, quienes nos han enseñado a ser las persona que somos hoy, nuestros principios, valores, perseverancia y empeño. Todo esto con amor, paciencia y cariño.

Gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecemos a Dios, por el Don de la Vida, y por darnos la gracia de poder finalizar de la mejor manera una de las etapas más importantes de mi vida.

A nuestros padres que, gracias a su esfuerzo y motivación, logramos cumplir cada sueño y meta que nos propusimos desde el inicio de esta carrera, por enseñarnos valores y por darnos la oportunidad de tener una educación digna y por ser ejemplos para seguir.

Le agradecemos a nuestra asesora, por brindarnos su ayuda y conocimiento, por la confianza, la dedicación y el apoyo direccionando esta investigación desde el momento que tuvo conocimiento de ella.

Y, por último, pero no menos importante, agradecemos al equipo de trabajo, quienes tuvieron toda la disposición de dedicar tiempo y esfuerzo, aportando lo mejor de cada una para lograr la culminación con éxito de este proyecto.

TABLA DE CONTENIDO

LISTAS DE TABLAS.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
LISTA DE ANEXOS.....	9
RESUMEN.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
1. ANTECEDENTES.....	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	18
4. JUSTIFICACIÓN.....	19
5. OBJETIVOS.....	21
5.1 Objetivo General:	21
5.2 Objetivos Específicos:	21
6. MARCOS DE REFERENCIA.....	22
6.1 MARCO TEÓRICO:	22
6.2 MARCO CONCEPTUAL:	27
6.3 MARCO LEGAL:	30
6.4 MARCO ÉTICO:	33
7. DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
8. Operacionalización de variables.....	38
9. RESULTADOS.....	44
9.1 Caracterización de la muestra	44
9.2 Escala de depresión geriátrica Yesavage	47
10. CONCLUSIONES.....	53
11. RECOMENDACIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXOS.....	63

LISTAS DE TABLAS

Tabla 1. _____ 44

Tabla 2. _____ 45

Tabla 3. _____ 47

Tabla 4. _____ 51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. _____ 48

Figura 2. _____ 49

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Formato Ley de protección de datos _____	63
Anexo B. Test Minimental _____	64
Anexo C. Escala de depresión geriátrica Yesavage _____	65
Anexo D. Consentimiento informado _____	66
Anexo E. Estrategia _____	70

RESUMEN

La depresión es uno de los trastornos del humor o afectivo más frecuente y probablemente el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población del adulto mayor, por eso el particular interés en este grupo de pacientes.

La presente investigación consiste en analizar la depresión en el adulto mayor institucionalizado con el objetivo de evaluar el nivel que presentan para proponer acciones que contribuyan a una más amplia interpretación de esta enfermedad en la población adulta mayor, debido al constante crecimiento de esta población y presentándose la depresión un problema de salud pública, siendo uno de los más frecuentes trastornos mentales a esta edad.

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo el tipo de estudio cuantitativo de enfoque exploratorio y descriptivo, en este diseño se realiza un proceso secuencial y probatorio, utilizando medios cuantificables como los son los instrumentos estandarizados como los son la escala geriátrica de Yesavage y el mini mental test, donde posterior al registro, se realiza su respectivo análisis.

Según la interpretación del instrumento de la escala de Yesavage, el 60% de los adultos mayores de la casa hogar del estudio se encuentran sin depresión, mientras que el 33% se consideraron con depresión moderada y el 7% reporta depresión severa.

Se puede concluir que los resultados obtenidos fueron favorables, ya que se evidencia que la salud mental se ve conservada mediante la promoción de hábitos saludables que se desarrollan en la casa hogar como: musico terapia, actividades físicas y de integración, clases de manualidades, costura y pintura, entre otras. Creando un ambiente de unión, esparcimiento y entretenimiento donde el adulto mayor puede desarrollar habilidades físicas y mentales aportando para un envejecimiento y una vejez saludables.

Palabras claves: Soledad; Depresión; Adulto Mayor; Salud del anciano Institucionalizado; Salud mental.

ABSTRACT

Depression is one of the most frequent mood or affective disorders and probably the second most disabling disorder in the elderly population, hence the particular interest in this group of patients.

The present research consists of analyzing depression in the institutionalized elderly with the objective of evaluating the level they present in order to propose actions that contribute to a wider interpretation of this disease in the elderly population, due to the constant growth of this population and the fact that depression is a public health problem, being one of the most frequent mental disorders at this age.

The present research work was carried out under the type of quantitative study of exploratory and descriptive approach, in this design a sequential and evidential process is performed, using quantifiable means such as standardized instruments such as the Yesavage geriatric scale and the mini mental test, where after the registration, its respective analysis is performed.

According to the interpretation of the Yesavage scale instrument, 60% of the older adults in the study home were not depressed, while 33% were considered moderately depressed and 7% reported severe depression.

It can be concluded that the results obtained were favorable, since it is evident that mental health is preserved through the promotion of healthy habits that are developed in the home such as: music therapy, physical and integration activities, handicraft classes, sewing and painting, among others. Creating an environment of union, recreation and entertainment where the elderly can develop physical and mental skills contributing to a healthy aging and old age.

Keywords: Loneliness; Depression; Older Adult; Health of the Institutionalized Elderly; Mental Health.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los trastornos del humor o afectivo más frecuente y probablemente el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población del adulto mayor, por eso el particular interés en este grupo de pacientes.

Esta investigación se realiza debido a el progresivo envejecimiento de la población es importante comprender mejor los principales signos y síntomas de la depresión en el anciano institucionalizado.

Los cambios que se presentan en esta etapa de la vida como lo son los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales, predisponiendo a los adultos mayores a numerosas enfermedades, conllevando a pensar que en los adultos mayores existen una serie de factores que facilitan la aparición de la depresión. Algunos de estos factores están asociados a las variables como la edad, el género, el apoyo familiar, el nivel de dependencia que tenga un adulto mayor y entre más necesidades tenga, más posibilidades hay de desarrollar depresión, de igual forma las enfermedades crónicas son un desencadenante de gran impacto a la salud mental de los adultos.

El tipo de estudio es cuantitativo de enfoque exploratorio y descriptivo, el cual se fundamenta en un esquema deductivo y lógico que busca formular preguntas de investigación e hipótesis para comprobarlas. A su vez, en este diseño se realiza un proceso secuencial y probatorio, utilizando medios cuantificables como los son los instrumentos estandarizados tales como escala geriátrica de Yesavage y test mini mental para medir el nivel de deterioro cognitivo, siendo esta un criterio de inclusión, incluyendo dentro del estudio los Adultos mayores institucionalizados, con un estado cognitivo conservado, que den su consentimiento para participar en el estudio y que deseen continuar.

1. ANTECEDENTES

Según estudios realizados por diversos autores en Colombia entre los que se encuentra “Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor”, llevado a cabo por GUEVARA, Esperanza¹, *et al.* considera que la depresión es un síndrome que afecta a los adultos mayores, donde resalta que perjudica más a mujeres que a hombres, personas que viven en zonas rurales y mayores de 75 años, debido al estado civil y falta de afecto en estas personas, causando desnutrición y hábitos del tabaco, esto influye negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores creando pensamientos suicidas y culpas por decisiones del pasado. La depresión puede llegar a ser leve o grave interfiriendo en la aceptación de la vida en esta etapa.

Las consecuencias que trae esta enfermedad en los adultos mayores las podemos encontrar en el artículo “Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado” realizado por Gonzales, Elena² enfermera de la universidad La Laguna en España, donde nos presentan las repercusiones de cada síntoma de esta enfermedad, por ejemplo la ansiedad, el insomnio, la tristeza e incidencia de las enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y funcional, aumento de riesgo de suicidio, discapacidad, aumento de medicamentos, la presencia de anhedonia y abulia aumentan la morbilidad y mortalidad en los residentes de las casas hogares.

Los factores de riesgo pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, según el estudio de “Factores que influyen en la depresión en el adulto mayor” realizado por Rincon, Gissel y Hernández, Laura³, de la universidad Cooperativa de Colombia, donde los factores biológicos están asociados a las enfermedades existentes de las personas especialmente las enfermedades cardiovasculares, fracturas de cadera, dolor e incontinencia urinaria. En los factores psicológicos se encuentran las pérdidas inherentes de la vejez, mala autopercepción de salud, los sentimientos de soledad relacionado con la falta de acompañamiento familiar unido con los cambios normales de esta etapa como problemas con su procesamiento cognitivo y su memoria, llevan a un bajo estado del ánimo. En las causas sociales predominan la viudez, relaciones sociales, apoyo familiar, características demográficas, jubilación,

¹ GUEVARA, Esperanza, *et al.* Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. Vol. 15. No. 26. Año 2020.

² GONZÁLEZ DÍAZ, Elena, *et al.* Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado. Año 2018.

³ RINCÓN DUARTE, Gissel Estefanny, *et al.* Factores que influyen en la depresión en el adulto mayor. Año 2020.

cambios bruscos en su estilo de vida y la ruptura de los roles que desempeñaba facilita la presencia de esta enfermedad en los residentes de hogares geriátricos.

La incidencia de la depresión en adultos mayores en Colombia es de 9,5% según la encuesta Nacional de Demografía y Salud (Ends) Según el estudio de “Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá”, realizado por SALAZAR et .al.⁴ En la ciudad de Bogotá se presenta una prevalencia del 18,6% similar a la reportada en la ciudad de Brasil de 19,2% contrario con Cuba, Chile y México que describen una prevalencia entre 9,2-11,2%, centrándonos en las estadísticas de Bogotá relacionadas con el estadio de depresión que se encuentran, el nivel leve y moderado es de 16%, en estadio severo un 3%, en mujeres fue de un 20% mayor que en los hombres con un 13%, la mayor prevalencia está en los adultos mayores de 70-79 años, viudos o solteros, con baja escolaridad y alta dependencia.

Existen algunas intervenciones que aportan significativamente en la salud mental de los residentes, como se demuestra en la investigación “Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados”, realizado por QUINTERO, Ángela, et .al.⁵ de la corporación universitaria Remington, Medellín, donde obtuvieron como resultados de su experimento cuasiexperimental, un importante descenso en el nivel de depresión en aquellos con depresión inicial establecida, las personas más receptivas y participativas en la sesión fueron los residentes internados sin pareja, con edades entre 65 y 75 años, de estrato 2, con la escala de Yesavage clasificaron a los participantes antes de iniciar la sesión, se evaluaron 26 como normales, 12 con depresión leve, 11 depresión grave, después de la aplicación de la terapia, se percibió mejoría en 11 de los 15 ítems del instrumento, 5 personas con depresión leve pasaron a categoría normal, 2 con depresión grave pasaron a depresión leve, con esto se concluye que hay intervenciones que aportan gran beneficio para las personas en casas hogares ya que mejoran su calidad de vida.

⁴ SALAZAR, Ana M., et al. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 2015, vol. 31, no 2, p. 176-183.

⁵ QUINTERO, Ángela, et al. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 2015, vol. 35, no 1, p. 90-100.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización mundial de la salud (OMS)⁶, la depresión es una enfermedad que constituye uno de los problemas más importantes de salud, afecta a toda la población sin importar género, estrato social o edad. Esta enfermedad se basa en sentimientos de tristeza, pérdida del interés, sensación de cansancio y en algunos casos sensación de culpa. Hay situaciones que la pueden desencadenar, como, el desempleo, pérdidas de familiares y/o amigos, problemas económicos, sociales, todos estos acontecimientos conllevan a crear sentimientos de preocupación, ansiedad, baja autoestima, entre muchos otros. Estas características interfieren en la realización de actividades diarias y así disminuyen la calidad de vida de las personas.

Esta enfermedad se describe como un trastorno depresivo mayor o depresión unipolar, su síntoma más conocido es una tristeza profunda y prolongada. Se puede clasificar en leve, moderada o grave, dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, evaluándose con la escala de Yesavage⁷. Según la OMS “la depresión es la principal causa de años perdidos por discapacidad, un mal que afecta al 4,4 por ciento de la población del planeta, ubica a Colombia por encima del promedio mundial, lo que genera preocupación”⁸.

En los adultos mayores este trastorno es el más frecuente provocando en los mismos, una variedad de deficiencias, en su salud física, mental, y psicológica. Algunas de estas consecuencias son el empeoramiento de las patologías de base, nuevas patologías, provocando disminución en su calidad de vida. Los cuadros depresivos que presentan los adultos mayores pueden provocar deterioro a nivel cognitivo, demencia, e incluso es un factor de riesgo para desarrollar Alzheimer.

Por otro lado, un Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (Sabe) en el 2015, revelado por el Ministerio de Salud⁹, confirmó que 4 de cada 10 Adultos mayores de 60 años habían tenido algún síntoma depresivo, fundamentalmente por

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). La depresión. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

⁷ Hipocampo. Sociedad Española de Neurología. Escala de Yesavage abreviada. Año 2007

⁸ Organización Mundial de la salud (OMS). Sobre la depresión un mal que crece en el mundo. Citado por el Programa de Intervenciones de salud mental de la Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en <https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281>

⁹ Estudio Nacional de salud Bienestar y Envejecimiento (Sabe). Año 2015. Citado por el Ministerio de salud.

falta de recursos económicos. Es necesario decir que esta población ha aumentado con el paso de los años, por ende, se requiere mejorar la atención en salud de estos, para contrarrestar la alta prevalencia de la depresión. Este trastorno ha generado problemas de salud a nivel mundial que son de gran importancia.

La OMS¹⁰ calcula que en el año 2020 la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y un 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente y prevalece más en adultos mayores residentes de casa hogares con un 15-35%. En los años 2005 y 2015 se presentó un incremento del nivel de depresión de un 15%, la OMS refiere cada año aumenta la prevalencia un 15% y es una de las mayores pandemias que afecta a las personas mayores los últimos decenios, en la actualidad Según la OMS y la OPS (2018) a nivel de América Latina la depresión es la primera causa de discapacidad, con 7,8% de la discapacidad total. Paraguay predomina con 9,4% de los casos seguido por Brasil (9,3%), Perú (8,6%), Ecuador (8,3%) y Colombia (8,2%).¹¹ Según la revista científica de enfermería de la ciudad de Lima la prevalencia de este trastorno es de un 61,9% y es la segunda causa de incapacidad de los adultos mayores activos, tan sólo inferior a las enfermedades cardiovasculares. La OMS proyecta que para el año 2030 el nivel de depresión ocupará el primer lugar en la clasificación de enfermedades con mayor carga de morbilidad en todo el mundo.

A nivel de Colombia la depresión en el Adulto Mayor es una enfermedad que afecta al 4,7% de la población, cobrando la vida de 788.000 personas al año, lo apunta el informe del Programa de Intervenciones en Salud Mental¹². El Programa de Encuestas de Demografía y Salud (ENDS) en el año 2010 recogió datos de 17.574 adultos mayores, evidenciándose síntomas depresivos en 2 de cada 3 de ellos (11.716), estos síntomas fueron, cansancio sin razón aparente, tristeza y decaimiento, inquietud, irritabilidad más que de costumbre, ganas de llorar y/o palpitaciones.

Así mismo, el Observatorio Nacional de Salud (ONS) en el año 2018 reportó que se atendieron 15.169 adultos mayores entre 65 a 80 años con episodios depresivos moderados, y 1.592 con episodios de depresión grave. En el presente año por

¹⁰ OROZCO, Wendy Navas. Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 2013, vol. 70, no 607, p. 495-501.

¹¹ SALTOS, Lenin F., et al. Estudio comparativo del nivel de depresión de adultos mayores en zonas urbanas y rurales. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologías de Informação*, 2021, no E42, p. 542-553.

¹² Programa de intervenciones en salud mental. Punto de apoyo Universidad Javeriana. Disponible en <https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281>

cuestiones de la pandemia relacionados al covid-19, hubo un aumento frente a síntomas de ansiedad, depresión y estrés principalmente en Bogotá, Antioquia, Cundinamarca y Atlántico, siendo estos datos reportados por el Ministerio de Salud y protección social (MINSALUD). Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población perteneciente de este grupo etario pasará de un 12% en 2017 a 23% en el 2050, aumentando a su vez el nivel de depresión en esta población.

A nivel del departamento de Cundinamarca existe “una prevalencia en las mujeres mayores de las casas hogares con un 66,1% y en los hombres un 33,9%”¹³, han encontrado deterioros cognitivos en las personas mayores desconocidos por la casa hogar donde residen, según un estudio de la universidad de la Sabana, facultad de medicina. En Bogotá, una de las ciudades más habitadas con un porcentaje de adultos mayores del 15,4% quiere decir 6.509.512 personas mayores de 60 años, según el Departamento administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), donde unas 4,7 mujeres mayores presentan depresión fue la que tuvo la cobertura más bajo debido al rechazo que habitual mente se presentan en los estratos más altos.

Teniendo en cuenta lo anterior, el municipio de Fusagasugá cuenta con 36.438 adultos mayores, siendo este el 22% de la población en general en el año 2022, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)¹⁴, por la misma razón hay un aumento en la demanda de casas hogares, pero en el municipio no se encuentran investigaciones ni estudios relacionados con el adulto mayor institucionalizado, razón por la cual se hace necesario determinar el nivel de depresión en adultos mayores institucionalizados en una casa hogar, para proponer estrategias a largo plazo que fortalezcan los factores socioeconómicos que influyan en esta población; debido a que la permanencia en una casa hogar es un factor que influye en la aparición de la depresión como lo muestra el estudio de Quintero Angela, et .al. Sobre los Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. Donde se evidencia que los adultos mayores que viven en casa hogar, las condiciones de vida y la falta de contacto social, están asociados con síntomas depresivos, es decir que la institucionalización en sí misma genera depresión.¹⁵

¹³ BUSTOS ANGULO, Luisa Fernanda, *et al. Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar*. 2012. Tesis de Licenciatura. Universidad de La Sabana.

¹⁴ Datos poblacionales DANE 2022. Alcaldía de Fusagasugá. Observatorio socioeconómico de Fusagasugá. Año 2022. Disponible en: <https://observatorio.alcaldiafusagasuga.gov.co/indicadores-dane/>

¹⁵ QUINTERO, Ángela, et al. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 2015, vol. 35, no 1, p. 90-100

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de depresión en el adulto mayor institucionalizado en una casa hogar de Fusagasugá, año 2022?

4. JUSTIFICACIÓN

Según la OMS¹⁶, la depresión es un trastorno frecuente siendo una enfermedad altamente incapacitante, que afecta cualquier etapa o área de la vida. Los episodios de depresión se vuelven recurrentes y se pueden volver persistente o crónicos. Existen diferentes episodios depresivos: leves, moderados o graves en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona.

Se denomina primer cuadro depresivo cuando se presenta solo una vez la sintomatología, la cual se evidencia con dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de autoestima baja, la falta de esperanza, pensamientos de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, cambios en el apetito o en el peso y sensación de cansancio acusado o de falta de energía¹⁷; El episodio de depresión recurrente es cuando la persona ha padecido más de dos cuadros en un tiempo relativamente corto y los síntomas se vuelven más persistentes y el último episodio predispone a la persona a presentar bipolaridad donde hay síntomas maníacos como irritabilidad o euforia, mayor energía, y otros síntomas como verborrea, mayor autoestima, pensamientos acelerados, insomnio, distracción y comportamiento agresivo o impulsivo.

Según un nuevo informe de la OMS, “en el año 2020 la depresión afecta a 322 millones de personas mayores en el mundo y a nivel nacional a 4,7 % de los adultos mayores, donde 2 de cada 3 personas presentan síntomas depresivos”¹⁸, y debido a la pandemia por Covid 19 se ha presenciado un aumento de síntomas de soledad y depresión, según el ministerio de salud y protección social. En el departamento de Cundinamarca, según el DANE, un 4,7% de mujeres mayores presentan depresión, por lo cual se evidencia que esta población ha aumentado con el paso de los años, por ende, se requiere mejorar la atención en salud de los mismos, para contrarrestar la alta prevalencia de la depresión.

Este proyecto de investigación se realiza para identificar el nivel de depresión y reconocer las características sociodemográficas del adulto mayor residente de una

¹⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

¹⁷ Ibid. p. 2

¹⁸ Organización Mundial de la salud (OMS). La depresión: un mal que crece. Citado por el Programa de Intervenciones de salud mental de la Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en <https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281>

casa hogar de Fusagasugá, debido a que es elemental conocer las estadísticas reales de este trastorno en esta institución donde se ve involucrado el adulto mayor.

Según las líneas de investigación establecidas en el marco de la ciencia, tecnología e investigación de la universidad de Cundinamarca, el presente trabajo se enfoca en la línea traslocal de Vida, valores democráticos, civilidad, libertad y Transhumanidad, la cual se basa en contribuir a un mejor estar, con proyectos orientados al cuidado de la persona, familia y grupos comunitarios, que aporten a la prevención y mantenimiento de la salud, bajo fundamentos teóricos disciplinares y profesionales.

Estos proyectos se enmarcan en el diagnóstico de problemas intereses o necesidades de los grupos poblacionales; para de esta manera fomentar y promover hábitos y estilos de vida saludables a nivel individual y colectivo, en los 3 pilares de la prevención especialmente en poblaciones vulnerables como se enmarca este proyecto dirigido a los adultos mayores con quienes se proponen acciones para mejorar lograr un manejo integral de su salud I velando por el respeto de la autonomía y la dignidad humana.

Este proyecto contribuye socialmente en una mejor convivencia y promoción de la salud mental en los adultos mayores, de acuerdo con los hallazgos se pretende contribuir en el conocimiento al personal auxiliar basándonos en la identificación de los signos y síntomas, factores de riesgo y plan de actividades.

Los beneficios y propósitos que se evidencian en la revisión bibliográfica acerca de las actividades de prevención son la mejora del proceso de adaptación del ciclo normal de envejecimiento, disminución de las complicaciones de las enfermedades crónicas, más predisposición a la actividad física y con esto todos sus beneficios en su salud general, inclusión en actividades tecnológicas, e integración entre los habitantes de la casa hogar, que al momento de proponerlas como estrategia de esta investigación pueden tener el mismo impacto.

El adulto al estar en un estado de plenitud, tranquilidad y felicidad conserva la integridad de su hipocampo que está relacionado con el proceso de la memoria, cognición y regulación neuro inmune, mejorando la funcionalidad, la calidad de vida, funcionamiento físico, social y la propia percepción del propio estado de salud.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de depresión del adulto mayor institucionalizado en una casa hogar, por medio de un instrumento, con el fin de proponer intervenciones de prevención y promoción de la salud mental.

5.2 Objetivos Específicos:

Reconocer las características sociodemográficas del adulto mayor residente de una casa hogar.

Identificar el nivel de depresión en el adulto mayor, a través de La escala de depresión geriátrica Yesavage.

Proponer intervenciones de enfermería por medio de una infografía con actividades que promueven la salud mental.

6. MARCOS DE REFERENCIA

6.1 MARCO TEÓRICO:

Descripción y caracterización global de la problemática

La soledad en la tercera edad es uno de los grandes enemigos del bienestar de los adultos mayores, un tema preocupante sin duda, ya que su calidad de vida no sólo implica un buen estado físico, sino también emocional. La amargura y la tristeza roban las ganas de vivir a muchas personas mayores que se sienten solas¹⁹. El sentimiento de soledad extrema puede conllevar al aumento de la incidencia de la muerte prematura de las personas mayores.

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, esta puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades²⁰.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, por ende, quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión²¹.

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. La depresión puede llegar a hacerse crónica o

¹⁹ SALVATIERRA, BAZURTO., GENESIS, SCARLET., *Evaluar el deterioro cognitivo a causa del aislamiento social en adultos mayores de 70 a 80 años*. 2022. Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Psicológicas.

²⁰ ÁLVAREZ-CABRERA, Percy, et al. Depresión e ideación suicida en funcionarios de gendarmería pertenecientes a guardia armada del complejo penitenciario de ACHA y CIP CRC. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 2018, vol. 16, no 1, p. 171-192.

²¹ OMS, 2020 Citado por López Sagastume, J. Y. (2021). Calidad de vida ansiedad y depresión en etapa del climaterio (Doctoral dissertation, Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente).

recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional²².

Según la OMS²³, la depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria; Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa. Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas de ejercicio para las personas mayores siendo eficaces para prevenir la depresión.

En este contexto es importante mencionar la teoría de Marc Lalonde²⁴, expuesta a partir del año de 1974, donde denomina los determinantes de la salud como un grupo de factores personales, sociales, económicos y ambientales que influyen la salud de los individuos o comunidades. Estos factores se dividen en dos grandes grupos: Uno de ellos va ligado a la responsabilidad multisectorial del estado y los que son responsabilidad del sector de la salud, allí atribuyen la vigilancia, el control de algunos casos, la prevención, promoción, actuación directa y la atención sanitaria brindada a la comunidad.

Villar Aguirre²⁵, expone en el estudio epidemiológico realizado que las causas de muerte y enfermedades las predisponían cuatro grandes determinantes de la salud, los cuales son: El medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y la atención sanitaria.

El medio ambiente es todo aquello que afecta el entorno de las personas e influyen en su salud hace referencia a los factores biológicos (microorganismos), físicos (radiaciones, ruidos), contaminación atmosférica, contaminación química como del suelo, agua y aire (plaguicidas, metales pesados, cambios climáticos), los factores

²² MORALES, G. V. (2016). Trastorno depresivo.

²³ Organización Mundial de la salud (OMS). Depresión. 2022. Citado por Psicoterapia integral y análisis conductual, contextual. Disponible en <https://piac.com.ec/service/depresiones/#:~:text=Si%20es%20leve%2C%20se%20puede,%C3%A1mbito%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20primaria>.

²⁴ LALONDE, Marc. Citado por VILLAR AGUIRRE, Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per 28(4) 2011. p. 237

²⁵ Ibid. p. 239

socioculturales y psicosociales (condiciones de vivienda y trabajo, nivel de escolaridad, ingresos económicos y pautas culturales).

Los estilos de vida relacionados con los hábitos tanto personales como alimenticios, adicciones, costumbres, actividad física, conductas peligrosas o acciones que contribuyen a la salud haciendo uso de los servicios o régimen de los tratamientos farmacológicos como no farmacológicos. Los comportamientos y hábitos pueden condicionar negativamente la salud, donde se evidencia la inadecuada alimentación, consumo de sustancias psicoactivas, sedentarismo, conductas sexuales irresponsables, estas acciones determinan el proceso de salud-enfermedad; mejorando estos hábitos debe conducir a un mejor estado de salud de la población.

La biología humana se relaciona con la edad de las personas, siendo este principal factor de riesgo para muchas enfermedades y la gran carga genética con sus factores hereditarios, incluye aspectos físicos y mentales, la maduración y el envejecimiento junto con las características de los diferentes sistemas del cuerpo.

Y por último la atención sanitaria que se concentra en la calidad de los servicios prestados, la accesibilidad y financiamiento en el sector de la salud donde se atienden a las personas y comunidades y/o poblaciones.

Los principales factores que determinan la salud de las personas son los siguientes: los ingresos económicos, ya que a mayores ingresos mejores indicadores de salud; la educación, los bajos niveles de educación se asocian a más estrés laboral, baja autoestima y con todo esto una salud física y mental más deteriorada; el entorno físico ya que casas seguras, con agua potables, aire limpio entre otras situaciones como tener un empleo, contribuye a tener buena salud ; los servicios de salud, el acceso equitativo, oportuno y de calidad y por último el género, ser mujer u hombre implica diferentes factores de riesgo a algunas enfermedades tanto físicas como mentales. Todos estos factores son modificables y por eso la salud pública debe analizar los problemas y determinar las necesidades de salud para lograr la meta de modificar el mismo.

Esto se logra con la prevención de enfermedades que, Según la OMS, la define como un conjunto de medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de

la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas²⁶.

Estas acciones de prevención contribuyen a tener una vida sana y digna, en los últimos años han ocurrido algunas modificaciones en el sistema de salud, ahora es necesario fortalecer los niveles primarios de atención de salud, actualmente la prioridad es promover la salud y prevenir la enfermedad, esto ayudara a que se eleve el nivel de salud de la población, evitando que esta enferme y disminuir los costos que esto implica. La prevención de la depresión hace parte de las etapas de atención integral en salud para implantar buenas condiciones de vida y laborales ya que as si puede contribuir al buen desarrollo del trabajo y así mismo al buen desarrollo personal de toda la población. El trabajo se aborda de acuerdo con la línea de investigación

MODELO TEÓRICO

En la teoría de Hildegart Peplau, quien es considerada como enfermera del siglo y madre de la enfermería psiquiátrica, nacida el 1 de septiembre del 1909 en Reading, Pennsylvania, estableció la teoría de las relaciones interpersonales, la cual radica en los cuidados de enfermería que se pueden brindar a la población que no logra reconocer sus necesidades, problemas de salud y así facilitar los recursos para lograr una atención integral dando cumplimiento a la atención de calidad, que en la presente investigación se enfoca en el cuidado del adulto mayor especialmente en su salud mental.

El principal aporte en el campo es la fundación de la Enfermería psiquiátrica moderna, con ese concepto innovador y educador, bajo la teoría psicodinámica de las relaciones interpersonales; la teoría psicoanalista, la teoría de las relaciones humanas y el concepto de motivación y desarrollo personal baso su teoría.

Esta teoría define la enfermería psiquiátrica como “una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria”²⁷, en esta teoría se

²⁶ OMS. Glosario de promoción de la salud, Ginebra 1998. Citado por VILLAR AGUIRRE, Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med Per 28(4) 2011. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>.

²⁷ MÉDICOS, P. Bibliografía y aportaciones de Hildegard Peplau a la Enfermería Psiquiátrica - Revista Electrónica de Portalesmedicos.com. revista-portalesmedicos.com; Revista Electrónica de Portales Medicos.com. Año 2017.

describen cuatro fases que permiten conceptualizar el proceso de esa interrelación personal. Las cuales son: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

En la primera fase de orientación el paciente percibe su necesidad y busca asistencia. La segunda consiste en la caracterización y exploración de los sentimientos del paciente, en la tercera se realiza el aprovechamiento, en la cual el paciente intentara tener el mayor provecho por medio de esa relación y la última fase, resolutoria, en la que deben resolverse esas necesidades de dependencia que tiene este paciente, lo que permitirá que las enfermeras expandan las intervenciones, generando una visión más amplia del paciente.

En el campo de la salud mental, al utilizar el modelo de las relaciones interpersonales, nos permite reconocer a ese paciente como una persona única, con necesidades especiales de acuerdo con su entorno y así poder realizar y brindar los cuidados de una manera organizada e individual.

Uno de los principales modelos de interacción donde la relación entre enfermera y el paciente favorece a los enfermeros a desarrollarse como profesionales y sacar provecho de la interacción con el paciente.

Como se menciona en la teoría Hildegart Peplau, quien expone 4 fases para mejorar la relación interpersonal de los adultos mayores; las cuales se evidenciaron durante el desarrollo de la misma, como la primera y segunda fase, las cuales tuvieron lugar en la aplicación de la escala de Yesavage donde se busca identificar el grado de necesidad de asistencia junto con la valoración de la percepción de cada adulto mayor hacia sí mismo y por ultimo las fases de aprovechamiento y resolución donde se da solución y/o propuestas de intervención generando una visión más amplia e integral del cuidado del adulto abarcando la salud física y mental como lo menciona la teórica.

Teoría cognitiva de Beck

Los ítems de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) son apropiados para predecir rasgos de depresión en el adulto mayor y teóricamente tienen un sustento de su relevancia, teniendo en cuenta que la teoría que lo respalda

es la propuesta por Beck puesto que en ella se enfatiza principalmente en el aspecto cognitivo de la depresión y éste es también el énfasis de la escala.²⁸

Según KORMAN, Beck²⁹, fue un psiquiatra formado en el psicoanálisis, que luego de cuestionar el modelo psicoanalítico de la depresión desarrolló un modelo propio de enfoque cognitivo. Esta teoría cognitiva nos plantea que cualquier influencia sobre esa cognición debería ser seguida de ese cambio en el estado de ánimo y, en consecuencia, de cambios a nivel de la conducta. El eje central es la triada cognitiva, en la cual se considera que los signos y síntomas del síndrome depresivo (conductual y afectivo) son el resultado de los patrones cognitivos negativos, asimismo, «los síntomas motivacionales como la poca fuerza de voluntad y los deseos de escape y evitación también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas; el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia de la persona de estar destinada a fracasar en todo lo que se proponga.

6.2 MARCO CONCEPTUAL:

El termino depresión suele usarse para describir los estados de ánimo que están más bajos de lo habitual y para describir sentimientos de cansancio y/o angustia. Pero la depresión abarca mucho más que eso, produce importantes cambios en el pensamiento, forma de sentir y comportarse de las personas que la padece, considerándose un trastorno psicológico que afecta el desarrollo personal, social y familiar, es decir, interfiere en todos los ámbitos de la vida.

Desde la perspectiva cognitiva de BECK, Aaron, et. al³⁰., la persona que sufre de depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí misma, del entorno y del futuro.

²⁸ BACCA, Angela María; GONZÁLEZ, Angélica; RODRÍGUEZ, Ana Fernanda Uribe. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento psicológico*, 2005, vol. 1, no 5, p. 53-64.

²⁹ KORMAN, Guido Pablo. Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 2011, vol. 45, no 2, p. 115-122.

³⁰ AARON Beck et .al. Año 1967. Citado por IBARRA ARAUJO, Alex Yordano. *Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos" Corazón de María"*. 2019. Tesis de Licenciatura. Quito: UCE. p. 23

La depresión involucra un autoconcepto, percepción del mundo y del futuro de forma negativa, hay un aumento de la desesperanza que en muchas ocasiones induce a la ideación y/o plan suicida. La característica común de la depresión es el estado de ánimo triste, vacío o irritable incluyendo síntomas somáticos, se considera también un trastorno unipolar que presenta varios tipos dependiendo su duración, causa y presentación temporal, se pueden encontrar 2 estadios: depresión moderada y severa según la escala abreviada de Yesavage.

Uno de los predisponentes para la incidencia de esa depresión en el adulto mayor es ese sentimiento de soledad y aislamiento, que según la Alzheimer Disease and Healthy Aging es un riesgo de salud pública; El aislamiento implica perder las conexiones sociales, familiares y esto puede provocar soledad en la mayoría de los adultos mayores³¹.

Los adultos mayores como sujetos de derecho, son personas socialmente activas, además con unas responsabilidades y garantías sobre sí mismos, por consiguiente, con su familia, con la sociedad, su entorno y las futuras generaciones. Según el ministerio de salud y protección social³², se considera adulto mayor aquella persona mayor de 60 años que está cursando por diversos procesos de desarrollo y deterioro debido a las múltiples experiencias, eventos importantes y transiciones en el transcurso de su vida. Este proceso de envejecimiento es multidimensional el que se caracteriza por intrínseco, heterogéneo e irreversible, su inicio radica en los cambios biológicos y psicológicos, que se evidencian en su interacción con la vida social, aparte la económica y sobre todo la cultural.

La salud del adulto mayor institucionalizado se refiere a la condición física y mental de los ancianos y los que están recibiendo servicios de largo plazo o que residen en un entorno institucional. Las personas que están cursando por esta etapa de la vida padecen cierta limitación debido a que las probabilidades de presentar una Enfermedad o una disfunción aumentan, por este motivo, según MOLINA Cristina et al.³³, el proceso de institucionalización debe garantizar la calidad de vida, brindando valoración integral al adulto mayor para mantener la salud física y

³¹ Centros para el control y prevención de enfermedades. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. Washington, DC: The National Academies Press

³² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez. Año 2021. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Politica-Colombiana-de-Envejecimiento-Humano-y-Vejez.aspx>

³³ SENA, Cristina Molina; MORAL, Juan Carlos Meléndez; PARDO, Esperanza Navarro. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 2008, vol. 24, no 2, p. 312-319.

psicológica logrando desarrollar la capacidad de cambio y aceptación de las nuevas situaciones enfrentadas.

Los derechos de los adultos mayores son recursos públicos destinados a mejorar la salud y bienestar de esta población, promoviendo condiciones saludables para que las personas puedan llevar una vida con altos niveles de salud tanto física como mental, por eso se requiere una amplia gama de leyes, políticas y reformas para ayudar crear estas condiciones necesarias, las cuales deben estar dirigidas a toda la comunidad sin discriminación alguna garantizando así la seguridad en la edad avanzada.

Por eso la OMS³⁴ dio a conocer el concepto de envejecimiento saludable el cual lo define como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, oportunidades y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de esta etapa vital y asegurar que las personas mayores sigan siendo parte de la familia, comunidad y sociedad.

La salud mental, definida por la OMS³⁵, como un estado de bienestar en el que la persona afronta ese estrés habitual de la vida en familia y en comunidad o como el desarrollo de las potencialidades de la persona, es parte integral de la salud pública. Este es un campo que permanentemente está en cambio, el cual no ha logrado aún generar acciones coordinadas en el ámbito de salud en general y, Colombia no es la excepción.

El estado de salud mental de la población es de gran interés en la salud pública, esto se debe a numerosos motivos para que sea de relevancia: ya que cada vez los trastornos mentales son más frecuentes en el adulto mayor que reside en Colombia. La OMS se refiere a los trastornos mentales como uno de los principales desafíos de la salud pública.³⁶

³⁴ Organización mundial de la salud (OMS) Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Año 2015. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

³⁵ Organización mundial de la salud (OMS). Citado por POSADA, José A. La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 2013, vol. 33, no 4, p. 497-498. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/843/84329152001.pdf>

³⁶ Ibid. p.497

Para clasificar la depresión en los adultos mayores según HOYL Trinidad et .al³⁷, se utiliza la escala de depresión geriátrica de Yesavage, desarrollada hace más de 20 años su aplicación es específicamente en adultos mayores la cual se utiliza para el tamizaje de esta psicopatología, ha sido utilizada en diversos lugares del mundo por eso es validada y traducida en diferentes idiomas incluido el español, anterior mente contaba con 30 preguntas, pero se desarrolló la versión modificada que cuenta con 15 preguntas, conservando la efectividad de la original.

6.3 MARCO LEGAL:

Por medio de la Resolución 3280 del 2018 por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. Avalado por el ministro de salud y protección social.

La atención en salud por medicina general o familiar para la vejez está dirigida a todas las personas de 60 años y más que habitan en el territorio nacional. La presente ruta contempla intervenciones o atenciones para el momento de la vejez dentro de las cuales recalcan la valoración de la función mental, emocional y social.³⁸ Se menciona la importancia de indagar de manera enfática la presencia de síndromes geriátricos, pudiendo prevenirlos con anticipación, gracias a un diagnóstico adecuado e identificación oportuna de riesgos, permitiendo de esta manera la disminución de la morbimortalidad, y discapacidad en el adulto mayor.

La depresión se presenta con algunos síntomas que no son comunes en personas jóvenes, presentándose en este un deterioro cognitivo progresando a una demencia, ansiedad, insomnio y somatización. Dentro de los riesgos del adulto mayor se evidencia con mayor frecuencia la depresión relacionada con los cambios propios del envejecimiento cerebral, enfermedades invalidantes, uso de fármacos, inmovilización, el duelo y problemas tanto sociales como económicos que afectan a la persona en este curso de vida. Por las anteriores razones es importante indagar los siguientes síntomas: pérdida de peso, irritabilidad, insomnio, cambios del estado del ánimo, pérdida del apetito y aislamiento social.

³⁷ HOYL, Trinidad; VALENZUELA, Eduardo; MARÍN, Pedro Paulo. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*, 2000, vol. 128, no 11, p. 1199-1204.

³⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución número 3280 de 2018. Pág 148-151. Año 2018.

De esta manera también se realiza una valoración del estado cognoscitivo, su inmovilidad, inestabilidad y caídas, fragilidad, incontinencia de esfínteres y la posible latrogenia medicamentosa.

Se hace necesario adoptar la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022 — 2031³⁹, con el fin de garantizar unas condiciones adecuadas para el desarrollo de un envejecimiento saludable y activo y de una vejez autónoma, independiente y digna en condiciones de equidad, igualdad y no discriminación, en un marco de protección a los derechos humanos y bajo un principio de corresponsabilidad individual, familiar, social y estatal.

En la nueva política para su implementación se definirán metas, acciones, recursos, indicadores de gestión y responsables, también el resultado e impacto, de corto, mediano y largo plazo, de cada una de esas líneas de acción ya establecidas en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

El envejecimiento activo se puede aplicar individualmente o a los grupos poblacionales. Contribuye a fortalecer el potencial de bienestar físico, mental y social, participando en la sociedad de acuerdo con sus intereses y/o necesidades brindándoles seguridad, cuidado y protección. Estas políticas buscan un envejecimiento saludable proponiendo intervenciones, condiciones sanitarias y educativas para promover la autonomía de los adultos mayores, disminuyendo la dependencia y así mismo desmitificar la vejez como un problema.

Esta política va dirigida a las personas mayores de 60 años, en especial a las personas que presentan desigualdad social, económica, cultural o de género. Su objetivo es que las personas mayores vivan una vejez autónoma, digna e integrada con actividades de promoción sobre el desarrollo social, político, económico y cultural de los individuos junto con la promoción del envejecimiento activo, satisfactorio, saludable y la educación y/o formación del talento humano para la atención integral de los adultos mayores y el envejecimiento humano con la atención humanizada

³⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, R. (sf). gI A DE LA REPUBLICA.Gov.Co. Recuperado el 9 de mayo de 2023, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20681%20de%202022.pdf

La Ley de salud mental o la Ley 1616 de 2013⁴⁰ tiene como objeto garantizar el derecho pleno de la salud mental con un enfoque promocional de la calidad de vida, estrategias y principios de la atención primaria en salud.

Se define la salud mental como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través de la interacción y comportamiento individual que permite desplegar sus emociones, cognitivos y mentales para la correcta implementación de relaciones y contribución social.

La promoción en salud mental va dirigida hacia la implementación de estrategias intersectoriales y procesos orientados hacia la modificación de los diferentes determinantes de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales con intervenciones que impacten los factores de riesgo que inciden en los trastornos mentales, fortalecer los factores protectores que se identifiquen de manera temprana.

Estas acciones de promoción y prevención van dirigidas a todas las etapas del curso de vida priorizando en niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, con una atención integral incluyendo acciones complementarias a los diferentes tratamientos, como la integración familiar, social, laboral y educativa.

La Ley 1581 de 2012⁴¹ siendo la política de protección de datos personales, se aplicará a todas las bases de datos y/o archivos que contengan datos personales y que estén bajo la vigilancia por el ministerio de medio ambiente y desarrollo sostenible.

Se define aviso de privacidad cuando por medio de comunicación verbal o escrita se le informa al titular la existencia de la política la cual va a ser aplicada para el procesamientos de los datos que se obtengan, teniendo en cuenta que los datos personales es aquella información que se vincula o puede asociarse a una o más personas, pudiéndose presentar datos sensibles los cuales corresponden a la información que puede afectar la intimidad de las personas o su uso indebido podría causar discriminación y el tratamiento se define como el conjunto de operaciones sobre la información como recolección, análisis, almacenamiento y circulación.

⁴⁰ CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1616 del 21 de enero 2013. Año 2013

⁴¹ MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE. Política protección de datos personales. Año 2012

La información transmitida por el titular debe usarse exclusivamente con los fines propuestos, no se debe permitir el acceso a personas no autorizadas, garantizando salvaguardar los datos personales recolectados.

Se deben tomar todas las medidas y precaución para reservar la información prevaleciendo el principio de la confidencialidad el cual se expone en la presente ley.

6.4 MARCO ÉTICO:

Esta investigación estará sujeta a las normas internacionales contempladas en la declaración de Helsinki⁴², se garantizará el cumplimiento de los principios éticos para realizar investigación que sirven para “promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales”.

Es importante tener en cuenta la ley 266 de 1996, emanada del Congreso de Colombia⁴³, donde se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan disposiciones para el ejercicio profesional, se define el propósito, los principios, así como también la organización, obligaciones y derechos en su aplicación.

Se dará cumplimiento a los principios que priman en la práctica de enfermería como la integralidad, la cual nos orienta acerca de una atención en todos los ámbitos físicos, sociales, mentales y espirituales; la individualidad nos asegura brindar un cuidado enfocado en las necesidades y factores de riesgos presentes en cada persona, siendo este, un cuidado humanizado, respetando cada diversidad y/o creencias; La dialogicidad, fortalece la relación enfermera-paciente, logrando una empatía, respeto y confianza para expresar todo por lo que está pasando y así lograr buenas expectativas en el cuidado; la calidad aporta ese cuidado eficiente y efectivo a las personas, familias y comunidades; por último se encuentra la continuidad del cuidado de enfermería, que este se brinde sin interrupciones para mantener la salud y prevenir enfermedades o complicaciones.

⁴² MUNDIAL, Asociación Médica. Declaración de Helsinki de la AMM–Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Mensaje en un blog]. *Recuperado de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-laamm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-sereshumanos>*, 2017.

⁴³ MINISTERIO DE EDUCACIÓN. Congreso de Colombia. La Ley 266 de 1996.

Por otra parte, se tendrá en cuenta la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de salud y Protección Social de Colombia ⁴⁴, siguiendo los lineamientos tales como: respetar la dignidad e intimidad de los participantes, proteger la información y bienestar, obtener el consentimiento informado y autorización de la institución a realizar la investigación. Teniendo en cuenta lo anterior, se obtendrá el permiso de la institución donde se llevará a cabo la investigación, los participantes firmarán el consentimiento informado (Anexo C) previa información completa, clara y entendible sobre el fin y alcance de la investigación, así mismo se les informará que tienen el derecho de retirar su consentimiento en el momento que lo decidan. La privacidad y confidencialidad se conservan desde el inicio resguardando la información personal que nos brindan los participantes durante la investigación.

Según el artículo 11 de la resolución anteriormente mencionada, esta investigación se clasifica como sin riesgo, toda vez que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Las investigadoras manifiestan no tener conflictos de intereses.

⁴⁴ MINISTERIO DE SALUD. La Resolución 8430 de 1993.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El tipo de estudio es cuantitativo de enfoque exploratorio y descriptivo, el cual se fundamenta en un esquema deductivo y lógico que busca formular preguntas de investigación e hipótesis para comprobarlas. A su vez, en este diseño se realiza un proceso secuencial y probatorio, utilizando medios cuantificables como los son los instrumentos estandarizados. Y el enfoque descriptivo tiene como objetivo indagar y ubicar los valores en que se manifiestan las variables, categorizarlas y brindar una visión integral.

La razón por la cual es exploratorio, según Sampieri R. et al⁴⁵, es que se basa en investigar un problema que haya sido poco estudiado y del cual es necesaria más información, por lo tanto, sirve para conocer a una comunidad, una situación, un contexto, una variable o un conjunto de ellas.

Población, muestra y muestreo

La población son 70 adultos mayores de la casa hogar y la muestra corresponde 15 adultos mayores, correspondiendo al total de la población participante en la investigación.

El tipo de muestreo es no probabilístico, mediante el cual se seleccionan por medio del test Mini mental los adultos mayores que pueden ingresar al estudio, sin poderlos seleccionar aleatoriamente.

Criterios de inclusión

Se incluyen dentro del estudio los Adultos mayores de 60 años institucionalizados en la casa hogar, con un estado cognitivo conservado con un mínimo de 27 puntos en el test minimental, que den su consentimiento para participar en el estudio y que deseen continuar.

⁴⁵ SAMPIERI R. et al. Año 2004. Citado por Plan de negocios como estrategia competitiva del campamento tomacoco.

Fuente e instrumentos de recolección de información

Se da cumplimiento con la socialización del consentimiento informado en conjunto con la ley de protección de datos, se realiza diligenciamiento del mismo con cada adulto mayor.

Posteriormente a esto, la información se obtiene con una serie de preguntas para tomar los datos de identificación, y diferentes aspectos sociodemográficos, económicos, de salud, afectivo-familiares y de utilización del tiempo. Se da inicio con la aplicación de la escala Minimental test como criterio de inclusión, haciendo uso de esta para evaluar el deterioro cognitivo, se tiene en cuenta un puntaje mínimo de 27.

En cuanto a la aplicabilidad en investigación es una de las más utilizadas ya que permite la comparación a nivel internacional, las ventajas que presenta es que se realiza de manera rápida y sencilla teniendo una duración de 5-10 min Max. Se evalúan 5 esferas mentales; orientación temporal y espacial, memoria inmediata y retención, concentración y memoria de trabajo, lenguaje y praxis constructivo gráfico. Minimental test cuenta un rango de puntuación de 30 puntos. (Anexo B)

Según los hallazgos se realizan las preguntas que corresponden a la Escala de depresión geriátrica Yesavage, siendo esta de libre utilización en el territorio nacional según la Resolución de 3280 de 2016. Lo anterior es un instrumento de tamizaje para depresión en la atención de los adultos mayores, la versión original consta de 30 preguntas, pero en esta investigación se realizó el tamizaje con la versión abreviada que contiene 15 preguntas, conservando su efectividad en la aplicación, pero reduciendo el tiempo al momento de realizar la encuesta la cual valora el estado de ánimo, satisfacción con su vida, sentimientos presentados y percepción de sí mismo y los demás.

En cuanto a su interpretación, se obtiene mediante el análisis de las respuestas brindadas por los participantes, se asigna un punto por cada respuesta positiva, y la suma total se valora como 0-5: Normal, 6-9: Depresión leve, >10: Depresión grave. (Anexo C)

Plan de procesamiento y análisis de la información

Las variables cualitativas se revisaron como frecuencia y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas fueron revisadas de manera descriptiva con medidas de tendencia central: moda y media, así como medidas de dispersión: desviación estándar, asimetría y curtosis. En las variables de patologías y sexo se creó una tabla de contingencia y se evaluó con la prueba de chi cuadrado para analizar la independencia de estas variables.

Los datos obtenidos en las respuestas a las quince preguntas de la escala de Yesavage fueron no normales y no se observó que se normalizaran al realizar transformación de datos, por lo que se usó la prueba de Wilcoxon para conocer diferencias entre la cantidad de adultos mayores que obtuvieron interpretación de la escala normal, depresión moderada y depresión severa, en la que se puso a prueba la hipótesis nula sobre no diferencia en la interpretación obtenida con las respuestas de los adultos mayores a la escala de Yesavage, considerando significancia con el valor de $p < 0,05$.

Las respuestas a las preguntas se revisaron por medio de una correlación no paramétrica de Spearman interpretando los valores superiores a 0,7 o menores a -0,7 como correlaciones fuertes. Estos análisis se realizaron en el programa R versión 4.2.2. y en Excel®2013.

8. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	VALOR FINAL
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, de cuales se toman aquellas que puedan ser medibles.	Son las características que se tienen en cuenta como: edad, sexo, estrato socioeconómico, estrato civil, número de hijos, nivel de escolaridad, religión, tiempo de estancia en la casa hogar. Con el fin de obtener los	Características sociodemográficas	Edad	Cuantitativa	Discreta	60 – 74 (Adulto mayor joven) 75 – 89 (Adulto mayor viejo) 90 – 99 (Adulto mayor longevo)
				Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
				Estrato socioeconómico	Cualitativa	Nominal	1 2 3 4 5 6

		datos como referencia para el estudio.		Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltero Separado Viudo Casado Unión libre
				Número de hijos	Cuantitativo	Discreto	0 1 2 3 4 5
				Nivel de escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Ninguna Primaria Secundaria Superior
				Religión	Cualitativa	Nominal	Ateo Católico Cristiano Testigo de Jehová

				Tiempo de estancia en la casa hogar	Cualitativa	Ordinal	<12 meses > o = 12 meses
			Antecedentes	Funcionalidad actual	Cualitativa	Ordinal	Independiente Dependiente
				Patología diagnosticada	Cualitativa	Nominal	Si o No
Depresión en el adulto mayor	Es una patología crónica que tiene consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos en la salud. La Asociación Americana de Psiquiatría ⁴⁶ describe la depresión como una enfermedad mental en la que el afectado	Es la valoración de la depresión en el adulto mayor a través de la Escala de Depresión Geriátrica, creada por Yesavage et al. Que consiste en 15 preguntas que se relacionan con los síntomas depresivos.	Estado cognitivo	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Cualitativa	Nominal	si = 0 pts. NO = 1 pts.
			Estado Conductual	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? ¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	Cualitativa	Nominal	SI = 1 pts. no = 0 pts.

⁴⁶ APA. Major depressive disorder. In: American Psychiatric Association, editor. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Citado por AGUILAR-NAVARRO, Sara y ÁVILA-FUNES, José. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Artículo de revisión. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>

	<p>experimenta una tristeza profunda y disminuye su interés en casi todas sus actividades de la vida diaria.</p>		<p>Estado Afectivo</p>	<p>¿Siente que su vida está vacía?</p> <p>¿Se siente aburrido frecuentemente?</p> <p>¿Está usted de buen ánimo frecuentemente?</p> <p>¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?</p> <p>¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>SI = 1 pts. no = 0 pts.</p>
--	--	--	------------------------	---	--------------------	----------------	------------------------------------

				<p>¿Tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?</p> <p>¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?</p> <p>¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?</p> <p>¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--

				<p>¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?</p> <p>¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?</p> <p>¿Se siente lleno de energía?</p>	Cualitativa	Nominal	<p>si = 0 pts.</p> <p>NO = 1 pts.</p>
--	--	--	--	--	-------------	---------	---------------------------------------

9. RESULTADOS

9.1 Caracterización de la muestra

Se realizó el estudio en 15 adultos mayores con las características descritas en la sección de metodología de una casa hogar de adultos mayores en el municipio de Fusagasugá. El 47% (7/15) fueron mujeres y el 53% (8/15) hombres. El estrato socioeconómico de todos los adultos mayores fue uno.

Se encontró que los hombres tuvieron en promedio mayor edad que las mujeres y con más meses de estancia. De igual manera, seis hombres reportaron no tener hijos mientras que solo tres mujeres reportaron lo mismo (tabla 1), con la característica que el adulto mayor de menor y el de mayor edad no reportan tener hijos.

Tabla 1. Edad, tiempo de estancia en la casa hogar y número de hijos de adultos mayores en Fusagasugá

Ítem	Hombres		Mujeres	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Edad (años)	72,1	5,9	68,7	4,2
Tiempo de estancia en la casa hogar (meses)	15	13,6	10,3	7,6
Número de hijos	0,3	0,5	0,7	0,8

Fuente: elaboración propia

Los adultos mayores en su mayoría son solteros (67% - 10/15), sin que esto esté necesariamente relacionado con hijos. Se reportó un viudo hombre y una mujer separada. Dos de los adultos mayores reportaron en la pregunta de estado civil su religión. Se evidenció que el 87% (13/15) profesan la religión católica, el 13% (2/15) cristiano y el 7% (1/15) se reconoce como ateo y la misma proporción sin religión. El 20% (3/15) no terminaron la primaria, el 67% (10/15) culminaron la primaria y el 7% (1/15) alcanzaron secundaria incompleta y la misma cantidad de adulto mayor alcanzó educación superior.

Sobre su condición de salud, el 73% (11/15) tienen funcionalidad independiente mientras que el 27% (4/15) son dependientes. El 20% (3/15) no reportaron patologías que padezcan, el 53% (8/15) reportan una sola patología, el 13% (2/15) dos patologías y el 7% (1/15) cuatro patologías. Las mujeres reportaron menos patologías que los hombres sin que esto, al parecer, sea estadísticamente significativo (χ^2 : 1,8; df :1; p : 0,18); cabe aclarar que esta no es una conclusión robusta porque se tuvieron observaciones menores a cinco, perdiendo peso en el estadístico de la prueba (tabla 2). La patología más frecuente en el grupo fue la hipertensión alcanzando un 47% (7/15) y a nivel mental el 27% (4/15) tienen diagnóstico de trastorno bipolar. La única viuda (mujer) de 64 años tiene diagnóstico de depresión, asociado a trastorno bipolar e hipertensión. El adulto mayor con mayor número de diagnósticos es un hombre de 75 años con condiciones neuromusculares principalmente (ataxia, cuadriplejía y artritis) además de hipertensión.

Tabla 2. Tabla de contingencia de cantidad de patologías reportadas por sexo en adultos mayores en una casa hogar en el municipio de Fusagasugá

Sexo	NO	SI
Femenino	3	4
Masculino	1	7

Fuente: elaboración propia

Discusión

La presente investigación se realizó por medio de los datos obtenidos a partir de la muestra de 15 adultos mayores con las características descritas en la sección metodológica de una casa hogar en el municipio de Fusagasugá, la cual se basa en obtener el nivel de depresión de los mismos. Según Valarezo Carrión José Luis⁴⁷, la pérdida gradual de relaciones sociales, lo que se evidencia a nivel institucional, genera una mayor percepción de soledad en el adulto mayor, lo que provoca deterioro a nivel cognitivo y afectivo, alterando su estado de ánimo y su capacidad mental. Garza Sánchez Rosa Isabel et al. en su estudio (año 2019)⁴⁸ concuerda con lo anterior, y añade que este

⁴⁷ CARRIÓN, VALAREZO, *et al.* Influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica. Revista Espacios. Año 2020.

⁴⁸ GARZA SÁNCHEZ, Rosa Isabel, *et al.* Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. 2020.

fenómeno incrementa la probabilidad de presentar problemas de ansiedad y depresión en esta población.

Se encontró que los hombres tuvieron en promedio mayor edad que las mujeres, así mismo se evidenció mayor cantidad de hombres que de mujeres, siendo todo lo contrario a los resultados que se obtuvieron en la investigación de Evany Bettine de Almeida⁴⁹, donde se evidencia que las mujeres predominan y viven más que los hombres, debido al mayor autocuidado a lo largo de la vida y también a una menor exposición de riesgos externos.

Se halló que 9 del total de adultos mayores no tienen hijos, lo cual resalta según Evany Bettine de Almeida⁵⁰, su falta de red de apoyo familiar, siendo un factor determinante de la institucionalización.

El nivel educativo predominantemente bajo o sin culminar refleja el escenario común de países en vía de desarrollo, donde había dificultad en el acceso a la educación en el pasado. Según Alejandra Segura Cardona et al.⁵¹, el bajo nivel de educación se relaciona con el riesgo a desarrollar depresión, debido a que la autopercepción de salud es diferente.

Algunas de las características de los pacientes institucionalizados de algún hogar geriátrico donde se destacan la dependencia que tienen para poder realizar actividades básicas de la vida diaria, los adultos mayores de referencia demuestran que el 75% tienen funcionalidad independiente, y tan solo el 27% son dependientes del personal, también refiere que, durante la institucionalización, se produce un aumento de enfermedades crónicas y el empeoramiento en la percepción sobre su estado de salud provocando con ello mayor sentimiento de ansiedad por la muerte.

El síndrome geriátrico, es un conjunto de enfermedades con alta prevalencia en el adulto mayor y frecuentemente deriva en discapacidad funcional o social, por lo cual Sara de la Rosa Gallego⁵² refiere que es una de las consecuencias

⁴⁹ BETTINE DE ALMEIDA, Evany, *et al.* Síntomas depresivos y cronotipos de ancianos residentes en hogares de ancianos: un estudio de gestión de casos. Año 2020

⁵⁰ *Ibid.* p.4

⁵¹ SEGURA-CARDONA, Alejandra, *et al.* Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Revista de Salud Pública*, 2015, vol. 17, p. 184-194.

⁵² GALLEGO, Sara de la Rosa. Cuidados del síndrome depresivo en geriatría. Universidad de Jaén, España. Año 2016.

de la depresión está el riesgo de cronicidad y mayor riesgo de evento vascular y de mortalidad entre otras.

9.2 Escala de depresión geriátrica Yesavage

Los ítems revisados a modo de pregunta se revisó la moda para conocer el dato más frecuente como respuesta de los adultos mayores. En la pregunta 3 se encontró que más de mitad reportó que siente que su vida está vacía; en la pregunta nueve más de la mitad de los adultos no prefieren quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas; a la pregunta diez sobre tener mayores problemas de memoria en comparación con otras personas de su edad, más de la mitad de los adultos consideran que sí. La media de la muestra se calculó entre 0,1 (en la pregunta sobre si cree que es maravilloso estar vivo) hasta 0,5 en las preguntas 2, 3, 9, 10, 12, 14 y 15. La asimetría mostró que la pregunta sobre si se siente feliz la mayor parte del tiempo y estar vivo es maravilloso se obtuvo valores fuera del rango $-2/+2$ y las curtosis en nueve preguntas estuvo fuera de ese rango, mostrando que los datos tuvieron cierta concentración hacia la media (tabla 3), esto puede mejorarse aumentando el número de adultos mayores que participen en la medición.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos en las respuestas a las preguntas de la escala de depresión geriátrica Yesavage en adultos mayores en una casa hogar en el municipio de Fusagasugá

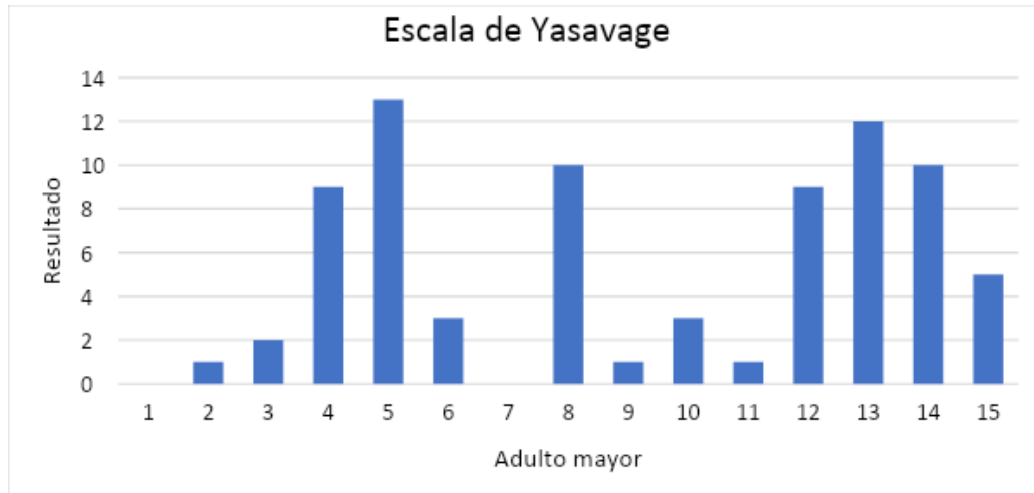
Pregunta	Moda	Media	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	0,2	0,4	1,7	0,9
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	0	0,5	0,5	0,1	-2,3
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0,5	0,5	-0,1	-2,3
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	0	0,4	0,5	0,5	-2,1
5. ¿Está usted de buen ánimo frecuentemente?	0	0,4	0,5	0,5	-2,1
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	0	0,2	0,4	1,7	0,8

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	0,4	0,5	-2,1	0,5
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	0	0,3	0,6	1,2	-0,7
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	0	0,5	0,5	0,1	-2,3
10. ¿Tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1	0,5	0,5	0,1	-2,3
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	0	0,1	0,3	3,9	15
12. ¿Se siente inútil o despreciable cómo está usted actualmente?	0	0,3	0,5	1,2	-0,7
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	0,2	0,4	1,7	0,9
14. ¿Se siente sin esperanza ante su situación actual?	0	0,4	0,5	0,5	-2,1
15. ¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	0	0,5	0,5	0,1	-2,3

Fuente: elaboración propia

En la revisión de las respuestas obtenidas por adulto mayor, se encontró en el patrón de respuestas que los adultos mayores número uno y siete, hombre y mujer respetivamente, respondieron a todas las preguntas 0. Sin embargo, en la escala la respuesta 0 no siempre refiere a la misma respuesta si/no. Este patrón podría indicar sesgo en las respuestas. En los demás adultos mayores tuvieron respuestas diferentes entre 0 y 1. Se sumaron las repuestas sin que esto se interprete dentro de la escala, se hizo con el fin de ver posibles patrones en las respuestas de los adultos mayores (figura 1).

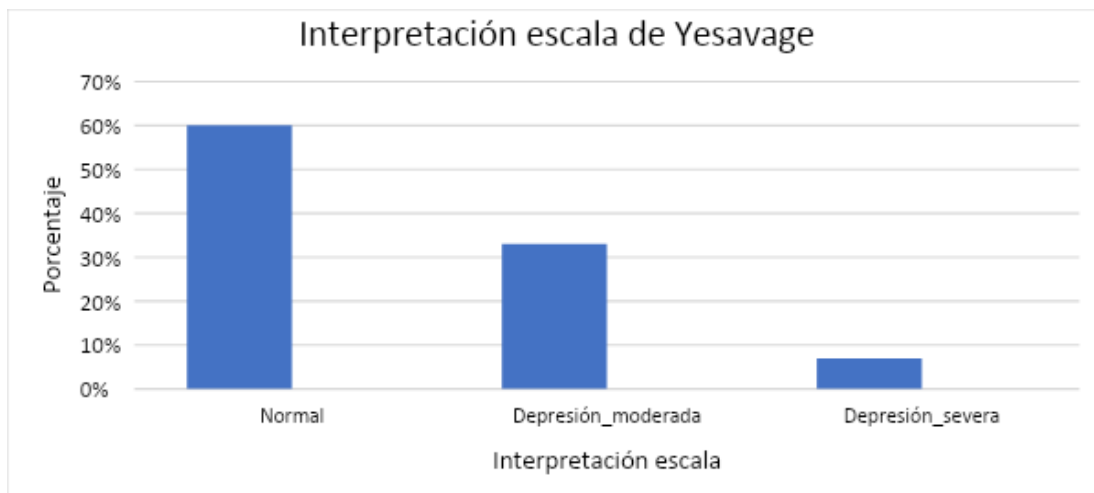
Figura 1. Suma de las respuestas de la escala de Yesavage en adultos mayores de una casa hogar en el municipio de Fusagasugá.



Fuente: elaboración propia

Según la interpretación del instrumento de la escala de Yesavage, el 60% de los adultos mayores de la casa hogar del estudio se encuentran sin depresión, mientras que el 33% se consideraron con depresión moderada, dentro de estos dos adultos mayores obtuvieron resultado en el límite máximo de la depresión moderada. El 7%, que equivale a un adulto mayor, se interpretó con depresión severa (figura 2), la persona ya contaba con el diagnóstico de depresión. La proporción de adultos mayores normales mostró diferencia estadística ($p: 0,0016$) según la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Figura 2. Porcentaje de adultos mayores según la interpretación en la escala de Yesavage en una casa hogar en el municipio de Fusagasugá.



Fuente: elaboración propia

Discusión

En la casa hogar donde se realizó la presente investigación, se obtuvo como resultado que el 33% de los adultos mayores presentaron depresión moderada y el 7% depresión severa. Teniendo resultados similares a los evidenciados en el estudio realizado en Brasil titulado “Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados”, donde presentaron 36,3% depresión moderada y 12% depresión severa.

A su vez, se evidenció que el 60 % de los participantes de la investigación se encuentran en un rango normal, lo cual nos presenta la importancia de tener programas y/o actividades de prevención de la depresión, como los empleados en la institución Caminos de Vida, donde se crean espacios recreativos y lúdicos, que motivan a la participación activa de todos los adultos mayores; ya que esto aporta significativamente la unión del ambiente social de las personas que están transitando por esta etapa etaria.

“Las prácticas institucionales demuestran la importancia de las redes de apoyo como una estructura que aporta al bienestar emocional y calidad de vida de los adultos mayores”⁵³ lo anterior lo refiere Hernández Vergel et. al.

Las actividades que involucren pasatiempos y/o entretenimiento de los integrantes de la casa hogar favorecen a disminuir los niveles de depresión; en este estudio se evidencio que solo 2 personas presentan depresión moderada y 1 depresión severa de los 15 participantes de Ángela Quintero et.⁵⁴ al, en su estudio conocido como “Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados” donde expone que esta terapia ayuda a eliminar el estrés y a disminuir la depresión, contribuyendo en los procesos de regresión, siendo este un retroceso a un nivel mental anterior, como un mecanismo para mejorar una

⁵³ HERNÁNDEZ VERGEL, Viviana Karina; SOLANO PINTO, Natalia; RAMIREZ LEAL, Pastor. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana De Gerencia*, 2021, vol. 26, no 95, p. 530-543.

⁵⁴ QUINTERO, Ángela, et al. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 2015, vol. 35, no 1, p. 90-100.

realidad que se siente como dolorosa; además, aumenta la autoestima y las relaciones interpersonales, facilitando de esta manera la comunicación.

Así mismo, según el nombrado estudio se han observado cambios en el nivel de depresión gracias a la terapia de la risa, se midió el efecto del humor en la mejora de la calidad de vida encontrando mejora en las puntuaciones de los pacientes depresivos.

Se revisó posibles correlaciones en las respuestas dadas por los adultos mayores a las preguntas de la escala de Yesavage. Se encontró correlación positiva fuerte (superó el 0,7) a las preguntas tres con la cuatro, cinco, siete, catorce y quince. La pregunta tres refiere a la pregunta sobre sentir vacía su vida. La pregunta cuatro mostró correlación positiva fuerte con la pregunta ocho y catorce, igual que las preguntas cinco y siete. La pregunta ocho refiere a si se siente desamparado o desvalido y la catorce si siente esperanza sobre la situación actual. La pregunta seis mostró correlación positiva fuerte con la pregunta ocho y doce. La pregunta tres y la pregunta catorce fueron las que mostraron mayor correlación con otras preguntas (tabla 4).

Ante el análisis de las preguntas 3 y 4 se evidencia respuesta positiva del total de los adultos mayores que presentaron depresión moderada y severa.

Tabla 4. Correlación de las preguntas para determinar la escala de Yasavage en una casa hogar en el municipio de Fusagasugá.

Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1														
2	0,2	1													
3	0,5	0,3	1												
4	0,6	0,3	0,8	1											
5	0,6	0,3	0,8	1	1										
6	0,6	-0,1	0,5	0,6	0,6	1									
7	0,6	0,3	0,8	1	1	0,6	1								

8	0,5	0,0	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	1						
9	-0,1	0,5	0,1	0,1	0,1	-0,5	0,1	-0,3	1					
10	0,5	0,6	0,5	0,5	0,5	0,1	0,5	0,3	0,3	1				
11	0,5	-0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,3	0,4	0,3	-0,3	1			
12	0,5	-0,3	0,6	0,4	0,4	0,8	0,4	0,7	-0,6	0,0	0,0	1		
13	0,6	-0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	1	
14	0,6	0,3	0,8	1	1	0,6	1	0,7	0,1	0,5	0,3	0,4	0,3	1
15	0,2	0,2	0,9	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	-0,1	0,3	0,3	0,6	-0,1	0,6

Fuente: elaboración propia

Según la interpretación y análisis del instrumento de la escala de Yesavage, se da cumplimiento al objetivo específico donde se proponen intervenciones de enfermería por medio de una infografía con actividades que promocionan la salud mental para la casa hogar donde se obtuvieron los resultados de la investigación, con el fin de dar a conocer los niveles que se están presentando y las actividades que se pueden implementar como estrategia para mantener a los adultos mayores con una buena salud mental.

10. CONCLUSIONES

No se evidencia altos niveles de depresión en los adultos mayores institucionalizados en una casa hogar de Fusagasugá, por lo cual se puede pensar que las actividades y/o programas implementados en la casa hogar aportan a la conservación de la salud mental de los adultos mayores.

Se logró identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores, los datos más relevantes fueron que el 53% de la población tomada en la muestra fueron hombres, el 67% no culminaron la primaria, el 73% presentan funcionalidad independiente; en relación con la condición de salud el 53% tiene diagnosticado al menos 1 patología, siendo la más frecuente hipertensión arterial con el 47%.

De los 70 adultos mayores se obtuvo una muestra de 15, debido al bajo estado cognitivo y la no participación de la población restante, no dando cumplimiento a los criterios de inclusión de la investigación.

Desde el ámbito de enfermería se evidenció la importancia de la observación y respectivos tamizajes de estas patologías para así mismo intervenir con medidas preventivas, por ende, se socializa la infografía realizada promocionando intervenciones, las cuales son aumentar la integración y participación entre los adultos mayores con actividades de mantenimiento de las funciones cognitivas y físicas como, actividades de su agrado, juegos de mesa, y caminatas dirigidas en zonas verdes con los adultos mayores y así logrando el cuidado integral de esta población.

11. RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios con enfoque exploratorio y descriptivo, en la población de los adultos mayores institucionalizados sobre el nivel de depresión ya que es un tema de gran impacto social, el cual busca mejorar la calidad de vida del adulto mayor y el goce de su vida de manera libre.
2. El personal de salud que este en contacto con los adultos mayores, tanto de los hogares como en instituciones, deben considerar brindar cuidados diarios, la evaluación y el tratamiento relacionado a la depresión y sus posibles manifestaciones clínicas, este debe ser constante hasta determinar que el nivel de depresión haya disminuido o en su defecto desaparecido.
3. Aplicar la estrategia propuesta y elaborada por las investigadoras, la cual tiene el propósito de informar y prevenir la depresión en el adulto mayor institucionalizado, con las respectivas intervenciones de enfermería para su realización, esto contara con una infografía para su adecuada ejecución la cual se dejará en el hogar para que el personal de salud pueda hacer uso de está.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILAR NAVARRO, Sara y AVILA FUNES, José Alberto. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor [en línea]. México D.F, Julio de 2006, vol. 143, nro. 2. P. 1 – 8. [Consultado: 01 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>.
2. ALCALDÍA DE FUSAGASUGÁ. Observatorio socioeconómico de Fusagasugá. Datos poblacionales DANE 2022. (“en línea”). Ubicación (<https://observatorio.alcaldiafusagasuga.gov.co/indicadores-dane/>). (citado 16 de marzo de 2023).
3. Álvarez-Cabrera, P., de la Cerda-Nangarí, M., Tordoya-Espinosa, S., & Arriagada-Huanca, N. (2018). Depresión e ideación suicida en funcionarios de gendarmería pertenecientes a guardia armada del complejo penitenciario de ACHA y CIP CRC. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 16(1), 171-19
Ubicación <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?>
4. ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Declaración de Helsinki de la AMM - principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [En línea]. Disponible en: https://minciencias.gov.co/sites/default/files/ckeditor_files/6.pdf.
5. BACCA, Angela María; GONZÁLEZ, Angélica; URIBE, Ana Fernanda. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento psicológico*. Vol. 1, n. 4 (2005); p. 53-63.
6. BUSTOS, Luisa; SÁNCHEZ Johanna. Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar. Bogotá D.C., 2011, p. 41. Trabajo de grado (Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar) Universidad de la Sabana. facultad de medicina. Especialización en medicina familiar y comunitaria.

7. CARDONA SEGURA, Alejandra, *et al.* Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. [en línea]. Antioquia, Colombia. 02, diciembre, 2014, vol. 17, nro. 2. [consultado: 09 de marzo de 2023]. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>.
8. CENTROS PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. Washington, DC: The National Academies Press
9. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1151. (agosto, 2015) Política colombiana de envejecimiento humano y vejez, Política formulada a finales del año 2007 en cumplimiento de lo ordenado por la Ley 1151 de 2007. Bogotá D.C, 2015.
10. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Resolución 3280 (02, agosto, 2018.). Por medio de la cual se adaptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de la Atención para la Promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación. [en línea]. El ministerio 2018. 348 p. [consultado: 21 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
11. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1151. (agosto, 2015) Política colombiana de envejecimiento humano y vejez, Política formulada a finales del año 2007 en cumplimiento de lo ordenado por la Ley 1151 de 2007. Bogotá D.C, 2015.
12. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1616 (21, enero, 2013). Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones [en línea]. Bogotá, D.C: Diario oficial. 2013. nro. 1616. p. 1-17. [Consultado: 24 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DI/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>.

13. COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1581 de 2012. (17, octubre, 2012). Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. [en línea]. Bogotá D.C. 2012. nro. 1581. P. 9. [consultado: 25 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=49981.
14. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 1151. (agosto, 2015) Política colombiana de envejecimiento humano y vejez, Política formulada a finales del año 2007 en cumplimiento de lo ordenado por la Ley 1151 de 2007. Bogotá D.C, 2015.
15. COLOMBIA. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 266 de 1996. (05, febrero, 1996). Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. [en línea]. Bogotá, D.C: Diario oficial. 1996. Nro. 42.710. p. 8. [consultado: 25 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.mineduccion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf.
16. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 8430 (04, octubre, 1993.). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [en línea]. El ministerio 1993. 19 p. [consultado: 25 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
17. DE LA ROSA GALLEGO, Sara. Cuidados del síndrome depresivo en geriatría. [en línea]. trabajo fin de grado en enfermería, España, universidad de Jaén. Facultad ciencias de la salud, 2016. 57 p. [consultado 09 de marzo de 2023]. Disponible en: https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3707/1/TFG_SARA_de_la_Rosa_Gallego.pdf.
18. FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. Edu.co. Recuperado el 22 de mayo de 2023, de <https://www.esap.edu.co/portal/index.php/Descargas/228/politica-proteccion-datos-personales/2634/formato-de-autorizacion-de-tratamiento-proteccion-de-datos-personales.pdf>

19. GARZA SANCHEZ, Rosa Isabel, *et al.* Soledad en personas mayores de España y México: un análisis comparativo. [en línea]. 03, julio, 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v23n1/es_0123-9155-acp-23-01-117.pdf
20. GONZÁLEZ DÍAZ, Elena, *et al.* Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado. España, 2018, Pág. 5. Trabajo de grado (Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado). Universidad de la Laguna. Facultad ciencia de la salud. Enfermería.
21. GONZÁLEZ DÍAZ, Elena. Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado. España, 2018, pág. 1-3. Trabajo de grado (Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado). Universidad de la Laguna. Facultad de ciencias de la salud. Enfermería.
22. GOODMAN, Joel; F. FRY JR; William. Hacia una salud óptima: los expertos debaten sobre el humor terapéutico. [En línea]. Nueva York, Estados Unidos. 13, junio, 2004, vol. 13, nro. 5. [Consultado: 09 de marzo de 2023]. DOI: <https://doi.org/10.1089/1540999041280972>.
23. GUEVARA, Esperanza, *et .al.* Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. Vol. 15. No. 26. Año 2020. Disponible en: <https://journal.poligran.edu.co/index.php/poliantea/article/view/1501>
24. HERNÁNDEZ, Laura; RINCON, Gissel. Factores que influyen en la depresión en el adulto mayor. Bucaramanga, 2020, Pág. 15-51. Trabajo de grado (Factores que influyen en la depresión en el adulto mayor). Universidad de Cooperativa de Colombia. Facultad psicología. Psicología.
25. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNANDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar. Metodología de la investigación. [citado: 01 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.

26. HERNÁNDEZ, Viviana; SOLANO, Natalia; RAMÍREZ, Pastor. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. Revista Venezolana de Gerencia. Vol. 26, Nº 95 (Julio-septiembre, 2021); pág. 530-543
27. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA. Hipocampo. Escala de Yesavage abreviada. Pág. 4-9. Año 2007. Disponible en: <https://www.hipocampo.org/yesavagepetite.asp>
28. IBARRA A. Alex. Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos "Corazón de María". Quito, Año 2019, pág. 23. Trabajo de grado (Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos "Corazón de María"). Universidad central del Ecuador. Facultad de ciencias psicológicas. Carrera de psicología clínica.
29. INFORME MUNDIAL sobre el envejecimiento y la salud. [OMS]. Estados Unidos de América: [s.n.], 2015. 282 p. Informe organización mundial de la salud.
30. KORMAN, Guido Pablo. Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. Interamerican Journal of Psychology. Vol. 45, n. 2 (2011); p. 115-122.
31. LÓPEZ SAGATUSME, J. Y. (2021). Calidad de vida ansiedad y depresión en etapa del climaterio (Doctoral dissertation, Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente).
Ubicación
(<http://www.repositorio.usac.edu.gt/16263/1/19%20MC%20TG-3783-Lopez>).
32. MINISTERIO DE SALUD. Sabe Colombia 2015: Estudio Nacional de salud Bienestar y Envejecimiento. 2015. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
33. MOLINA SENA, Cristina, MELÉNDEZ MORAL, Juan Carlos, NAVARRO PARDO Esperanza. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Anales de psicología. 2008,

- 24(2), 312-319. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16711589014>
34. MORALES, G. V. (2016). Trastorno depresivo. Ubicación (<http://repositorio.cualtos.udg.mx:8080/jspui/bitstream/123456789/553/1/Salud%20y%20sociedad.pdf#page=177>)
35. NAVAS, Wendy. Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. Revista médica de costa rica y Centroamérica. Vol. 607, (2013); p. 495 - 501
36. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. (“en línea”). Ubicación (<https://www.paho.org/es/temas/depresion>). (citado 16 de marzo de 2023)
37. Organización Mundial de la Salud (OMS). La depresión. (“en línea”). Ubicación (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>). (citado 16 de marzo de 2023).
38. Organización Mundial de la salud (OMS). Sobre la depresión un mal que crece en el mundo. (“en línea”). Ubicación (<https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281>). (citado 16 de marzo de 2023).
39. POSADA José A. La salud mental en Colombia. Biomédica. 2013, 33(4), 497-498[fecha de Consulta 18 de marzo de 2023]. ISSN: 0120-4157. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84329152001>
40. Programa de Intervenciones de salud mental de la Pontificia Universidad Javeriana. La depresión: un mal que crece, por la OMS. (“en línea”) Ubicación (<https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281>). (citado 16 de marzo de 2023)
41. Psicoterapia integral y análisis conductual, contextual. Depresión por la OMS. (“en línea”). Ubicación (<https://piac.com.ec/service/depresiones/#:~:text=Si%20es%20leve%2C%20se%20puede,%C3%A1mbito%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20primaria.>). (citado 16 de marzo de 2023)

42. Punto de apoyo Universidad Javeriana. Programa de intervenciones en salud mental. (“en línea”). Ubicación (<https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281>). (citado 16 de marzo de 2023).
43. QUINTERO, Ángela, *et al.* Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*. Vol. 35, N° 1 (marzo, 2015); pág. 90-100
44. REVISTA, PORTALES MÉDICOS. España. Febrero, 2017. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/bibliografia-aportaciones-hildegard-peplau-enfermeria-psiquiatica/>.
45. SALAZAR, Ana. *et al.* Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb*. Vol. 31, no 2 (2015); p. 176-183.
46. SALTOS, L. F., Zavala-Calahorrano, A., Ortiz-Villalba, P., Mayorga-Valle, F., & García, M. V. (2021). Estudio comparativo del nivel de depresión de adultos mayores en zonas urbanas y rurales. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologías de Informação*. (<https://www.proquest.com/openview/081dcd4fed5d45806995efa834487b99/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1006393>)
47. SALVATIERRA BAZURTO, G. S. (2022). EVALUAR EL DETERIORO COGNITIVO A CAUSA DEL AISLAMIENTO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DE 70 A 80 AÑOS (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Psicológicas). Ubicación (<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/60442>).
48. TRINIDAD HOYL M. EDUARDO VALENZUELA A. PEDRO PAULO MARÍN L. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. En: *Revista médica de Chile*. 2000. vol. 128, no. 11, p. 2. ISSN 0034-9887

49. VALAREZCO CARRIÓ, José Luis; SILVA MALDONADO, Julio Cesar; MEDINA MUÑOZ, Ruth Patricia. Influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica [en línea]. Ecuador, revista espacios, abril de 2020, vol. 41, nro. 14. P. 1 – 10. [Consultado: 08 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n14/a20v41n14p02.pdf>
50. VILLAR AGUIRRE, Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Med peruana. Vol. 28, n. 4 (2011); p.237-241.
51. VITÓRIO DE SOUZA JUNIOR, Edison, et al. Sexualidad y sintomatología depresiva en ancianos residentes en el nordeste de Brasil [en línea]. Brasil, UNIFAL, 31, mayo, 2021, vol. 20, nro. 64. [consultado: 08 marzo de 2023]. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.465851>.

ANEXOS

ANEXO A. FORMATO LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS⁵⁵

	FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES		
Versión: 01	Fecha:	Página: 1 de 1	Código: RE-A-GT-14

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por La Escuela Superior de Administración Pública - La ESAP de lo siguiente:

1. La ESAP actuará como Responsable del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrá recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales la ESAP disponible en SGC en página web de la entidad.
2. Que me ha sido informada la (s) finalidad (es) de la recolección de los datos personales, la cual consiste en: _____
3. Es de carácter facultativo o voluntario responder preguntas que versen sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
4. Mis derechos como titular de los datos son los previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
5. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales dispuestos por el ESAP y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales del ESAP.
6. Mediante la página web de la entidad (www.esap.edu.co), podré radicar cualquier tipo de requerimiento relacionado con el tratamiento de mis datos personales.
7. La ESAP garantizará la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservará el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente en la página web.
8. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la ESAP para tratar mis datos personales y tomar mi huella y fotografía de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales para los fines relacionados con su objeto y en especial para fines legales, contractuales, misionales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales la ESAP.
9. La información obtenida para el Tratamiento de mis datos personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.

Se firma en la ciudad de _____, a los ___ días del mes de ____ del año ____.

Firma: _____
 Nombre: _____
 Identificación: _____

Elaboró y Autorizó (Componente Técnico)	Revisó (Componente Jurídico)	Aprobado por:	Incorporó al SGE
Nombre: Nelson Jose Orozco Saigado	Nombre: Nelson Jose Valdes Castrillon	Nombre: Claudia Marcela Franco	Nombre: Nubia Guaidia
Cargo: Jefe Oficina de Sistemas e Informática	Cargo: Jefe de Oficina Asesora Jurídica	Cargo: Directora Nacional(E)	Cargo: Jefe Oficina Asesora de Planeación(E)
Firma:	Firma:	Firma:	Firma:

⁵⁵ FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. Edu.co. Recuperado el 22 de mayo de 2023, de <https://www.esap.edu.co/portal/index.php/Descargas/228/politica-proteccion-datos-personales/2634/formato-de-autorizacion-de-tratamiento-proteccion-de-datos-personales.pdf>

ANEXO B. TEST MINIMENTAL⁵⁶

PUNTAJE		ORIENTACIÓN	
/5	Diga en que:	1. Año	(1)
		2. Mes	(1)
		3. Día	(1)
		4. Día/semana	(1)
		5. Hora	(1)
/5	En que:	1. País	(1)
		2. Ciudad	(1)
		3. Departamento	(1)
		4. Hospital/ lugar	(1)
		5. Piso/ Sector	(1)

MEMORIA

/3	Diga tres nombres: <u>casa, mesa, árbol</u> . Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que los repita. Un punto por cada una. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anota el número de ensayos requeridos _____	(3)
----	---	-----

ATENCIÓN Y CALCULO

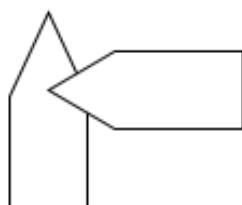
/5	Restar 100 – 7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta (93, 86, 79, 72, 65)	(5)
	Decir los meses del año al revés (Diciembre, Noviembre, Octubre, Septiembre, Agosto). Realizar uno u otro: (números o meses). MUNDO al revés	

EVOCACIÓN

/3	De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.	(3)
----	---	-----

LENGUAJE

/2	Denominar dos objetos (reloj, lápiz)	(2)
/1	Repetir: <u>En un trigal había cinco perros.</u>	(1)
/3	Comprensión: obedecer una orden en tres etapas: <u>"Tome la hoja con su mano derecha, dóblela y póngala en el suelo"</u>	(3)
/1	Lea y obedezca las siguientes ordenes: "cierre los ojos"	(1)
/1	Escriba una frase (sujeto – verbo)	(1)
/1	Copie el diseño	(1)



PUNTAJE _____ /30

INTERPRETACIÓN

30 a 27 Pts = Normal
 24 a 26 Pts = Deterioro leve
 16 a 23 Pts = Deterioro Severo

⁵⁶ Presentación estudiante de Enfermería Universidad de Cundinamarca

ANEXO C. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (YESAVAGE)⁵⁷

1.	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está usted de buen ánimo frecuentemente?	NO	si
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
9.	¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	No
10.	¿Tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	No
11.	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	Si
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	No
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	No
15.	¿Cree usted que las otras personas esta, en general, mejor que usted?	SI	No
PUNTAJE TOTAL			

INTERPRETACIÓN: Sume todas las respuestas con mayúsculas y **negrilla** (SI o NO)

_____ 00 a 05 **Normal**
 _____ 06 a 10 **Depresión Moderada**
 _____ 11 a 15 **Depresión Severa**

⁵⁷ HIPOCAMPO. Sociedad Española de Neurología. Escala de Yesavage abreviada. Año 2007

ANEXO D. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

Grupo de Investigación: Tatamasalud.

Nombre del estudio:

NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN UNA CASA HOGAR DE FUSAGASUGÁ, AÑO 2022.

Investigador principal: Leidy Vanessa Aguilar Celis y María Alejandra Arguello Sandoval.

Co - investigador (es): Yamile Vargas Hernández

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Día/mes/año: __15__ / __10__ / __2022__

Este documento explica en qué consiste este estudio de investigación. Es importante que usted lea cuidadosamente esta información y que luego decida si desea participar o no como voluntario.

IMPACTO:

Resaltar en la formación integral del estudiante universitario y en los profesionales de la salud y otras disciplinas la compasión como la capacidad para entender al otro y la adopción de conductas que permiten el bienestar del adulto mayor

A nivel de las instituciones con programas de ciencias de la salud preponderar en la compasión como componente fundamental en la calidad de la atención en salud siendo los beneficiarios en primera instancia los usuarios y su familia

Investigación de una universidad pública certificando rigor científico en investigación válida y confiable.

DURACIÓN:

La presente investigación tiene una duración de 1 día. El tiempo empleado para contestar el cuestionario y/o entrevista es de aproximadamente entre 30 – 40 minutos. Los resultados del estudio se reportarán en el segundo semestre del 2022.

PROCEDIMIENTOS:

Los procedimientos que le conciernen a usted como sujeto en este estudio incluyen:

- Participación activa respondiendo libre y voluntariamente a los instrumentos.
- Registrar información sobre datos personales.
- Participar voluntariamente en una entrevista semiestructurada.

POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES:

- Se prevé riesgo mínimo a nivel físico por que se empleará el registro de datos que no representa riesgo alguno para la salud física (Resolución 8430 de 1993. Min salud). La información por Usted dada será manejada confidencialmente.
- Temor al responder algunas preguntas que involucran aspectos personales o algún juicio de valor (sentirse juzgada).

BENEFICIOS:

Los beneficios para usted por su participación en el estudio son:

- Reconocimiento y retroalimentación en los ajustes a los planes de estudio de los diferentes programas concernientes a la investigación.
- Contribución para incentivar a los profesionales de enfermería a aplicación de la ley 911 del 2014 en su quehacer docente.

CONFIDENCIALIDAD:

Se realizará todo esfuerzo para asegurar que los hallazgos de este estudio sean confidenciales. Copias de los documentos de este estudio serán conservados en el archivo del investigador y coinvestigador por un período mínimo de dos años. Los hallazgos de este estudio podrán ser publicados o presentados en reuniones sin revelar su nombre o identidad. Se protegerán sus derechos y privacidad; no obstante, los investigadores asociados con esta investigación tendrán acceso a los documentos e información relacionados con este estudio, (Ley 2266 de 2008. Hábeas Data).

PARTICIPACION VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio de investigación es absolutamente voluntaria, por lo tanto, no habrá ningún tipo de remuneración económica o compensación por su participación. Usted puede rehusarse a participar o puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo desee después de haber ingresado. La entrevista la realizarán los investigadores asegurando libertad y confianza para expresar inquietudes.

Su firma confirma que ha leído y comprendido este documento. En caso de participar, recibirá una copia firmada de este consentimiento informado. A usted se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y discutir con los investigadores su participación.

- Usted ha elegido participar en este proyecto de investigación libre y voluntariamente y en constancia firma el presente documento:

Día/mes/año: ____/____/____

FIRMA DEL SUJETO VOLUNTARIO

Día/mes/año: ____/____/____

FIRMA DEL INVESTIGADOR

- Usted ha decidido **NO** participar en este proyecto de investigación y en constancia firma:

____/____/____

Día/mes/año:

FIRMA DEL SUJETO VOLUNTARIO

DATOS DE CONTACTO DE LOS INVESTIGADORES

Si tiene alguna inquietud sobre el estudio, o si previa aceptación de ingreso al estudio decide retirarse puede contactarse con los investigadores del estudio:

Investigadora principal: Leidy Vanessa Aguilar Celis (E-mail: Lvaguilar@ucundinamarca.edu.co) Telefono:3144476486

Maria Alejandra Arquello Sandoval (Marquello@ucundinamarca.edu.co)

Teléfono: 3219451597

Yulieth Paola Muete Rodríguez (ymuete@ucundinamarca.edu.co) teléfono: 3046714183

Co –Investigadora (es): Yamile Vargas H (yvargashernandez.edu.co) Cel. 3204644565

ANEXO E. ESTRATEGIA

EN BUSCA DEL CUIDADO HACIA LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

Según la interpretación del instrumento de la escala de Yesavage, el 60% de los adultos mayores de la casa hogar del estudio se encuentran sin depresión, mientras que el 33% se consideraron con depresión moderada, dentro de estos dos adultos mayores obtuvieron resultado en el límite máximo de la depresión moderada. El 7%, que equivale a un adulto mayor, se interpretó con depresión severa.

Se da cumplimiento al objetivo específico donde se proponen intervenciones de enfermería por medio de una infografía con actividades que promocionan la salud mental para la casa hogar donde se obtuvieron los resultados de la investigación, con el fin de dar a conocer los niveles que se están presentando y las actividades que se pueden implementar como estrategia para mantener a los adultos mayores con una buena salud mental.

Esta estrategia pretende contribuir socialmente en una mejor convivencia y promoción de la salud mental en los adultos mayores, de acuerdo con los hallazgos se pretende contribuir en el conocimiento al personal auxiliar basándonos en la identificación de los signos y síntomas, factores de riesgo y plan de actividades.

Se socializa los resultados con el jefe de la casa hogar “camino de vida” donde se exponen el marco teórico, la escala y los niveles de depresión que se interpretaron en los resultados y así mismo las posibles intervenciones que puede implementar con los adultos mayores para el mantenimiento de los niveles óptimos que se presentaron.

Se dejará constancia de la infografía y materiales de apoyo educativo a la universidad de Cundinamarca, para su respectivo uso y calificación.



Depresión en el adulto mayor institucionalizado

**Leidy Vanessa Aguilar
María Alejandra Argüello
Yulieth Muete Rodríguez**

Trabajo de grado

**Asesora:
Yamile Vargas Hernández**

**Universidad de Cundinamarca
Programa de enfermería
2023**



Depresión en el adulto mayor institucionalizado



Depresión

Según los resultados en la escala de Vesavage, se puede clasificar en: Normal (sin depresión), moderada y severa.

Es un trastorno que se basa en sentimientos de tristeza, pérdida de interés, sensación de cansancio y de culpa.

Resultados

De acuerdo al estudio realizado en la casa hogar, el 60% se encuentra dentro de lo normal, el 33% depresión moderada, y el 7% depresión severa.

Actividades de Prevención

- 1 Fortalecer los programas presentes en la casa hogar (musicoterapia, manualidades de costuras, integración, etc.)
- 2 Aumentar la interacción y participación entre los adultos mayores con actividades de mantenimiento de las funciones cognitivas, como dar a conocer anécdotas de su infancia.
- 3 Incentivar actividades que aumenten el sentimiento de utilidad y mayor satisfacción vital, como lo son tareas de voluntariado o de su gusto.
- 4 Realizar actividades que conserven y transmitan la memoria colectiva, como juegos de mesa, entre otros.
- 5 Planear jornadas de actividad física semanales, como caminatas en zonas verdes, disminuyendo discapacidad física y cognitiva.
- 6 Seguir una rutina, recordando al comienzo de la jornada el día, mes, año y ubicación. De esta manera se incentiva la memoria y la ubicación en tiempo y espacio.
- 7 Evitar la alimentación con alto consumo de azúcar, carnes procesadas, granos refinados y productos lácteos altos en grasa, estos se asocian significativamente con síntomas depresivos.



Realizado por:
Leidy Vanessa Aguilar Celis
María Alejandra Argüello Sandoval
Yulieth Paola Muete Rodríguez



Referencias bibliográficas

Belén RiveRa-CoRvalán, RiCaRdo CaRtes-velásquez. Estrategias para la prevención de la depresión geriátrica. Revista médica de Rosario. Vol. 86, N° 3 (09-2020); pág. 145-151. Disponible en: <https://revistamedicaderosario.org/index.php/rm/article/view/113>

Organización Mundial de la salud. La salud mental y los adultos mayores. ("en línea"). Ubicación (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>). Fecha de la cita: 14-marzo-2023

GÓMEZ, Rosana; CASES, Cristina. Plan de cuidados para pacientes con depresión: a propósito de un caso. Revista Ene de enfermería. Vol. 14, N° 3 (octubre, 2020) Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1138>