

**SINTOMAS DE DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
EN PERSONAS MAYORES: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA DE 2015
A 2020**

Leidy Carolina Olaya Rúa



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

Noviembre-2020

**SINTOMAS DE DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
EN ADULTOS MAYORES: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA CIENTÍFICA DE 2015**

A 2020

Leidy Carolina Olaya Rúa

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor: Verónica Córdoba Sánchez



INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE ENVIGADO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

PSICOLOGÍA

ENVIGADO

2020

Agradecimiento

Agradezco infinitamente a Dios por permitirme alcanzar cada logro que me propongo en el proceso de vivir, por darme la oportunidad de ingresar, avanzar y concluir esta hermosa carrera profesional. A mis abuelos Ruth y Darío por quererme y criarme como una hija, ser pacientes, apoyarme, inculcarme valores, corregir mis errores, y desearme lo mejor en cada proyecto que emprendo. A mis tías y tíos que han sido como unos padres para mí, especialmente a Ruth María que desde el primer día me tomo en sus brazos y aun me sostiene en cada paso del camino, a mi hermana Daniela que con su valentía ante el mundo es fuente de inspiración.

A mi pareja Sebastián, quien junto con toda su familia se han vinculado con su apoyo en este hermoso proyecto de ser Psicóloga. A mi hermosa hija Emilia que es mi motor y mi fuerza para ser una mejor versión de mi misma día a día.

Agradezco enormemente a la Institución Universitaria de Envigado por brindarme el espacio y los conocimientos para convertirme en la Profesional que soy, además por inculcar en mí el deseo de aprendizaje y mejora constante. Por último y no menos importante a mi asesora Verónica Córdoba, quien fue mi guía, mi soporte y la mejor maestra que pudo poner Dios en mi camino, sin sus consejos, paciencia y orientación este trabajo no hubiera sido posible.

Tabla de contenido

Abstract	9
Introducción	10
1. Planteamiento del Problema	13
2. Justificación	20
3. Objetivos	25
3.1. Objetivo General	25
3.2. Objetivos Específicos	25
4. Marco Referencial	26
4.1. Marco de antecedentes	26
4.1.1 Antecedentes Internacionales	26
4.1.2 Antecedentes nacionales	33
4.2. Marco teórico	37
4.2.1 El envejecimiento.	37
4.2.2 La calidad de vida.	42
4.2.3 La Calidad de vida en el adulto mayor	43
4.2.4 La calidad de vida relacionada con la salud	46
4.2.5 La depresión en el adulto mayor	48
4.3. Marco ético legal	50
5. Metodología	52
5.1. Tipo de estudio	52
5.2. Nivel de estudio	52
5.3. Diseño de estudio	52
5.6. Procedimiento	53
6. Resultados	58
Incluidos	59
Elegibilidad	59
Revisión	59

Identificación	59
7. Discusión	80
8. Conclusiones	84
Referencias	87
Anexos	104

Índice de Tablas

Tabla 1. Estrategia de búsqueda usadas de acuerdo a las bases de datos específicas julio de 2020	55
Tabla 2. Caracterización de los estudios incluidos en la revisión.....	60
Tabla 3. Objetivos, síntomas y principales resultados de los estudios sobre depresión, calidad de vida relacionada con la salud en muestras clínicas.	67
Tabla 4. Objetivos, síntomas y principales resultados de los estudios sobre depresión, calidad de vida relacionado con la salud y factores psicosociales.	75

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios de acuerdo a la declaración PRISMA 59

Resumen

El envejecimiento poblacional es un hecho innegable que ha tomado fuerza en el campo investigativo en los últimos años. La edad avanzada trae consigo un deterioro biológico que predispone al organismo para la adquisición de enfermedades, las cuales pueden afectar la concepción de calidad de vida que tiene cada persona. Esta investigación tuvo como objetivo principal conducir una revisión sistemática de la literatura sobre la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor con síntomas de depresión. La metodología empleada fue una revisión sistemática de la literatura de estudios que investigaron la relación entre la depresión, la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores de 55 años, publicadas entre 2015 y 2020, en las bases de datos Pubmed, Scielo y Scopus. En total se incluyeron 35 artículos en esta revisión, a partir en los cuales se halló una relación estrecha entre la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas de depresión, la cual está mediada por condiciones físicas y psicosociales entre las que se destacan el tener enfermedades crónicas, dolor persistente, comorbilidades, disminución de la independencia, falta de ingresos económicos, alto porcentaje de grasa corporal, sedentarismo, vivir solo, pertenecer al género femenino y no tener cuidadores empáticos.

Palabras clave: Depresión, calidad de vida relacionada con la salud, personas mayores, psicología de la salud, envejecimiento, geriatría, vejez.

Abstract

Population aging is an undeniable fact that has gained strength in the research field in recent years. Advanced age carries a biological deterioration that predisposes the body to the acquisition of diseases, which can affect the conception of quality of life that each person has. The main objective of this research was to conduct a systematic review of the literature on health-related quality of life in the elderly with symptoms of depression. The methodology used was a systematic review of the literature of studies that investigated the relationship between depression and health-related quality of life in people over 55 years of age, published between 2015 and 2020, in the Pubmed, Scielo and Scopus. A total of 35 articles were included in this review, from which a close relationship was found between health-related quality of life and symptoms of depression, which is mediated by physical and psychosocial conditions, among them we found chronic diseases, persistent pain, comorbidities, decreased independence, lack of income, high percentage of body fat, sedentary lifestyle, living alone, belonging to the female gender and not having empathetic caregivers.

Keywords: Depression, health-related quality of life, old people, health psychology, aging, geriatrics, old age

Introducción

La presente investigación tuvo como principal objetivo conducir una revisión sistemática de la literatura acerca de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en las personas mayores de 60 años con depresión o que evidenciaban síntomas depresivos. En los últimos años la investigación enfocada hacia la calidad de vida relacionada con la salud ha adquirido un mayor grado de interés en todos los grupos etarios, especialmente en la coloquialmente llamada edad dorada. Esto no es de extrañar, debido al progresivo aumento de la población mayor de 59 años que se evidencia actualmente y que se pronostica para las futuras décadas. Razón por la cual se hace imprescindible indagar por la última etapa del desarrollo del ser humano y sus factores asociados.

Según la información que reposa en el Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022, en Colombia más de 5 millones de personas son mayores de 60 años, de los cuales aproximadamente una tercera parte requiere un cuidador y más de tres millones de ellos no reciben ingresos económicos. Lo cual pone en evidencia que, en este momento nuestro país no cuenta con las acciones suficientes para garantizarle a esta creciente población un envejecimiento adecuado (PND, 2020). En la medida que nos enfrentamos como sociedad, profesionales e individuos al fenómeno del envejecimiento poblacional, se manifiesta la necesidad de que la investigación científica aborde y profundice en estos temas, pues el progresivo incremento de la

población adulta mayor, el mantenimiento y mejora de la calidad de vida se ha convertido en una importante fuente de interés para los gobiernos.

El aumento de la edad cronológica es un factor de riesgo que influye en todos los seres humanos para desarrollar enfermedades físicas, el desgaste biológico, orgánico y funcional es inevitable y puede afectar la salud a medida que pasan los años. En tanto que el tiempo se va sumando es más probable que las enfermedades presentes adquieran más fuerza, se establezcan de base o crónicas y aparezcan nuevas, lo cual da lugar a múltiples diagnósticos (comorbilidad o multimorbilidad) lo cual está comprobado que, en sumatoria con otros factores, afectan la apreciación de la calidad de vida relacionada con la salud (Sheridan, Mair y Quinones, 2019). Al presentarse en las personas mayores enfermedades de larga duración como: afecciones cardíacas, pulmonares, cáncer entre otras, su sensación de independencia funcional disminuye y esto afecta enormemente la CVRS (Vargas-Ricardo y Melguizo-Herrera, 2017 y She, et al., 2019).

Además de las enfermedades físicas, uno de los trastornos mentales que más puede interferir con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la depresión, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2017b, p.1).

En Latinoamérica se encontró una alta prevalencia en la presencia de síntomas depresivos o el diagnóstico de un trastorno depresivo en este grupo poblacional (Calderón, 2018), lo cual debe ser foco de atención gubernamental, social e individual, tanto para el mejoramiento de planes de salud, promoción, prevención y atención oportuna en el área de salud mental, elaboración y mejoramiento de los planes de desarrollo, creación de programas de entretenimiento y salud para el adulto mayor con algún diagnóstico incapacitante, sensibilización para la interacción efectiva y funcional dentro la sociedad, entre otros.

La presente investigación hizo parte del proyecto “Síntomas de depresión característicos en las personas mayores” del grupo PAYS, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Institución Universitaria de Envigado.

Tuvo como objetivo abordar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión en las personas mayores, a partir de una revisión sistemática en la literatura científica de los últimos 5 años. Los hallazgos indican que ambas variables guardan una profunda relación, la cual está mediada por factores físicos y psicosociales entre las que se destacan el tener enfermedades crónicas, dolor persistente, comorbilidades, disminución de la independencia, falta de ingresos económicos, alto porcentaje de grasa corporal, sedentarismo, vivir solo, pertenecer al género femenino y no tener cuidadores empáticos.

1. Planteamiento del Problema

A nivel mundial se estima que en 30 años la cantidad de personas mayores de 60 años será de alrededor de 2000 millones (OMS, 2017), es decir, que para el 2050, según la Organización Mundial de la Salud, la población de personas mayores en el mundo será de un 22%. Un proceso ineludible, individual, fisiológico y cognitivo, es envejecer, y en la actualidad, si se quiere ver de manera poética, la población a nivel general se está marchitando rápidamente, cada vez son más los países que se preparan económica, mental y estructuralmente para manejar habitantes avejentados en grandes cantidades, y no es para menos, si se realiza una búsqueda rápida en Internet, con las palabras “envejecimiento poblacional o países envejecidos” emergen listas, gráficos y pronósticos, seguidos de artículos y noticias con las medidas que cada nación ha tomado o planea ejercer para enfrentar lo inevitable. Los países asiáticos encabezan los listados de envejecimiento poblacional acelerado, Japón y Corea del Sur, se disputan el primer lugar, lo cual es totalmente comprensible por su sobrepoblación, continuando con Europa y finalizando con los países en vía de desarrollo.

Según Aranda (2018), la oficina del censo estadounidense ha declarado que este fenómeno demográfico no tiene precedentes, puesto que, en los próximos decenios, la cantidad de personas mayores será más del doble de niños menores de cinco años, es decir, a nivel general ha disminuido la mortalidad y la fecundidad. El panorama en Latinoamérica es similar al del

resto del mundo, según Datos macro (2017), en Colombia la expectativa de vida es de 74 años y desde el año 1960 en la población femenina ha incrementado 20 años y 16 en la masculina, un incremento de dos décadas, que invita a reflexionar en los factores a mejorar dentro de la calidad de vida para los años adicionales.

Frente a este fenómeno en nuestro país, el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez (OEV Colombia, 2015) y la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007 - 2019, se propone centralizar y gestionar la información sobre la situación de salud y desarrollo de la población de 60 años y más, desde el abordaje de los determinantes sociales del proceso de envejecimiento y la vejez, con el fin propósito de orientar la políticas basada en la evidencia que mejoren la atención en salud de las personas en edad avanzada, la promoción del envejecimiento activo, la afectación positiva de los determinantes sociales, así como orientar la toma de decisiones de protección social que aseguren un abordaje efectivo del envejecimiento poblacional en Colombia durante las próximas décadas.

Al respecto, en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, se plantea que más de la mitad de la población de personas mayores en el país no cuenta ningún tipo de protección económica para la vejez, esto corresponde a 3,5 millones de personas, es decir 20 de cada 100. Por esta razón este plan estipula que en la actualidad las acciones desarrolladas no han sido suficientes para garantizar un envejecimiento activo y saludable y por tanto se plantea como meta que los adultos

mayores cuenten con acceso a oportunidades de ingreso, servicios de salud y cuidado de calidad que posibiliten una vida activa y sana enmarcada en la dignidad y la felicidad

En Antioquia el censo poblacional del Dane 2018, resalta la disminución de la población joven y el aumento de las personas mayores de 64 años. El encargado del Departamento Estadístico, ha hecho un llamado al Estado, para intensificar la inclusión social de la población madura, la cual, cada año se incrementa más. La Gobernación de Antioquia, dentro de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, explican cómo se está preparando el departamento para un futuro no muy lejano, uno de los proyectos más importantes es La Política Antienviejamiento: Vivir Más y Mejor que se propone: “lograr el mejoramiento de la calidad y expectativa de vida de los habitantes del territorio antioqueño” (DSSA, 2019) interviniendo aspectos como, la alimentación, la infraestructura, el entretenimiento, la cultura y el medio ambiente.

De igual forma el Plan de Desarrollo de Antioquia 2020-2023, en su enfoque poblacional, destaca a las personas mayores como un grupo especialmente vulnerable frente a diversos problemas como: violencia intrafamiliar, abandono, inequidad social y económica, inoportuna atención médica, bajos niveles de formación, dificultades de acceso a la pensión, pobreza extrema, violencia, maltrato, malnutrición, entre otros y señala que es imperante el fortalecimiento de las estrategias de atención para esta población, lo cual se proyecta concretar a través de estrategias que contemplan el acceso a la salud, seguridad alimentaria y nutricional,

formación, generación de ingresos, y su participación dentro del entorno comunitario, social y económico, además del fortalecimiento de la familia y/o cuidadores como vigías de la protección de este grupo poblacional.

En cuanto a la perspectiva local en Medellín y el Área Metropolitana se ha identificado que los ciudadanos mayores de 50 años son aproximadamente 806.637 (Área, 2019). En el Plan de Desarrollo de Envigado 2020-2023 (PNDE, 2020), se reconoce a la población adulta mayor como una de las que más demanda acciones de los programas sociales y de salud, por ser la que se encuentra más desprotegida en términos pensionales y de protección social, frente a lo cual se busca realizar acciones de fomento y promoción de estilos de vida saludables como actividad física, nutrición, autocuidado de la salud, disminución de factores de riesgo como el consumo de alcohol, drogas y tabaco.

Como puede observarse, desde el marco político nacional, regional y local, se apunta a promover la calidad de vida de las personas mayores, sin embargo, el contexto donde habitan, su historia de vida, la red de apoyo social, las barreras de acceso al sistema de salud y el progresivo deterioro de la salud física pueden llegar a convertirse en obstáculos importantes para lograrlo. Adicionalmente se ha encontrado que las personas mayores son más propensas a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos neurocognitivos, problemas de sueño y trastornos afectivos (Varela, 2016), lo cual puede afectar su calidad de vida y predisponer a la presencia de síntomas depresivos.

La OMS (2017a), plantea que frente a la salud mental de la persona mayor se deben tener consideraciones especiales puesto que si bien la población general se enfrenta a factores sociales, psíquicos y biológicos que van a ser determinantes para su salud mental, en las personas mayores se van a encontrar otros fenómenos determinantes diferenciales como son las dificultades de movilidad, el dolor crónico y la fragilidad, así como la condición de vulnerabilidad frente al maltrato, la pobreza y el abandono, factores que pueden ser concomitantes con problemas en su salud física y mental.

Un concepto que agrupa cómo un individuo percibe las circunstancias arriba descritas es el de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), la cual “se centra en la evaluación subjetiva acerca de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud en tres dimensiones básicas de funcionamiento: física, psicológica y social” (Lizán-Tudela, 2009, p. 414).

En la dimensión psicológica se destaca la depresión como una afectación significativa para la población mayor, esta se define como “un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2017b, p.1). Esta enfermedad puede generar sufrimiento y trastornar la cotidianidad de quien la padece y se calcula que en su tipología unipolar afecta al 7% de la población de ancianos en

general y se constituye en un 5,7% de los años vividos con discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores (OMS, 2017a).

Paradójicamente en los Planes de Desarrollo antes mencionados, las escasas menciones a la depresión no se hacen en función al adulto mayor. En el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 la mencionan como un reto a contrarrestar en la niñez; en el Plan de Desarrollo de Antioquia 2020-2023 se relaciona con los efectos de la Pandemia del COVID-19 y en el Plan de Desarrollo de Envigado 2020-2023 (Alcaldía de Envigado, 2020) solamente es mencionada en relación a la crisis económica.

A nivel mundial, nos encontramos en un proceso de envejecimiento inevitable, además, teniendo en cuenta que las personas mayores son parte valiosa de la sociedad, se hace necesario observar desde la perspectiva profesional, en este caso la psicológica, cuáles situaciones pueden afectar a esta población, analizar las metas gubernamentales, previamente descritas, encargadas de asegurar el bienestar social, físico y psicológico de la sociedad en su última, pero no menos importante, etapa. Al respecto algunas investigaciones (Hofmann et al., 2017, Shumye et al., 2019) han identificado la depresión, por su alta prevalencia, efectos debilitantes y carga económica, como un factor que puede afectar la calidad de vida en diversas poblaciones. No obstante, los datos acerca de la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas de depresión en personas mayores aún no son completamente concluyentes. De esta manera, mediante una revisión sistemática de la literatura se busca responder a la pregunta ¿Cuál

es la evidencia reportada en la literatura científica publicada entre 2015 y 2020 en torno a la calidad de vida relacionada con la salud en la persona mayor con síntomas de depresión?

2. Justificación

De acuerdo al transcurso del ciclo vital las poblaciones tienden a clasificarse en grupos etarios como la infancia, la adolescencia, la adultez y la vejez; según los datos obtenidos por los diferentes artículos consultados para este ejercicio investigativo, en un futuro no muy lejano las proporciones dentro de los grupos antes mencionados tendrán una gran variación debido a la aceleración del envejecimiento poblacional, se espera que para el 2050 el grupo de los infantes disminuya y el de las personas mayores aumente en gran medida, ya que, según el pronóstico de la Organización Mundial de la Salud, el grupo de personas mayores aumentará de 605 millones a 2000 millones en los próximos periodos (OMS, 2020a). Lo anterior es de gran relevancia ya que la senectud trae consigo una serie de necesidades, para ser vivida en plenitud, las cuales son transversales a la humanidad tales como el bienestar y la dignidad, que como sociedad se debe hacer un esfuerzo en garantizar el reconocimiento a la persona mayor como un miembro activo de la comunidad.

Se puede inferir que en la contemporaneidad las personas viven más tiempo de lo que lo hacían décadas atrás y esto trae consigo la demanda de conocer sus pensamientos y contextos de vida para garantizar el adecuado desarrollo de los años venideros. A lo largo de los años, las valoraciones negativas hacia el envejecimiento se han introducido de generación en generación, el pensamiento de una vejez frágil, triste, enferma y solitaria es casi inamovible en la comunidad,

pero esa representación de la senectud no es necesariamente cierta, si bien existe deterioro, las recientes investigaciones pretenden resignificar la visión hacia el anciano, se apunta a difundir una visión positiva de las vivencias en la ancianidad.

Teniendo en cuenta que, a corto o largo plazo, todos seremos parte del grupo maduro de la sociedad y que la pirámide demográfica se ha invertido, un fenómeno nunca antes vivenciado por la humanidad, se hace necesario conocer, entender y dominar las características específicas que afectan la población investigada. Dado que la depresión se considera como uno de los trastornos más prevalentes en esta población y está considerado como un predictor de diversos problemas de salud y como un factor que deteriora la calidad de vida, entendiéndose esta última como algo más que la prolongación de la existencia, es preciso enfocarnos en ella.

La identificación de los síntomas depresivos en los ancianos se ha determinado como un asunto complejo, debido a la carencia que tienen los mismos para manifestar sus sentimientos, pensamientos y emociones en un lugar diferente al cuerpo, recurrir siempre a lo somático en busca de signos, impide o retrasa la distinción de las características del trastorno depresivo y por ende su adecuada evaluación, diagnóstico y tratamiento dentro de esta población. Con la calidad de vida ocurre algo similar ya que en la población en general, específicamente en la focalizada dentro de este trabajo investigativo, se presenta una fragmentación del concepto para valorarlo, es decir, se totaliza el concepto solo en uno de sus componentes, el más afectado subjetivamente, al

cuestionar a las personas brindan su concepto acerca del factor que más conocen o que para ellos simboliza la calidad de vida.

La presente investigación pretende exponer los síntomas de depresión asociada con la calidad de vida relacionada a la salud en la vejez, percepciones concepciones y relaciones que se presentan en diversas investigaciones, que sirvan para unificar la definición de las personas mayores con respecto a los temas antes mencionados, ya los gobiernos invierten dinero en capacitaciones, planes de alimentación, estructuras, esparcimiento, entorno, entre otros, sin tener una definición clara de la exteriorización de síntomas depresivos ni lo que valoran las personas mayores con respecto a la calidad de vida y aunque la percepción del bienestar es siempre subjetiva, se puede llegar a un acercamiento y unificación de perspectivas que permitan centralizar la inversión de manera adecuada y beneficiosa para las personas mayores.

El Estado invierte recursos constantemente en programas para aumentar la calidad de vida, sin embargo, en los actuales planes de desarrollo nacional, departamental y local revisados, el departamental “Plan de desarrollo Unidos por la vida 2020 - 2023, el municipal de Medellín “Plan de desarrollo Medellín futuro 2020 - 2023” y el municipal de Envigado “Plan de desarrollo municipal 2020 - 2023”, muy poco o nada se tiene en cuenta a la depresión como un factor puede alterar y afectar las dimensiones del ser humano. De ahí que sea importante para el personal del área de la salud y la población en general, estudiar el vínculo existente entre las partes mencionadas, especialmente en la población de personas maduras, se busca definir si el

trastorno depresivo puede estar relacionado y afectar la percepción de calidad de vida. Teniendo en cuenta que la población de estudio se engrosa con el pasar de los días, este proyecto se justifica a partir de contar con información actualizada que permita el surgimiento de nuevos proyectos, se abran nuevas líneas de investigación y diferentes procesos puedan ser mejorados, perfeccionados o creados para crear estrategias de intervención que involucren las dos variables antes mencionadas.

La presente investigación pretende describir los síntomas de depresión asociada con la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores, para que de esta manera se pueda contar con información clara y precisa que pueda aportar a las estrategias de intervención que se realizan con esta población, ya que los gobiernos invierten dinero en capacitaciones, planes de alimentación, esparcimiento, infraestructura, entretenimiento, cultura, entre otros, buscando mejorar su calidad de vida y es importante tener en cuenta también las alteraciones en la salud mental, como un componente fundamental de la calidad de vida.

Teniendo en cuenta que la población de estudio se incrementa con el pasar de los días, este proyecto se justifica a partir de que la elaboración de una revisión sistemática de la literatura permite contar con información actualizada que posibilite el surgimiento de nuevos proyectos, se abran nuevas líneas de investigación y diferentes procesos puedan ser mejorados, perfeccionados o creados para crear estrategias de intervención que involucren los síntomas depresivos y la

calidad de vida relacionada con la salud en este grupo etario del cual, tarde o temprano,
formaremos parte.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Conducir una revisión sistemática de la literatura científica publicada entre 2015 y 2020 sobre la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor con síntomas de depresión.

3.2. Objetivos Específicos

Identificar y caracterizar en la literatura científica publicada entre 2015 y 2020 acerca de los síntomas de depresión y los niveles de calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores.

Analizar la relación entre los síntomas de depresión y los niveles de calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores, hallada en la revisión sistemática de la literatura científica.

4. Marco Referencial

4.1. Marco de antecedentes

4.1.1 Antecedentes Internacionales

Los estudios sobre la depresión y la calidad de vida en la población de personas mayores, es decir personas mayores de 50 años, son muy numerosos, dentro de los países que lideran estas investigaciones resaltan España, México, Colombia, Chile y Cuba.

En primer lugar, España, sobresale con estudios realizados dentro y fuera de instituciones para la atención de las personas mayores, donde rescatan la actividad física, el apoyo familiar, social y la estabilidad emocional como fuertes coadyuvantes en la desaceleración del deterioro cognitivo. Herrero y García (2005) realizaron un estudio, donde participaron 209 ancianos sin daño cognitivo con una media de edad de 77 años, de los cuales el 58% eran mujeres y su lugar de vivienda eran instituciones públicas para la vejez o sus hogares, el objetivo de la investigación fue analizar el ajuste psicosocial de las personas mayores de 69 años. La metodología fue de enfoque cuantitativo y se obtuvieron resultados acerca de las variables biopsicosociales en las personas mayores, el apoyo de sus familiares - amigos y como vivencia su etapa actual, los resultados evidenciaron una disminución en el ajuste de la población a su vejez, especialmente las personas mayores institucionalizados debido a la falta o escaso apoyo social, en conclusión los

elementos anteriormente mencionados, especialmente la red de apoyo activa, le permiten al anciano vivenciar sus años dorados desde una perspectiva más positiva.

Portellano-Ortiz, Garre-Olmo, Calvó-Perxas, y Conde-Sala (2018) expusieron una investigación acerca de la depresión y variables clínicas y sociodemográficas en personas mayores con más de 50 años, su objetivo principal fue comparar las variables antes mencionadas en relación con el trastorno depresivo y a su vez comparar el resultado obtenido con los demás países del estudio Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), este estudio fue de gran magnitud pues contó con 5.830 participantes, siendo un poco mayor la cantidad de mujeres, a los cuales se les aplicó dos herramientas psicométricas, una para medir depresión y la otra para medir calidad de vida, en los resultados se evidencio que las personas mayores asocian el trastorno depresivo con una mala salud física y la presencia de dificultades en las tareas de la vida diaria, además se presentó mayor grado depresivo en ancianos con otras enfermedades, mayor edad y de sexo femenino.

Molés, Esteve, Lucas, y Folch, (2019) investigaron los factores asociados y la prevalencia de la depresión en personas mayores del área urbana de la provincia de Castellón - España, en este trabajo participaron 400 ancianos mayores de 75 años, a los cuales, se les aplicó una encuesta, de la cual, se obtuvo como resultado una prevalencia del 30,5% con respecto a la depresión especialmente en mujeres y ancianos que viven solos, esto permitió concluir que los

síntomas del trastorno depresivo son prevalentes en esta población y se presentan en mayor medida en el género femenino y si su convivencia es mínima o nula.

Barriopedro, Eraña y Mallol, (2001) estudiaron los conceptos de depresión y satisfacción en el anciano español y su relación con la actividad física. El objetivo principal de este estudio fue evaluar la incidencia de la actividad física en la salud mental del adulto mayor, se seleccionaron ancianos sedentarios, activos físicamente y activos mentalmente, los 57 participantes tenían una edad media de 77 años, en la parte metodológica se les aplicó un cuestionario ad hoc, una entrevista semiestructurada, el Beck Depression Inventory (BDI) y la escala Life Satisfaction in the Elderly Scale (LSES), los cuales, como resultado, evidenciaron la influencia de la actividad física para la buena salud mental, los ancianos sedentarios presentaron niveles bajos de satisfacción y una tendencia a la depresión en comparación con los otros dos grupos evaluados.

Real (2008), expuso un trabajo investigativo que tuvo como objetivo conocer la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas en relación con la depresión y la dependencia funcional, en este estudio participaron 68 ancianos institucionalizados sin daño cognitivo, de los cuales el 67,6% eran mujeres, con una media de edad de 83 años, en la parte metodológica se aplicaron tres herramientas psicométricas en relación a las variables antes mencionadas, lo cual arrojó como resultado la relación conceptual, existente para las personas mayores, entre estado de ánimo y calidad de vida, esto a su vez le permitió concluir a la autora que el hecho de perder la

autonomía funcional, debido al deterioro cognitivo, lleva a una dependencia y esto le debilita el concepto positivo de calidad de vida al anciano.

Corrales, Tardón y Cueto. (2000) abordaron en los ancianos españoles, el tema de la calidad de vida y estado funcional, el objetivo de este trabajo investigativo fue caracterizar a la población mayor de 70 años para identificar factores de riesgo en cuanto dependencia funcional y calidad de vida, los participantes fueron 275 personas mayores de los cuales el 55% eran mujeres, a quienes se les aplicó una batería de pruebas psicométricas conformada por un cuestionario ad hoc, el test de Pfeiffer (Pfeiffer E, 1975; González, 1992), el índice de Katz (Katz S, 1976; Alvarez Solar M, 1992), la escala del Philadelphia Geriatric Center o de Lawton (Lawton MP, 1969), la escala del Philadelphia Geriatric Center o de Lawton (Lawton MP, 1969), la escala de realización de Karnofsky (Karnofsky DA, 1948), la escala de valoración Socio-Familiar (E.E.C.S., 1995), la versión española de la Geriatric Depression Scale (Yesavege JA, 1983) y la versión española del Mini-Mental (Folstein MF, 1975; Lobo A, 1979), las cuales dieron como resultado la influencia de la seguridad socioeconómica y bienestar psicosocial para la percepción subjetiva de los conceptos salud, bienestar y capacidad funcional.

Por otra parte, Rojas, et al (2019), estudiaron la distinción entre los cuidados que necesitan las mujeres mayores autónomas, para favorecer su salud, en este ejercicio investigativo de corte mixto participaron 177 ancianas, a quienes además de una entrevista semiestructurada se les aplicaron la escala de depresión geriátrica de Yesavage, el índice de Katz de independencia

en las actividades de la vida, la escala de recursos sociales (OARS) y una valoración de salud en general, las autoras encontraron que el 85.6% no sufrían de depresión ya que utilizaban la fe y el acompañamiento como estrategias de afrontamiento, se concluyó entonces que las adultas mayores requieren cuidados médicos que entiendan la manifestación de su fe.

Mejía-Arango, Miguel-Jaimes, Villa, Ruiz-Arregui y Gutiérrez-Robledo (2007) realizaron un estudio cuyo objetivo fue reportar la prevalencia de deterioro cognoscitivo en los ancianos mexicanos y su relación con factores sociodemográficos y de salud, en este estudio de gran alcance participaron 4183 individuos, de los cuales el porcentaje femenino es un poco mayor en comparación con el masculino, con una edad promedio de 72.5 años, la metodología empleada fue un cuestionario ad hoc y la aplicación de un cuestionario ad hoc y la versión reducida del Examen Cognoscitivo Transcultural [Cross-Cultural Cognitive Examination], de los cuales se obtuvo como resultado que aunque el deterioro cognitivo varía según datos sociodemográficos, enfermedades y demás condiciones individuales la probabilidad es mayor en mujeres y menor en sujetos casados.

Rivera, Benito-León y Pazzi (2015), investigaron la depresión del adulto mayor como un problema de salud en la población mexicana donde los objetivos, en primer lugar fueron establecer la prevalencia de síntomas depresivos de los ancianos en Ciudad Victoria (Tamaulipas); en segundo lugar examinar si existía relación entre los síntomas del trastorno depresivo y las variables sociodemográficas, en este trabajo investigativo participaron 1.126

personas mayores, de los cuales 455 eran de género masculino y 671 de género femenino, todos mayores de 60 años, en la parte metodológica se emplearon el Geriatric Depression Scale (GDS) de 30 variables (Yesavage et al. 1982-1983) y el Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein, previamente validada para México, las cuales revelaron que la prevalencia de síntomas depresivos en la muestra poblacional fue de un 29%, se pudo concluir entonces que a menor funcionalidad, menor apoyo social, menores ingresos económicos, menor nivel educativo mayor tendencia a la depresión.

Concluyendo con los aportes mexicanos, los autores Acosta, et al (2017), realizaron un trabajo investigativo en el cual el objetivo principal fue analizar el efecto independiente de la soledad, y otras variables individuales como predictores de depresión y calidad de vida en personas mayores. La muestra fue de 489 personas mayores del estado de Sonora, entre 60 y 97 años, de los cuales el género femenino representó un 63.2%. La metodología empleada fueron tres pruebas psicométricas, la escala ESTE (Rubio y Aleixandre, 1991), para medir la soledad, la escala de Depresión Geriátrica (EDG-15) (Sheik y Yesavage, 1986) y el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD (Lucas-Carrasco, Laidlaw y Power, 2011), los anteriores permitieron evidenciar la agitación, la soledad, y la actitud negativa hacia el envejecimiento como predictores de depresión en los participantes. Se concluye que las percepciones negativas hacia la etapa de la vejez influyen en los síntomas depresivos y la percepción de deterioro en la calidad de vida de las personas mayores.

En Cuba, Roig, Ávila, Mac Donal y Ávila (2015), estudiaron el reto que representa para los médicos y demás profesionales de la salud, la atención integral a los ancianos. El objetivo principal fue caracterizar a la población de personas mayores pertenecientes al “Área de Salud Pedro Díaz Coello” para posteriormente, trabajar con ellos en un proyecto comunitario, con el fin de que se mantengan activos y se sientan incluidos en la sociedad. en este estudio participaron 57 personas mayores de 60 años sin deterioro cognitivo, a los cuales se les aplicaron dos pruebas psicométricas, la escala de Depresión Yesavage y el Mini Mental, que evidenciaron la prevalencia de los ancianos funcionales, en su mayoría con edades comprendidas entre los 60 y 74 años, aunque el trastorno depresivo se encontraba presente en la mayoría de ellos. Se concluyó que el envejecimiento no es sinónimo de deterioro cognitivo, pero el trastorno psiquiátrico más común en la población de personas mayores es la depresión.

En Perú, Tello-Vera (2010), investigó la prevalencia y los factores asociados al deterioro cognitivo de 192 pacientes mayores de 65 años del policlínico Carlos Castañeda La Victoria EsSalud, del estado de Chiclayo. A los participantes se les aplicaron tres pruebas psicométricas, Mini - Mental State Examination de Folstein para medir deterioro cognitivo, la evaluación del área cognitiva y la escala de depresión geriátrica de Yesavage, de las cuales se obtuvo como resultado una prevalencia de deterioro cognitivo de un 47% el cual presentaba una relación con la edad, depresión, factores socioeconómicos y grado de escolaridad.

De modo similar, en Chile, los autores Moreno, Martín y Albala (2013), realizaron un estudio enfocado en la autopercepción de los ancianos con respecto a su estado de salud en general y el grado de mortalidad, este trabajo realizó una revisión sistemática de 18 estudios expuestos entre los años 1993 y 2011, el objetivo fue explorar la asociación entre autopercepción de salud general negativa y mortalidad en personas mayores. Lo anterior, les reveló como resultado que las personas que califican su estado de salud de manera negativa incrementan el riesgo de morir, especialmente en personas con 75 años o más, en conclusión, las variables más frecuentes para la autopercepción negativa de salud se relacionan con las enfermedades crónicas y el estado funcional de la persona haciendo predictor la mortalidad.

4.1.2 Antecedentes nacionales

En Colombia, los aportes seleccionados para este proyecto investigativo comienzan en el departamento del Cauca, allí Egas (2001) se propuso investigar las dificultades de diagnóstico y tratamiento de la depresión en ancianos. Para la construcción de este trabajo se realizó una revisión literaria de diez artículos y documentos relacionados con el trastorno depresivo, esto le brindó como resultado que la prevalencia en la población general es del 5% al 10%, en pacientes hospitalizados la cifra sube a 10% - 15% y en ancianatos alrededor del 20%, ante lo cual el autor concluyó explicando las dificultades que enfrentan los médicos generales ante la situación de dar

un diagnóstico mental oportuno, ya que la depresión es un problema muy frecuente en ancianos y difícil de diagnosticar debido a que se camufla en otros síntomas físicos del adulto mayor.

Tuesca-Molina, et al (2003), en el departamento del Atlántico, partieron desde la perspectiva donde la depresión en los ancianos es un problema de salud pública y se propusieron determinar el papel de los grupos de socialización para la depresión, determinar otros factores socioculturales, estimar la prevalencia y determinar la concordancia de las pruebas de cribado para depresión. La muestra fue de 602 personas entre 60 y 94 años, de los cuales 223 eran hombres y 379 eran mujeres, a los participantes se les aplicaron el test de Hamilton para evaluar la depresión y también los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría, por medio de las cuales se evidencio que los grupos de socialización son un factor protector contra la depresión en las personas mayores, la prevalencia del trastorno depresivo fue de un 30%, se concluyó que los factores de riesgo para padecer depresión la vejez son potencialmente modificables, y el apoyo social es un factor protector para las personas mayores.

A nivel regional, Cortés, Cardona, Segura y Garzón (2015) presentaron un estudio enfocado en describir los factores sociodemográficos de la salud asociados a la capacidad funcional de las personas mayores del departamento de Antioquia en el año 2012. Este proyecto tuvo una muestra de 4.248 ancianos, mayores de 60 años, a los cuales se les aplicó la encuesta de Katz, de la cual se obtuvo como resultado que los factores de la salud en general que influyen de manera negativa la capacidad funcional de las personas mayores son: principalmente la soledad y

el bajo nivel educativo, seguido del consumo de cigarrillo, la ansiedad, el deterioro cognitivo, y demás enfermedades crónicas del individuo. Este estudio concluye que algunas maneras de contrarrestar las variables que predisponen al anciano a la disminución de la capacidad funcional son el apoyo social activo y la utilización adecuada del tiempo libre.

Cano, Garzón, Segura y Cardona (2012) realizaron dos trabajos investigativos relacionados con las personas adultos mayores de Antioquia, ambas investigaciones se realizan con la misma muestra de 4.215 personas mayores. El primer artículo que se reveló tuvo como objetivo determinar los factores asociados al maltrato del anciano del departamento, antes mencionado, en el año 2012. Los resultados se obtuvieron mediante un cuestionario ad hoc, el cual reveló que el 26,3% de los participantes se encontraba en riesgo de sufrir depresión y el 34,4% en riesgo de sufrir ansiedad. Las variables socioeconómicas, etnia, deterioro cognitivo y red de apoyo permitieron explicar la presencia de maltrato.

El segundo artículo expuesto por las autoras, se realizó en el año 2015 y se enfocó principalmente en el maltrato psicológico a los ancianos, en este trabajo se aplicaron la escala de Goldberg (EADG) (Goldberg, Bridges, Dunkan-Johnes et al., 1986) y el Mini examen de estado mental (MMSE), las cuales revelaron que el 5% manifestó haber sufrido un episodio de maltrato psicológico, en el 65% se evidenció riesgo de sufrir trastorno depresivo y en el 83% se reportó riesgo de deterioro cognitivo, se concluyó entonces que para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud mental de

los ancianos y disminuir la prevalencia de maltrato psicológico hacia ellos, se debe trabajar en la generación de una cultura de envejecimiento y en la red de apoyo de las personas mayores (Cano, Garzón, Segura y Cardona, 2015).

Patiño y Cardona (2005), estudiaron la frecuencia de la depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia. Los participantes fueron 100 personas mayores, de los cuales 50 eran de género masculino y 50 de género femenino con una edad promedio de 65.7 años, por medio de la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se pudo determinar la prevalencia de depresión en un 6%, y las tasa más altas en mujeres, como conclusión se determinó que la depresión en las personas estudiadas es inferior a la de otras investigaciones, lo cual puede explicarse por el muestreo utilizado y, posiblemente, por un factor protector común, la pertenencia a grupos.

4.2. Marco teórico

4.2.1 El envejecimiento.

Definir, hablar y cuestionar el concepto del envejecimiento, es un asunto añejo, que inicia desde los primeros pensadores, Rey (1999), sintetiza:

Hipócrates, consideraba la edad de los 50 años, como «el invierno de la vida». En el primer diccionario francés publicado en 1679 la «edad decrepita» comenzaba a los 40 años. Montaigne, con 47 años escribió: «He llegado a la edad que pocos llegan». De modo análogo se expresa Cervantes cuando a los 68 años termina «Persiles y Segismunda». Entonces la esperanza de vida era mucho más baja a la que hoy consideramos. El fenómeno sociológico más importante de los últimos 20 años es la prolongación de la vida, según dice Bernard Baruch. En este contexto, podríamos definir el envejecimiento como el proceso fisiológico que disminuye la capacidad de adaptación del individuo a su medio (p. 1).

De la misma manera Carbajo (2008), expone la importancia de conocer las diferentes nociones, ideas y reflexiones en torno al concepto de vejez, comenzando con las sagradas escrituras, donde se posiciona al anciano en un lugar de sabiduría por los saberes adquiridos durante la vida, se le atribuye la categoría de ejemplo y enseñanza para la comunidad, continuando con la antigua Grecia, la autora resalta las diferentes concepciones que se le otorgan al adulto mayor, en un sentido parecido a o antes mencionado para Platón en su libro, La

República, el anciano es referente de respeto por las vivencias que ha adquirido durante los años, ya que en esta última etapa cosechará todo lo que ha sembrado desde su infancia. Por el contrario, para Aristóteles, quien menciona en cuatro libros de su *Retórica* como la ancianidad es sinónimo de desgaste y vestigios. Ambas nociones de vejez fueron complementadas y diversificadas durante la historia por diferentes autores.

Cicerón, continuado por la línea de pensamiento de Platón, en su obra *Cato Maior* sugiere un acercamiento respetuoso al adulto mayor y expone la importancia del mismo dentro de la comunidad, lo ejemplifica con diferentes hechos históricos protagonizados por personas mayores de 80 años que develan “la capacidad de rendimiento de las personas mayores” (Carbajo, 2008, p. 241). Como antagónico, y seguidor de la perspectiva Aristotélica, presenta a Horacio con su obra *Ars poética*, obra en la cual el autor expresa una imagen “fatalista de la vejez y considera que no es ninguna etapa dorada” (p.242), además sugiere no asumir una actitud pasiva ante lo ineludible, la muerte, y vivenciar cada momento según la capacidad de cada adulto mayor.

San Agustín apoya la visión Platónica, en la edad media, conceptualizando la etapa como un punto de la vida donde se encuentra en equilibrio y liberación de lo mundano, Santo Tomás de Aquino, por otro lado, “afianza el estereotipo aristotélico de la vejez como período decadente” (p. 242) refiriéndose tanto a lo corporal como a lo moral. Continuando con la dicotomía, durante el periodo renacentista evade el tema de la muerte y permanece la característica de sabio atribuida a

los ancianos, en la época barroca, por el contrario, el foco de atención sobre el adulto mayor recae en la carga pesimista, de la cercanía del final.

Con lo anterior se puede identificar como a lo largo de la historia, autores, poetas y escritores aportaron sus compendios a la definición de vejez, como ya se pudo leer algunos desde la perspectiva negativa donde se espera solo el final de la existencia y otros como Shakespeare, Schopenhauer, Hölderlin y Humboldt, desde la perspectiva positiva, donde destacan aspectos satisfactorios y placenteros de este periodo culminante de la vida.

El envejecimiento es un proceso individual e ineludible, en el sentido que dos individuos de la misma especie, en el mismo contexto y ambiente no envejecerán de la misma manera, según Ballesteros (2007) existen dos tipos de envejecimiento, el normal y el patológico, el primero se refiere al “proceso gradual que conduce al deterioro de muchos procesos físicos y mentales, a la vez que aumenta la experiencia”. El segundo al “proceso que conlleva un deterioro rápido y pronunciado de los procesos mentales como resultado de una enfermedad neurológica [...] El buen funcionamiento cognitivo es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de las personas mayores”.

Para Fierro (1994), el envejecimiento se define como una trayectoria del ser humano, que involucra crecimiento y madurez, en diferentes categorías relacionadas entre sí, comenzando por lo biológico, prosiguiendo con lo social y lo psicológico, este, al igual que la anterior autora, también se puede comprender de dos maneras, como se expone a continuación:

Hay dos modos de entender el curso del envejecimiento: Un enfoque lo restringe a los procesos degenerativos y de reducción de ciertas funciones: al declinar biológico y psicológico. El otro considera juntos este declinar y el despliegue positivo de funciones que acaso no declinan en ningún momento de la vida. En ambos enfoques, de todas formas, conviene destacar que, con los años, con el envejecimiento, no se dan tan solo deterioros, si no también conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas (p. 4).

En el trasegar del desarrollo humano, los hábitos son de vital importancia aceleran o retrasan el envejecimiento, “es bien sabido que el concepto de *estilo de vida* es complejo y que no existe hasta el momento una definición comprensiva y consensuada, como también sucede con las nociones de *salud o enfermedad*” (Lemos, 1994), lo que sí es cierto es que permite ejemplificar acciones para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, o adecuado manejo de la última. Algo para tener en cuenta es que “aunque las mujeres viven más años que los hombres, estos disfrutan de mejor salud” (p.17), fenómeno conocido como “la feminización de la población anciana” (Ballesteros, 2007, p. 17), explicando cómo aunque las mujeres alcanzan un mayor número de años de vida, lo hacen con una salud más deteriorada que la del género masculino, la autora también resalta en ambos géneros el papel de la memoria, especialmente de la semántica, que se ve menos afectada con el paso de la edad.

Lemos expone la relación entre conducta y enfermedad, cuestiona la influencia psicológica sobre el cuerpo, donde destaca los rasgos de la personalidad y la personalidad como tal. El autor se refiere a los estilos de vida en las poblaciones adultas, donde acentúa factores como: actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, peso corporal, horas de descanso nocturnas, manejo de estrés y alimentación balanceada en relación con la tasa de mortalidad de las personas mayores, tanto a hombres como a mujeres el aspecto más relevante, y de mayor puntaje de riesgo es el peso corporal. Aclara “la longevidad y la calidad de vida dependen, como no podía ser de otra manera, además de características genéticas, de los hábitos de vida, de variables ambientales del entorno físico y social y de factores psicológicos individuales” (Lemos, 1994, p. 102).

En la población de personas mayores para Ballesteros es “el bienestar subjetivo y la calidad de vida, es un tema que se encuentra en la intersección entre los procesos cognitivos y afectivos” (2007, p.36). Se explica como para la psicología la satisfacción juega un papel protagónico en las valoraciones subjetivas de la persona de avanzada edad, dentro de la reflexión hacia las diferentes etapas de su vida, y cómo esto puede influir en su comportamiento e interacción con los demás y aunque “tradicionalmente se ha supuesto que las personas mayores son menos felices que las jóvenes.” (Ballesteros, 2007, p. 36) es una hipótesis que aún no se ha comprobado. Con respecto a la felicidad la autora Dulcey - Ruiz citando un grupo de economistas independientes, dice: “el bienestar humano es una combinación de condiciones de vida que permitan vivir bien, de satisfacción con la vida y de cuidado del medio ambiente” (2015, p. 116).

4.2.2 La calidad de vida.

La organización mundial de la salud (OMS, 1996) conceptualiza la calidad de vida basándose en las definiciones de especialistas de la medicina y las ciencias sociales. Personas enfermas y sanas, opinan desde su subjetividad acerca del lugar que ocupa en el entorno cultural, normas y valores donde se desenvuelve, ligados a sus objetivos, preocupaciones, expectativas y criterios, todo esto enmarcado dentro de la salud física, psicológica, independencia, creencias y relaciones sociales.

Según Oblitas. et al. (2010), la definición de calidad de vida ha evolucionado a lo largo del tiempo, en un principio su significado era muy subjetivo, partía de la descripción del cuidado personal, luego se volvió objetivo cuando se involucró la salud pública y en la actualidad es un concepto que pretende describir cualidades subjetivas y objetivas del ser humano. Es decir la percepción que tiene el sujeto del conjunto de elementos que abarcan el bienestar físico, mental y psicológico como: salud, educación, alimentación, trabajo, vivienda, vestido, ocio, seguridad social y derechos humanos.

Urzúa y Caqueo-Urizar. (2012), exponen que el concepto de calidad de vida presenta variadas definiciones y estas pueden ser agrupadas en distintas categorías donde se refleje el nivel de independencia, las relaciones sociales y la espiritualidad, creencias y religión de cada individuo, en términos de complacencia subjetiva y objetiva, diferenciando la variable antes mencionada de términos como: estado funcional, satisfacción con la vida, bienestar o estado de

salud, ya que estos elementos unidos forman la noción, pero de manera individual no son la totalidad del mismo.

4.2.3 La Calidad de vida en el adulto mayor

Se podría pensar que, ante mayor edad, mayor deterioro físico y esto ser inversamente proporcional a la calidad de vida, pero no es necesariamente cierto, según Besdine (2016) las enfermedades, juegan un papel muy importante en la percepción de la calidad de vida en los ancianos. Como se puede observar en los párrafos anteriores, el adulto mayor presenta una necesidad de darle un lugar tangible a sus sensaciones, el anciano suele posicionar en su cuerpo los síntomas y signos de la enfermedad, cualquiera que esta sea, para esta población es muy difícil reconocer o identificar una buena calidad de vida, pues relacionan esta con el grado de “inutilidad” que presentan para las actividades de la vida diaria. Según Dulcey - Ruiz (2018) “suele considerarse la calidad de vida como integrada por aspectos objetivos o condiciones de vida y aspectos subjetivos tales como la autovaloración, realización personal y sentimientos de satisfacción con la vida” (p. 106), es decir, el concepto de calidad de vida, en general, abarca nociones objetivas y subjetivas, en el adulto mayor el calificativo que se le dé al constructo depende mucho de la salud corporal que presente (subjetivo) y el grado de seguridad para realizar una actividad sin ayuda (objetivo).

En Colombia el psicólogo Sergio Trujillo (2015), realizó un análisis exhaustivo a las investigaciones nacionales desarrolladas con personas mayores de 60 años cuyas condiciones no son óptimas, de este trabajo pudo resaltar imaginarios urbanos como: “la frustración asumida de antemano, fundada en experiencias previas” (p.109). Liberalesso Neri (2002, citada en Dulcey - Ruiz, 2015), reconoce el pensamiento positivo como aliciente en la vejez para percibir un “bienestar psicológico” o una buena calidad de vida, expone cómo los sentimientos de satisfacción con la vida mejoran la apreciación de la misma.

La esperanza de vida y estado de salud a partir de la sexta década, el porcentaje de estudios adquiridos y el poder adquisitivo (pensión), serían los indicadores potenciales que destaca Del Popolo (2001) especialista en asuntos de población, al referirse a aspectos a considerar para tener en cuenta al hablar del Índice De Bienestar Del adulto Mayor (IBAM) (Dulcey - Ruiz, 2015, p. 113)

Cuando se habla de calidad de vida se hace referencia a “el valor asignado a la duración de la vida, modificado por oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidad provocados por enfermedades, accidentes, tratamientos o políticas” (Gómez y Curcio, 2014, citados en Dulcey - Ruiz, 2015, p.120). Se plantea entonces que la calidad de vida relacionada con la salud, según los autores antes mencionados, tiene en cuenta aspectos objetivos y aspectos subjetivos, como estado funcional físico teniendo en cuenta aspectos como el dolor y la fatiga que presenta el individuo, estado emocional evaluando la satisfacción personal general,

aspecto cognitivo valorando lenguaje y memoria y el aspecto social donde se estima el apoyo social y la situación socioeconómica.

La mayoría de estudios de corte investigativo que miden la variable de calidad de vida, lo hacen a través del instrumento de alta calidad psicométrica llamado SF - 36. Esta es una herramienta, creada a finales de los 90 en Estados Unidos, y que como su nombre lo indica consta de treinta y seis ítems para evaluar aspectos positivos y negativos de la calidad de vida de la persona en relación con la salud, comparar la carga emocional de diferentes patologías y los beneficios obtenidos por los diversos tratamientos. Existen dos versiones reducidas, el SF - 12 y el SF - 8, los cuales al igual que su versión más amplia valoran de una manera integral el estado de salud de los encuestados, dando resultados veraces, confiables y útiles siempre y cuando los evaluados sean mayores de 14 años y el encuestador esté capacitado.

El SF -12, consta de doce ítems que miden, de manera efectiva, aspectos subjetivos de la persona en relación con la calidad de vida, y cuya veracidad métrica aporta una escala de medida diferente a la biología, química y física. Villa - Villaroel, Silva, Celis-Atenas y Pavez (2014) resaltan que esta herramienta, dividida en grupos y estos a su vez en escalas, mide el grado de limitación para la realización de las actividades corporales, la salud emocional en relación con la influencia social, la angustia y el bienestar mental en general, la sensación de energía diaria, el grado de dolor corpóreo y la estimación individual de salud, permitiéndole a la persona que la aplica obtener datos útiles y garantes de veracidad en cuanto a calidad de vida se refiere.

4.2.4 La calidad de vida relacionada con la salud

Según Oblitas. et al. (2010), la calidad de vida se relaciona con la salud y la patología de igual manera, desde el área psicológica, la calidad de vida comprende el estado completo de bienestar y está direccionada básicamente a la composición individual y social que da respuesta a los eventos vivenciados, esta variable se puede evaluar de manera no específica y específica, es decir de manera amplia, se puede aplicar a diversas enfermedades o por el contrario a una enfermedad particular para dilucidar características precisas de la misma.

El impacto en la percepción de calidad de vida desde la buena salud que disfruta el individuo será positivo, esto es directamente proporcional al impacto negativo que le brindara un individuo que padece una enfermedad, en especial si esta es de corte crónico. En la actualidad, la calidad de vida del paciente ha logrado una alta estima para el personal de salud, ya que el enfoque va más allá de identificar la enfermedad y realizar los procedimientos médicos, ahora se pretende comprender la valoración del paciente ante la situación, teniendo en cuenta su contexto, creencias, valores y herramientas disponibles. (Oblitas. et al, 2010, p. 345).

Teniendo en cuenta que “La calidad de vida en relación con la salud (CVRS) se refiere a aspectos que forman parte de la persona, y excluye aquellos que están por fuera de ella.” (p. 346). El paciente es quien da valor a los aspectos físicos, psicológicos, sociales, el rol que asume, los síntomas vivenciados, sus funciones cognitivas y la percepción de salud en general. De esta manera el CVRS a grandes rasgos, brinda a los profesionales de la salud información que les

permitirá determinar el impacto de los tratamientos, proporcionar información necesaria individual y grupal para mejorar la salud y establecer criterios para determinar la eficacia de nuevos medicamentos y/o procedimientos.

Según Lizán - Tudela (2009) en las últimas décadas en el ámbito investigativo la variable que más ha suscitado interés y atención es la CVRS, sin embargo, es poco implementada en las consultas médicas. Algunos aspectos a destacar dentro de la calidad de vida relacionada con la salud son: su capacidad para pronosticar el uso de recursos sanitarios, el nexos con la mortalidad, la limitación funcional y la escasa reciprocidad de otras variables. Continuando con lo expuesto en apartados anteriores, el autor expone que el uso de esta variable ha aumentado debido al aumento de la esperanza de vida poblacional, especialmente en el área de la salud.

La CVRS se enfoca en tres dimensiones elementales *lo físico* donde se incluye el deterioro de las funciones, síntomas y dolor causados por la enfermedad y/o por el tratamiento, *lo psicológico - cognitivo* que abarca los estados emocionales (depresión, ansiedad y felicidad), además funciones intelectuales como la memoria, la atención y la alerta, por último *lo social* donde resalta el rol social de las enfermedades crónicas, el aislamiento y la autoestima. Las evaluaciones del funcionamiento de estas tres esferas del individuo pueden ayudar a identificar y priorizar problemas, mejorar la comunicación paciente - doctor, la toma de decisiones compartidas y monitorizar el impacto de la enfermedad y tratamiento, pero para esto se deben seleccionar con meticulosidad los instrumentos a emplear. (Lizán - Tudela, 2009, p.411)

4.2.5 La depresión en el adulto mayor

Como se ha expresado anteriormente, se tiende a pensar que en la vejez la infelicidad o la tristeza son los sentimientos reinantes en esta etapa de la vida, “la debilidad emocional y cognitiva de un adulto mayor puede hacer que el miedo se desarrolle a niveles en los que constantemente se tengan pensamientos recurrentes pensamientos que sin ser tan frecuentes e intensos, conlleven estados anímicos de tristeza e incapacidad” (Da Silva, 2018, p. 83). Además, la guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM – 5, aborda estos términos y otras condiciones más para diferentes trastornos y traumas, si estos estados anímicos de tristeza y melancolía, junto con otras características, se presentan por más de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior se encuentra la variable en la que se profundizará en esta investigación la cual es la depresión (APA, 2014). La Organización Mundial de la Salud define “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2020b).

Añadiendo a lo anterior, según Velasco (en Ballesteros, 2007), las personas mayores guardan silencio o ignoran los síntomas de diferentes enfermedades, a causa de que una de sus más grandes preocupaciones es sentir que son una carga para sus familiares y cuidadores, porque dentro de su percepción sienten que serán juzgados de manera más severa esto se conoce como *edaeísmo*, lo cual es “el sentido de que el grupo de los mayores es evaluado más negativamente

que otros grupos de edad“ (Ballesteros, 2007, p. 20), por ende esta población puede llegar a hacer todo lo que está a su alcance por dar una imagen saludable y fuerte a sus allegados.

Con respecto a la relación entre depresión y vejez, Buendía y Riquelme (1994), resaltan que el adulto mayor, no explica en sí misma, su sintomatología general sin darle un lugar en el soma, esto dificulta el trabajo diagnóstico del trastorno depresivo ya que las características descritas pueden confundirse con enfermedades corporales, desórdenes hormonales y/o neurológicos, añadiendo a lo anterior que los programas de prevención de la enfermedad han resultado ineficaces por la misma razón antes expuesta. Los autores resaltan las características diferenciadoras para hacer más fácil la identificación y diagnóstico de una depresión en la vejez en comparación a otro tipo de población, exponen que los ancianos son más resistentes a los tratamientos con fármacos, ansiedad o abstinencia psicomotora inusual, trastorno de sueño, y una vez diagnosticados con depresión mayor presentan reiterativamente “delirios y alucinaciones psicóticas” (p.226),

Alexopoulos (2005), acerca de la depresión en los ancianos, menciona la frecuente presencia de comorbilidad del trastorno depresivo con otros padecimientos, ya que la depresión perjudica mayormente a personas con enfermedades médicas crónicas y deterioro cognitivo o discapacidad, además el autor expresa “más allá del sufrimiento personal y desintegración familiar la depresión empeora los resultados de muchos trastornos médicos y promueve la discapacidad” (p. 1961). El autor explica la clasificación de los trastornos depresivos para las

personas mayores dividiéndolos en presencia o ausencia de otras enfermedades, para las primeras cataloga: el trastorno depresivo mayor, el Trastorno depresivo menor, el trastorno distímico, el trastorno bipolar I y el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido, para los segundos resalta: la depresión debido a una condición médica general y la depresión inducida por sustancia. “los síntomas o síndromes de la depresión están a menudo presentes en los individuos con demencia” (Alexopoulos, 2005, p. 1962). Así pues, el autor sugiere técnicas de prevención para el trastorno, de contención y reducción del mismo, basadas en la salud mental positiva, la reducción del estigma ante la depresión y la combinación de la medicación con el trabajo psicoterapéutico (p. 1966)

4.3. Marco ético legal

Con el fin de garantizar la adecuada utilización de la información se recurre al código deontológico del psicólogo, específicamente capítulo VII, el cual abarca los artículos correspondientes al manejo de la información en trabajos investigativos y publicaciones. Todo el material empleado para este ejercicio investigativo, especialmente los autores citados, están debidamente referenciados con la normativa vigente para proteger sus derechos de autor. El Colegio Colombiano de Psicólogos (2009) especifica:

Artículo 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los

materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización. (p. 43).

5. Metodología

5.1. Tipo de estudio

El enfoque metodológico de la investigación fue cualitativo con base a revisión sistemática de la literatura, dado que parte de la revisión de distintas fuentes e “implica detectar, consultar y obtener la bibliografía y otros materiales que sean útiles para los propósitos del estudio, de donde se tiene que extraer y recopilar la información relevante y necesaria para enmarcar nuestro problema de investigación.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014. p. 61).

5.2. Nivel de estudio

El nivel de estudio fue descriptivo, pues “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles del fenómeno que se someta a un análisis. Pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refiere.” (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2014, p. 92).

5.3. Diseño de estudio

Se realizó una revisión sistemática con una síntesis cualitativa conforme a los criterios publicados por la Colaboración Cochrane. La síntesis se focalizó en estudios observacionales

cuantitativos, con miras a discutir la evidencia con respecto a los síntomas de depresión y su relación con la CVRS en la población adulta mayor de los de 2015 a 2020.

5.6. Procedimiento

Para el desarrollo de la revisión sistemática se siguieron los siguientes pasos (Pati & Lorusso, 2018):

1. Se realizó una identificación de los conceptos a incluir en la búsqueda según la población de interés, el tema y el escenario.
2. Se establecieron una serie de palabras claves para ser usadas en las bases de datos seleccionadas según los motores de búsqueda.
4. Se condujo la búsqueda de los artículos en las bases de datos seleccionadas.
5. Se creó el informe de citación de las revistas (JCR) en el programa Microsoft Excel para cada una de las bases de datos, con los siguientes encabezados: nombre del autor, resumen, título, DOI, revista, volumen, año de publicación, resumen, y los criterios de inclusión y exclusión (Anexo 1).
6. Se ejecutó la revisión de los artículos duplicados y se comprobó cuántos artículos fueron aprobados y rechazados según los criterios de inclusión y exclusión.

7. Para fortalecer la confiabilidad y validez de los resultados de la búsqueda, se le dio al azar a un segundo revisor el 20% del total de los resúmenes revisados, el cual ejecutó un proceso de selección paralelo en el subconjunto de resúmenes. Se discutió con un tercer revisor los desacuerdos hasta llegar a un acuerdo de inclusión y exclusión.

8. Los artículos seleccionados se sometieron a una evaluación crítica mediante la guía Strobe (Anexo 2), de acuerdo a la guía en español (Von Elm, et al., 2008).

9. Se verificó la calidad de la evaluación de los artículos dándole a un segundo revisor el 20% de los artículos revisados críticamente, elegidos al azar. Un nivel de acuerdo al menos del 90% se consideraba aceptable. Se discutió con un tercer revisor los desacuerdos.

10. Por último, se realizó el diagrama de flujo que se incluyó en el informe de investigación.

La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Scopus y Scielo. La estrategia de búsqueda incluyó una combinación de los términos: Aged OR elderly AND Depressive Symptoms OR Depressive Symptom OR Symptom Depressive OR Symptoms Depressive AND Health-related quality of life, de acuerdo al tesauro del Medical Subject Headings (MeSH) de *PubMed*, la base de datos biomédica producida por la National Center for Biotechnology Information. Como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda usadas de acuerdo a las bases de datos específicas julio de 2020

Base de datos	Palabras clave
Pubmed	(((depressive symptoms[Title/Abstract]) AND (seniors[Title/Abstract]))) OR (elderly[Title/Abstract]) OR (old people[Title/Abstract]) AND (Health-related quality of life[Title/Abstract])
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("depressive symptoms") OR TITLE-ABS-KEY ("depressive symptom") OR TITLE-ABS-KEY ("symptom, depressive") OR TITLE-ABS-KEY ("symptoms, depressive") AND TITLE-ABS-KEY ("elderly") OR TITLE-ABS-KEY ("old people") OR TITLE-ABS-KEY ("seniors") AND TITLE-ABS-KEY ("Health-related quality of life")) AND DOCTYPE (ar) AND PUBYEAR > 2014
Scielo	(depressive symptoms) AND (elderly OR "old people" OR seniors) AND (health-related quality of life) AND type:("research-article") AND la:("en" OR "es")

Nota: Elaboración propia

Criterios de inclusión

Se seleccionaron estudios observacionales, con un enfoque cuantitativo, que contarán con 5 años o menos de publicación en idioma español e inglés, además, los estudios seleccionados debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Mencionar síntomas de depresión en las personas mayores, con 60 o más años de edad.
- 2) Mencionar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores, con 60 o más años de edad.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos los estudios que eran reportes de casos, series de casos, resúmenes presentaciones en eventos y literatura gris. También, los ensayos clínicos, los de personas mayores que presentaran algún tipo de demencia y los que describieran intervenciones.

Evaluación de calidad

Para evaluar la calidad de los estudios se utilizó la herramienta STROBE para estudios observacionales (PLOS Medicine Editors, 2014, Vandenbroucke et al., 2014, Anexo 2). La Declaración STROBE es una lista de verificación de 22 elementos, 18 de ellos son comunes a los tres tipos de diseños de investigación, mientras que cuatro (ítems 6, 12, 14 y 15) son específicos para cada tipo de diseño, la información se proporcionará por separado para casos y controles en estudios de casos y controles, o grupos expuestos y no expuestos en estudios de cohortes y transversales de acuerdo a las guías. Igualmente, se usaron las listas de verificación separadas disponibles para cada uno de los 3 diseños en el sitio web de STROBE (<https://www.strobe-statement.org>).

El uso de la metodología STROBE para evaluación de la calidad de los estudios se realizó estrictamente de forma cualitativa, y se restringe el uso de la herramienta checklist como una guía de para garantizar una clara y completa observación y análisis crítico de los estudios, tal y como

ha sido indicado por el STROBE statement. De la misma forma se siguió la recomendación de no asignar puntajes a la herramienta ni a asignar puntajes globales para la evaluación de la calidad en aras de evitar la inserción de sesgos en la revisión de la literatura (Da Costa, Cevallos, Altman, et al., 2011).

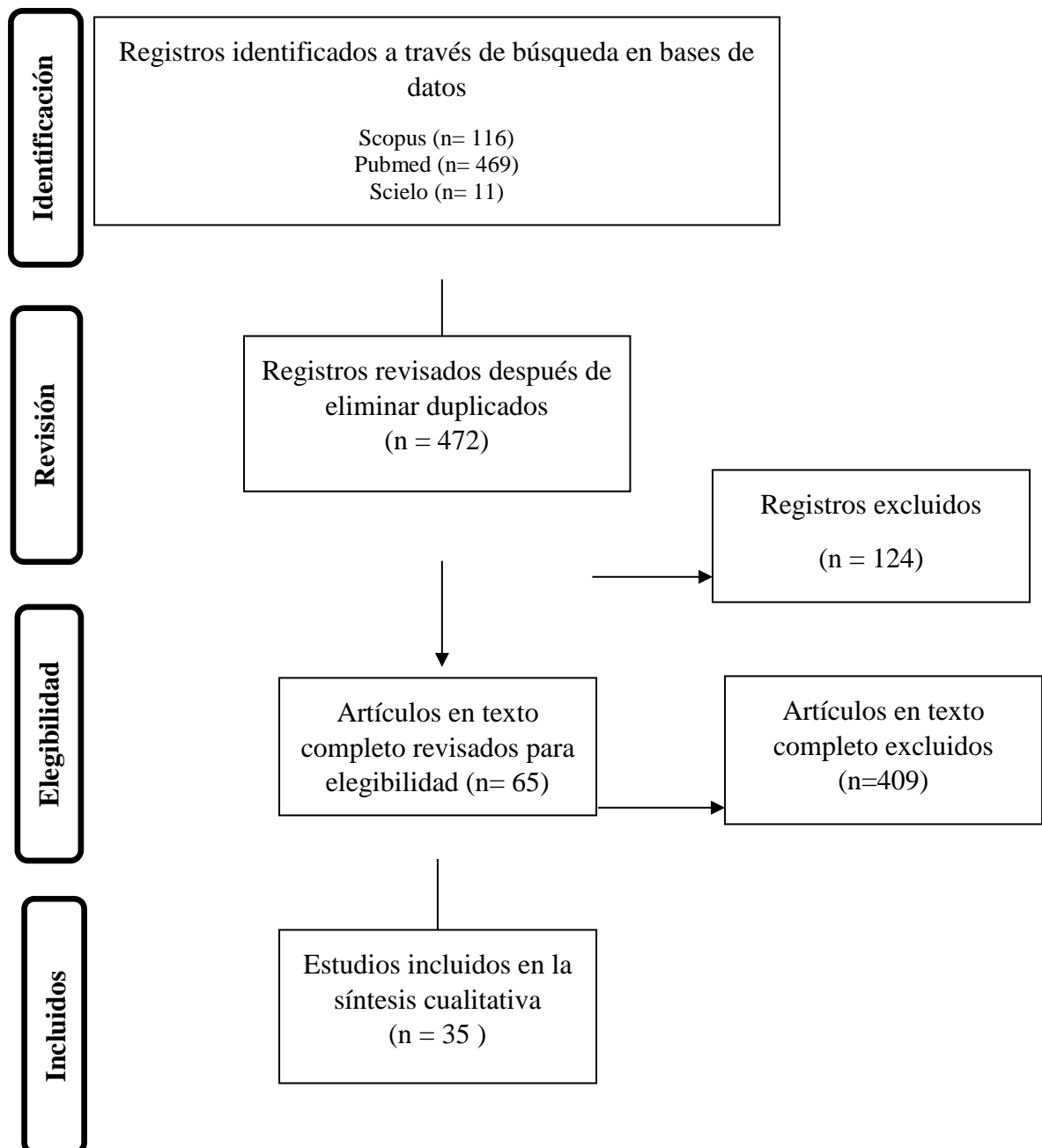
6. Resultados

La búsqueda de los artículos se realizó entre los meses de junio y julio de 2020, se utilizaron las bases de datos y la metodología de búsqueda antes mencionadas, en la base de datos Pubmed se encontraron 469 artículos, la base de datos Scopus dio como resultado 116 artículos y por último, en la base de datos Scielo se hallaron 11 artículos, para un total de 596 artículos que cumplieran con las variantes de “Depresión”y/o “síntomas depresivos” “adulto mayor” y/o “anciano” y/o “calidad de vida relacionada con la salud”. Dentro de los artículos preseleccionados se encontraron 124 registros duplicados, los cuales fueron excluidos.

En la siguiente fase se leyeron títulos y resúmenes, para constatar que cumplieran con todos los requerimientos para ser incluidos en la revisión, los cuales fueron, que los participantes tuvieran más de 60 años, que se evaluara tanto calidad de vida relacionada con la salud y depresión o síntomas depresivos. De esta manera se excluyeron 59 artículos.

Posteriormente se pasó a una lectura minuciosa los textos completos de los 65 artículos restantes, la cual, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, resultó en la exclusión de 28 textos. Finalmente se incluyeron 35 artículos en la muestra, como está descrito en la figura 1, de acuerdo al PRISMA Statement (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, The PRISMA Group, 2009).

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios de acuerdo a la declaración PRISMA



En la Tabla 2 se presentan las características de los estudios incluidos en la revisión. De acuerdo a la región de procedencia se observó que 18 de ellos fueron realizados en Europa, 8 en Estados Unidos, 8 en Asia y 3 en Latinoamérica. La mayoría de los estudios tenían un diseño transversal, seguidos por los longitudinales y en menor cantidad de casos y controles.

En cuanto a las poblaciones estudiadas se encontró que los estudios tenían, en su gran mayoría, una prevalencia del género femenino y algunos estudios, especialmente los europeos, fueron realizados con personas mayores institucionalizadas. Se encontró que el instrumento más utilizado para medir la depresión y/o los síntomas depresivos fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale - GDS) en 17 de 35 artículos, en su versión de 30 o 15 ítems. De igual forma se observó que uno de los instrumentos más utilizados para medir la calidad de vida en los artículos seleccionados, se utilizó el auto reporte europeo EuroQol Group self-report Group EQ-5D, en 14 de 35 estudios, en el nivel 3 que evalúa actividades cotidianas.

Tabla 2. Caracterización de los estudios incluidos en la revisión.

Autor/Año	País	Diseño del estudio	Población	Instrumentos de depresión	Instrumento calidad de vida
Helvik, et al. (2016)	Noruega	Transversal	144 (72.22% Femenino grupo Deprimidos) 106 (66.04% Femenino grupo No deprimidos)	Montgomery–Aasberg Depression Rating Scale (MADRS)	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D descriptive system EQ VAS Visual Analog Scale, a standardized 20-cm vertical scale.
Brewster, et al. (2019)	Estados Unidos	Transversal	470 (71.1% Femenino)	Geriatric Depression Scale (GDS-30)	Pregunta ¿Cómo calificaría su calidad de vida en general en

Vargas-Ricardo y Melguizo-Herrera. (2017)	Colombia	Transversal	660 (55,7% Femenino)	Geriatric Depression Scale (GDS- 30)	la actualidad [“How would you rate your overall quality of life at the present time?”] puntuado con una escala tipo Likert de 5 puntos El Índice Multicultural de Calidad de Vida
Giovannini , et al. (2019)	Italia	Transversal	251 (68.9% Femenino)	Geriatric Depression Scale (GDS-15)	12-item Short-Form Health Survey (SF-12)
Sheridan, Mair y Quinõnes (2019)	Austria, Alemania, Suiza, España, Italia, Francia, Dinamarca, Suecia, Bélgica, Israel, República Checa, Luxemburgo, Eslovenia y Estonia.	Transversal	25239 (56.82% Femenino)	Euro-D scale	The Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE)
Parker, Petrou, Underwood y Madan.(2017)	Inglaterra	Transversal	556 residentes de hogares de ancianos de 65 años o más y personal de cuidados.	Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D -3L descriptive system
Bazargan, et al. (2019)	Estados Unidos	Transversal	617 (65.2% Femenino)	Geriatric Depression Scale (GDS-30)	12-item Short-Form Health Survey (SF-12)
Hajek, et al. (2015)	Alemania	Longitudinal	3287 (66% Femenino)	Geriatric Depression Scale (GDS-30)	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D descriptive system Visual Analogue Scale (EQ VAS)
Van Houwelingen, Den Elzen, Le Cessie, Blom	Países Bajos	Transversal	2681 (32% Masculino)	Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D descriptive system

y Gussekloo.

(2015)

Song, Yu, China Transversal 204 (78.4%
Li, He y Femenino)
Sun. (2019)

Montreal Cognitive The Quality of Life –
Assessment (Chinese Alzheimer's
version, MoCAC) disease (Chinese version,
QOL-AD-C).

Lee, Kim y Estados Transversal 440 (69.5%
Han.(2015) Unidos Femenino)

Personal Resource Patient Health Questionnaire
Questionnaire (PRQ) (PHQ)-9
85-Part 2
HTN Battery of
Scales-Reduced
Version

Gouveia, et Portugal Transversal 802 (50% femenino)
al. (2017)

Baecke questionnaire 36-item Short Form Health
Survey (SF-36)

Park y Kim. Corea Transversal 3860 (100%
Femenino)

A self-reported Euro Qol Group self-report
history of physician- Group EQ-5D
diagnosed depression
(DSM-IV)

Gu, Xu, Zhu China Transversal 148 (36.5%
y Zhong. Femenino)
(2017)

Hospital Anxiety and Chinese World Health
Depression Scale Organization QOL Scale Brief
(HADS-D) Version (WHOQOL-BREF)

Zhao, et al. China Transversal 323 (63.5%
(2019) Femenino)

Geriatric Depression 36-item Short Form Health
Scale (GDS-15) Survey (SF-36)

Alobaidi, et Estados Transversal 522 (50.4%
al. (2020) unidos Femenino)

Mental component 36-item Short Form Health
summary (MCS) Survey (SF-36)

Rensa, Indonesia Transversal 325 (100%
Setiati, Femenino)
Laksmi y

Geriatric Depression Euro Qol Group self-report
Scale (GDS-15) Group EQ-5D- 3L descriptive
system

Rinaldi.
(2019)

Klompstra, Suecia Longitudinal 238 (82, 52%
Ekdahl, Femenino)
Krevers,
Milberg y
Eckerblad.
(2019)

Geriatric Depression Nottingham Health Profile
Scale (GDS-30) Part I

Ko, et al Corea del Transversal 1023 (77,8%
sur Femenino)
(2019)

Geriatric Depression Euro Qol Group self-report
Scale (GDS-15) Group EQ-5D- 3L descriptive
system

Helvik, et Noruega Transversal 108 (71.3%
al., (2016) Femenino)

Montgomery- Euro Qol Group self-report
Aasberg Depression Group EQ-5D descriptive
Rating Scale system
(MADRS) Visual Analogue Scale (EQ
VAS)

Van Dams, Estados Transversal 515 (57.5%
Grogan, Lee, unidos Descriptivo Femenino)

Physical Component 36-Item Short Form Survey
Summary (PCS) (SF-36)

Punglia y Raldow. (2019)				Mental Component Summary (MCS)	Veterans RAND 12-Item Health Survey (VR-12)
Jantunen, et al. (2018)	finlandia	Prospectivo	1.036 (52.9 % Femenino)	Beck's Depression Inventory (BDI)	36-item Short Form Health Survey (SF-36)
Buscariollo, Cronin, Borstelmann y Punglia. (2019)	Estados unidos	Transversal	1407 (100% Femenino)	Veterans Rand-12 (VR-12)	36-item Short Form Health Survey (SF-36)
Jia y Lubetkin. (2017)	Estados unidos	Transversal	3680 (55.4% Femenino)	PHQ-9 score of 5–9	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D descriptive system
She, et al. (2019)	China	Transversal	1497 (66.2 Femenino)	Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D-3L descriptive system
Heesch, Van Gellecum, Burton, Van Uffelen y Brown. (2016)	Australia	Transversal	555 (100% Femenino)	In 1999, the baseline for this analysis, 10,030 women born in 1921–1926 completed the survey (Young et al., 2006). Of these women, 819 reported depressive symptoms (CES-D10 score \geq 10) (Andresen et al., 1994), and, therefore, were eligible for inclusion in the current analysis.	36-item Short Form Health Survey (SF-36)
Sarfo, et al. (2017)	Ghana	Transversal	200 (52.5% Masculino)	Geriatric Depression Scale (GDS-15) Center for Epidemiological Study of Depression scale (CES-D)	The Health-Related Quality of Life in Stroke Patients questionnaire
Klapheke, Keegan, Ruskin y Cress. (2020)	Estados unidos	Transversal	995 (100% Femenino)	Veterans RAND 12-Item	36-item Short Form Health Survey (SF-36)
Ferrer, et al. (2015)	España	Longitudinal	290 (60% femenino)	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D descriptive system Visual analogue self-rating scale (VAS)

Patron, Messerotti y Palomba. (2016)	Italia	Longitudinal (cohortes)	75 (73% masculino)	Center for Epidemiological Study of Depression scale (CES-D)	12-item Short-Form Health Survey (SF-12)
Brandauer, et al. (2020)	Alemania	Transversal	146 (51% masculino)	Geriatric Depression Scale (GDS-30)	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D- 3L descriptive system Visual analogue scale (VAS)
Roehr, et al. (2017)	Alemania	Transversal	1387 (66.1 femenino)	Geriatric Depression Scale (GDS-30)	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D descriptive system
Gouveia, Ihle, Kliegel, Freitas y Gouveia. (2018)	Portugal	Transversal	802 (50% femenino)	Baecke questionnaire	36-item Short Form Health Survey (SF-36)
Hajek, et al. (2017)	Alemania	Longitudinal	2364 (65.8% Femenino)	Geriatric Depression Scale (GDS-30)	Euro Qol Group self-report Group EQ-5D descriptive system Visual Analogue Scale (EQ VAS)
Lee y Salman. (2018)	Taiwan	Transversal	150 (55.4% femenino)	Center for Epidemiological Study of Depression scale (CES-D)	12-item Short-Form Health Survey (SF-12v2)

Teniendo en cuenta que la edad cronológica avanzada es un factor de riesgo para enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, para efectos de análisis, los estudios de la presente revisión se clasificaron en dos grandes grupos: enfermedades físicas y factores psicosociales.

Enfermedades físicas

En las investigaciones seleccionadas, se halló que las enfermedades físicas estudiadas en relación con las afectaciones a la calidad de vida y a los síntomas de depresión fueron: la somnolencia diurna excesiva (Brewster, et al, 2019), afecciones respiratorias como las crónicas tipo EPOC, (Bazargan, et al, 2019) y cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio I (Van Dams, Grogan, Lee, Punghia y Raldow, 2019), enfermedades cerebrovasculares (Sarfo, et al, 2017), fragilidad (Rensa, Setiati, Laksmi y Rinaldi, 2019), dolor crónico (Bazargan, et al, 2019), enfermedades crónicas (Sheridan, Mair y Quinõnes, 2019), sobrepeso (Giovannini, et al, 2019), otros tipos de cáncer (Van Dams, Grogan, Lee, Punghia y Raldow, 2019; Alobaidi, et al., 2020 y Gu, Xu, Zhu y Zhong, 2017) y multimorbilidad (Sheridan, Mair; She et al. 2019 y Quinõnes, 2019), de la cual se halló que la probabilidad de informar una salud deficiente aumenta en la medida que las personas mayores presentan combinaciones de multimorbilidad con síntomas depresivos y mayor discapacidad.

Se encontró que la CVRS dentro del factor físico, se ve afectada al recibir un diagnóstico médico, al decidir y someterse a los diferentes tratamientos y especialmente si esto genera dependencia para las actividades de la vida diaria, ya que la CVRS es relacionada negativamente ante una mayor carga de síntomas físicos, un mayor grado de depresión y una menor capacidad para las actividades de la vida diaria (Klompstra, Ekdahl, Krevers, Milberg y Eckerblad, 2019).

Otro aspecto fundamental que se asoció negativamente fue el sentir dolor, el cual se reportó en forma repetida como un factor que afecta la calidad de vida y/o predice la depresión (Brewster, et al., 2019; Vargas-Ricardo y Melguizo-Herrera, 2017; Heesch, Van Gellecum, Burton, Van Uffelen y Brown, 2016).

Además, se halló que el área fisiológica y somática del ser humano, específicamente la desregulación multisistémica de las mismas tiene un enorme valor para las personas mayores, especialmente al calificar la CVRS, el asunto se complejiza debido a que entre mayor edad más propensión a la enfermedad y por ende más afectación de los dominios (funcional, somático, mental y social) y entre más dominios afectados más disminuye la percepción de bienestar. (Van Houwelingen, Den Elzen, Le Cessie, Blom y Gussekloo, 2015).

También se evidenció, que las personas mayores son propensas a desarrollar síntomas depresivos ante un diagnóstico de enfermedad crónica como el cáncer, y los pacientes con síntomas depresivos tenían mayor porcentaje de condiciones comórbidas lo cual es directamente proporcional con una percepción de una CVRS deteriorada, (Alobaidi, et al, 2020) sirve resaltar que lo anterior no afecta la supervivencia de los pacientes. Anexando a lo anterior, se destacó el hecho de que los pacientes mayores sin síntomas depresivos que informaron mejor CVRS previo al diagnóstico de una enfermedad terminal, reaccionaron de manera más positiva a tratamientos invasivos como la cirugía, sin requerir adicionar tratamientos no invasivos como radioterapia. (Van Dams, Grogan, Lee, Punghia y Raldow, 2019). Continuando por esta misma línea, también

se encontró que los síntomas depresivos preoperatorios se asocian con componentes físicos y mentales escasos de la CVRS, lo que puede predecir un funcionamiento físico deficiente, más no mental (Patron, Messerotti y Palomba, 2016).

Concluyendo, la investigación que fue realizada con personas mayores institucionalizadas evidencio que los cuidadores o las personas encargadas de proporcionarles la atención básica a los residentes, en la mayoría de los casos el personal de salud o miembros de la familia, difieren o desconocen el grado de depresión o estado de la CVRS que presentaba el paciente, pese a que se evidencie significativamente reducida (Brandauer, et al, 2020).

En cuanto al nivel de evidencia se presenta una calificación cualitativa que incluye el porcentaje de cumplimiento de los 22 ítems de la versión corta en español del formulario STROBE para cada artículo (Von Elm et al., 2008). En los resultados se observa que todos los estudios cumplieron con más del 60% de los criterios del STROBE statement, teniendo como menor porcentaje de cumplimiento el 72.4% y como máximo el 96.7%. Todo lo anterior se puede analizar con más detalle en la Tabla 3.

Tabla 3. Objetivos, síntomas y principales resultados de los estudios sobre depresión, calidad de vida relacionada con la salud en muestras clínicas.

Autor/Año	Objetivo	Principales resultados	Nivel de evidencia
Brewster, et al. (2019)	Identificar la prevalencia y los predictores de la somnolencia diurna excesiva entre los adultos mayores que reciben servicios y apoyos a	Aproximadamente el 19% de esta muestra de personas mayores tenían una puntuación en la escala de somnolencia de Epworth superior a 10; una puntuación sugerente de somnolencia diurna excesiva que requeriría intervención clínica. Las características ambientales y de los participantes	96,7%

	largo plazo en comunidades de vida asistida, hogares de ancianos y la comunidad.	(síntomas molestos y el estado emocional) que predijeron la somnolencia diurna excesiva son modificables y tratables.	
Vargas-Ricardo y Melguizo-Herrera (2017)	Determinar los factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en Cartagena, 2015.	La CVRS se asoció positivamente a percibir apoyo social adecuado y a la independencia para realizar actividades instrumentales de la vida diaria y negativamente al hecho de trabajar o no tener pensión. Los adultos mayores de este estudio (quienes residían todos en sus domicilios) reportaron en su mayoría una alta proporción de apoyo social, y quienes percibieron menor apoyo, reportaban menor calidad de vida relacionada con la salud, ante lo cual los autores reportaron que es probable que la presencia de enfermedad incidiera en esta percepción.	82,1%
Giovannini , et al. (2019)	Investigar la asociación de la grasa corporal con la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión en una muestra de nonagenarios.	Los participantes se dividieron en tres grupos según el índice de grasa corporal alto, medio y bajo. En toda la muestra media las puntuaciones del componente físico disminuyeron con el aumento del porcentaje de grasa corporal del grupo. Un alto porcentaje de grasa corporal se asoció con una mala CVRS y depresión. No se observó una interacción significativa entre el sexo y el grupo de porcentaje de grasa corporal.	86,2%
Sheridan, Mair y Quinones (2019)	Examinar la asociación entre combinaciones únicas de multimorbilidad y discapacidad prospectiva y mala salud autoevaluada en adultos mayores en Europa	El 50% de la población del estudio informó tener al menos dos enfermedades crónicas. Se identificaron 380 combinaciones de enfermedades únicas entre personas que informaron tener al menos dos afecciones crónicas. En general, las combinaciones de multimorbilidad que incluían síntomas depresivos altos se asociaron con mayores probabilidades de informar una salud autoevaluada deficiente y mayores tasas de discapacidad. Los grupos de multimorbilidad que incluyen síntomas de alta depresión pueden ser más incapacitantes que combinaciones que incluyen sólo condiciones somáticas.	83,3%
Bazargan, et al. (2019)	Investigar si las afecciones respiratorias crónicas contribuyen a la calidad de vida relacionada con la salud de los adultos mayores afroamericanos que viven en áreas urbanas económicamente desfavorecidas, y si estos efectos se deben a factores demográficos,	Se halló que tener afecciones respiratorias crónicas se asocia con una menor CVRS. La asociación entre tener afecciones respiratorias crónicas y calidad de vida relacionada con la salud física es independiente de todos los factores de confusión, (demográficos, tabaquismo, dolor o síntomas depresivos). La asociación entre tener tener afecciones respiratorias crónicas y calidad de vida relacionada con la salud mental se debe a factores de confusión. (demográficos, tabaquismo, dolor o síntomas depresivos) La presencia de Condiciones Respiratorias Crónicas (CCR) parece contribuir a la mala CVRS física de los	76,7%

	nivel socioeconómico, comportamientos de salud, condiciones médicas y mentales comórbidas	adultos mayores afroamericanos que viven en áreas urbanas económicamente desfavorecidas.	
Buscariollo, Cronin, Borstelmann y Punglia. (2019)	Examinar si la CVRS informada por el paciente antes del diagnóstico y los síntomas depresivos están asociados con el tratamiento local para mujeres mayores con carcinoma ductal in situ y cáncer de mama en estadio I.	Entre las mujeres con carcinoma ductal in situ, las que tenían riesgo de trastorno depresivo mayor tenían más probabilidades de recibir cirugía conservadora de mama o mastectomía en comparación con cirugía conservadora de mama más radioterapia. Para cáncer de mama en estadio I, ninguna de las medidas se asoció significativamente con el tratamiento. Las mujeres mayores con riesgo de trastorno depresivo mayor antes del diagnóstico de carcinoma ductal in situ tenían menos probabilidades de recibir radioterapia después de la cirugía conservadora de mama, en comparación con cirugía conservadora de mama sola o mastectomía.	80,0%
Van Houwelingen, Den Elzen, Le Cessie, Blom y Gussekloo. (2015)	Este estudio explora la combinación de cuatro problemas de salud comunes en las personas mayores y si los problemas en cuatro dominios (funcional, somático, mental y social) tienen como resultado un efecto adicional sobre los indicadores de mala salud.	Un total de 1140 participantes (43%) tuvieron problemas en el dominio funcional, 2041 (76%) en el dominio somático, 1980 (74%) en el dominio mental y 1485 (55%) en el dominio social. Los participantes con problemas en cualquier dominio en particular obtuvieron peores puntuaciones en indicadores de salud. La desregulación fisiológica multisistémica tiene un efecto no lineal asociado con malos resultados en adultos mayores y la desregulación en los sistemas fisiológicos aumenta con la vejez. El presente estudio muestra que, el dominio fisiológico (somático), el dominio funcional y otros dos dominios (mental y social) están relacionados con la mala salud y el bienestar de las personas mayores, y que las consecuencias aumentan de forma no lineal cuando los 4 dominios se ven afectados.	78,8%
Gu, Xu, Zhu y Zhong. (2017)	Examinar la prevalencia y los correlatos sociodemográficos y clínicos de la depresión y su efecto sobre la calidad de vida relacionada con la salud CVRS en pacientes chinos hospitalizados con cáncer de pulmón de dos grandes hospitales generales.	Se encontró que el 43,2% de los pacientes chinos con cáncer de pulmón en hospitales generales ha experimentado síntomas depresivos importantes en la última semana. Este estudio ha demostrado una alta prevalencia de depresión en pacientes chinos hospitalizados con cáncer de pulmón asociados a CVRS en términos de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.	72,4%
Alobaidi, et al. (2020)	Examinar el impacto de los síntomas depresivos	Se encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos previos al diagnóstico en pacientes mayores antes del	92,9%

previos al diagnóstico y la calidad de vida relacionada con la salud mental (CVRS) en la supervivencia de los pacientes mayores con mieloma múltiple (MM).

diagnóstico de mieloma múltiple primario. Pacientes con los síntomas depresivos informaron un mayor número de comorbilidades y puntuaciones más bajas que indican peores resultados generales, mentales y de CVRS física, en comparación con pacientes sin síntomas depresivos. No se encontraron asociaciones significativas entre el pre diagnóstico, síntomas depresivos y mala CVRS mental con supervivencia por todas las causas o cáncer específicamente.

Los pacientes con síntomas depresivos tenían un mayor número de condiciones comórbidas (84%). Los síntomas depresivos previos al diagnóstico no se asociaron con todas las causas o mortalidad específica por cáncer. Los síntomas depresivos previos al diagnóstico y la menor CVRS mental no afectaron la supervivencia de los pacientes mayores con mieloma múltiple MM.

Rensa, Setiati, Laksmi y Rinaldi. (2019)

Determinar el estado de fragilidad (apto, prefrágil y frágil) e identificar los factores asociados con la fragilidad física en mujeres ancianas que viven en comunidades urbanas.

Las mujeres ancianas de la comunidad urbana con nivel socioeconómico bajo fueron clasificadas como aptas (12,6%), prefrágiles (63,4%) y frágiles (24%). Los factores asociados con la fragilidad física fueron la edad superior a 70 años, los síntomas depresivos, el menor estado funcional y el índice de calidad de vida relacionada con la salud.

73,3%

Klompstra, Ekdahl, Krevers, Milberg y Eckerblad. (2019)

Investigar los factores que se relacionan con la CVRS en personas mayores con multimorbilidad y alto consumo de atención médica, que viven en casa.

Una mayor carga de síntomas, una menor capacidad para las actividades de la vida diaria y un mayor grado de depresión se relacionaron negativamente con la CVRS. La depresión al inicio del estudio y un cambio en la carga de síntomas durante un período de dos años explicaron el 28% del cambio en la CVRS durante un período de variabilidad de dos años.

72,7%

Van Dams, Grogan, Lee, Punglia y Raldow. (2019)

Describir la relación entre los síntomas depresivos previos al diagnóstico y la CVRS informada por el paciente de acuerdo a la elección del tratamiento para el cáncer de pulmón de células no pequeñas en estadio I

El 27% de los pacientes evaluados cumplieron los criterios de riesgo de trastorno depresivo mayor. En el análisis univariable, una mayor proporción de pacientes que recibieron radioterapia frente a cirugía tenían riesgo de trastorno depresivo mayor. En el análisis multivariado, las puntuaciones más altas del componente físico y componente mental de la CVRS, los cuales se asociaron con una menor probabilidad de recibir radioterapia. Se encontró que las puntuaciones para la elección del tratamiento eran independientes después del ajuste de varios factores, incluyendo edad, nivel de educación, nivel de ingresos, año de diagnóstico y número de comorbilidades.

76,5%

She, et al. (2019)	Examinar las asociaciones de los patrones de multimorbilidad con la CVRS en adultos mayores que viven en zonas rurales en China y explorar hasta qué punto sus asociaciones fueron mediadas por la dependencia funcional y los síntomas depresivos.	La multimorbilidad estuvo presente en el 83,8% de los participantes. El análisis factorial exploratorio identificó 4 patrones de multimorbilidad, es decir, patrones de enfermedades cardiovasculares-degenerativas, respiratorias, neurológicas-tiroideas y metabólicas-cognitivas-cerebrovasculares. El patrón de enfermedad neurológico-tiroidea no mostró una asociación significativa con la CVRS mientras que los otros 3 se asociaron con una mala CVRS y tuvieron un impacto en sus diferentes dimensiones. El análisis de mediación sugirió que la dependencia funcional y la presencia de síntomas depresivos podrían mediar el 24,8% y el 21,8%, respectivamente, de la asociación entre el número de enfermedades crónicas y la mala CVRS. La multimorbilidad se asocia con una mala CVRS en adultos mayores, en los que la dependencia funcional y los síntomas depresivos median en parte sus asociaciones.	80,6%
Sarfo, et al. (2017)	Evaluar la prevalencia y los predictores de depresión en una muestra de conveniencia de sobrevivientes de accidente cerebrovascular en Ghana.	El 78,5% de los participantes se clasificó como deprimido por el test CES-D, el 42,5% por el GDS y el 36,5% tanto en CES-D como en GDS. En los análisis multivariados, por cada unidad de aumento en la escala de Rankin modificada (es decir, empeoramiento de la discapacidad), hubo mayores probabilidades de depresión, y se vinculó el divorcio (frente a estar casado) a la depresión. Los sobrevivientes de accidente cerebrovascular con depresión demostraron profundas disminuciones en los dominios físico, psicosocial, cognitivo y eco social de la calidad de vida en comparación con aquellos sin depresión. Casi 4 de cada 10 supervivientes de un accidente cerebrovascular en esta cohorte de Ghana mostraron una depresión clínicamente significativa.	66,7%
Klapheke, Keegan, Ruskin y Cress. (2020)	Evaluar la asociación entre la CVRS medida antes del diagnóstico y la supervivencia en mujeres mayores con cáncer de endometrio.	Por cada aumento de cinco puntos en la puntuación de CVRS, la supervivencia general mejoró en un 5-9%. Las asociaciones más fuertes se observaron para la vitalidad y el funcionamiento físico. Los síntomas depresivos se asociaron significativamente con un mayor riesgo de muerte por todas las causas. La CVRS medida antes del diagnóstico de cáncer de endometrio tiene valor pronóstico.	71,4%
Brandauer, et al. (2020)	Analizar los posibles factores de impacto en la CVRS de los residentes de hogares de ancianos que padecen dolor.	Los residentes mostraron una intensidad del dolor de 18,49, una interferencia del dolor de 29,61, una puntuación de MMSE de 22,84, una puntuación de GDS de 5,65 y un índice EQ-5D de 0,52. Los residentes con más diagnósticos, más síntomas depresivos y una mayor	72,4%

Patron, Messerotti y Palomba. (2016)	Examinar si el riesgo biomédico preoperatorio y los síntomas depresivos se asociaron con componentes físicos y mentales de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes 1 año después de la cirugía cardíaca.	interferencia del dolor mostraron una CVRS significativamente reducida.	66,7%
		Los síntomas depresivos preoperatorios predijeron las puntuaciones de SF-12-PCS (dimensión física) y SF-12-MCS (dimensión mental) en pacientes 1 año después de la cirugía cardíaca, mientras que el Sistema Europeo para la Evaluación del Riesgo Operativo Cardíaco se asoció con SF-12-PCS, pero no SF-12-MCS postoperatoriamente. Los hallazgos actuales mostraron que los síntomas depresivos preoperatorios se asocian con componentes físicos y mentales deficientes de la CVRS, mientras que un alto riesgo biomédico predice un funcionamiento físico reducido, pero no mental, en los pacientes en el postoperatorio.	

Factores psicosociales

En cuanto a los factores sociales sobresalieron las variables de género (Gouveia, Ihle, Kliegel, Freitas y Gouveia, 2018), donde en la mayoría de las investigaciones revisadas el género femenino era el predominante en los participantes. Respecto a esta característica, se halló que efectivamente el género tenía relación significativa con el deterioro con la CVRS y la depresión. Por ejemplo, los hombres han reportado más pensamientos suicidas y sentimientos de soledad y depresión que las mujeres, mientras que estas se enfocan más en sus necesidades de cuidado, acompañamiento y acceso a servicios de emergencias (Ko, et al, 2019), y tienden a tener menor CVRS que los hombres (Ferrer, et al, 2015).

La dependencia económica resaltó en tanto que los bajos ingresos, no tener pensión o tener que trabajar fue inversamente proporcional a la percepción de una buena calidad de vida, además la investigación de Lee, Kim y Han (2015) destacó que la situación de ilegalidad dentro de un territorio ajeno o ser inmigrante afecta la calidad de vida e influye para presentar mayores síntomas depresivos, sobre todo en las personas mayores esto debido al escaso apoyo social percibido. Otro aspecto que llamó la atención fueron los datos de ubicación de la persona mayor, ya que indiferentemente de que su vivienda es rural o urbana, lo que afecta la percepción de la CVRS es el nivel de independencia para realizar las labores de la vida diaria (Vargas-Ricardo y Melguizo-Herrera, 2017), la incapacidad para realizar las mismas o depender de otro para esto se puede relacionar con la presencia de síntomas depresivos.

Dentro de los factores psicológicos o mentales destacaron los trastornos del sueño, específicamente la hipersomnolencia y el insomnio, la mala calidad del sueño junto con la presencia de síntomas depresivos afectan negativa y directamente la calidad de vida, el sentirse somnoliento puede disminuir la percepción de una buena calidad de vida (Zhao, et al, 2019). El deterioro cognitivo y otras psicopatologías asociadas como ansiedad y depresión afectan la obtención de niveles altos de calidad de vida, los autores Roehr, et al. (2017), concluyeron que los niveles bajos de CVRS son conformados por síntomas depresivos, deterioro funcional y el deterioro cognitivo subjetivo, esta subjetividad afecta incluso a las personas mayores sin deterioro cognitivo.

Dentro de los artículos también se encontró que, en las personas mayores, dirigir la queja o responsabilidad hacia una persona externa (locus de control externo) disminuye la percepción de una buena CVRS indiferentemente si presenta síntomas depresivos o es una persona mayor no depresiva (Helvik, et al, 2016). La actividad física, las actividades deportivas y sentirse activo se asocia a una buena calidad de vida, (Heesch, Van Gellecum, Burton, Van Uffelen y Brown, 2016 y Gouveia, et al. 2017).

Para finalizar, otras variables psicosociales, encontradas dentro de los diferentes artículos seleccionados, que pueden afectar la calidad de vida relacionada con la salud e influir en la aparición o intensificación de síntomas depresivos y el diagnóstico de depresión. Son el vivir solo ya que esto afecta significativamente el componente o esfera mental de la persona mayor, puede sufrir caídas, pérdida de la vitalidad y sentirse frágil debido a la pérdida de fuerza corporal (Gouveia, et al. 2017, Klapheke, Keegan, Ruskin y Cress, 2020 y Rensa, Setiati, Laksmi y Rinaldi, 2019), un nivel educativo bajo, los bajos ingresos y los síntomas depresivos afectaron negativamente la CVRS en las personas mayores (Park y Kim, 2018). Finalmente, el bienestar espiritual es un factor que influye positivamente en la CVRS y la depresión de las personas mayores, ya que obra como un mediador entre los síntomas depresivos y la calidad de vida (Lee y Salman, 2018).

En cuanto al nivel de evidencia se presenta una calificación cualitativa que incluye el porcentaje de cumplimiento de los 22 ítems de la versión corta en español del formulario STROBE para cada artículo (Von Elm et al., 2008). En los resultados se observa que todos los estudios cumplieron con más del 60% de los criterios del STROBE statement, teniendo como menor porcentaje de cumplimiento el 64.7% y como máximo el 89.7%. Todo lo anterior se puede analizar con más detalle en la Tabla 4.

Tabla 4. Objetivos, síntomas y principales resultados de los estudios sobre depresión, calidad de vida relacionado con la salud y factores psicosociales.

Autor/Año	Objetivo	Principales resultados	Nivel de evidencia
Helvik, et al. (2016)	Investigar las relaciones entre el afrontamiento y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores (≥ 60 años) con y sin depresión.	El locus de control externo es asociado negativamente con la CVRS tanto en pacientes mayores depresivos como en los no diagnosticados. No se evidenció relación entre la muestra de emociones y estrategias de solución centradas en el problema con la CVRS. Los modelos ajustados de CVRS explicaron una menor proporción de la varianza en el grupo de ancianos deprimidos adultos en comparación con el grupo de adultos mayores no deprimidos.	74,2%
Parker, Petrou, Underwood y Madan.(2017)	Comparar las evaluaciones de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud de los residentes en hogares de cuidados informados por los residentes y el personal de cuidados que actúan como representantes.	Los residentes y el personal de las residencias de ancianos parecen diferir fundamentalmente en su evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, medida por el EQ-5D, de los residentes con diferentes niveles de depresión, dolor y/o deterioro cognitivo. Esto podría dificultar que los cuidadores actúen como defensores de los profesionales de la salud y la atención social para ciertos grupos de residentes.	82,1%
Hajek, et al. (2015)	Investigar la coevolución de la depresión y la calidad	Una asociación negativa sólida entre un cambio inicial en la CVRS y un cambio posterior en la puntuación de depresión, con diferencias de sexo sustanciales: en las mujeres hubo	82,4%

	de vida relacionada con la salud (CVRS) en la vejez.	una asociación sólida, mientras que en los hombres la significación de esta asociación dependió de la especificación del modelo. En la muestra total y en ambos sexos, no se encontró una asociación sólida entre un aumento inicial de la depresión y un cambio posterior en la CVRS.	
Song, Yu, Li, He y Sun. (2019)	Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) e identificar los correlatos importantes de la CVRS en adultos chinos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL).	El análisis de regresión jerárquica indicó que la vejez, los bajos ingresos, los síntomas depresivos y la mala calidad del sueño se asociaron significativamente con la CVRS de los individuos con deterioro cognitivo leve DCL.	82,1%
Lee, Kim y Han.(2015)	Identificar correlaciones de la calidad de vida relacionada con la salud CVRS en ancianos inmigrantes coreanos hipertensos	El modelo de regresión jerárquica para CVRS explicó el 32,8% de la varianza. Sexo femenino, mayor número de condiciones comórbidas, menor apoyo social y mayores síntomas depresivos se asociaron con una peor CVRS. La depresión fue el correlato más potente de la CVRS entre los estadounidenses de origen coreano (KA) de edad avanzada con hipertensión HTN.	73,3%
Gouveia, et al. (2017)	(1) Examinar el papel de los correlatos potenciales de la CVRS en una gran muestra representativa de adultos mayores, y (2) Investigar si las relaciones entre la CVRS y los factores potenciales difieren en función del componente de CVRS (físico vs. mental) y/o cohorte de edad (joven-viejo versus viejo-viejo).	La relación positiva con la resistencia aeróbica fue significativamente mayor para el componente físico de la CVRS, mientras que la relación negativa con vivir solo fue significativamente mayor para el componente mental. La relación positiva de CVRS con la actividad física fue significativamente mayor en los adultos mayores que en los adultos jóvenes. Estos datos sugieren que la composición corporal, la aptitud funcional, los factores psicosociales y las caídas son correlatos importantes de la CVRS en la vejez. Existen diferencias en el componente de CVRS y en la cohorte de edad con respecto a estos correlatos.	75,9%
Park y Kim. (2018)	Evaluar la asociación entre depresión y CVRS en mujeres posmenopáusicas	La edad, el nivel educativo y los ingresos se asociaron con la CVRS en estos participantes. Además, la depresión ejerció una influencia considerable sobre la CVRS en mujeres posmenopáusicas. Los hallazgos sugieren una fuerte asociación entre la depresión y la CVRS.	89,7%
Zhao, et al. (2019)	Dilucidar si los síntomas depresivos median la asociación	Los síntomas de insomnio y los síntomas depresivos se relacionaron negativamente con la CVRS. Los síntomas depresivos mediaron la relación entre los síntomas del	75,9%

entre los síntomas del insomnio y la CVRS y explorar si los síntomas del insomnio y los síntomas depresivos interactúan sinérgicamente para afectar la CVRS entre los adultos mayores en hogares de ancianos.

insomnio y la CVRS. En comparación con los adultos mayores sin síntomas de insomnio o síntomas depresivos, aquellos con sólo síntomas depresivos o síntomas de insomnio tenía menor CVRS. Además, la copresencia de síntomas de insomnio y síntomas depresivos aumentó significativamente el riesgo de reducir la CVRS. Los síntomas de insomnio comórbido y los síntomas depresivos interactúan sinérgicamente para afectar la CVRS.

Ko, et al (2019)	Identificar las diferencias de género en el estado de salud, las necesidades de servicios comunitarios y la calidad de vida de los adultos mayores que viven solos en una ciudad urbana de Corea del Sur.	Las mujeres tenían más necesidades de atención, entorno residencial, movimiento, conexión y servicios de emergencia que los hombres. En los hombres, se identificaron síntomas depresivos, pensamientos suicidas, soledad y fuerza de agarre con la mano derecha utilizando el EQ-5D. El EQ-5D también se utilizó para explicar síntomas depresivos, pensamientos suicidas, función cognitiva y actividad física en mujeres. El estado de salud y las necesidades de servicios comunitarios dependían del género; por lo tanto, las intervenciones deben adaptarse al género. Nuestra investigación encontró que para disminuir la depresión y los pensamientos suicidas, mejorar la salud física y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que viven solos.	78,6%
Helvik, et al., (2016)	Describir el cambio de CVRS un año después del ingreso para el tratamiento de la depresión, en segundo lugar, explorar si la mejora de la CVRS se asoció con la remisión de la depresión en el seguimiento y, por último, estudiar cómo se comparaba la CVRS en pacientes con remisión de la depresión con un grupo de referencia de personas mayores sin depresión.	La CVRS había mejorado durante el seguimiento para el grupo total de pacientes deprimidos, como lo indican las mejores puntuaciones en el índice EQ-5D y EQ-VAS. En el modelo de regresión lineal multivariante, la mejora del índice EQ-5D y EQ-VAS fue significativamente mejor en aquellos con remisión de la depresión y aquellos con una mejor salud física inicial. En análisis ajustados, la CVRS en pacientes con remisión de la depresión durante el seguimiento no difirió de la CVRS en un grupo de referencia sin depresión. Los pacientes mayores de hospital con depresión que experimentaron remisión un año después de la admisión ganaron CVRS y su CVRS fue comparable con la CVRS en un grupo de referencia de adultos mayores sin depresión al ajustar las diferencias en las condiciones sociodemográficas y de salud.	73,3%
Jantunen, et al. (2018)	Examinar la asociación entre el cambio en la actividad física en el tiempo libre y el cambio en la CVRS y	Un aumento de la desviación estándar en la actividad física en el tiempo libre se asoció con un aumento en el componente de resumen físico de la CVRS en las mujeres y en hombres. En las mujeres, el aumento de 1 desviación estándar en la actividad física en el tiempo libre también se	71,9%

	los síntomas de depresión durante un seguimiento de diez años	asoció con un aumento en la puntuación del componente de resumen mental y una reducción de los síntomas depresivos. El aumento en el volumen de actividad física en el tiempo libre durante un período de diez años al final de la edad adulta se asoció con una mejor CVRS en hombres y mujeres, y también con una disminución de los síntomas depresivos en las mujeres.	
Jia y Lubetkin. (2017)	Examinar la carga de la enfermedad debido al aumento de los niveles de síntomas depresivos al examinar la asociación entre las puntuaciones del Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) de 9 ítems y los años de vida ajustados por calidad para adultos estadounidenses de 65 años o más.	Los años de vida ajustados por calidad para personas con depresión nula / mínima, leve, moderada y moderadamente severa / severa fueron 14.0, 7.8, 4.7 y 3.3 años, respectivamente. En comparación con las personas sin trastorno depresivo mayor, las personas con trastorno depresivo mayor tenían 8,3 menos de años de vida ajustados por calidad o una pérdida del 65%. En comparación con las personas que informaron "ninguno" o síntomas depresivos mínimos, las personas que informaron síntomas depresivos leves tuvieron 6.2 años de vida ajustados por calidad menos o una pérdida del 44%. Los mismos patrones se observaron en subgrupos demográficos y socioeconómicos y según el número de comorbilidades. Este estudio confirmó la carga significativa de enfermedad para el trastorno depresivo mayor entre los ancianos de EE. UU., también mostró una disminución incremental de años de vida ajustados por calidad con una mayor gravedad de los síntomas depresivos, así como una pérdida significativa de años de vida ajustados por calidad debido a la depresión leve.	72,4%
Heesch, Van Gellecum, Burton, Van Uffelen y Brown. (2016)	Examinar las asociaciones entre actividad física y CVRS en mujeres mayores con antecedentes de síntomas depresivos	En modelos concurrentes, los niveles más altos de actividad física se asociaron con una mejor CVRS. Las asociaciones más fuertes se encontraron para el dolor corporal, el funcionamiento físico, las percepciones generales de salud, el funcionamiento social y las medidas de vitalidad. Para las mujeres de entre 70 y 80 años con antecedentes de síntomas depresivos, la actividad física se asocia positivamente con la CVRS al mismo tiempo y, en menor medida, de forma prospectiva. Este estudio amplía el trabajo anterior al mostrar asociaciones significativas en mujeres mayores con antecedentes de síntomas depresivos.	80,6%
Ferrer, et al. (2015)	Analizar los factores predictivos de la CVRS durante un período de seguimiento de 3 años, en una cohorte comunitaria de personas octogenarias.	Los problemas más significativos fueron dolor / malestar (61,2%), depresión (45,3%) y movilidad (44,6%). El índice del tercer año fue de 0,55 (0,38). Los factores predictivos independientes de menor CVRS identificados por los modelos mixtos de regresión fueron el género femenino, prefrágil o frágil, tener insuficiencia cardíaca y tener un puntaje de riesgo social alto. Por el contrario, un estado funcional más alto y la puntuación nutricional parecieron ser factores predictivos de una mejor CVRS. Los individuos	78,1%

		frágiles al inicio del estudio tienen una CVRS significativamente más baja, mientras que un estado funcional y nutricional más altos son factores predictores independientes de una CVRS mejorada después de 3 años de seguimiento.	
Roehr, et al. (2017)	Investigar si el deterioro cognitivo subjetivo se asoció consistentemente con una menor CVRS en personas mayores sin deterioro cognitivo.	702 participantes (50,6%) informaron deterioro cognitivo subjetivo y 230 (16,6%) preocupaciones relacionadas con deterioro cognitivo subjetivo. El deterioro cognitivo subjetivo constituye un problema grave para las personas mayores sin deterioro cognitivo que se refleja en la persistencia de niveles más bajos de CVRS más allá de los síntomas depresivos y el deterioro funcional.	82,8%
Gouveia, Ihle, Kliegel, Freitas y Gouveia. (2018)	Examinar las diferencias sexuales en la CVRS de los adultos mayores e investigar si los patrones de relación entre la CVRS y sus correlatos difieren entre sexos.	Los hombres mostraron una CVRS significativamente más alta. El índice de masa corporal, la fuerza corporal, la resistencia aeróbica, actividad física, síntomas depresivos, caídas y vivir solo se relacionaron significativamente con la CVRS. Con el sexo como moderador, estas relaciones no fueron significativas. Se encontró una interacción significativa del sexo con actividad física en la CVRS, lo que indica que esta relación fue mayor en los hombres. Se encontró un patrón de relación similar para el componente físico de CVRS.	66,7%
Hajek, et al. (2017)	Examinar el impacto del compromiso social en la CVRS y los síntomas depresivos en la vejez.	Después de ajustar por edad, estado civil, estado funcional y enfermedades crónicas, las regresiones de efectos fijos revelaron que el inicio del compromiso social aumentó notablemente la CVRS y disminuyó considerablemente los síntomas depresivos en la muestra total y en las mujeres, pero no en los hombres.	64,7%
Lee y Salman. (2018)	Investigar el efecto mediador del bienestar espiritual sobre los síntomas depresivos y la CVRS entre los ancianos taiwaneses.	Este estudio reveló que el bienestar espiritual se relaciona positivamente con la CVRS, pero se correlacionó negativamente con el síndrome de Down. Los resultados de los análisis de regresión hierática sugirieron que el bienestar espiritual mediaba significativamente la relación entre los síntomas depresivos y los componentes mentales de la CVRS.	71,4%

7. Discusión

La presente revisión sistemática buscaba conocer la evidencia reportada en la literatura científica (2015-2020) en torno a la calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores con síntomas de depresión, frente a lo cual se halló que hay una estrecha relación entre ambas variables. Las personas mayores que tenían mayor presencia de síntomas depresivos reportaban en general una menor calidad de vida relacionada con la salud, lo cual a su vez era mediado por diversas condiciones sociales.

La CVRS se asoció, en primer lugar, con enfermedades orgánicas, de las cuales lo que se pudo evidenciar es que entre más discapacidad y dependencia cause la enfermedad, se va a presentar mayor deterioro en la calidad de vida esto debido a que la pérdida de autonomía e independencia se asocia negativamente con el bienestar, (Sarfo, et al., 2017 y She, et al., 2019).

Algunos autores (Vargas-Ricardo y Melguizo-Herrera, 2017; Lee, Kim y Han, 2015; Heesch, Van Gellecum, Burton, Van Uffelen y Brown, 2016; Helvik, et al., 2016 y Ko, et al., 2019), señalan que la percepción de la CVRS es multicausal y coinciden en que los factores que se asocian positivamente son: la independencia para realizar actividades de la vida diaria, un apoyo social adecuado, un alto grado académico, ingresos económicos periódicos, el bienestar espiritual y la posibilidad de acceder a los servicios de salud. La ausencia de los anteriores, se asocia negativamente a la CVRS. Adicional a lo anterior, la fragilidad, el sedentarismo, la

comorbilidad de diagnósticos, el sentir dolor constante o sufrir enfermedades crónicas son también parámetros que la afectan desfavorablemente.

La comorbilidad y la multimorbilidad fueron elementos que resaltaron en las investigaciones revisadas. Su relación con la depresión y la CVRS es frecuente, como bien se pudo apreciar a lo largo de la revisión, algunos autores evidenciaron que, a mayor número de diagnósticos, independientemente de su origen, psíquico o somático, peor CVRS percibida. Además, las comorbilidades y multimorbilidades que incluyen depresión o síntomas depresivos se asocian con una autoevaluación de salud y bienestar deficiente (Lee, Kim y Han, 2015; Sheridan, Mair y Quinones, 2019 y She, et al., 2019).

En segundo lugar, factores de corte psicosocial, como el presentar o haber tenido depresión o síntomas depresivos, destacan en los estudios analizados como agentes predictores de una disminuida CVRS. Lo anterior debido a que las personas mayores con síntomas o antecedentes depresivos presentan puntuaciones más bajas en escalas relacionadas con la CVRS.

Asimismo, el trastorno depresivo mayor es una enfermedad incapacitante, factor que disminuye el bienestar percibido. También, vivir solo, no tener pensión, un bajo nivel académico, tener que trabajar devengando bajos ingresos, especialmente para los mayores de 70 años, la dependencia y no contar con familia o amigos que brinden un apoyo social adecuado, son otros componentes que afectan la CVRS desde el componente psicológico y social (Gouveia, et al. 2017; Alobaidi, et al., 2020; Heesch, Van Gellecum, Burton y Van Uffelen & Brown, 2016).

En cuanto a la evaluación clínica, la presente investigación permitió evidenciar que no existe una batería universal de instrumentos psicométricos especializada para trabajar con las personas mayores asociadas con las variables seleccionadas para este estudio. Se halló que los instrumentos de evaluación que se utilizan para los adultos mayores en su mayoría se basan en un punto de corte para definir la presencia o ausencia de depresión, sin tener en cuenta los síntomas específicos y diferenciales de esta población, en donde los síntomas físicos fácilmente pueden enmascarar un trastorno depresivo.

Los años de vida ajustados por calidad es otro factor que interviene en la relación de depresión y CVRS. Se identificó que las personas mayores con puntuaciones más deterioradas en las pruebas psicométricas de depresión, presentaban significativamente menos años de vida ajustados por calidad, estos resultados no sólo fueron importantes para las estadísticas, sino también para la clínica y el tratamiento (Jia y Lubetkin, 2017).

Otro factor que resaltó, fue la diferencia de la percepción de la CVRS y la depresión en entre cuidadores y personas mayores dependientes. Un estudio (Parker, Petrou, Underwood y Madan, 2017) encontró que los prestadores del servicio, bien fueran trabajadores de la salud o familiares, calificaban de manera más positiva la CVRS e identificaban menos síntomas que los mismos pacientes.

Dado que el envejecimiento es un proceso inevitable, en el cual, se ha detectado que a mayor edad cronológica, mayor vulnerabilidad biopsicosocial y predisposición del cuerpo y la

mente a adquirir diversas patologías u enfermedades lo cual puede derivar en una progresiva pérdida de la independencia para las actividades de la vida diaria. Lo anterior se puede ver acentuado por la disminución de los recursos sociales (jubilación, muerte del cónyuge, familiares y amigos). Este cúmulo de situaciones pueden dar como resultado una menor calidad de vida en las personas adultos mayores.

De igual forma recomiendan abordar el tema de forma diferencial, organizando temas legales y económicos como la jubilación, la reinversión del rol particular, familiar y del contexto social inmediato. Por tales razones se hace imprescindible sensibilizar a la comunidad y red de apoyo familiar para que brinden el apoyo adecuado a las personas mayores, lo cual a su vez debe trascender y materializarse en el desarrollo de programas gubernamentales que favorezcan a toda la población mayor, puesto que se evidenció que los existentes en la actualidad solo favorecen a los ancianos funcionales (Vargas-Ricardo & Melguizo-Herrera, 2017).

Esta investigación tiene algunas limitaciones, pues no se incluyeron estudios de corte cualitativo, ensayos clínicos de psicoterapias y/o fármacos ni poblaciones con deterioro cognitivo severo o síntomas psicóticos. Por lo tanto, se sugiere que los hallazgos de este estudio se empleen como un aporte más que una generalización, especialmente porque la proporción de estudios latinoamericanos incluidos en la revisión es menor en comparación a las otras regiones.

8. Conclusiones

La presente investigación permitió hallar que en la literatura científica revisada se reporta que las personas mayores son más vulnerables a sufrir depresión y/o tener una mala calidad de vida, lo cual parece estar determinado por factores sociales como el género o el hecho de vivir solos, pues las personas mayores pueden sufrir caídas, pérdida del funcionamiento físico/mental y disminución de la actividad corporal sin una red de apoyo familiar o social que se percate y suministre cuidado.

Se evidenció que las enfermedades de larga duración, en las que se presenta dolor crónico, las que disminuyen la dependencia funcional y la multimorbilidad son las que más afectan la percepción de la CVRS. Esto debido a que se disminuye la capacidad de continuar realizando las labores de la vida diaria, es decir su independencia entra en declive y este es otro factor que resaltó dentro de esta investigación, pues la revisión permitió identificar que entre más se necesite de los servicios de un cuidador para las actividades diarias menor bienestar en las personas mayores.

La depresión en esta población sobresale como una enfermedad mental frecuente, imperceptible e incapacitante que puede confundirse con síntomas somáticos o deterioro cognitivo y puede ser un trastorno no visibilizado o ignorado por terceros, bien sean cuidadores externos o familiares quienes atribuyen los cambios al deterioro cognitivo propio de la edad o a las demencias.

Uno de los estudios reseñados, en el que participaron personas mayores y cuidadores, demostró lo mucho que diferían sus percepciones a las de los pacientes, lo cual sugiere la necesidad de sensibilización en esta población con respecto a los trastornos depresivos. Este hallazgo también implica la necesidad de instrumentos de evaluación en los cuales se discriminen los síntomas específicos y no sólo por punto de corte, los cuales puedan ser complementados con instrumentos cualitativos para abordar la particularidad de la persona mayor y tener diagnósticos e intervenciones acertados.

La importancia de este estudio a nivel Estatal puede ser muy relevante en tanto brinda información clara de las necesidades manifiestas en los diferentes estudios a nivel mundial, acerca de los factores que afectan y benefician la calidad de vida relacionada con la salud y la depresión dentro de la población longeva. Estos hallazgos pueden servir de base para el mejoramiento de planes de desarrollo nacionales, departamentales y municipales.

Recomendaciones

La mayoría de los estudios abordados sugieren trabajar más la preparación de la sociedad para la vejez, ya que todos llegaremos a esa etapa. Es importante sensibilizar a todos los ciudadanos con respecto a esta última etapa de vida, recalcar la importancia de la jubilación o de aportes económicos periódicos en la vejez.

Es posible preparar a la población para enfrentar adecuadamente los cambios biológicos, psicológicos y sociales que trae consigo la acumulación de tiempo para que puedan gestionarlos de una manera adecuada. También concientizar a la comunidad en general, la familia, los cuidadores y contexto social sobre los síntomas depresivos y diferentes factores que afectan la CVRS en el adulto mayor de una forma diferencial, puesto que se analizó que, de acuerdo al género, la condición física y demás se pueden tener diferentes necesidades.

También es conveniente tener en cuenta la creación de programas de apoyo y recreación que favorezcan a la población envejecida que padece alguna discapacidad o ha perdido parte de su independencia.

Además, se sugiere explorar otras variables en las personas adultas mayores, que este trabajo no abordó.

Referencias

Acosta, et al. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos.

Psicología y Salud, 27(2), 179-188.

Alcaldía de Envigado. (2020). Plan de Desarrollo Municipal 2020 - 2023. Juntos Sumamos por

Envigado. Recuperado de:

<https://www.envigado.gov.co/planeacion/paginas/contenido/plan-de-desarrollo-municipal/plan-de-desarrollo-2020--2023>

Alcaldía de Medellín (2020). Plan de desarrollo Medellín futuro 2020 - 2023. Recuperado de:

<https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://dddaaa89dac2b277befc10a93559c26>

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961–1970.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-)

Alobaidi, et al. (2020). Depressive symptoms, mental health-related quality of life, and survival among older patients with multiple myeloma. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(9), 4097–4106.

<https://doi.org/10.1007/s00520-019-05246-6>

Aranda, A. (6 de agosto de 2018). ¿Cuáles serán los 15 países más envejecidos del mundo en 2050? *Forbes*. Recuperado de: <https://forbes.es/empresas/36726/cuales-seran-los-15-paises-mas-envejecidos-del-mundo-2050/>

Área metropolitana Valle de Aburrá. (2019). Historia. Recuperado de: <https://www.metropol.gov.co/area/Paginas/somos/Historia.aspx>

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Ballesteros, S. (2007). *Envejecimiento Saludable: Aspectos, Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Madrid, España. Editorial Universitas - UNED.

Barriopedro, M. I., Eraña, I., & Mallol, L. (2001). Relación de la actividad física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. *Revista de psicología del deporte*, 10(2), 239-246.

Bazargan, et al. (2019). Chronic Respiratory Disease and Health-Related Quality of Life of African American Older Adults in an Economically Disadvantaged Area of Los Angeles. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1756. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101756>

Besdine, R. (2016). Cambios físicos asociados con el envejecimiento. *Manual MSD*. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es/professional/geriatr%C3%ADa/abordaje-del-paciente-geri%C3%A1trico/cambios-f%C3%ADsicos-asociados-con-el-envejecimiento>

Brandauer, et al. (2020). Quality of life in nursing home residents with pain: Pain interference, depression and multiple pain-related diseases as important determinants. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 29(1), 91-97. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02290-x>.

Brewster, et al. (2019). Association of health related quality of life domains with daytime sleepiness among elderly recipients of long-term services and supports. *Geriatric Nursing*, 40(4), 417-423. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.01.006>.

Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Siglo XXI Editores, S. A.

Buscariollo, et al. (2019). Impact of pre-diagnosis depressive symptoms and health-related quality of life on treatment choice for ductal carcinoma in situ and stage I breast cancer in older women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 173(3), 709-717. <https://doi.org/10.1007/s10549-018-5006-5>.

Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29(3), 182-191. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>

Cano, S., Garzón, M., Segura, A. y Cardona, D. (2015). Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012. *Revista Facultad Nacional Salud Pública 2015*; 33(1), 67-74.

Cano, S., Garzón, M., Segura, A. y Cardona, D. (2012). Maltrato psicológico en los adultos mayores del departamento de Antioquia, 2012. *Revista Facultad Nacional Salud Pública 2014*; 32(1), 99-106.

Carbajo, M. (2008). La historia de la vejez. *Ensayos* (18), 237-254.

Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). Deontología y Bioética del Ejercicio de la Psicología en Colombia. Recuperado de:

https://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf

Corrales, E., Tardón, A. y Cueto, A. (2000). Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta años. *Psicothema* .12, (2), 171-175

Cortés, C., Cardona, D., Segura, A. y Garzón M. (2015). Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia, Colombia, 2012. *Revista salud pública*. 18 (2). 167-178.

Da Silva, C. (2018). *Neuropsicología del envejecimiento*. México: Editorial el manual moderno S. A de C.V.

Da Costa, et al. (2011). Uses and misuses of the STROBE statement: Bibliographic study. *BMJ Open*, 1(1), e000048. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000048>.

Departamento Nacional de Planeación (2020). Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022.

Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Resumen-PND2018-2022-final.pdf>

Dulcey - Ruiz, E. (2015). *Envejecimiento y Vejez: Categorías y Conceptos. Calidad de vida y bienestar*. Bogotá, Colombia. Fundación Cepsiger para el desarrollo humano.

Egas, M. (2001). Diagnóstico y manejo de la depresión en ancianos. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 3(1), 41 - 43

Datos Macro (2017). La esperanza de vida en Colombia sube hasta los 74,56 años. *Datos Macro*.

Recuperado de: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/colombia>

Ferrer, et al. (2015). Predicting factors of health-related quality of life in octogenarians: A 3-year follow-up longitudinal study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 24(11), 2701-2711.

<https://doi.org/10.1007/s11136-015-1004-9>.

Giovannini, S., Macchi, C., Liperoti, R., Laudisio, A., Coraci, D., Loreti, C., Vannetti, F., Onder, G., Padua, L., Bonaccorsi, G., Boni, R., Castagnoli, C., Cecchi, F., Cesari, F., Epifani, F., Frandi, R., Giusti, B., Luisi, M. L. E., Marcucci, R., ... Valecchi, D. (2019). Association

of Body Fat With Health-Related Quality of Life and Depression in Nonagenarians: The Mugello Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(5), 564-568.

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.128>

Gobernación de Antioquia. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

(2019). Antioquia pionera en Colombia en crear la Política Antienvejecimiento: Vivir Más y Mejor. Recuperado de: <https://www.dssa.gov.co/index.php/historico-noticias/item/1086-antioquia-pionera-en-colombia-en-crear-la-politica-antienvejecimiento-vivir-mas-y-mejor>

Gobernación de Antioquia. (2020). Plan de desarrollo Unidos Por la Vida 2020 - 2023.

Recuperado de: <https://plandesarrollo.antioquia.gov.co/>

Gouveia, et al. (2018). Sex differences in relation patterns between health-related quality of life of older adults and its correlates: A population-based cross-sectional study in Madeira, Portugal. *Primary Health Care Research & Development*, 1-5.

<https://doi.org/10.1017/S1463423618000233>

Gouveia, et al.(2017). Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults. *Qual Life Res*;26(6):1561-1569. doi:10.1007/s11136-017-1502-z.

Gu, et al. (2017). Depression and its impact on health-related quality of life among Chinese inpatients with lung cancer. *Oncotarget*. 8. 10.18632/oncotarget.21001.

Hajek, et al. (2015). Complex coevolution of depression and health-related quality of life in old age. *Quality of Life Research*, 24(11), 2713-2722. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1005-8>.

Hajek, et al. (2017). The impact of social engagement on health-related quality of life and depressive symptoms in old age—Evidence from a multicenter prospective cohort study in Germany. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0715-8>.

Heesch, et al. (2016). Physical activity and quality of life in older women with a history of depressive symptoms. *Preventive Medicine*, 91, 299-305. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.012>

Helvik, et al. (2016). Are coping strategies and locus of control orientation associated with health-related quality of life in older adults with and without depression?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 130-137. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.014>.

Helvik, et al. (2016). Health-related quality of life in older depressed psychogeriatric patients: One year follow-up. *BMC Geriatrics*, 16(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0310-6>.

Herdman, M., Badia, X., & Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención*

Primaria, 28(6), 425-430. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211#:~:text=El%20sistema%20descriptivo%20contiene%20cinco,problemas%20moderados%20y%20problemas%20graves>).

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6a. ed.). México. Mcgraw Hill Education.

Herrero, J. y García, E. (2005). Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial. *Intervención Psicosocial*, 14(1), 41-50.

Hofmann, S. G., Curtiss, J., Carpenter, J. K., & Kind, S. (2017). Effect of treatments for depression on quality of life: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(4), 265–286. <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1304445>

Jantunen, et al. (2019). Change in physical activity and health-related quality of life in old age—A 10-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 29(11), 1797-1804. <https://doi.org/10.1111/sms.13501>.

Jia, H., & Lubetkin, E. I. (2017). Incremental decreases in quality-adjusted life years (QALY) associated with higher levels of depressive symptoms for U.S. Adults aged 65 years and

older. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0582-8>

Klapheke, A. K., Keegan, T. H. M., Ruskin, R., & Cress, R. D. (2020). Pre-diagnosis health-related quality of life and survival in older women with endometrial cancer. *Support Care Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(10), 4901-4909. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05324-0>

Klompstra, et al. (2019). Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC Geriatrics*, 19(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1194-z>.

Ko, et al. (2019). Gender differences in health status, quality of life, and community service needs of older adults living alone. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 239-245. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.05.009>.

Lizán Tudela, L. (2009). La calidad de vida relacionada con la salud. *Atención primaria*. 41(7), 411 – 416. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022031/>

Lee, J.-E., Kim, M. T., & Han, H.-R. (2015). Correlates of Health-Related Quality of Life Among Korean Immigrant Elders. *Journal of Applied Gerontology*, 34(7), 844-857. <https://doi.org/10.1177/0733464813490247>

Lee, Y.-H., & Salman, A. (2018). The Mediating Effect of Spiritual Well-being on Depressive Symptoms and Health-related Quality of Life Among Elders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 418-424. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.008>

Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L., Gutiérrez-Robledo, LM. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Publica México*. (49), 475 - 481

Melguizo-Herrera, E., & Vargas-Ricardo, S. R. (2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19(4), 549-554. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n4.55806>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Envejecimiento Demográfico. Colombia 1951-2020 Dinámica Demográfica y Estructuras Poblacionales. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez OEV Colombia. Guía Metodológica. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-envejecimiento-vejez.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de salud mental. Depresión.

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de:

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

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Molés, M., Esteve, A., Lucas, M. y Folch, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*. (55), 58 – 70. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>

Moreno, X., Martín, H. y Albala, C. (2013). Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores. *SESPAS*. 28(3).246–252. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.07.006>

Oblitas, L. et al (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. (Tercera Edición). México: CENGAGE Learning.

Organización Mundial de la Salud. (1996). *La gente y la Salud. ¿Qué calidad de vida?*

Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2017a). 10 datos sobre el envejecimiento y la salud.

Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017b). La Salud mental y los adultos mayores. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

Organización Mundial de la Salud. (2020a). Envejecimiento y ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento. Recuperado de: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2020b). Temas de salud. Depresión. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Park, H., & Kim, K. (2018). Depression and Its Association with Health-Related Quality of Life in Postmenopausal Women in Korea. *International journal of environmental research and public health*, 15(11), 2327. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112327>

Parker, B., Petrou, S., Underwood, M., & Madan, J. (2017). Can care staff accurately assess healthrelated quality of life of care home residents? A secondary analysis of data from the OPERA trial. *BMJ Open*, 1-12.; 7: e012779. doi: 10.1136 / bmjopen-2016-012779

Pati, D., & Lorusso, L. N. (2018). How to Write a Systematic Review of the Literature. *HERD*, 11(1), 15–30.

Patiño, F. y Cardona, D. (2005). Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005.

Investigación y Educación en Enfermería. 25(1), 82-88.

[http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/173db5f1-2b3e-4665-92b4-](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/173db5f1-2b3e-4665-92b4-9cf2adb872f1/2007_Depresi%C3%B3n+en+un+grupo+de+jubilados.pdf?MOD=AJPERE)

[9cf2adb872f1/2007_Depresi%C3%B3n+en+un+grupo+de+jubilados.pdf?MOD=AJPERE](http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/173db5f1-2b3e-4665-92b4-9cf2adb872f1/2007_Depresi%C3%B3n+en+un+grupo+de+jubilados.pdf?MOD=AJPERE)
S&CVID=kTEWCTe

Patron, E., Messerotti Benvenuti, S., & Palomba, D. (2016). Preoperative biomedical risk and depressive symptoms are differently associated with reduced health-related quality of life in patients 1 year after cardiac surgery. *General Hospital Psychiatry*, 40, 47-54.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.02.001>

PLOS Medicine Editors. (2014). Observational studies: Getting clear about transparency. *PLoS Medicine*, 11(8), e1001711. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001711>

Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L. y Conde-Sala, J. (2018). Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.11(4). 216-226

Ramírez, J. P. (29 de septiembre de 2019). Antioquia Envejece, ¿Qué retos existen? *El*

Colombiano. Recuperado de: <https://www.elcolombiano.com/antioquia/antioquia-envejece-que-retos-existen-ED11652215>

Real, T. (2008). Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados. *Informaciones Psiquiátricas*. 2(192). Recuperado de:

http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2008/02_192_11.htm

Rensa, et al. (2019). Factors Associated with Physical Frailty in Elderly Women with Low Socioeconomic Status in Urban Communities: A Cross-Sectional Study. *Acta Medica Indonesiana*, 51(3), 220-229. Recuperado de:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31699945/>.

Rey, J. (1999). Aspectos socio sanitarios del envejecimiento. *FUAM*, 1(2), 1 - 8. Recuperado de:

<https://repositorio.uam.es/xmlui/handle/10486/684758>

Rivera, J., Benito-León, J. y Pazzi, K. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy*, 71, 103-118. Recuperado de:

<https://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/view/alh201571103118>

Roehr, et al. (2017). Subjective cognitive decline is longitudinally associated with lower health-related quality of life. *International Psychogeriatrics*, 29(12), 1939-1950.

<https://doi.org/10.1017/S1041610217001399>.

Roig, C., Ávila, E., Mac Donal, D y Ávila, E. (2015). La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 31(3). 346-

352. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300009

Rojas, et al. (2019). Acompañamiento y expresión de fe: cuidados fundamentales para la salud de adultas mayores autónomas. *Recien: revista científica de enfermería*. (18), 3 – 24.

Recuperado de: <https://recien.ua.es/article/view/2019-n18-cuidados-fundamentales-salud-adultas-mayores-autonomas>

Sarfo, et al. (2017). Post-stroke depression in Ghana: Characteristics and correlates. *Journal of the Neurological Sciences*, 379, 261-265. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.06.032>.

She, et al. (2019). Multimorbidity and Health-Related Quality of Life in Old Age: Role of Functional Dependence and Depressive Symptoms. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(9), 1143-1149. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.024>.

Sheridan, P. E., Mair, C. A., & Quiñones, A. R. (2019). Associations between prevalent multimorbidity combinations and prospective disability and self-rated health among older adults in Europe. *BMC Geriatrics*, 19(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1214-z>

Shumye, S., Belayneh, Z., & Mengistu, N. (2019). Health related quality of life and its correlates among people with depression attending outpatient department in Ethiopia: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 169.

<https://doi.org/10.1186/s12955-019-1233-7>

Song, D., Yu, D., Li, P. W., He, G., & Sun, Q. (2019). Correlates of Health-Related Quality of Life Among Chinese Older Adults with Mild Cognitive Impairment. *Clinical*

Interventions in Aging, 14, 2205-2212. <https://doi.org/10.2147/CIA.S227767>

Tello-Vera, S. (2010). Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en pacientes mayores de 65 años del Policlínico La Victoria EsSalud. Febrero y Marzo 2010. *Revista cuerpo médico. HNAAA* 5(3), 22 – 26. Recuperado de:

<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=88257>

Tuesca-Molina, et al. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Barranquilla, Colombia. *Revista Especializada en Salud Pública*. 77(5), 295 - 604. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500008.

Urzúa, A. y Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto.

Terapia Psicológica. 30 (1), 61 - 71. [http://dx.doi.org/10.4067/S0718-](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006)

[48082012000100006](http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006)

Van Dams, et al. (2019). Impact of Health-Related Quality of Life and Prediagnosis Risk of Major Depressive Disorder on Treatment Choice for Stage I Lung Cancer. *JCO Clinical Cancer Informatics*, 3, 1-8. <https://doi.org/10.1200/CCI.19.00072>.

Van Houwelingen, et al. (2015). Consequences of Interaction of Functional, Somatic, Mental and Social Problems in Community-Dwelling Older People. *PLOS ONE*, 10(4), e0121013.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121013>.

Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201.

<https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>

Vera-Villaruel, et al. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala de salud mental. *Revista médica de Chile*, 142 (10). Recuperado de:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000007.

Vilagut, et al. (2005). El Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 30, 473-83. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914>.

Vilagut, et al. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.

Von Elm, et al. (2008). Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios

Tabla 1. Declaración STROBE: lista de puntos esenciales que deben describirse en la publicación de estudios observacionales

Título y resumen	Punto	Recomendación
	1	(a) Indique, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual (b) Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado
Introducción		
Contexto/fundamentos	2	Explique las razones y el fundamento científicos de la investigación que se comunica
Objetivos	3	Indique los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis preespecificada
Métodos		
Diseño del estudio	4	Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio
Contexto	5	Describa el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluido los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos
Participantes	6	(a) Estudios de cohortes: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el método de selección de los participantes. Especifique los métodos de seguimiento Estudios de casos y controles: proporcione los criterios de elegibilidad así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles. Proporcione las razones para la elección de casos y controles Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes (b) Estudios de cohortes: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de parejas y el número de participantes con y sin exposición Estudios de casos y controles: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso
Variables	7	Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto. Si procede, proporcione los criterios diagnósticos
Fuentes de datos/medidas	8*	Para cada variable de interés, proporcione las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida
Sesgos	9	Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo
Tamaño muestral	10	Explique cómo se determinó el tamaño muestral
Variables cuantitativas	11	Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué
Métodos estadísticos	12	(a) Especifique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión (b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones (c) Explique el tratamiento de los datos ausentes (<i>missing data</i>) (d) Estudio de cohortes: si procede, explique cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento Estudios de casos y controles: si procede, explique cómo se aparearon casos y controles Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo (e) Describa los análisis de sensibilidad

Fuente: Von Elm, et al. (2008).