

Relación entre depresión y lenguaje en adultos mayores

Trabajo de grado para optar por el título de psicóloga

Ángela Quintero Echeverri

Asesor

Renato Zambrano Cruz

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Psicología

Medellín

2017

## Tabla de contenido

Resumen.....	3
Palabras clave: depresión, lenguaje, anciano, hogares para ancianos, geriatría. ....	3
Introducción .....	5
La depresión.....	7
Lenguaje.....	11
Lenguaje y depresión .....	14
Metodología .....	15
Resultados .....	18
Datos sociodemográficos .....	18
Estadísticos descriptivos de depresión y léxico .....	19
Relación con situación de interinidad.....	20
Relación respecto a la edad .....	20
Relación con el estado civil.....	20
Relación con el nivel socioeconómico .....	21
Relación con el género .....	21
Relación con la escolaridad.....	21
Relación entre depresión y léxico.....	21
Discusión .....	21
Recomendaciones.....	24
Conclusiones .....	24
Referencias.....	25

## Resumen

**Objetivo:** identificar la relación que existe entre el lenguaje y la depresión y la relación de ambos con algunas variables en la población adulta de 60 y más años en el municipio de Medellín (Colombia) en 2016. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Muestra conformada por 80 adultos de 60 o más años; 40 pertenecientes a programas de tercera edad (no internos) y 40 a centros gerontológicos (internados) del municipio de Medellín a quienes se les aplicaron el Test de Nominación de Boston (BNT) y la escala de depresión de Yesavage. **Resultados:** Se demuestra mayor depresión en los adultos mayores internos, con diferencias significativas, en estos, los puntajes en BNT son más bajos con relación a los que no están en hogares geriátricos. Se presenta relación entre la escala de depresión de Yesavage y el BNT con las variables sociodemográficas edad y estado civil con diferencias no significativas. **Conclusiones:** la internación genera en el adulto mayor depresión y disminuye el desempeño en la nominación, no se encontró relación entre el lenguaje y la depresión.

**Palabras clave:** depresión, lenguaje, anciano, hogares para ancianos, geriatría.

**abstrac**

Objective: to identify the relationship between language and depression and their relationship with some variables in the adult population aged 60 and over in the municipality of Medellín, Colombia, in 2016. Materials and methods: Descriptive cross-sectional study . Sample conformed by 80 adults of 60 years or more; 40 belonging to seniors (non-inpatient) and 40 to geriatric centers (interned) in the municipality of Medellín, who received the Boston Nomination Test (BNT) and the Yesavage depression scale. Results: Greater depression is demonstrated in the inner elderly adults, with significant differences; in these, the scores in BNT are lower in relation to those that are not in geriatric homes. There is a relationship between the Yesavage depression scale and the BNT with the socio-demographic variables age and marital status with non-significant differences. Conclusions: hospitalization generates greater depression in the adult and decreases performance in the nomination, no relationship was found between language and depression.

**Key words:** depression, language, elderly, homes for elderly, geriatrics.

## Introducción

El envejecimiento se define como el conjunto de transformaciones que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; estos cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales (Alvarado y Salazar, 2014). Son cambios progresivos puesto que se envejece cada día, desde que se nace hasta que se muere; para definir la vejez hay que tener presente las influencias históricas y culturales de cada época porque la vejez de cada generación es consecuencia, en gran parte, de los entornos históricos, políticos, económicos y socioculturales (Gil, 2003).

El incremento de la población anciana a nivel mundial se ha dado por aspectos como el aumento de la esperanza de vida, y al descenso de los índices de natalidad y de mortalidad, lo cual se define como envejecimiento demográfico o poblacional. Se determina como personas mayores a los que tienen 60 años o más, o a mayores de 50 años si son poblaciones de riesgo como por ejemplo indigentes o indígenas; en los países donde se tiene una buena calidad de vida, un individuo a esta edad es considerado joven, pero en los países en desarrollo una persona de 60 años es considerada vieja (Ministerio de la Protección Social, 2007).

A nivel mundial, actualmente el país que más personas mayores tiene (superior al 30%) es Japón. Sin embargo, para el año 2050 países de Europa, América del Norte, Chile, China, la Federación de Rusia, la República de Corea, la República Islámica del Irán, Tailandia y Vietnam tendrán una proporción similar. En América Latina y el Caribe, el crecimiento será más acelerado, especialmente en: Brasil, México, Colombia, Argentina, Venezuela y Perú (Guzmán y Sosa, 2002). En Colombia, del total de la población adulta

mayor el 63.12% se concentra en Boyacá, Tolima, Bogotá, Cundinamarca, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca, Quindío, Santander, Atlántico y Bolívar. Adicionalmente, el 28.8% se encuentra en las principales ciudades: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007). Medellín presenta un crecimiento más acelerado de las personas mayores de 60 años que el resto del país, mientras en el año 1985 representaban el 7.2%, en la actualidad son el 14% y se espera que en el 2020 sea del 18%, es decir, cerca de dos adultos mayores por cada cinco de otras edades y el porcentaje de menores de 15 años y de personas mayores de 60 años serán iguales en el 2017 (Gobernación de Antioquia, Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia, Universidad CES, 2013).

Este aumento de adultos que llegan a edades cada vez más avanzadas, también plantea nuevos desafíos en salud pública, el adulto mayor es vulnerable debido a sus condiciones biológicas y sociales; los más viejos tienen una relativa desventaja con respecto a los más jóvenes, ya que tienen menos educación, bajos ingresos y, por ende, niveles más bajos de bienestar subjetivo (Pinquart & Sörensen, 2001); Debido a esta vulnerabilidad el grado de dependencia se acentúa, lo que conduce al incremento de las internaciones geriátricas (Rodríguez, 2007). Se opta por la institucionalización por varias causas: por escasos o nulos recursos económicos, falta de apoyo, abandono o marginación social (Aranda, Pando, Flores y García, 2001). En el estudio realizado en Medellín por Cardona y cols (2010), la principal causa fue la soledad puesto que el 23% vivía solo; otras fueron problemas de salud y por decisión familiar; además, los cambios socio-familiares actuales, como son las familias y viviendas más pequeñas y el ingreso de la mujer al mercado laboral (siendo ella la que generalmente se dedica al cuidado y la atención de los

mayores), aumentan la internación geriátrica (Marín, Guzmán y Araya, 2004). La vivencia puede ser aún más difícil dentro del ámbito institucional porque, para algunos adultos es más complejo su transcurrir cotidiano, debido a que ven reducido su control y autonomía, comportamiento que conduce a una mayor pasividad en el momento de enfrentar situaciones difíciles (Clemente, Tartaglino y Stefani, 2009).

### La depresión

La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población, representa un grave problema de salud pública, a nivel mundial, más de 350 millones de personas de todas las edades sufren de depresión; en América Latina y el Caribe la padece el 5% de la población adulta y entre el 60% y 65% de esta población no reciben tratamiento (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2012). La depresión es una de las enfermedades más comunes y es la primera causa de atención psiquiátrica derivada de problemas mentales (Miranda, Gutiérrez, Bernal y Escobar, 2000). En Colombia, el Estudio de Salud Mental de 2015, encontró que el 10% de los colombianos tiene problemas de salud mental, siendo la ansiedad y la depresión los más frecuentes; los más afectados son los adolescentes quienes registraron tres o cuatro síntomas de ansiedad, y el 16%, más de cuatro síntomas de depresión; En el grupo de mayores de 45 años, 11,2% padecen ansiedad y depresión (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, Datos, Procesos y Tecnología SAS, 2015) y para el año 2020 se pronostica que los trastornos psiquiátricos representarán el 21% de la carga total de enfermedad y que la depresión mayor alcance el segundo lugar entre todos los trastornos considerados (Ministerio de Protección Social Fundación FES Social, 2004).

El término “depresión” se usa con múltiples significaciones; tanto a nivel médico, psiquiátrico como psicológico. Cada una de ellas tiene diferentes connotaciones e interpretaciones en el lenguaje de otras disciplinas. En psiquiatría, el término “depresión” puede referirse a “un síntoma, a un síndrome, y, también, a una entidad nosológica” (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2005).

La American Psychiatric Association describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. Ey (1978) y el DSM-5 (2014) definen la depresión mayor a través de cinco de los siguientes nueve síntomas, si éstos se presentan durante dos semanas y la mayor parte del día: estado de ánimo deprimido, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, pérdida o aumento importante de peso, disminución del apetito, insomnio o hipersomnia, Agitación o retraso psicomotor, Fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes.

La identificación de la depresión en el adulto mayor puede ser más difícil que en los otros grupos de edad porque en los ancianos los síntomas son menos característicos de un episodio depresivo; las causa por las que no se detecta y, por ende, no se trata, es por prejuicios negativos relacionados con la vejez, los cuales presuponen que envejecer es sinónimo de depresión, deterioro, desnutrición, aislamiento e inmovilidad. Además el adulto mayor deprimido presenta un alto riesgo de suicidio, que es cuatro veces mayor al que se presenta en pacientes deprimidos de menor edad (Ayuso, 2008). Los trastornos depresivos y la enfermedad física están estrechamente relacionados entre ellas la diabetes,

enfermedades cardiovasculares, Alzheimer, cáncer, el infarto de miocardio, los accidentes cerebrovasculares, entre otras (Blazer, 2003). Existen factores psicosociales desencadenantes de la depresión; específicamente en la edad senil, entre ellos se tienen: fallecimiento de un familiar, jubilación, enfermedad física aguda, enfermedad o pérdida de una persona significativa, ingreso en una residencia de ancianos, crisis financiera, interacciones negativas con familiares o amigos, pérdida de una persona, una pérdida de índole económica o de estatus social, prestigio, el rechazo familiar y la situación económica inestable; el duelo es el factor más importante (Ayuso, 2008).

Existen estudios que revelan que entre 10% y 15% de la población anciana padece algún grado de depresión, proporción que aumenta cuando el adulto mayor es internado en una institución geriátrica (Oquendo y Soublet, 2003). En el estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento de Colombia, 2015 se encontró que lo que más afecta la salud de los adultos mayores, es la hipertensión, con un 68% en las mujeres y un 58% en los hombres, la segunda causa de enfermedad es la depresión reportado por el 41% de los encuestados, de los cuales el 42% son mujeres y un 40%, hombres (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016). Otra investigación realizada en Antioquia en 2012 afirma que la prevalencia del riesgo de depresión geriátrica de los antioqueños es de 26.3%, según la escala de depresión de Yesavage: 16.2% leve y 10.1% establecida. (Gobernación de Antioquia, Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia y Universidad CES, 2014).

Con la internación, se precipitan estados depresivos relacionados con múltiples pérdidas, como la de la independencia, la familia, el rol social y el trabajo, así como con el desarraigo de los bienes; además, el trato por parte del personal asistencial y los tratamientos que reciben, generan en el adulto mayor sentimientos de desamparo e

impotencia; es decir que la institucionalización en sí misma genera depresión (Cerquera, 2008).

Las variables sociodemográficas están relacionadas con la depresión: el género es un factor determinante, se presenta más en la mujer (Ayuso, 2008, Quintero, Henao, Villamil y León, 2015), con una frecuencia que casi dobla la del varón; es de anotar que la mujer es más longeva que el hombre y por tanto, en su mayoría le sobrevive al cónyuge y, como lo afirma Ayuso (2008), la viudez es el principal factor desencadenante de dicha patología, adicionalmente ella es la encargada del cuidado y la atención de los mayores y corre el riesgo de caer en estados depresivos. La escolaridad tiene una relación inversa con la depresión, es decir que, a menor nivel educativo, es mayor la depresión (Martínez, Flórez-Lozano, Ancizu, Valdés y Adeva-Cádenas, 2003); aunque también se encontró prevalencia en aquellos que cursaron primaria incompleta y un nivel universitario incompleto (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia, 2010); sucede igual con el nivel de ingresos: cuanto menores sean, mayor es la presencia de depresión (Ayuso, 2008, Hernández, Vásquez y Ramo, 2012) pero en la encuesta SABE con adultos mayores, La prevalencia fue mayor en estratos socio-económicos altos (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016). La depresión aumenta según el estado civil, ya que se presenta más en personas separadas y viudas que en las casadas (Menchón, Crespo y Antón 2001). Con respecto a la edad se presentan contradicciones, algunas investigaciones afirman que a mayor edad es mayor la depresión (Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana Profamilia, 2010, Hernández, Vásquez y Ramo, 2012), otras opinan lo contrario (Gobernación de Antioquia, Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia y Universidad CES, 2013) y la encuesta SABE encontró que la depresión va disminuyendo a

medida que se envejece, evidencia que personas con 85 años o más registran un nivel de depresión de tan solo el 12% (Ministerio de Salud y Colciencias, 2016).

Los factores de riesgo para la depresión son: género femenino, antecedentes de episodios depresivos previos, el duelo, la pérdida de visión o de audición; otros factores de riesgo son controvertidos, como el menor nivel educacional; el estado de salud pobre, la presencia de trastornos cognitivos y la aparición de una nueva enfermedad médica (Martínez, 2007). La Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 encontró que Los adultos mayores con sentimientos depresivos son mayores de 74 años, viuda(o)s o separada(o)s; padres, madres o suegra(o)s. Las personas mayores que no reportaron problemas de salud mental son, principalmente, menores de 75 años, que viven con sus hijos, están afiliados al régimen contributivo o al especial; viven en hogares unipersonales o en hogares nucleares (Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana Profamilia, 2010).

## Lenguaje

Las funciones cognitivas se refieren a las actividades mentales que en la práctica clínica se investiga en: la orientación del tiempo y el espacio, memoria, atención, concentración, comprensión, abstracción, planificación, ejecución y funciones del lenguaje, tales como: nominación, articulación y fluidez verbal (Gobernación de Antioquia, Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia y Universidad CES, 2013).

El estudio del envejecimiento cognitivo y el efecto sobre los procesos de comprensión y producción del lenguaje son fuente de investigación en las últimas décadas

puesto que constituyen un asunto de gran interés para la psicolingüística, por las consecuencias que pueden tener desde una mirada social y demográfica (Bernardo, Arancibia, 2010).

Park, y Schwarz (2002) afirman que a medida que se envejece se presenta un mayor gasto de tiempo en la realización de algunas tareas que requieren de los procesos mentales, tales como atención, memoria y comprensión; adicionalmente sostienen que en la vejez se presenta pérdida de sensibilidad visual y auditiva, las cuales ocasionan problemas de comunicación en el adulto mayor y por ende, repercuten de manera desfavorable en el procesamiento de la información. El estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento realizado en Colombia en el año 2015, encontró que el deterioro cognitivo, la demencia y el alzhéimer afectan después de los 85 años a un 66% de los adultos mayores (Ministerio de Salud, Colciencias, 2016)

La teoría del enlentecimiento destaca que hay una disminución de la eficacia de los procesos mentales en el envejecimiento; es decir, que la velocidad de procesamiento es más lenta en los viejos que en los jóvenes, lo cual es explicado por una disminución general de la velocidad de transmisión neural (Cerella, 1985, Salthouse, 1996).

Una investigación realizada en España analizó las relaciones entre cambios cognitivos y capacidad narrativa en 80 sujetos sanos de entre 40 y 91 años, concluye que hay cambios significativos con la edad en cantidad, cohesión y cantidad y calidad del contenido de las narraciones y que las variables que mejor predicen esos cambios son las de velocidad de procesamiento, las de habilidad verbal y las de memoria operativa; además los

mayores tienen más dificultades para ajustarse al contenido gráfico de las láminas y articularlo coherentemente dentro de un modelo de situación (Pereiro, y Juncos 2003).

Otro estudio en Argentina con 191 sujetos sanos de entre 20 y 88 años, evaluando el desempeño lingüístico, determinó que hay diferencias significativas en los puntajes obtenidos en varias de las tareas lingüísticas, teniendo en cuenta la edad y nivel de instrucción o la interacción de ambas variables; es decir que los puntajes más bajos fueron obtenidos por los sujetos de mayor edad y menor escolaridad y no se observaron diferencias significativas en los resultados según la variable de género (Labos, Del Río, y Zabala, 2009). Fernández-Blázquez, et al (2012), al realizar el test de Denominación de Boston (BNT) entre 405 personas mayores de 65 años encontraron que tanto la edad como el nivel educativo tenían un efecto significativo sobre el rendimiento.

En cuanto al componente semántico del lenguaje, se afirma que el adulto mayor presenta disminución en la fluidez verbal y la denominación de objetos (Spar y La Rue, 1997). Algunos autores, entre ellos Burke (2000) sostiene que en la vejez se presentan dificultades en la recuperación fonológica, lo cual se evidencia con el fenómeno conocido como “de la punta de la lengua” en donde el adulto mayor presenta dificultades para encontrar las palabras que quiere pronunciar, a pesar de conocerlas.

En general, se observa que las habilidades lingüísticas podrían verse afectadas por problemas cognitivos relacionados con: memoria, atención, concentración, comprensión, abstracción y planificación.

## Lenguaje y depresión

La disminución de las funciones cognitivas como: la atención, la memoria y las funciones ejecutivas están relacionadas con la depresión (Goodale, 2007), por lo tanto es frecuente que los adultos mayores con patologías médicas crónicas, deterioro cognitivo o pérdida de funcionalidad, presenten cuadros depresivos (Alexopoulou et al., 2002).

El lenguaje tiene un papel preponderante con relación a la depresión: se hizo un estudio donde se examinó la actuación lingüística de adultos mayores con trastorno afectivo mayor y se compararon con ancianos normales, los resultados mostraron que los adultos deprimidos presentaron déficits en denominación, la lectura de sílabas sin sentido y en la escritura al compararlos con los ancianos normales (Speedie, 1990).

Otra investigación realizada con 26 pacientes con depresión mayor y 64 pacientes sanos como grupo control, comparó el tiempo de reacción motriz y la prueba de memorización de cinco letras y encontró que el desempeño fue mejor en el grupo control y concluye que la depresión mayor puede afectar a los procesos de memoria (Ortiz, 2003).

Cerquera (2008) al realizar una investigación con 67 adultas mayores en un asilo en Bucaramanga (Colombia) concluye que existe correlación entre el deterioro en los procesos cognitivos y la presencia de depresión.

## Metodología

Estudio trasversal de nivel de investigación correlacional comparando los resultados de las pruebas Yesavage (Gómez y Campo, 2011, Bacca, González y Uribe, 2005) y el test de denominación de Boston (Goodglass y Kaplan, 1986).

La escala de depresión geriátrica de Yesavage, de la cual existe una versión completa de 30 ítems y una reducida de 15 ítems, es una de la más utilizadas para evaluar la depresión de los ancianos (Tuesta, Fierro, Molinares, Oviedo, Polo, Polo *et al.*, 2003). La escala reducida ha sido validada en Colombia en dos ocasiones (Gómez y Campo, 2011, Bacca, González y Uribe, 2005) y se encontró que es muy confiable y predice razonablemente el constructo de depresión. Agrupa en tres niveles la depresión: normal, con puntaje de 0 a 5; leve, de 6 a 10 y severa de 11 a 15; esta fue la que se aplicó.

Es de aclarar que no es un sustituto de entrevista diagnóstica del profesional de salud mental sino que facilita la evaluación de la depresión.

El test de denominación de Boston (BNT, por sus siglas en inglés) es una prueba que tiene 3 objetivos generales: -Diagnosticar la presencia y el tipo de cuadro afásico que presenta el paciente, dando lugar a inferencias sobre la localización cerebral. -Evaluar el nivel de rendimiento a lo largo de un amplio rango, tanto para la determinación inicial como para la detección del cambio en el tiempo. -Evaluar globalmente las dificultades y posibilidades del paciente en todas las áreas del lenguaje. Está compuesto de 60 figuras que el administrado nombra. Los datos normativos para esta prueba en Colombia los establecieron Quijano *et al.* (2016).

Antes de aplicar los test anteriores se aplicó el test Minimental (Lobo, Saz, Marcos, Día, De la Cámara, Ventura, et al., 1999) con el fin de evaluar si estaba en capacidad para responder.

Los criterios de inclusión fueron: edad 60 años o más, capacidad para responder la entrevista y residente en el municipio de Medellín (Antioquia). Los adultos mayores fueron contactados entre octubre y noviembre de 2016.

### **Variables**

Las variables sociodemográficas consideradas fueron el género, la edad, el estrato socioeconómico, el nivel educativo y el estado civil; Además, se aplicaron la escala de depresión Yesavage y El test de denominación Boston

### **Población y muestra**

La población objeto estuvo conformada por 80 hombres y mujeres de 60 años o más, la mitad de ellos residentes en hogares gerontológicos y todos del municipio de Medellín (Antioquia) que cumplieron con los criterios de inclusión.

### **Análisis estadístico**

Se hizo con el programa SPSS<sup>®</sup>, versión 21 para Windows. Para el análisis univariado se emplearon frecuencias absolutas y proporciones. Se utilizaron pruebas paramétricas para la comparación de los dos test; se empleó la prueba de diferencias de medias con el indicador t de Student para variables cuantitativas y la prueba de ji cuadrado para las variables nominales. El nivel de significancia se fijó en  $p \leq 0,05$ .

### **Aspectos éticos**

En el proceso de recolección de la información cada uno de los participantes firmó un consentimiento informado, en el que se especificaba el manejo confidencial y anónimo de sus datos y se daba autorización para realizar la entrevista (Ministerio de Salud, 1993).

## Resultados

### Datos sociodemográficos

De los 80 adultos, el 73.8% son del género femenino; con respecto a la edad, representan el mayor porcentaje los menores de 75 años (66.3%), seguidos por los que tienen entre 75 y 85 años (26.2%), el resto son mayores de 85 años. Los adultos solteros, separados y viudos (sin compañero), representan un 60%, los demás son casados o en unión libre. De acuerdo con la escolaridad, son más representativos los que cursaron algún grado de secundaria (46.2%), le siguen aquellos que realizaron algún nivel de primaria (30%), son menos representativos quienes no realizaron ningún estudio. Las personas de estrato medio son quienes presentan el mayor porcentaje (40%); los de menos porcentaje son los que pertenecen al estrato bajo (28.8%). La mitad están en internados en centros gerontológicos.

**Tabla 1**

*Variables sociodemográficas*

<b>Variable</b>		<b>f</b>	<b>F</b>
<b>Género</b>	<b>Femenino</b>	59	73.8
	<b>Masculino</b>	21	26.2
<b>Edad (en años)</b>	<b>Menor de 75</b>	53	66.3
	<b>75-85</b>	21	26.2
	<b>Mayor de 85</b>	6	7.5
<b>Estado civil</b>	<b>Con compañero</b>	32	40
	<b>Sin compañero</b>	48	60
	<b>Ninguno</b>	3	3.8

<b>Escolaridad</b>	<b>Primaria</b>	24	30
	<b>Secundaria</b>	37	46.2
	<b>Superior</b>	16	20
<b>Estrato</b>	<b>Bajo (1,2)</b>	23	28.8
	<b>Medio (3,4)</b>	32	40
	<b>Alto (5,6)</b>	25	31.2
<b>Tipo</b>	<b>Externo</b>	40	50
	<b>Interno</b>	40	50

---

#### Estadísticos descriptivos de depresión y léxico

La mayoría de los adultos mayores no presentan depresión (77.5%); con nivel de depresión leve (puntaje de 6 a 10) representan el 15% el resto padecen depresión severa (puntaje de 11 a 15).

**Tabla 2**

*Nivel depresión (escala Yesavage)*

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Normal</b>	62	77.5
<b>Leve</b>	12	15
<b>Severo</b>	6	7.5
<b>Total</b>	80	100,0

---

En la prueba de Yesavage se tiene Media de 3.66, con D.E=3.802. En las puntuaciones del BNT, la Media es 43.20, con D.E=7.974. Los resultados encontrados en los test estandarizados en Colombia, son: En la prueba de Yesavage la Media es de 3.75, con D.E. 2.817, no se presenta el percentil aunque pareciera cercano al 50 (Bacca, González y Uribe, 2005) y en BNT la Media es de 43.38, con D.E. 8.77, El percentil correspondiente es 40 (Quijano et al., 2016). lo que indica que este estudio no presenta diferencias con lo estandarizado.

#### Relación con situación de interinidad

Se encontró que las puntuaciones de Yesavage son más altas para las personas internas que para las externas,  $U=520.000$ ,  $p= .007$ . Las puntuaciones del BNT son más bajas para las personas internas, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa,  $t(78) = -1.152$ ,  $p=.253$ .

#### Relación respecto a la edad

En la escala de Yesavage se presenta una correlación directamente proporcional; es decir, a medida que aumenta la edad, también aumenta el puntaje en depresión,  $\rho=.264$ ;  $p=.018$ . El BNT presenta una correlación inversa, a menor edad es mayor la puntuación;  $\rho= -.351$ ;  $p=.001$ .

#### Relación con el estado civil

En la escala de Yesavage las puntuaciones son más altas para los adultos que no tienen con compañero (solteros, viudos y separados) que para aquellos que tienen compañero (casados y unión libre)  $U=741.000$ ,  $p= .789$ . Las puntuaciones del BNT son

más bajas para las personas que tienen compañero,  $t(78) = .011$ ,  $p = .991$ . Aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

#### Relación con el nivel socioeconómico

En Yesavage se tiene  $H = .567$ ,  $p = .753$ . En BNT  $F = .074(2)$ ,  $p = .928$ , lo que indica que no hay diferencias significativas.

#### Relación con el género

Se presenta mayor depresión en el hombre  $U = 510.000$ ,  $p = .226$ . Las puntuaciones del BNT son más altas en el hombre  $t(78) = 1.569$ ,  $p = .121$ . Aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

#### Relación con la escolaridad

En Yesavage se tiene  $H = .820$ ,  $p = .845$ . En BNT  $F = .157(3)$ ,  $p = .925$ , lo que indica que no hay diferencias significativas.

#### Relación entre depresión y léxico

Se presenta una correlación negativa  $\rho = -.075$ ,  $p = 0.506$ ; es decir que a mayor depresión, es menor el puntaje en el BNT; pero el grado de afinidad es débil.

#### Discusión

Entre los adultos mayores se encontró que el 22.5% padece algún grado de depresión; resultados mayores a lo que enuncian Oquendo y Soubllet (2003) quienes afirman que entre el 10% y 15% de la población anciana padece algún grado de depresión

pero otros autores encontraron que la prevalencia entre los antioqueños es del 26.3% (Gobernación de Antioquia, Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia y Universidad CES, 2014), por tanto lo hallado en este estudio se aproxima a dichos resultados.

Se encontró que es mayor la depresión en los adultos mayores que están en hogares geriátricos; cuando se interna al anciano sufre una gran cantidad de pérdidas como: su independencia, la cercanía de sus familiares y amigos, su espacio (Cerquera, 2008); el adulto cuando llega al hogar geriátrico se siente desarraigado porque cambia su espacio y ya no cuenta con los vínculos sociales que tenía antes de ingresar; adicionalmente se presenta una disminución en sus facultades psicofísicas y aumenta su dependencia, empeorando su calidad de vida; es más, la sola internación genera depresión (Cerquera, 2008, Ayuso, 2008).

En esta investigación se halló que a medida que aumenta la edad, el desempeño en BNT va disminuyendo, resultados que concuerdan con lo que encontraron Fernández-Blázquez, et al (2012), adicionalmente otros autores enuncian que la edad está relacionada los procesos mentales (Cerella, 1985, Salthouse, 1996, Park, y Schwarz, 2002) y que a medida que se aumenta la edad, se va perdiendo la capacidad de memoria (Pereiro, y Juncos 2003) y disminuye el desempeño en las tareas lingüísticas (Labos, Del Río, y Zabala, 2009).

No se encontraron diferencias entre la escolaridad, el rendimiento en léxico, y la depresión; el nivel educativo está muy relacionado con el conocimiento del medio que el individuo adquiere y con el vocabulario. Teniendo en cuenta la escolaridad, en este estudio no se evidencian diferencias en el desempeño del BNT aunque Fernández-Blázquez, et al

(2012), al evaluar adultos mayores con BNT, encontraron diferencias significativas y Labos, Del Río, y Zabala (2009) al relacionar la escolaridad con la lingüística llegan a la misma conclusión.

Algunos autores han relacionado variables sociodemográficas como el estado civil, el estrato socioeconómico y la edad con la depresión; el no contar con una pareja, deprime al anciano. Ayuso (2008) afirma que la viudez es el principal factor desencadenante de esta patología y las personas separadas y viudas presentan mayor grado de depresión (Menchón, Crespo y Antón 2001); Ayuso (2008) y Hernández, Vásquez y Ramo (2012) dicen que a menor estrato socioeconómico es mayor la depresión; además cuando no se cuenta con recursos económicos y se tiene edad avanzada, hace que el adulto se sienta más vulnerable (Pinquart & Sörensen, 2001). Sin embargo, aunque en esta investigación hay relación entre estas variables con la depresión, no es significativa estadísticamente.

Cuando se compara el valor de la media de ambas pruebas, Yesavage y BNT con los resultados encontrados en los test estandarizados en Colombia, se puede apreciar que este estudio no presenta diferencias con lo estandarizado.

Aunque en este estudio no se encontró relación entre la denominación y la depresión en el adulto mayor, existen otros que han incursionado en las funciones cognitivas y la depresión; por ejemplo Speedie (1990) afirma que la denominación se ve afectada con síntomas depresivos; Cerquera (2008) concluye que existe relación entre la depresión y el deterioro cognitivo y Ortiz (2003) infiere que el déficit en la memoria está relacionado con el trastorno afectivo mayor. En estas investigaciones se compararon pacientes depresivos con grupos que no padecían depresión; este estudio fue con adultos mayores en general y los que tenían algún grado de depresión fueron pocos (22.5%).

## Recomendaciones

Evitar, en la medida de lo posible, la internación geriátrica puesto que ello implica un rompimiento, porque se cortan muchos vínculos: con la familia, los amigos, los lugares, e incluso con los bienes materiales; por el otro lado, se induce al adulto a que se acomode a un espacio nuevo, a personas extrañas y a otros hábitos. La vejez como ciclo evolutivo complejo implica, igualmente, muchísimos cambios, los que, sumados a la internación generan depresión.

Cambiar la visión que se tiene del adulto mayor como un ser inválido, enfermo y sin poder de decisión; esto debe hacerse en todos los ámbitos: gubernamentales, culturales y sociales; se debe capacitar al niño a prepararse para la vejez, para un envejecimiento activo donde se optimicen las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Esta población va en aumento y por tanto adquirir la conciencia colectiva de que ser persona vieja se convierta en un factor positivo que influya en todas las políticas, programas y actividades relacionadas con el envejecimiento y la vejez.

Validar el test de denominación de Boston en el contexto colombiano y con el adulto mayor con el fin averiguar hasta qué punto factores sociales y culturales pueden asociarse a los efectos del envejecimiento en las habilidades lingüísticas y posteriormente aplicarlo para tener resultados empíricos para que todos los profesionales que estén relacionados con personas mayores tomen decisiones que propendan al bienestar de ellas.

## Conclusiones

El adulto mayor es un ser vulnerable en muchos aspectos y esta condición lo hace más propenso a la depresión y esta se acentúa más cuando es llevado a residencias geriátricas. El estado civil, el estrato socioeconómico y la edad tienen relación con la depresión además estas últimas dos variables también se relacionan con el léxico; por tanto el tener pareja, contar con altos recursos económicos y tener menos de 75 años son factores protectores para la depresión. No se encontró relación significativa entre la depresión y el léxico.

## Referencias

- Alexopoulou GS, Buckwalter K, Olin J, Martinez R, Wainwright C y Krishnan KR. (2002). Comorbidity of late-life depression: an opportunity for research in mechanism and treatment. *Biological Psychiatry Journal*, 52, 543-58.
- Alvarado, AM y Salazar, AM. (2014) Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 25(2), 57-62.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Estadístico de Trastornos Mentales* (5ª ed.). Washington, DC: Autor.
- Aranda, C, Pando M., Flores M. y García T. (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Barba*, 28 (2), 69-74.

Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010 Bogotá: Colombia. Recuperado de:  
<http://profamilia.org.co/docs/ENDS%202010.pdf>

Ayuso, JL. (2008). La depresión en la tercera edad. *Psiquiatría Biológica*, 9, 76-104.

Bacca, AM, González, A. y Uribe, AF. (2005) Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1, 53-63.

Blazer, DG. (2003) Depression in late life: review and commentary. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249-265.

Burke, DM, MacKay, DG. & James, LE. (2000). Theoretical approaches to language and aging. En T. J. Perfect, & E. A. Maylor (eds.). *Models of cognitive aging*. New York: Oxford University Press, 204-237.

Cardona, D., Estrada, A., Chavarriaga, LM., Segura, AM., Ordoñez, J.y Osorio, JJ. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado en Medellín, (2008). *Revista Salud Pública*, 12 (3):414-424.

Cerella, J. (1985). "Information processing rates in the elderly". *Psychological Bulletin*, 98 (1), 67-83.

Cerquera, AM. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7, 271-281.

- Clemente, A., Tartaglino, MF y Stefani D. (2009). Estrés Psicosocial y Estilos de Afrontamiento del adulto mayor en distintos Contextos habitacionales. *Revista Argentina Clínica Psicológica*, 18(1), 69-75
- Ey, H. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. 8ª ed. Barcelona: Toray Masson.
- Gil, E. (2003). *El poder gris. Una nueva forma de entender la vejez*. Barcelona: Mondador.
- Gobernación de Antioquia, Secretaría de Salud y Protección social de Antioquia y Universidad CES. Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, 2012. (2013). Medellín: L Vieco S.A.S.
- Gómez, C.y Campo, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.
- Goodale, E. (2007). Síntomas cognitivos de la depresión. *Revista de toxicomanías*, 50, 13-15.
- Goodglass H, Kaplan E. (1986). *La evaluación de la afasia y trastornos relacionados*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Guzmán, J.y Sosa, Z. (2002). *Los adultos mayores en America Latina y el Caribe. Datos e Indicadores*. Chile, CELADE. Edición especial.
- Hernández, ZE, Vásquez, JM y Ramo A. (2012). Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3, 1-27. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Documents/Situacion%20Actual%20de%20las%20Personas%20adultas%20mayores.pdf>

Labos, E., Del Río, M. y Zabala, K. (2009) Perfil de desempeño lingüístico en el adulto mayor. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 13, 1-13

Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, de la Cámara C, Ventura T, et al. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en población general geriátrica. *Medicina Clínica (Barc)*, 112, 767-74.

M.A. Fernández-Blázquez, et al. (2012). Nueva versión reducida del test de denominación de Boston para mayores de 65 años: aproximación desde la teoría de respuesta al ítem. *Revista de Neurología*; 55, 399-407.

Marín, PP., Guzmán, JM. y Araya A. (2004). Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿cómo saber cuántos son? *Revista Médica de Chile*, 132, 832-838.

Martínez, O. (2007). Depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 29 (5).

Recuperado de:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema10.htm>

Martínez, PC, Flórez-Lozano JA, Ancizu, I., Valdés, CA, Adeva-Cádenas J. (2003).

Repercusiones psicológicas y sociales de la prejubilación. *Psicothema*, 15, 49-53.

Menchón, JM, Crespo, JM y Antón JJ. (2001). Depresión del anciano. *Curso de formación continuada en geriatría*. 3, 4-12.

Ministerio de la Protección Social Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-

2019, 2007. Bogotá: Colombia. Recuperado de:

[<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTI%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>]

Ministerio de Protección Social Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003, Documento de revisión, 2004. Bogotá: Bogotá: Colombia.

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Ministerio de Salud (1993). Resolución número 8430 de octubre 4 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana y

Datos, Procesos y Tecnología SAS. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Bogotá: Colombia. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia, 2007. Bogotá: Colombia. Recuperado de:

Ministerio de Salud, Colciencias. SABE Colombia 2015: estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Resumen ejecutivo, 2016. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>

Miranda, C. A, Gutiérrez, J. C, Bernal, F. y Escobar C.A. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29, 251-260.

Oquendo, ME y Soubllet O. (2003). ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor? *Revista Cubana de Enfermería*, 19, 1-7.

Organización Panamericana de la salud, Organización mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente, 2012.

Washington, DC. Recuperado de:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&catid=740%3Apress-releases&Itemid=1926&lang=es)

Ortiz T, Pérez-Serrano, JM., Zaglul C., Coullaut, R., Coullaut Jr. J., Criado J y Fernández A. (2003). Déficit de los potenciales evocados cognitivos durante una tarea de memoria en pacientes con depresión mayor. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(4), 177-181.

Park, D., Schwarz. N. (2002). *Envejecimiento Cognitivo*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Pinquart, M. & Sörensen S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic Appl Soc Psych*, 23, 245-266.

- Quijano, M. et al. (2015). Datos normativos del Test de Denominación de Boston para Población Colombiana. En J. Arango-Lasprilla & D. Rivera (editores). *Neuropsicología en Colombia: datos normativos, estado actual y retos a futuro* (p.p. 209-222). Manizales: Editorial Universidad Autónoma de Manizales.
- Quintero, A., Henao, M.E, Villamil, M.M. y León, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 35, 90-100.
- Restrepo, C. y Malagón, N. (1997). Factores de Riesgo Asociados al Síndrome Depresivo en la Población Colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 26(1), 23-35.
- Rodríguez Feijóo, N. (2007). Factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos. *Psicología y Psicopedagogía*, 6(17), 1-8.
- Salthouse, T. A. (1996). The Processing-Speed Theory of Adult Age Differences in Cognition. *Psychological Review*, 103(3), 403-428.
- Spar, J. & La Rue, A. (1997). Concise Guide to Geriatric Psychiatry, Washington: American Psychiatric Press. En: Agüera, I., Cervilla, J. & Martín, M. (2006) *Psiquiatría Geriátrica. ed. 2ª*. Barcelona, España. editorial Masson.
- Speedie, L., O'Donnell, W., Rabins, P., Pearlson, G., Poggi, M. y González, LJ. (1990). Language performance deficits in elderly depressed patients. *Journal Aphasiology*, 4(2), 197-205.

Tuesta, MR, Fierro, HN, Molinares, SA, Oviedo, MF, Polo, AY, Polo CJ, *et al.* (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 595-604.

Véliz, M., Riffo, B., Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 48 (1), 75-103.

Vicente, B., Rioseco, O., Saldivia S., Kohn, R. y Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 506-514.

Pereiro, A.X, y Juncos, O. (2003). Relación entre cambios cognitivos y lenguaje narrativo en la vejez. *Psicothema*, 15(1), 71-74.