

Salud mental y enfermedades crónicas en ancianos en un grupo de Hipertensión y Diabetes**Saúde mental e doenças crônicas em idosos de um grupo Hipertensão e Diabetes****Mental health and chronic diseases of the elderly in a Hypertension and Diabetes group****Recibido: 09/12/2019****Aprobado: 13/03/2020****Publicado: 01/08/2020****Maria Eduarda Benetti Maruyama¹****Heloísa Gonçalves Ferreira²**

Este estudio cuantitativo de corte transversal exploratorio y descriptivo se llevó a cabo entre el segundo semestre de 2018 y principios de 2019, con el objetivo de describir los indicadores de salud mental en ancianos que frecuentan un grupo de Hipertensión y Diabetes. Se aplicaron instrumentos que evaluaron: aspectos sociodemográficos, estado cognitivo, depresión, soledad, actividades placenteras, bienestar subjetivo, afectos positivos y negativos, y estado funcional. Se observó que el 41,7% presentó síntomas depresivos; el 10% soledad moderada o intensa y niveles medios de bienestar subjetivo y actividades placenteras. Aunque la depresión presentó una mayor prevalencia, los niveles medios de bienestar subjetivo y de actividades placenteras sugieren que se preserva la salud mental. Es importante preparar a los profesionales de la atención primaria de la salud para reconocer los síntomas depresivos en los ancianos, para dirigir las intervenciones apropiadas, así como es pertinente considerar las potencialidades de estas personas e intervenir desde ellas para promover y fortalecer el bienestar de los ancianos con enfermedades crónicas.

Descriptor: Depresión; Hipertensión; Diabetes mellitus.

Este estudo quantitativo de corte transversal do tipo exploratório e descritivo, realizado entre o segundo semestre de 2018 e o início de 2019, que teve por objetivo descrever indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de um grupo de Hipertensão e Diabetes. Foram aplicados instrumentos que avaliaram: aspectos sociodemográficos, condição cognitiva, depressão, solidão, atividades prazerosas, bem estar subjetivo, afetos positivos e negativos, e estado funcional. Observou-se que 41,7% apresentou sintomas depressivos; 10% solidão moderada ou intensa e níveis medianos de bem estar subjetivo e atividades prazerosas. Embora depressão tenha apresentado maior prevalência, os níveis medianos de bem estar subjetivo e atividades prazerosas sugerem que a saúde mental está preservada. É importante preparar os profissionais da atenção primária à saúde para reconhecer sintomas depressivos em idosos, para direcionar a intervenções adequadas, bem como é relevante atentar-se às potencialidades desses indivíduos e intervir a partir destas, com vistas a promover e fortalecer o bem-estar de idosos com doenças crônicas.

Descritores: Depressão; Hipertensão; Diabetes mellitus.

This quantitative cross-sectional exploratory and descriptive study, carried out between the second semester of 2018 and the beginning of 2019, aimed at describing mental health indicators in elderly people who attend a group of Hypertension and Diabetes. Instruments were applied that evaluated: sociodemographic aspects, cognitive condition, depression, loneliness, pleasurable activities, subjective well-being, positive and negative affects and functional status. It was observed that 41.7% had depressive symptoms; 10% had moderate or intense loneliness and average levels of subjective well-being and pleasurable activities. Although depression was more prevalent, median levels of subjective well-being and pleasurable activities suggest that mental health is preserved. It is important to prepare primary health care professionals to recognize depressive symptoms in the elderly, to direct appropriate interventions, as well as to pay attention to the potential of these individuals and intervene from them, with a view to promoting and strengthening well-being of elderly people with chronic diseases.

Descriptors: Depression; Hypertension; Diabetes mellitus

1. Estudiante de Psicología en la Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4505-5833 E-mail: m.e.benetti@hotmail.com

2. Psicóloga. Especialista en Psicoterapia Conductual. Maestra y Doctora en Psicología. Profesora asociada del Instituto de Psicología de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: 0000-0002-3545-9378 E-mail: helogf@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es una realidad en Brasil. Se estima que, en 2050, las personas de 60 años o más corresponderán al 30% de la población brasileña, debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de natalidad¹. Junto con el envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 72% de las causas de muerte en Brasil, siendo la Hipertensión (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM), una de las enfermedades crónicas más prevalentes en el país².

La DM es a menudo asintomática, estando asociada con hábitos alimenticios poco saludables, sedentarismo y obesidad. El diagnóstico de Diabetes creció un 61,8% de 2006 a 2016 y el indicador aumentó con la edad, ya que el 27,2% de los diagnósticos se hicieron en ancianos².

La HTA se caracteriza por una presión arterial sistémica medida a partir de una presión sistólica de 115 mmHg y una presión diastólica de 75 mmHg, con una alta morbilidad y mortalidad, lo que da lugar a una pérdida de calidad de vida y principalmente a complicaciones cardiovasculares². La incidencia de la Hipertensión fue del 14,2% entre 2006 y 2016, por lo que el 64,2% de los diagnósticos se hicieron en ancianos³. Por lo tanto, se puede ver que muchos ancianos brasileños necesitan vivir con enfermedades crónicas que afectan a su calidad de vida.

Las enfermedades crónicas en los ancianos se asocian con una mayor probabilidad de incapacidad funcional y mental, lo que a su vez conduce a limitaciones en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y obstaculiza el autocuidado⁴.

Las personas mayores que viven con enfermedades crónicas pueden ser más vulnerables a desarrollar trastornos mentales, como la depresión⁵. Así, es esencial llevar a cabo un estudio de los indicadores de salud mental de esta población, ya que los síntomas depresivos tienen el potencial de comprometer aún más la salud^{6,7}.

El concepto de salud mental no debe entenderse como la ausencia de enfermedades, sino que debe tener en cuenta el potencial del ser humano en sus dimensiones sociales, biológicas, psicológicas y culturales⁸. Hay muchos estudios que investigan la relación entre las enfermedades crónicas y la depresión en los ancianos, sin embargo, hay otros constructos que son igualmente pertinentes para ser investigados a fin de tener una mejor comprensión de la salud mental de la población anciana.

Por ejemplo, investigar la prevalencia de la soledad también es importante, ya que es un predictor de los comportamientos de riesgo de suicidio en los ancianos⁹. Sin embargo, de acuerdo con el concepto de salud mental, sería pertinente examinar no sólo los aspectos negativos de la salud mental, como la depresión y la soledad, sino también las dimensiones positivas, como las Prácticas de Actividad Placentera (PAP) y el Bienestar subjetivo (BES), que pueden considerarse factores de protección frente a las vulnerabilidades asociadas tanto al avance de la edad como a las enfermedades crónicas. Las altas tasas de PAP están asociadas con menores tasas de depresión¹⁰, y las PAP y el BES son variables candidatas a las intervenciones de promoción de la salud, porque tienen en cuenta el potencial y las virtudes del individuo.

Es preciso abordar con urgencia los problemas de la vejez, no sólo reorganizando los niveles de atención para satisfacer las nuevas demandas, sino también planificando y dando prioridad a las políticas públicas para promover la salud mental de esta población¹¹. En este escenario, los profesionales de la salud deben valorar los signos indicativos de depresión en la población que ya vive con enfermedades crónicas, como la HTA y la DM, además de poder promover la salud mental de estas personas, considerando también las dimensiones y potencialidades positivas del individuo.

El profesional de la salud no sólo debe ser un recolector de información, sino que también debe contar con la capacidad de transformar la realidad de los ancianos a partir de las informaciones recogidas¹². El trabajo del psicólogo se vuelve útil para ayudar en la prevención e identificación de los trastornos mentales, además de permitir la planificación y aplicación de intervenciones para promover el bienestar de los ancianos y mejorar la adhesión a los tratamientos para las enfermedades crónicas.

Así pues, elaborar un mapa de los indicadores de salud mental en los ancianos que padecen enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión puede ayudar a planificar y adaptar las actividades e intervenciones de promoción de la salud que se ofrecen a este público. Por lo tanto, este estudio tuvo por objeto describir los indicadores de salud mental en los ancianos que frecuentan un grupo de Hipertensión y Diabetes.

MÉTODO

Se trata de un estudio cuantitativo de corte transversal exploratorio y descriptivo. La muestra se compuso de ancianos (personas de 60 años o más) no institucionalizados y sin déficits cognitivos, examinados a partir de la aplicación del Mini Examen del Estado Mental (MMSE)¹³. Todos los ancianos que aceptaron participar en el estudio asistían al grupo de Hipertensión y Diabetes (HIPERDIA) vinculado a una Unidad Básica de Salud (UBS) en una ciudad del interior de Minas Gerais.

El programa Hiperdia proviene del Plan Nacional de Asistencia Farmacéutica para la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus y es una estrategia de seguimiento de los usuarios hipertensos y/o diabéticos con el objetivo de vincular al paciente con la Unidad Básica de Salud y el Equipo de Salud de la Familia¹⁴.

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico que incluyó preguntas sobre: edad, género, educación, enfermedades y estado civil, salud autodeclarada, situación económica, con quién vive, entre otros temas.

Se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica - versión reducida - EDG-15 - traducida y validada para Brasil y compuesta por 15 ítems, siendo uno de los instrumentos más utilizados para detectar síntomas depresivos severos y leves en los ancianos, tanto en la investigación como en la práctica clínica. Las puntuaciones superiores a 5 indican la presencia de síntomas depresivos, y el EGD-15 presenta una sensibilidad del 85,4% y una especificidad del 73,9%^{15,16}.

Para la evaluación de las actividades placenteras se utilizó la versión adaptada brasileña (OPPES-BR) del California Older Person's Pleasant Events Schedule - OPPES¹⁷, producida después de estudios para evaluar la equivalencia semántica, conceptual, cultural, idiomática y operacional entre la versión original y la versión brasileña¹⁸, con pruebas de la validez interna y externa de la escala¹⁰. La versión brasileña del instrumento se compone de 67 elementos que describen actividades que los ancianos suelen encontrar agradables.

El encuestado debe indicar la frecuencia con que ha realizado tales actividades en el último mes de acuerdo con la siguiente escala likert: 0 (nunca); 1 (1 - 6 veces), y 2 (más de 7 veces). El encuestado también debe clasificar el placer subjetivo que experimentó al realizar cada actividad, o que habría experimentado si la hubiera realizado, utilizando la siguiente escala: 0 (no fue o no habría sido placentero), 1 (fue o habría sido razonablemente placentero) y 2 (fue o habría sido bastante placentero). Las puntuaciones van de 0 a 2, y cuanto más cerca de 2 mayor es el placer y la frecuencia de las actividades¹⁸.

Se accedió al Bienestar Subjetivo mediante la Escala de Satisfacción con la Vida - ESV y la Escala de Afectos Positivos y Negativos - EAPN, ambas traducidas al Brasil y adaptadas para su uso con ancianos brasileños^{19,20}. La ESV permite una evaluación más global de la satisfacción

personal del individuo con su vida, mientras que la EAPN evalúa los afectos experimentados por las personas.

La ESV consiste en 4 afirmaciones que el entrevistado debe responder en una escala del 1 (estoy totalmente en desacuerdo) al 10 (estoy totalmente de acuerdo), en relación con su satisfacción con la vida. La EAPN, por otro lado, se compone de diez afectos diferentes (5 positivos y 5 negativos), y el entrevistado debe responder en una escala del 1 (nada) al 10 (extremadamente), cuánto ha experimentado cada afecto últimamente. Ambas escalas presentaron buenas consistencias internas ($\alpha = 0,84$ para ESV y $\alpha = 0,78$ para EAPN). Las puntuaciones van del 1 al 10, y cuanto más cerca del 10, mayor es la satisfacción con la vida y la experiencia de afectos positivos o negativos^{19,20}.

Se accedió a la soledad a través de UCLA-BR, una escala adaptada a Brasil para su uso con adultos y ancianos²¹ a partir de la versión extranjera UCLA-R²². El instrumento se compone de 20 afirmaciones que describen los estados afectivos y cognitivos de la soledad, en las que el encuestado tiene que señalar la frecuencia (que varía de 1-nunca a 4-frecuentemente) con la que se identifica con cada declaración últimamente. Los resultados pueden indicar una soledad mínima (0-22 puntos), leve (23-35 puntos), moderada (36-47 puntos) e intensa (48-60 puntos)²².

El estado funcional fue evaluado por la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) de Pfeffer, que consta de 10 elementos que evalúan la capacidad de los ancianos para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Las puntuaciones pueden variar de 0 a 30, y las puntuaciones por encima de 5 significan dependencia funcional^{23,24}.

La recogida de datos se llevó a cabo desde la segunda mitad de 2018 hasta principios de la primera mitad de 2019. A través del contacto con una enfermera de la UBS, el grupo HIPERDIA se presentó a la investigadora, además de las fechas y horas de las reuniones semanales. Mientras se esperaban para hacer el examen o la consulta médica, se invitaba a los ancianos a participar en la investigación y, si aceptaban, la aplicación de los instrumentos se hacía después de la consulta médica.

En esa ocasión, los ancianos fueron llevados a un espacio reservado donde se leyó y firmó por primera vez el Término de Consentimiento Libre e Informado. Luego se aplicó el MMSE y si los ancianos no presentaban déficits cognitivos, se siguió con la aplicación de los otros instrumentos.

Los datos se analizaron mediante técnicas de estadística descriptiva (medias, porcentajes, desviación estándar y otros) utilizando el software IBM SPSS versión 20. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CAAE 65813417.9.0000.5154).

RESULTADOS

Hubo 60 participantes, de los cuales: ancianos más jóvenes (50%), mujeres (81,7%), casados o en pareja (43,3%), alfabetizados (76,7%), que consideraban su situación económica regular (63,3%) y vivían con sus familias (53,3%), La edad media fue de 71,32 años (SD=6,62). (Tabla 1).

Tabla 1. Ancianos según datos sociodemográficos. Uberaba, Minas Gerais, 2019.

Variable	Categorías	n (60)	100 (%)
Sexo	Mujer	49	81,7
	Hombre	11	18,3
Edad	60-70 años	30	50,0
	71-80 años	21	35,0
	Más de 80 años	9	15,0
Estado Civil	Soltero	1	1,7
	Casado / Pareja	26	43,3
	Separado	8	13,8
	Viudo	23	38,3
Escolarización	Analfabeto	14	23,3
	Alfabetizado	46	76,7
Situación Económica	Muy Buena	3	5,0
	Buena	13	21,7
	Regular	38	63,3
	Mala	2	3,3
	Terrible	3	5,0
	No Sabe	1	1,7
Con Quien Vive	Solo	13	21,7
	Cónyuge / Pareja	15	25,0
	Familia	32	53,3

La HTA y la DM se presentaron en el 73,3% y el 65% respectivamente (Tabla 2). En la autodeclaración sobre tener o no depresión, sólo cuatro participantes la reportaron (6,6%) diferente a la captada por la aplicación del EDG-15 que identificó síntomas depresivos en el 41,7%. La mayoría de los ancianos se clasificaron con una soledad mínima (73,3%) y la mayoría consideraron que su salud era razonable (51,7%).

Tabla 2. Enfermedades crónicas reportadas por los ancianos. Uberaba, Minas Gerais, 2019.

Variable		n (60)	100 (%)
Hipertensión Arterial	No	16	26,7
	Sí	44	73,3
Diabetes Mellitus	No	21	35,0
	Si	39	65,0

En cuanto a los síntomas depresivos, la EDG-15 no fue indicativa de una evaluación positiva de la depresión, aunque estaba cerca del grado de corte (igual a 5) para una evaluación positiva. En los afectos, los positivos fueron más frecuentes que los negativos, lo que sugiere que la experiencia de las emociones positivas era más frecuente que la de las emociones negativas. El promedio de soledad estaba en la evaluación para soledad mínima. Los promedios de las actividades placenteras indicaban índices moderados de frecuencia y placer experimentado en las actividades (con una escala que iba de 0 a 2). El promedio de placer fue superior al promedio de frecuencia, lo que indica que a los ancianos les gustaría realizar actividades más placenteras de las que declaran hacer (Tabla 3).

Tabla 3. Datos descriptivos de las medidas de salud mental en los ancianos. Uberaba, Minas Gerais, 2019.

Escala/Constructo	Promedio	Desviación Estándar	Min	Máx
EDG-15/Depresión	4,61	3,17	0,00	13,0
Afectos Negativos	5,17	2,16	1,00	9,8
Afectos Positivos	8,95	11,6	1,80	9,6
Satisfacción con la vida	7,47	1,9	2,75	10,00
UCLA-BR/ Soledad	15,01	13,82	0,00	54,00
OPPES-BR Frecuencia	1,43	0,27	0,70	1,90
OPPES-BR Agradabilidad	1,69	0,20	1,07	2,00

DISCUSIÓN

La depresión en los ancianos es una patología muy común que tiene un impacto negativo en varios aspectos de la vida, la familia y la comunidad²⁵. Un estudio indicó que la prevalencia de la depresión en los ancianos brasileños que viven en la comunidad puede variar entre el 2% y el 14%, y puede llegar al 30% en el caso de los que residen en instituciones de larga estancia²⁶.

La prevalencia de la depresión encontrada fue del 41,7%, índice superior al encontrado en otro estudio que evaluó la depresión en 100 ancianos participantes de un grupo HIPERDIA del Estado de Paraná (equivalente al 30%)⁷.

La prevalencia de la depresión encontrada en este estudio fue aún mayor que la proporción de ancianos examinados por depresión (34,4%) usando la EGD-15 en un estudio para analizar los elementos de la escala²⁷. Por lo tanto, los datos de este estudio sugieren que los ancianos que sufren de diabetes e hipertensión tienen una mayor prevalencia de depresión, y por esta razón pueden presentar un mayor riesgo de desarrollar el trastorno. Otros estudios también han señalado la existencia de importantes asociaciones entre la depresión y la presencia de enfermedades crónicas en los ancianos^{7,27-29}.

La identificación de los factores de riesgo para la depresión es un paso fundamental en la planificación de intervenciones centradas en la reducción de la prevalencia de los síntomas depresivos y sus complicaciones²⁹. Por esta razón, los profesionales de la salud que trabajan con ancianos que sufren de diabetes o hipertensión deben ser capaces de identificar los primeros signos de depresión y luego remitirlos a evaluaciones e intervenciones apropiadas.

En la autodeclaración y el examen por el EDS-15 referente a la depresión se observó una discrepancia. Esto puede sugerir que los ancianos tienen dificultades para discriminar los síntomas relacionados con la depresión y, por lo tanto, no se declararon deprimidos, lo que puede contribuir a que este trastorno siga subdiagnosticado y no reciba el tratamiento adecuado en esta población²⁶. En un estudio destinado a evaluar la depresión autodeclarada por ancianos que vivían en la comunidad de João Pessoa (PB), se observó que la percepción sobre la sintomatología de la depresión puede estar relacionada con la cultura, las condiciones socioeconómicas y también con aspectos biológicos³⁰.

Los ancianos parecen estar desinformados no sólo acerca de la depresión, sino también acerca de otras enfermedades crónicas como la HTA y la DM, como lo demuestra un estudio realizado en el Programa de HIPERDIA en Teresina, donde se comprobó la falta de información acerca de estas enfermedades y tratamientos^{31,32}. Esta desinformación puede llevar a la no adherencia al tratamiento y a un mayor daño a la salud, además de aumentar el gasto del sector, especialmente cuando la HTA y la DM se asocian con la depresión⁵.

Este contexto muestra la pertinencia de trabajar con intervenciones psicoeducativas junto a los ancianos participantes en grupos HIPERDIA, con miras a la percepción y el cuidado de los síntomas relacionados con su salud física y mental, lo que contribuiría al diagnóstico y tratamiento adecuados de las enfermedades.

Los estudios realizados con ancianos diagnosticados con hipertensión que padecían síntomas depresivos mostraron que se beneficiaban del entrenamiento cognitivo combinado con la psicoeducación, ya que se observó una reducción significativa de los síntomas depresivos después de la intervención, en comparación con las pruebas previas del grupo experimental y con las medidas del grupo de control, y se verificó como hipótesis que el aumento del conocimiento sobre la hipertensión y las formas de tratamiento puede haber generado una mayor percepción de control sobre la enfermedad y puede haber contribuido a la disminución de los síntomas depresivos³³⁻³⁵. Así pues, las acciones psicoeducativas relativas a la salud física y mental de los ancianos parecen ser estrategias importantes para promover el bienestar.

En el estudio presentado aquí, el 63,4% de los encuestados clasificaron su salud como razonable o mala. La salud autodeclarada es un importante indicador de bienestar en varios estudios epidemiológicos realizados con la población anciana en el contexto nacional e internacional, y por ello merece mucha consideración²⁴.

Un estudio transversal realizado con 1911 ancianos residentes en la región urbana de Florianópolis-SC reveló una asociación entre mayores niveles de depresión y una peor autopercepción de la salud, indicando que los ancianos que sufren de depresión tienden a clasificar su salud en un peor estado³⁵. Así pues, la alta prevalencia de síntomas depresivos también puede explicar, en parte, por qué más de la mitad de ellos han clasificado su salud como mala o razonable. Vivir con HTA y DM también afecta a la calidad de vida¹². Otro factor que probablemente contribuyó a que los ancianos presentaran una peor autopercepción con respecto a su salud.

La mayoría tenía una mínima o ligera soledad. Dado que poco más de la mitad de ellos declararon vivir con parientes, se puede inferir que la mayoría de estos ancianos tienen alguna red de apoyo y de coexistencia intergeneracional que puede estar sirviendo como factor de protección para el desarrollo de los síntomas de la soledad. Una investigación ha demostrado que la coexistencia familiar puede aportar beneficios, como oportunidades para el establecimiento de redes de apoyo, especialmente para los ancianos³⁶.

En Brasil también es común que los ancianos proporcionen algún tipo de apoyo emocional, financiero o instrumental a las generaciones más jóvenes de la familia³⁷, que también podría aliviar los síntomas de soledad. Sin embargo, en el presente estudio no se propuso investigar las relaciones entre la soledad y el apoyo familiar, lo que conlleva la posibilidad de plantear únicamente algunas cuestiones que deberían investigarse en futuros estudios.

El bienestar subjetivo (BES) y la práctica de actividades placenteras (PAP) son, a su vez, factores protectores de la salud mental, porque las altas tasas de BES y PAP pueden ayudar a prevenir la depresión, además de ser variables a trabajar en las intervenciones de promoción de la salud, en la aplicación de políticas públicas centradas en la vejez saludable en diversos contextos^{10,38}.

En cuanto a la PAP, se observó que los ancianos que asistían al grupo HIPERDIA presentaban una participación media en actividades placenteras. El promedio encontrado para la frecuencia en las actividades en esta muestra fue aún mayor que el promedio encontrado para la frecuencia en las actividades (medida por OPPEB-BR) en ancianos con Enfermedad Renal Crónica (ERC) en otra investigación³⁹. De hecho, aunque los ancianos investigados aquí presentaron HTA y/o DM (que también son enfermedades crónicas), todavía tenían su funcionalidad preservada, lo cual no fue el caso de los ancianos con ERC en el estudio citado.

La funcionalidad preservada ha contribuido posiblemente a una mayor frecuencia de actividades placenteras, porque cuanto mayor es la funcionalidad mayor es la frecuencia de participación en actividades potencialmente agradables⁴⁰. Además, la asistencia a grupos, aunque sean de carácter informativo como el grupo HIPERDIA, es un factor de protección de la salud mental de los ancianos, ya que favorece la práctica de actividades placenteras y la convivencia social, y también puede disminuir las posibilidades de que los ancianos experimenten soledad.

El BES, cuando se mide por los niveles de satisfacción con la vida y de afectos positivos y negativos, también resultó ser medio, ya que experimentaban más afectos positivos que negativos, además de presentaren un índice de satisfacción con la vida considerado medio. Por lo tanto, incluso en presencia de enfermedades crónicas como la HTA y/o la DM, los ancianos

mostraron niveles razonables de bienestar subjetivo, lo que es coherente con la teoría del BES en los ancianos, que establece que incluso en presencia de eventos adversos como las enfermedades crónicas, los ancianos pueden informar de sentirse bien y satisfechos, lo que sugiere la importancia de la resiliencia psicológica y las variables subjetivas para mantener la salud mental⁴¹.

Sin embargo, en este estudio no se investigó la resiliencia ni otras variables subjetivas relacionadas con la salud mental (estrategias de afrontamiento, autoestima, confianza en sí mismo y otras), y se recomienda que en futuros estudios se trate de examinar más a fondo el papel de esas otras variables en el mantenimiento del BES en los ancianos con enfermedades crónicas. Por lo tanto, este estudio sugiere que los ancianos pueden mantener buenos niveles de BES, incluso en presencia de enfermedades crónicas como HTA y/o DM.

Los síntomas depresivos fueron los más prevalentes, aunque los ancianos en su mayoría manifestaron niveles más bajos de soledad y niveles medios de BES y PAP, lo que sugiere que la salud mental de estos individuos puede ser preservada en parte, porque a pesar de los síntomas depresivos, son ancianos funcionales que se dedican a actividades potencialmente placenteras, participan en grupos, experimentan emociones positivas y no experimentan niveles extremos de soledad, aun sufriendo de enfermedades crónicas como HTA y/o DM.

Los mecanismos que intervienen en la aparición de los síntomas depresivos y la preservación de los niveles medios de PAP y BES no estaban claros, ya que no existía un diseño para investigar esas relaciones. En este contexto, las razones por las que los ancianos con HTA y/o DM tienen más probabilidades de sufrir síntomas depresivos, pero pueden seguir siendo razonablemente activos, sin una soledad intensa y con un BES razonable, no están todavía claras y deben investigarse en estudios futuros.

CONCLUSIÓN

El estudio tuvo algunas limitaciones, como una muestra pequeña y de conveniencia, además de describir sólo los índices de salud mental, sin proponerse investigar las relaciones establecidas entre estos constructos, o incluso el efecto de otras variables en los resultados de la salud mental. Los estudios futuros deben ocuparse de examinar estas y otras cuestiones. Por otro lado, el estudio mostró la realidad de un servicio de atención primaria a la salud (APS) y la posible contribución de las acciones de psicoeducación.

Es evidente la necesidad de preparar al equipo profesional de APS para reconocer los síntomas depresivos y dirigir los tratamientos indicados, ya que la depresión puede ser más frecuente en los ancianos que tienen enfermedades crónicas como la HTA y/o la DM incluso asistiendo al grupo HIPERDIA. También es importante que estos profesionales estén preparados para identificar el potencial de estas personas y trabajar a partir de ellas para promover y fortalecer el bienestar de estas personas. Además, las intervenciones psicoeducativas para que los ancianos reconozcan los síntomas depresivos y otras enfermedades crónicas también pueden contribuir a la promoción de la salud física y mental.

En este sentido, el trabajo de un psicólogo dentro del grupo HIPERDIA se vuelve esencial para el carácter preventivo y para la implementación de prácticas de intervención que favorezcan el bienestar y una mayor adherencia al tratamiento de la HTA y/o la DM. Por último, es importante considerar la necesidad de acceso a la información y al tratamiento en las diversas dimensiones de la salud, tanto para los profesionales como para los usuarios, para el desarrollo de políticas públicas sociales más eficaces relacionadas con la Estrategia Familiar y los grupos HIPERDIA.

REFERENCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado en 17 nov 2019]. Disponible en: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado en 17 nov 2019]. (Cadernos de atenção básica; 37). Disponible en: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf
3. Ministério da Saúde (Br). Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [VIGITEL Brasil]. Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta a prevalência de diabetes e hipertensão [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado en 17 nov 2019]. Disponible en <http://portalarquivos.sau.gov.br/images/pdf/2017/abril/17/Vigitel.pdf>
4. Yamashita CH, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Perfil de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. Mundo Saúde [Internet]. 2010 [citado en 17 nov 2019]; 34(1):20-24. Disponible en http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/02_original_Perfil.pdf
5. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: estudo populacional. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado en 17 nov 2019]; 46(4):617-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000044>
6. Amaral TLM, Amaral CA, Lima NS, Herculano PV, Prado PR, Monteiro GTR. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2018 [citado en 17 nov 2019]; 23(9):3077-84. DOI: [10.1590/1413-81232018239.22532016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016)
7. Sass A, Gravena AAF, Pilger C, Mathias TAF, Marcon SS. Depressão em idosos inscritos no programa de controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2012 [citado en 17 nov 2019]; 25(1):80-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100014>
8. Organização Mundial de Saúde. Livro de recursos da OMS sobre a saúde mental, direitos humanos e legislação [Internet]. Genebra: WHO; 2005 [citado en 17 nov 2019]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/Livroderecursosrevisao_FINAL.pdf
9. Minayo, MCS, Cavalcante FG. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2015 [citado en 17 nov 2019]; 20(6):1751-62. DOI: [10.1590/1413-81232015206.10962014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014)
10. Ferreira HG, Barham EJ, Fontaine, AMGV. A measure to assess Brazilian older people's involvement in pleasant activities: initial evidence of internal and external validity. Clin Gerontol. [Internet]. 2015 [citado en 17 nov 2019]; 38(5):375-94. DOI: [10.1080/07317115.2015.106727](https://doi.org/10.1080/07317115.2015.106727)
11. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet]. 2016 [citado en 17 nov 2019]; 19(3):507-19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
12. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2015 [citado en 17 nov 2019]; 20(8):2489-98. DOI: [10.1590/1413-81232015208.11742014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014)

13. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini Exame do Estado Mental em pesquisa com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado em 17 nov 2019]; 20(12):3865-76. DOI:10.1590/1413-812320152012.06032015
14. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [citado em 17 nov 2019]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>
15. Yesavage JA, Sheikh JI. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Rev Clin Gerontol*. [Internet]. 1986 [citado em 17 nov 2019]; 5(1):165-73. DOI: http://dx.doi.org/10.1300/J018v05n01_0912
16. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro Psiquiatr*. [Internet]. 1999 [citado em 17 nov 2019]; 57(2):421-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004282X1999000300013>
17. Rider K, Gallagher-Thompson D, Thompson L. California Older Person's Pleasant Events Schedule: a tool to help older adults increase positive experiences. *Clin Gerontol*. [Internet]. 2016 [citado em 24 mar 2020]; 39(1):64-83. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07317115.2015.1101635?src=recsys&journalCode=wcli20>
18. Ferreira HG, Barham. Adaptação transcultural de um instrumento para avaliar o envolvimento de idosos em atividades prazerosas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [citado em 17 nov 2019]; 29(12):2554-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00130212>
19. Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicol Teor Pesqui*. [Internet]. 2004; [citado em 17 nov 2019]; 20(2):153-64. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2.pdf>
20. Albuquerque FJB, Souza FM, Martins C. Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos rurais. *Psico PUCRS* [Internet]. 2004 [citado em 17 nov 2019]; 41(1):85-92. Disponível em <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5110/5220>
21. Barroso SM, Andrade VS, Midgett AH, Carvalho RGN. Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão (UCLA). *J Bras Psiquiatr*. [Internet]. 2016 [citado em 17 nov 2019]; 65(1):68-75. DOI: 10.1590/0047-2085000000105
22. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*. [Internet]. 1980 [citado em 24 mar 2020]; 39(3):472-80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7431205>
23. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol*. [Internet]. 1982 [citado em 24 mar 2020]; 37(7):323-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7069156>
24. Assis LO. Propriedades psicométricas do questionário de atividades de vida diária de Pfeffer. (tese). Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
25. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *R Epidemiol Control infec* [Internet]. 2016 [citado em 30 ene 2020]; 6(2): 97-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>
26. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia de saúde do idoso [Internet]. Curitiba: SESA; 2018 [citado em 23 nov 2019]. Disponível em http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaguia_idoso.pdf

27. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2012 [citado em 23 nov 2019]; 25(4):497-503. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/03.pdf>
28. Pinho MX, Custódio O, Makdisse M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2009; [citado em 23 nov 2019]; 12(1):123-40. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v12n1/1981-2256-rbagg-12-01-00123.pdf>
29. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr.* [Internet]. 2015 [citado em 17 nov 2019]; 64(2):122-31. DOI: 10.1590/0047-208500000006
30. Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves MSCF, Moreira MASP, Caldas, CP. Sintomatologia de depressão auto referida por idosos que vivem em comunidade. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2012 [citado em 17 nov 2019]; 17(8):2191-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800029>
31. Carvalho ALM, Leopoldino RWG, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa de Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2012 [citado em 17 nov 2019] 2012; 17(7):1885-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700028>
32. Leão e Silva LO, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2013 [citado em 23 nov de 2019]; 23(1):227-42. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n1/13.pdf>
33. Lima-Silva TB, Yassuda MS. Treino cognitivo e intervenção psicoeducativa para indivíduos hipertensos: efeitos na cognição. *Psicol Reflex Crít.* [Internet]. 2019 [citado em 23 nov 2019]; 25(1):30-40. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n1/a05v25n1.pdf>
34. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado em 23 nov 2019]; 33(4):302-10. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/302-310/pt>
35. Krug RR, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, Confortin SC, Mazo GZ, et al. Fatores sociodemográficos comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos, residentes em Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol.* [Internet]. 2018 [citado em 17 nov 2019]; 21:E180004. DOI: 10.1590/1980-549720180004
36. Mota FRN, Oliveira ET, Marques MB, Bessa MEP, Leite BMB, Silva MJ. Famílias e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [Internet]. 2010 [citado em 23 nov 2019]; 14(4):833-8. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400025&lng=pt <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400025>
37. Camarano AA, Kanso S, Mello JL, Pasinato MT. Família: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA, org. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2004 [citado em 24 mar 2020]. p. 137-67. Disponible en: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf
38. Mantovani EP, Lucca SR, Neri AL. Associação entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2016 [citado em 23 nov 2019]; 19(2):203-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150041>

39. Lucas ALR, Ferreira, HG. Depressão e envolvimento em atividades prazerosas em idosos submetidos à hemodiálise em um hospital-escola: estudo descritivo. REFACS [Internet]. 2018 [citado en 23 nov 2019]; 6(4):764-74. DOI: 10.18554/refacs.v6i4.3292
40. Ferreira HG, Barham EJ. Relationships between pleasant events, depression, functionality and socio-demographic variables in the elderly. Paidéia [Internet]. 2018 [citado en 23 nov 2019]; 28: e2815. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2815>
41. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, organizador. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. São Paulo: Alínea; 2007. p. 13-60.

CONTRIBUCIONES

Maria Eduarda Benetti Maruyama contribuyó a la recogida de datos y a la redacción.
Heloísa Gonçalves Ferreira actuó en el análisis de datos y la revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Maruyama MEB, Ferreira HG. Salud mental y enfermedades crónicas en ancianos en un grupo de Hiperdia. REFACS [Internet]. 2020 [citado en: *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(Supl. 1):600-611. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

MARUYAMA, M. E. B.; FERREIRA, H. G. Salud mental y enfermedades crónicas en ancianos en un grupo de Hiperdia. REFACS, Uberaba, MG, v. 8, p. 600-611, 2020. Supl. 1. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Maruyama, E.B., & Ferreira, H.G. (2020). Salud mental y enfermedades crónicas en ancianos en un grupo de Hiperdia. REFACS, 8(Supl. 1), 600-611. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso de insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.