



Interdisciplinaria

ISSN: 0325-8203

ISSN: 1668-7027

interdisciplinaria@fibercorp.com.ar

Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines

Argentina

Paredes-Arturo, Yenny V.; Yarce-Pinzón, Eunice; Aguirre-Acevedo, Daniel C.
Sintomatología depresiva y factores asociados en personas mayores de contexto rural
Interdisciplinaria, vol. 41, núm. 1, 2024, Enero-, pp. 4-5
Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines
Buenos Aires, Argentina

DOI: <https://doi.org/10.16888/interd.2024.41.1.4>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18076225004>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

The logo for Redalyc.org, featuring the text 'redalyc.org' in a lowercase, sans-serif font. The 'red' is in red, and 'alyc.org' is in black. A red stylized graphic element is positioned above the 'y'.

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante

Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

Sintomatología depresiva y factores asociados en personas mayores de contexto rural
Depressive symptomatology and associated factors in elderly people in a rural context

Yenny V. Paredes-Arturo¹, Eunice Yarce-Pinzón² y Daniel C. Aguirre-Acevedo³

¹Universidad Mariana, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-1560-6972>. E-mail: yparedes@umariana.edu.co

²Universidad Mariana, Colombia. <https://orcid.org/0000-0003-4084-1296>. E-mail: eyarce@umariana.edu.co

³Universidad de Antioquia, Colombia. <https://orcid.org/0000-0002-8195-8821>. E-mail: daniel.aguirre@udea.edu.co

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Mariana.

Pasto, Colombia.

Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Medellín, Colombia.

Resumen

La depresión es considerada como el trastorno del estado de ánimo más prevalente en las personas mayores, se establece como un síndrome geriátrico de significativa relevancia. El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de sintomatología depresiva y los factores asociados en un grupo de personas mayores de contexto rural. Estudio transversal en personas mayores de 60 años. Como instrumentos se utilizaron la escala Yesavage, el Test Minimental, el cuestionario Vida y la escala espacios de vida. Se empleó el análisis de clases latentes para identificar subgrupos, según los patrones de sintomatología depresiva. Resultados: Se incluyeron 288 participantes, con edades entre

60 y 93 años, con proporción mayor de mujeres (57 %) de estrato socioeconómico 1 (99.7 %), con nivel de escolaridad bajo (41 % con primaria incompleta). La media de la escala Yesavage fue de 10 (RI: 9 a 11). El modelo de análisis presenta cuatro clases o subgrupos de perfiles de síntomas depresivos con una entropía igual a 0.98. Respecto a las características demográficas se observa heterogeneidad a nivel de los cuatro subgrupos. A nivel del rendimiento cognitivo global, los resultados evidenciaron que es una de las variables de mayor incidencia en la sintomatología depresiva en todos los grupos. Se concluye que el estudio muestra asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de síntomas depresivos con relación a las características demográficas y de rendimiento cognitivo preferencialmente; sin embargo, factores como el uso del espacio de vida y la autonomía pueden presentar una relación bidireccional con la variable de análisis.

Palabras clave: sintomatología depresiva, factores sociodemográficos, persona mayor

Abstract

Depression is considered the most prevalent mood disorder in older people, generating a significant burden in the economic, personal and social spheres. It is established as a geriatric syndrome. The objective of the research was to determine the level of depressive symptoms and the associated factors in a group of older people from a rural context. This is a descriptive and cross-sectional study, with a population of older people, the type of sampling was non-probabilistic for convenience. Demographic factors evaluated according to self-report by the participant, family member or responsible caregiver were considered. Using a pre-designed and validated questionnaire, we inquired about age in years, gender, education, marital status, socioeconomic stratum level, employment status and economic dependency. Likewise, a history of chronic infectious diseases was found out. As instruments, the Yesavage scale

was used, a self-report instrument, composed of 15 items that measure the presence of depressive symptoms through direct questions, the Minimental Test, a widely used instrument for the detection of global cognitive impairment, due to its speed and ease of scoring. The Life Questionnaire is a tool that evaluates performance in instrumental activities of daily living; To evaluate the use of living space, the Life Space Assessment (LSA) scale was chosen, a self-report measure requiring respondents to quantify how far and how often they have moved with or without assistance during the last four weeks. Latent class analysis was used to identify subgroups, according to patterns of depressive symptomatology. Results: 288 participants were included, aged between 60 and 93 years, with a higher proportion of women (57 %) from socioeconomic stratum 1 (99.7 %), with a low level of education (41 % with incomplete primary school). The average of the Yesavage scale was 10 (IR: 9 to 11). The analysis model presents four classes or subgroups of depressive symptom profiles with an entropy equal to 0.98. Classes 1, 2 and 3 show a predominance of depressive symptoms in the sample, with 3.81 %, 23.2 % and 21.6 %, respectively. The fourth class corresponds to moderate symptoms and would be present in 51.35 % of the sample. Regarding demographic characteristics, heterogeneity is observed at the level of the four subgroups. At the level of global cognitive performance, the results showed that it is one of the variables with the highest incidence in depressive symptoms in all groups. In relation to the total score in the VIDA questionnaire, compared to class 4, class 1 presented a SMD = -0.1 [95 % CI (-.716 - .51)], class 2 a SMD = .53 [95 % CI (-.23 - .83)] and class 3 a SMD = -0.05 [95 % CI (-.33 - .24)]. On the LSA scale, compared to class 4, class 1 presented a SMD = -.62 [95 % CI (-1.233 - 0)], class 2 had a SMD = .42 [95 % CI (.12 - .72)] and class 3 a SMD = -.49 [95 % CI (-.78 - -.19)]. Regarding the Minimental Test, compared to class 4, class 1 presented a SMD = .62 [95 % CI (0 - 1.23)], class 2 a SMD = .46 [95 % CI

(.16 - .76)] and class 3 a SMD = -.04 [95 % CI (-.33 - .25)]. It is concluded that the study shows significant associations between the presence of depressive symptoms in relation to demographic characteristics and cognitive performance, preferably; However, factors such as the use of living space and autonomy may present a bidirectional relationship with the analysis variable.

Key words: depressive symptomatology, sociodemographic factors, elderly person

Introducción

La depresión es uno de los trastornos psicogeríátricos más incapacitantes y frecuentes a nivel mundial, pues afecta hasta el 20 % de las personas mayores (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018) proporción que es superada en Colombia, donde alcanza el 25.2 % y genera una carga significativa en los ámbitos económico, personal y social (Calderón, 2018). Particularmente, en este grupo etario, el cuadro clínico ocurre con episodios de llanto, tristeza y apatía, acompañado por desesperanza, negligencia, ideación suicida, culpa, cambios en el patrón de sueño, alteraciones en el apetito y en la libido, entre otros (Trujano et al., 2018). Todo eso desencadena diferentes implicaciones y comorbilidad, con enfermedades crónicas no transmisibles, y genera un estado de vulnerabilidad y fragilidad (Zapata et al., 2021). No obstante, el aspecto positivo es que esta patología tiene la posibilidad de ser tratada si se diagnostica en forma oportuna. Además, en esta implicación emocional se presenta una variabilidad sustancial con respecto a los factores de riesgo, la gravedad y el curso de la enfermedad, situación que impide una comprensión del trastorno y su heterogeneidad en la vejez (Paredes-Arturo y Aguirre-Acevedo, 2016). El diagnóstico sintomatológico en la persona mayor puede ser complejo debido a características tales como aumento de la somatización, síntomas de enmascaramiento o dificultad para hacer una valoración diferencial (King et al., 2018). Por lo anterior la depresión es un síndrome geriátrico, el cual contribuye de manera

significativa a la carga global de enfermedad, influyendo en la calidad de vida de estas personas. Se constituye en una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial y en un problema de salud pública, que requiere del conocimiento de las condiciones en el proceso salud-enfermedad en la persona mayor (Varela-Pinedo, 2016).

De esta manera, las personas mayores deprimidas tienen un funcionamiento igual o peor que quienes padecen enfermedades crónicas tales como artritis, enfermedad pulmonar o diabetes (King et al., 2018). Los factores demográficos se consideran de significativa relevancia en la comprensión de esta sintomatología. En estudios previos se ha reportado diferencias en relación al género, este compromiso mental en mujeres es dos veces mayor que en los hombres (Díaz et al., 2019; Gallardo-Peralta y Sánchez-Moreno, 2020). De forma similar, otros referentes evidenciaron que un nivel de escolaridad básica o analfabeta, un estado civil viudo o soltero y aquellos que no percibían ingresos y sin una ocupación laboral, presentaban mayor predisposición a tener síntomas depresivos (Alfaro-Alfaro, 2018; Julio et al., 2019).

Por otro lado, las personas mayores tienen más predisposición a un deterioro funcional, el cual afecta su nivel de independencia y autosuficiencia en el cuidado de sí mismo y del propio entorno (Arturo et al., 2021). De esta manera, el nivel de autonomía, es decir, la capacidad que tienen las personas de realizar y participar en actividades de la vida diaria -concepto conocido como funcionalidad- es considerado uno de los principales indicadores de salud mental y de calidad de vida en el adulto mayor (Arturo y Pinzón, 2019). En este contexto, la relación entre síntomas depresivos y funcionalidad tiene un importante valor predictivo en la evolución de esta condición, es un indicador de eficacia en tratamientos orientados a disminuir cuadros clínicos emocionales (Méndez-Chacón y Chacón, 2020).

Por su parte, la literatura explica que la presencia de sintomatología depresiva duplica el riesgo de compromiso cognitivo, lo cual la constituye en un factor de riesgo y un pródromo para el deterioro cognitivo y demencia (Paredes-Arturo y Aguirre-Acevedo, 2016). Por lo tanto, la relación causal entre estas dos entidades parece ser clara, explicada a partir de la asociación significativa entre la severidad de los síntomas depresivos y el deterioro de los procesos mentales superiores (Arturo et al., 2021). Todo lo referenciado anteriormente conduce a la implementación de diferentes enfoques o modelos orientados a la comprensión de la sintomatología depresiva en personas mayores. De esta manera, el análisis de clases latentes es una técnica que podría analizar la heterogeneidad de factores que confluyen en la comprensión de este trastorno mental. Por lo tanto, el objetivo de la investigación fue determinar los perfiles de sintomatología depresiva y su posible asociación con factores causales en un grupo de personas mayores de contexto rural.

Método y materiales

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, con una población de referencia de 1060 personas mayores, residentes en el Municipio de Chachagüí Nariño (Colombia), que fueron contactadas por el programa Colombia mayor y el centro de salud de su residencia. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, se optó por un nivel de confianza del 95 % y un 5 % de error, y así se obtuvo una muestra de 288 sujetos. Los criterios de inclusión fueron: ser adulto de 60 años o más, aceptar voluntariamente la participación en el estudio y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron la presencia de alguna implicación médica, cognitiva o funcional que impidiera la aplicación del protocolo. Se consideraron factores demográficos evaluados según autorreporte del participante, familiar o cuidador responsable. A partir de un cuestionario prediseñado y validado

(Rosas et al., 2015), se indagó acerca de la edad en años, el género, la escolaridad, el estado civil, el nivel de estrato socioeconómico, la situación laboral y la dependencia económica. Asimismo, se averiguó sobre antecedentes de enfermedades infecciosas, crónicas, respiratorias y músculo-esqueléticas a partir de autoreporte.

Para la evaluación cognitiva, se aplicó el Test Minimental State Examination (MMSE), (Folstein et al., 1975), instrumento ampliamente utilizado para la detección de deterioro cognitivo global, por su rapidez y facilidad en la puntuación. Contiene subítems dirigidos a la evaluación de procesos como: memoria, atención, lenguaje, gnosis y praxias. El puntaje total es de 30 puntos; sin embargo, para esta investigación y por las particularidades de la población rural, se utilizó la versión validada por el grupo de investigación de neurociencias de la Universidad de Antioquia, cuyo valor de corte es de 24 (Henao-Arboleda et al., 2010).

Se aplicó la escala de depresión geriátrica de Yesavage (Yesavage et al., 1982), instrumento de autorreporte, compuesto por 15 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, de las cuales diez miden la presencia de síntomas y cinco son considerados ítems inversos; es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 15, donde altas puntuaciones indican altos riesgos de presentar depresión. Para esta investigación se utilizó la versión validada por el grupo de investigación de neurociencias de la Universidad de Antioquia (Acevedo et al., 2007), teniendo en cuenta tres categorías de acuerdo al puntaje total obtenido a partir de la suma de los 15 ítems: de 0 a 5: normal, de 6 a 10: depresión moderada, y de 11 a 15: depresión severa.

Con respecto a la medición funcional, se aplicó el cuestionario VIDA (Vida Diaria del Anciano) (Lesende et al., 2012), herramienta que evalúa el desempeño en las

actividades instrumentales de la vida diaria y consta de diez ítems. La puntuación otorgada en cada uno de los ítems proporciona una global que puede oscilar entre 10 y 38 puntos, siendo 10 el nivel más bajo de capacidad y 38 el más alto alcanzable.

Para evaluar el espacio de vida, se optó por la escala Life Space Assessment (LSA) (Estima et al., 2015), medida de autoinforme requieren el que los encuestados cuantifican qué tan lejos y con qué frecuencia se han movilizado con o sin ayuda durante las últimas cuatro semanas. Los elementos se repiten para cada uno de los cinco niveles de espacio vital, que representan distancias crecientes desde la habitación en la que duerme el encuestado. Está compuesta por 20 ítems y el puntaje total oscila entre 0 y 120. Altos puntajes indican un espacio de vida sin restricciones.

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Mariana, según las recomendaciones de la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud de la República de Colombia, 1993), basada en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Análisis estadístico

Para determinar los perfiles de los síntomas depresivos, se realizó un análisis de clases latentes (ACL) (Lanza y Rhoades, 2013). El ACL permite identificar, mediante subgrupos llamados clases, la heterogeneidad de la población en términos de sintomatología depresiva, expresada en los 15 ítems de la escala de Yesavage (Ulbricht et al., 2018). Además, el ACL permite estimar la frecuencia de cada clase en la población de estudio. Para identificar el modelo con mejor ajuste, se estimaron modelos entre una clase (supuesto de perfil homogéneo en los síntomas depresivos) y 10 clases. La estimación se hizo por técnicas de máxima verosimilitud, la selección del número óptimo de clases se realizó con el criterio de información bayesiano (BIC), (Ulbricht et al., 2018). Modelos con bajo BIC y mayor entropía indican un mejor ajuste. Con el

modelo seleccionado se clasificaron los participantes en cada clase y se estimaron las probabilidades condicionales de responder el ítem dada la pertenencia a la clase. El principal supuesto del análisis de clases latentes es el de independencia local, para el cual se asume que las variables incluidas en el análisis (los ítems del test) no están correlacionados entre sí al interior de cada clase. Estos análisis se realizaron con el paquete Polca para el lenguaje R, versión 4.2.1. (Drew et al., 2011; R Core Team, 2022)

A continuación, se describieron la muestra total y cada una de las clases determinadas por el modelo en términos de las características demográficas y el puntaje total en la escala de Yesavage. Se calculó la media (Desviación estándar) y mediana (RI: Rango intercuartil: Percentil 25 a percentil 75) para las variables cuantitativas, y la frecuencia y el porcentaje para las variables categóricas. Se analizó el comportamiento en los puntajes del cuestionario VIDA, la escala LSA y el Test Minimal, según las clases derivadas del ACL. Se analizaron las diferencias entre las clases encontradas (tomando como referencia la clase con menor sintomatología depresiva o bajas probabilidades de tener el síntoma) mediante el cálculo de la diferencia de medias estandarizada (DME), con su respectivo intervalo de confianza del 95 %, para indagar la presencia de disimilitud entre las clases con dichos cuestionarios. La DME mayor a .80 se puede asumir como una diferencia significativa, .50 a .80, moderada, .30 a .50 baja, y menor a .30 no importante. Para el cálculo de la DME se utilizó el paquete “esc” del lenguaje R (Lüdecke, 2019; R Core Team, 2022)

Resultados

Se incluyeron 288 participantes, con edades entre 60 y 93 años, con proporción mayor de mujeres (57 %) y provenientes de estrato socioeconómico 1 (99.7 %), con nivel de escolaridad bajo (41 % con primaria incompleta y 28.8 % que apenas leía o escribía). La

mayoría tenía un cuidador (89 %), generalmente de sexo femenino (73%). La mediana de la escala Yesavage fue de 10 (RI: 9 a 11)

Identificación de las clases

La Tabla 1 presenta los índices BIC para los modelos entre 1 y 10 clases. El modelo con menor BIC fue el de cuatro clases o subgrupos de perfiles de síntomas depresivos con una entropía igual a 0.98. La Tabla 2 presenta las probabilidades condicionales y la frecuencia esperada de cada clase en la muestra de estudio. Las clases 1, 2 y 3 dan cuenta de un predominio de sintomatología depresiva en la muestra, con un 3.81 %, 23.2 % y 21.6%, respectivamente. La cuarta clase corresponde a sintomatología moderada y estaría presente en el 51.35 % de la muestra. Comparada con la clase 2 (clase con mayor probabilidad de respuesta positiva a los síntomas en los 15 ítems), la clase 1 tiene nula o baja probabilidad de responder positivamente los ítems 3, 6, 8, 12 y 15, mientras que la clase 3 tiene baja probabilidad de responder los ítems 2, 6, 9, 10.

Tabla 1.

Resumen de los modelos

Modelo	log-probabilidad	resid. df	BIC	aBIC	cAIC	Relación de probabilidad	Entropía
1	-2406.194	273	4897.33 1	4849.76 4	4912.33 1	1947.356	-
2	-2325.582	257	4826.71 6	4728.41 1	4857.71 6	1786.133	.654
3	-2286.767	241	4839.69 2	4690.64 9	4886.69 2	1708.502	.735
4	-2220.912	225	4798.59	4598.80 8	4861.59	1576.792	.982
5	-2194.598	209	4836.56 9	4586.05	4915.56 9	1524.165	NA
6	-2185.51	193	4909.00 2	4607.74 4	5004.00 2	1505.99	.783

7	-2165.474	177	4959.53 6	4607.54	5070.53 6	1465.916	NA
8	-2138.623	161	4996.44 1	4593.70 7	5123.44 1	1412.214	NA
9	-2129.852	145	5069.50 8	4616.03 6	5212.50 8	1394.673	NA
10	-2125.691	129	5151.79 2	4647.58 2	5871.79 8	1386.35	NA

Tabla 2.***Probabilidades condicionales según solución del análisis de clases latentes***

Ítems de la Escala Yesavage	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4
	n = 11 (3.8%)	n = 62 (23.2%)	n = 68 (21.6%)	n = 147 (51.4%)
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	1.00	1.00	.99	.89
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses y actividades previas?	1.00	.74	.00	.35
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	.00	.79	1.00	.73
4. ¿Se siente usted aburrido frecuentemente?	1.00	.86	.88	.48
5. ¿La mayoría del tiempo está usted de buen ánimo?	1.00	.86	1.00	.61
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le pueda pasar?	.00	.80	.38	.30
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1.00	.89	.96	.61
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	.00	.94	.88	.68
9. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	1.00	.60	.14	.46
10. ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	1.00	.77	.09	.29
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	.82	.89	.99	.66
12. ¿Se siente inútil o despreciable? ¿cómo está usted actualmente?	.18	.62	1.00	.57
13. ¿Se siente usted lleno de energía?	1.00	.88	.79	.53
14. ¿Se siente sin esperanza ante su condición actual?	1.00	.95	1.00	.76
15. ¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	.18	.94	1.00	.75

La Tabla 3 presenta las características demográficas según el modelo de cuatro clases. Al respecto, en la clase 1 hay una mayor representatividad de adultos mayores de sexo femenino, con un promedio de edad de 72 años, de estado civil casado, que requieren cuidador y que son dependientes económicamente. La clase 2 es heterogénea en cuanto al sexo, su promedio de edad es 68 años, pueden ser personas solteras (22.6 %), viudas (19 %) o separadas (6.5 %) y requieren cuidador. Este grupo presenta un promedio en la escala Yesavage de 13 puntos aproximadamente. La clase 3 presenta un perfil demográfico similar al de la clase 2, excepto que son 5 años de edad mayores en promedio, aproximadamente. La clase 4 tienen un mayor predominio de sexo femenino, con 70 años de edad en promedio, con un perfil heterogéneo en estado civil, que requieren cuidador y son dependientes económicamente.

Tabla 3.

Características demográficas para la muestra total según la solución del análisis de clases latentes

Características	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4	Total
	(n = 11)	(n = 62)	(n = 68)	(n = 147)	(n = 288)
Sexo	f (%)				
Femenino	9 (81.8)	33 (53.2)	33 (48.5)	91 (61.9)	166 (57.6)
Masculino	2 (18.2)	29 (46.8)	35 (51.5)	56 (38.1)	122 (42.4)
Edad (años)					
Media (DE)	72 (4.88)	68.9 (7.53)	73.8 (8.55)	70.4 (7.71)	70.9 (7.95)
Mediana [Q1, Q3]	73 (69.0, 75.5)	68 (62.3, 72.8)	73 (69.0, 79.3)	69 (64.0, 76.0)	70 (64.0, 76.0)
Tipo afiliación	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)
Beneficiario	0 (0)	2 (3.2)	0 (0)	0 (0)	2 (.7)
Subsidiado	4 (36.4)	22 (35.5)	24 (35.3)	57 (38.8)	107 (37.2)
SISBEN	7 (63.6)	38 (61.3)	44 (64.7)	90 (61.2)	179 (62.2)
Estado civil	f (%)				
Soltero	3 (27.3)	14 (22.6)	18 (26.5)	39 (26.5)	74 (25.7)
Casado	8 (72.7)	28 (45.2)	34 (50)	71 (48.3)	141 (49)

Viudo	0 (0)	12 (19.4)	11 (16.2)	27 (18.4)	50 (17.4)
Separado/divorciado	0 (0)	4 (6.5)	3 (4.4)	6 (4.1)	13 (4.5)
Unión libre	0 (0)	4 (6.5)	2 (2.9)	4 (2.7)	10 (3.5)
Escolaridad	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)
No lee y no escribe	4 (36.4%)	7 (11.3%)	17 (25.0%)	40 (27.2%)	68 (23.6%)
Lee o escribe	3 (27.3%)	14 (22.6%)	21 (30.9%)	45 (30.6%)	83 (28.8%)
Primaria completa	0 (0%)	6 (9.7%)	1 (1.5%)	9 (6.1%)	16 (5.6%)
Primaria incompleta	4 (36.4%)	34 (54.8%)	29 (42.6%)	52 (35.4%)	119 (41.3%)
Secundaria Completa	0 (0%)	1 (1.6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (.3%)
Secundaria incompleta	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (.7%)	1 (.3%)
Tiene cuidador	f(%)	f(%)	f(%)		
Sí	0 (0%)	6 (9.7%)	8 (11.8%)	15 (10.2%)	29 (10.1%)
No	11 (100%)	56 (90.3%)	60 (88.2%)	132 (89.8%)	259 (89.9%)
Cuidador Mayor					
No	4 (36.4%)	41 (66.1%)	44 (64.7%)	105 (71.4%)	194 (67.4%)
Edad del cuidador Mayor 60 años	7 (63.6%)	21 (33.9%)	24 (35.3%)	42 (28.6%)	94 (32.6%)
Sexo del cuidador					
Masculino	2 (18.2%)	17 (27.4%)	17 (25.0%)	40 (27.2%)	76 (26.4%)
Femenino	9 (81.8%)	45 (72.6%)	51 (75.0%)	107 (72.8%)	212 (73.6%)
Ocupación actual					
Empleado	1 (9.1%)	3 (4.8%)	3 (4.4%)	3 (2%)	10 (3.5%)
Independiente	2 (18.2%)	18 (29%)	18 (26.5%)	41 (27.9%)	79 (27.4%)
Jubilado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (.7%)	1 (.3%)
Hogar	8 (72.7%)	41 (66.1%)	47 (69.1%)	102 (69.4%)	198 (68.8%)
Dependencia económica					
No	2 (18.2%)	19 (30.6%)	22 (32.4%)	48 (32.7%)	91 (31.6%)
Si	9 (81.8%)	43 (69.4%)	46 (67.6%)	99 (67.3%)	197 (68.4%)
Yesavage					
Media (DE)	10.2 (.405)	12.8 (1.48)	11.1 (.893)	8.59 (1.80)	10.1 (2.30)
Mediana [Q1, Q3]	10 (10,10)	13 (12, 14)	11 (11, 12)	9 (8, 10)	10 (9, 11)

La Tabla 4 presenta el comportamiento en el cuestionario VIDA, la escala LSA y el Test Minimental. Dado que la clase 4 mostró menores probabilidades condicionales de tener los síntomas depresivos, se tomó como referencia para las comparaciones. Con relación al puntaje total en el cuestionario VIDA, comparado con la clase 4, la clase 1 presentó una DME = -0.1 [IC95 % (-.716 - .51)], la clase 2 una DME = .53 [IC95 % (.23 - .83)] y la clase 3 una DME = -0.05 [IC95 % (-.33 - .24)]. En la escala LSA, comparado con la clase 4, la clase 1 presentó una DME = -0.62 [IC95 % (-1.233 - 0)], la clase 2 una DME = .42 [IC95 % (.12 - .72)] y la clase 3 una DME = -.49 [IC95 % (-.78 - -.19)]. Con relación al Test Minimental, comparado con la clase 4, la clase 1 presentó una DME = .62 [IC95 % (0 - 1.23)], la clase 2 una DME = .46 [IC95 % (.16 - .76)] y la clase 3 una DME = -.04 [IC95 % (-.33 - .25)].

Tabla 4.***Descripción de los puntajes en el Cuestionario VIDA, la Escala Life Space******Assessment y el Test Minimental según las clases latentes***

	Clase 1	Clase 2	Clase 3	Clase 4	Total
	(n = 11)	(n = 62)	(n = 68)	(n = 147)	(n = 288)
Cuestionario VIDA					
<i>M</i> (DE)	28.6 (5.90)	31.9 (3.83)	28.9 (5.52)	29.2 (5.29)	29.7 (5.2)
Mediana [Q1, Q3]	31 (24.5, 33)	32 (29.3, 34.8)	29 (25.8, 34)	30 (26, 33)	30 (26.8, 34)
Escala LSA					
<i>M</i> (DE)	31.3 (16)	55.4 (23.7)	34.6 (23)	45.7 (21.8)	44.6 (23.5)
Mediana [Q1, Q3]	24 (24, 35.8)	54 (38.1, 68)	26.5 (20, 42.3)	43 (30, 57)	40.3 (26.5, 57)
Test Minimental					
<i>M</i> (DE)	23.2 (3.63)	22.2 (5.08)	19.3 (6.64)	19.6 (5.81)	20.2 (5.92)
Mediana [Q1, Q3]	23 (21, 25.5)	22 (20, 26)	20.5 (15, 23.3)	20 (15, 24)	21 (16, 25)

Discusión

El objetivo de la investigación fue conocer los perfiles de sintomatología depresiva en un grupo de personas mayores de contexto rural y explorar los factores asociados. En este contexto, se observó una prevalencia del 51.35 % con respecto a síntomas emocionales moderados en la muestra evaluada. Estos resultados se consideran consistentes, según lo informado en otros reportes investigativos a nivel del ámbito nacional y regional (Fritz et al., 2012; Nylund et al., 2007). Así mismo, el análisis de clases latentes determinó un posible perfil diferenciador según los tipos de síntomas; sin embargo, se podría hablar también de un perfil homogéneo, explicado posiblemente por el grado de vulnerabilidad de los participantes, en particular por las características sociodemográficas tan precarias (Arango et al., 2016; Varela-Pinedo, 2016).

Los resultados sugirieron la existencia de cuatro subtipos de síntomas depresivos. El subgrupo más grande que comprende aproximadamente dos tercios de la muestra tuvo menor probabilidad de aprobación en todos los síntomas. Los adultos mayores restantes se distribuyeron de manera uniforme entre un tercero y segundo grupo. En relación a ello, la clase más prevalente identificada por el análisis empleado fue la denominada sintomatología depresiva leve, seguida de una categoría moderada. De manera similar se reporta en el presente trabajo (de Vos et al., 2015), donde las características más distintivas fueron: insatisfacción con su vida, desesperanza, autopercepción negativa y vacío existencial. Esto es corroborado por la literatura científica, donde se destaca la incidencia de estos síntomas en el curso de esta implicación emocional (Calderón, 2018).

Con respecto a los factores sociodemográficos, el análisis de clases latentes determinó mayor asociación de sintomatología depresiva en función del género femenino y la dependencia económica. Estos resultados confirman los hallazgos investigativos en salud mental en el país, donde las mujeres muestran mayores criterios emocionales que

los hombres (Paredes-Arturo y Aguirre-Acevedo, 2016; Trujano et al., 2018). Esto podría ser corroborado por factores genéticos, neuroendocrinos y de personalidad, así como por patrones de socialización y cultura social (Collard et al., 2015; Veltman et al., 2017). Asimismo, de acuerdo con otras investigaciones realizadas en población adulta mayor, se encontró que ser mujer es uno de los factores de riesgo para la depresión. De igual manera, la prevalencia de este trastorno emocional en personas de la tercera edad ha sido explicada por condiciones demográficas precarias, nivel de ingresos y estado de salud de esta población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

A nivel de la variable funcionalidad, medida a través del cuestionario VIDA, se pudo constatar que la clase 2 con sintomatología depresiva presenta menor autonomía e independencia en sus actividades cotidianas. En torno a ello, con frecuencia se ha informado una fuerte asociación entre dependencia e implicación emocional en personas mayores (Runzer-Colmenares et al., 2017). Algunos reportes investigativos atribuyen esta relación por el compromiso indirecto que podría desencadenar, a través de una variedad de vías y mecanismos psicobiológicos mediados por el comportamiento (Arango et al., 2016). También se explicaría por las limitaciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria, las cuales reducen la capacidad de participación e interacción social. De forma similar, en un reporte investigativo en Colombia se estableció una asociación entre estas dos variables (Salazar et al., 2015). De esta manera, a medida que la persona envejece, surgen más problemas de salud que generan obstáculos en su independencia y limitaciones en sus actividades cotidianas, y por ende, un incremento en la presentación de sintomatología depresiva.

Asimismo, en el factor de espacios de vida, se pueden observar diferencias moderadas entre el uso de estos espacios y las clases 1 y 4 con sintomatología depresiva leve. El resultado anterior cobra relevancia, ya que los trastornos del estado de ánimo, y

específicamente la depresión, podrían generar una disminución de energía, lo que influiría en la toma de iniciativa y reduciría la capacidad del individuo para establecer contacto social y utilizar su entorno de manera adecuada (Salazar et al., 2015). De esta manera, tener un espacio vital restringido puede llevar a una reducción de experiencias, y así limitar las demandas ambientales cotidianas y de exploración de su entorno (Paredes-Arturo y Aguirre-Acevedo, 2016; Pinzón et al., 2016). Por tanto, los estudios sugieren que el movilizarse dentro o fuera de su contexto puede contribuir a mejorar la salud mental y física de las personas (Pinzón et al., 2021).

Finalmente, a nivel del rendimiento cognitivo global, los resultados evidenciaron que es una de las variables de mayor incidencia en la sintomatología depresiva en todos los grupos de clases latentes. Estos datos se podrían sustentar en función de las características del contexto, en el cual prevalecen condiciones de mayor precariedad (Gobbens, 2018). Todo esto indica que la ruralidad y el ser adulto mayor son factores multiplicadores que conllevan a un grado mayor de vulnerabilidad cognitiva en este segmento de la población. De igual manera, en población de edad avanzada, la depresión es un factor de riesgo para un rendimiento mental adecuado. Se ha establecido que esta implicación emocional duplica el riesgo de presentar puntuaciones bajas en el desempeño cognitivo (Paredes-Arturo y Aguirre-Acevedo, 2016). Por tanto, la implicación emocional y un desempeño cognitivo bajo son condiciones comunes en la adultez mayor, inclusive se ha determinado que una relación bidireccional en función de estas dos entidades podrían ser factores de riesgo para el desarrollo de un cuadro demencial (Arturo et al., 2021).

Es interesante destacar como fortalezas del estudio la exploración y asociación de perfiles de síntomas depresivos con variables, sobre todo de orden multidimensional.

Además, la investigación se desarrolló en contexto rural, mostrando la diferencia entre

las tres primeras clases que dan cuenta de un perfil diferenciable; no obstante, se sugieren futuros estudios que puedan contrastar sus hallazgos con los aquí expuestos. Por otro lado, en cuanto a las limitaciones, se menciona el carácter de transversalidad del estudio y el uso de datos de autoinforme, el cual está sujeto a la posible conveniencia social o sesgo.

Referencias

- Acevedo, D. C. A., Gómez, R. D., Guillén, S. M., Henao-Arboleda, E., Motta, M., Muñoz, C., Arana, A., Pineda, D. y Lopera, F. (2007). Validez y fiabilidad de la batería neuropsicológica CERAD-Col. *Revista de Neurología*, 45(11), 655-660.
<https://medes.com/publication/37590>
- Alfaro-Alfaro, N. (2018). Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. *Salud Jalisco*, 1(1), 36-46.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78999>
- Arango, D. C., Cardona, A. S., Duque, M. G., Cardona, A. S. y Sierra, S. M. C. (2016). Health status of elderly persons of Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19, 71-86.
<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14199>
- Arturo, Y. V. P. y Pinzón, E. Y. (2019). Desempeño funcional en un grupo de adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(4).
<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/379>
- Arturo, Y. V. P., Pinzón, E. Y. y Acevedo, D. C. A. (2021). Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. *Interdisciplinaria, Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2), 59-72.
<http://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.4>

- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 29(3), 182-191 <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Collard, R. M., Arts, M., Comijs, H. C., Naarding, P., Verhaak, P. F., de Waal, M. W. y Voshaar, R. C. O. (2015). The role of frailty in the association between depression and somatic comorbidity: results from baseline data of an ongoing prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.007>
- de Vos, S., Wardenaar, K. J., Bos, E. H., Wit, E. C. y de Jonge, P. (2015). Of Depression at the Person-, Symptom-, and Time-level: Latent Variable Models versus Multimode Principal Component Analysis. *Networks and Psychopathology Opportunities, Challenges and Implications*, 15(1), 19. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12874-015-0080-4>
- Díaz, D., Aránguiz, S., Farías, N., Godoy, D., Silva, N. y Durán Agüero, S. (2019). Factores asociados a síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 39(2), 34-39. <http://doi.org/10.12873/392diaz>
- Estima, A. E. M. S., Dutra, B. M. T., Martins, J. V. P. y Franzoi, A. C. O. B. (2015). Validation of the “Life Space Assessment-LSA” Questionnaire in a group of hemiplegic patients. *Acta Fisiátrica*, 22(1), 1-4. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150001>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

- Fritz, C. O., Morris, P. E. & Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0024338>
- Gallardo-Peralta, L. y Sánchez-Moreno, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia Psicológica*, 38(2), 169-187. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000200169>
- Gobbens, R. J. (2018). Associations of ADL and IADL disability with physical and mental dimensions of quality of life in people aged 75 years and older. *PeerJ*, 6, e5425. <https://doi.org/10.7717/peerj.5425>
- Henao-Arboleda, E., Muñoz, C., Aguirre-Acevedo, D. C., Lara, E., Pineda, D. A. y Lopera, F. (2010). Datos normativos de pruebas neuropsicológicas en adultos mayores en una población colombiana. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5(3), 214-226. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-579537?src=similardocs>
- Julio, M. P. M., Clavero, A. E., Miralles, M. V. L. y Ayora, A. F. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, (55), 58. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- King, M. V., Cáceres, J. A. G. y Abdulkadir, M. S. (2018). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4). <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/296>

- Lanza, S. T. y Rhoades, B. L. (2013). Latent class analysis: an alternative perspective on subgroup analysis in prevention and treatment. *Prevention Science, 14*(2), 157-168. <https://doi.org/10.6018/10.1007/s11121-011-0201-1>.
- Lesende, I. M., Cantero, S. Q., Atucha, V. U., Oyarbide, E. G., Minaña, T. A. y Jocano, J. E. P. (2012). Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Atención Primaria, 44*(6), 309-317. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.03.005>
- Linzer, D.A. & Lewis, J.B. (2011). Polca: An R Package for Polytomous Variable Latent Class Analysis. *Journal of Statistical Software, 42*(10), 1-29. <https://www.jstatsoft.org/v42/i10/>
- Lüdtke, D. (2019). Effect Size Computation for Meta-Analysis (Version 0.5.1). <https://doi.org/10.5281/zenodo.1249218>, <<https://CRAN.R-project.org/package=esc>>.
- Méndez-Chacón, E. y Chacón, E. M. (2020). Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines, 38*(2), 103-115. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.7>
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1993). Resolución 8430 de 1993.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. http://www.odc.gov.co/portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/co031102015-salud mental_tomoi.pdf.
- Nylund, K. L., Asparouhov, T. & Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling: A multidisciplinary Journal, 14*(4), 535-569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Manual de operaciones de mhGAP.

<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>

Paredes-Arturo, Y. V. y Aguirre-Acevedo, D. C. (2016). Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 17(3), 26-38.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68923>

Pinzón, E. Y., Arturo, Y. V. P. y Acevedo, D. C. A. (2021). Apoyo social y uso de espacios de vida en la persona mayor en el contexto rural. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(4).

<http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1548>

Pinzón, E. Y., Josa, L. R. B., Sinisterra, C. M. C. y Castillo, Y. M. O. (2016). Utilización de los espacios de vida en los adultos mayores. *Revista UNIMAR*, 34(1).

<http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/unimar/article/view/1138>

R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R

Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL

<https://www.R-project.org/>.

Rosas, G. M., Paredes, Y. V., Yarce, E., Rosero, M. y Morales, A. (2015).

Caracterización de los factores multidimensionales de las personas mayores de 60 años de la ciudad de San Juan de Pasto. Pasto, Colombia: UNIMAR.

Runzer-Colmenares, F. M., Castro, G., Merino, A., Torres-Mallma, C., Diaz, G., Perez, C. y Parodi, J. F. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico (Lima)*, 17(3), 50-57.

<http://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.09>

- Salazar, A. M., Reyes, M. F., Plata, S. J., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., Pedraza, O. y Ríos, J. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(2), 176-183.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-949580>
- Trujano, R. S., Carrillo, M. I. S., de Jesús, N. L. y Aguilar, A. A. M. (2018). Depresión en adultos mayores. Diferencias entre sexos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 682-697.
<http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/65296>
- Ulbricht, C. M., Chrysanthopoulou, S. A., Levin, L. & Lapane, K. L. (2018). The use of latent class analysis for identifying subtypes of depression: a systematic review. *Psychiatry Research*, 266, 228-246.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.003>
- Varela-Pinedo, L. F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 199-201.
<https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n2/199-201/es/>
- Veltman, E. M., Lamers, F., Comijs, H. C., De Waal, M. W. M., Stek, M. L., Van der Mast, R. C. & Rhebergen, D. (2017). Depressive subtypes in an elderly cohort identified using latent class analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.059>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Zapata, C. S., Gómez, M. A., Sanchez, T. E. G., Rúa, M. C. M., Blandón, A. T. y Quintero, A. U. (2021). Depresión mayor en población general de Envigado (Colombia): prevalencia y factores asociados. *Revista CES Psicología*, 14(3), 117-133. <https://doi.org/10.21615/cesp.5283>

Recibido: 3 de enero de 2022

Aceptado: 17 de octubre de 2022