

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

**TÍTULO DEL INFORME FINAL:**

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES ASOCIADOS EN  
ADULTOS MAYORES USUARIOS DE LA UNIDAD DE SALUD SAN FELIPE  
CONCEPCIÓN BATRES USULUTÁN ESTE PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE  
DE 2025

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:**

DOCTORADO EN MEDICINA

**PRESENTADO POR:**

JOSELINE JOHANNA ROMERO CAMPOS N° CARNET RC13028

**DOCENTE ASESOR:**

DR. HENRRY GEOVANNI MATA LAZO

NOVIEMBRE DE 2025

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
AUTORIDADES**



**M. SC. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA  
RECTOR**

**DRA EVELYN BEATRIZ FARFAN MATA  
VICERRECTORA ACADÉMICA**

**M. SC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA  
SECRETARIO GENERAL**

**LICDA. ANA RUTH AVELAR VALLADARES  
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS**

**LIC. CARLOS AMILCAR SERRANO RIVERA  
FISCAL GENERAL**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**AUTORIDADES**



M. SC. CARLOS IVÁN HERNÁNDEZ FRANCO  
**DECANO**

DRA NORMA AZUCENA FLORES RETANA  
**VICEDECANA**

LIC. CARLOS DE JESÚS SÁNCHEZ  
**SECRETARIO**

MTRO. EVER ANTONIO PADILLA LAZO  
**DIRECTOR GENERAL DE PROCESO DE GRADO**

DR. AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN  
**JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

MTRA. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO  
**COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADO**

**TABLA DE CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
Lista de tablas .....	v
Lista de gráficos .....	vi
Lista de anexos .....	vii
Glosario de términos y abreviaturas .....	viii
Resumen .....	xiv
Introducción.....	xvi
<b>1. Planteamiento del problema.....</b>	<b>24</b>
<b>2. Marco teórico.....</b>	<b>27</b>
<b>3. Operacionalización de la variable.....</b>	<b>34</b>
<b>4. Diseño metodológico.....</b>	<b>35</b>
<b>5. Resultados .....</b>	<b>42</b>
<b>6. Discusión.....</b>	<b>72</b>
<b>7. Conclusiones.....</b>	<b>88</b>
<b>8. Recomendaciones.....</b>	<b>90</b>
<b>9. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>91</b>

**LISTA DE TABLAS****Pág.**

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población estudiada .....	43
Tabla 2. Indicadores de depresión del inventario de depresión de Beck (BDI-2) de la población estudiada .....	47
Tabla 3. Clasificación de nivel de depresión según inventario de depresión de Beck (BDI-2) administrado a la población estudiada. ....	69

**LISTA DE GRÁFICOS****Pág.**

Gráfico 1. Características sociodemográficas de la población estudiada..... 46

Gráfico 2. Clasificación de nivel de depresión según inventario de depresión de Beck (BDI-2) administrado a la población estudiada.....71

**LISTA DE ANEXOS**

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Localización geográfica de UDS San Felipe, Concepcion Batres .....	93
Anexo 2. Instrumento de recopilación de información.....	94
Anexo 3. Consentimiento informado .....	100
Anexo 4. Presupuesto .....	104
Anexo 5. Cronograma de actividades .....	105

## GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS

### Términos:

#### A

**Adulto mayor:** Persona que ha alcanzado los 60 años o más. En este grupo etario suelen observarse cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que pueden influir en la salud mental y física.

**Actividad física:** Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere gasto de energía. En el contexto del envejecimiento, se relaciona con una mejor calidad de vida y menor riesgo de depresión.

**Aislamiento social:** Situación en la que el individuo presenta escaso contacto con familiares, amigos o comunidad, lo que constituye un importante factor de riesgo para síntomas depresivos.

#### B

**BDI-II:** Beck Depression Inventory-II (Inventario de Depresión de Beck, segunda versión). Escala psicométrica de autoevaluación que mide la severidad de los síntomas depresivos en individuos mayores de 13 años.

**Bienestar psicológico:** Estado subjetivo que implica satisfacción personal, sentido de propósito, estabilidad emocional y ausencia de síntomas de ansiedad o depresión.

#### C

**Comorbilidad:** Presencia simultánea de dos o más enfermedades o trastornos en una misma persona. En el adulto mayor, las comorbilidades médicas (como diabetes, hipertensión, cáncer o Parkinson) suelen asociarse con mayor riesgo de depresión.

**Calidad de Vida Relacionada con la Salud:** Concepto multidimensional que abarca el bienestar físico, psicológico y social percibido por el individuo en relación con su estado de salud.

**Cognición:** Conjunto de procesos mentales implicados en el conocimiento, la memoria, el aprendizaje y la toma de decisiones. Su deterioro puede aumentar la vulnerabilidad a trastornos depresivos.

**Crónico:** Condición de salud de larga duración y progresión lenta. Las enfermedades crónicas (como insuficiencia cardíaca, diabetes o cáncer) son factores de riesgo para depresión en la vejez.

## D

**Depresión:** Trastorno mental caracterizado por tristeza persistente, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o inutilidad, alteraciones del sueño y del apetito, y disminución de la concentración. En adultos mayores, puede manifestarse con síntomas somáticos o cognitivos atípicos.

**Depresión geriátrica:** Manifestación del trastorno depresivo en la población de adultos mayores. Puede tener causas multifactoriales (biológicas, psicológicas y sociales) y a menudo está subdiagnosticada.

**Deterioro cognitivo:** Disminución de las funciones intelectuales como memoria, atención o juicio. Su progresión puede conducir a demencia y está asociada con síntomas depresivos.

**DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Manual de la Asociación Americana de Psiquiatría utilizado para el diagnóstico de trastornos mentales, incluida la depresión.

**E**

**Escala geriátrica de Yesavage (GDS):** Instrumento de tamizaje diseñado específicamente para detectar síntomas depresivos en adultos mayores. Consta de una serie de preguntas dicotómicas (sí/no).

**Enfermedades neurodegenerativas:** Trastornos progresivos del sistema nervioso central (como Alzheimer o Parkinson) que afectan las funciones cognitivas, emocionales y motoras.

**Epidemiología:** Ciencia que estudia la frecuencia, distribución y determinantes de los eventos relacionados con la salud en poblaciones específicas.

**F**

**Factores biopsicosociales:** Interacción entre variables biológicas (genética, salud física), psicológicas (personalidad, emociones) y sociales (apoyo, relaciones) que determinan la aparición y curso de enfermedades como la depresión.

**Factores de riesgo:** Circunstancias o características que incrementan la probabilidad de desarrollar un trastorno o enfermedad. En el adulto mayor, incluyen el aislamiento, enfermedades crónicas, viudez y bajo nivel educativo.

**Frecuencia:** Número de casos o proporción de individuos con una determinada característica o condición (como síntomas depresivos) en una población definida.

**G**

**Geriatría:** Rama de la medicina que se encarga del estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias del adulto mayor.

**Geriátrico:** Relativo o perteneciente al adulto mayor o al ámbito de la geriatría.

## H

**Homeostasis:** Capacidad del organismo para mantener un equilibrio interno frente a cambios externos. Su deterioro con la edad aumenta la vulnerabilidad a enfermedades físicas y mentales.

**Hospitalización:** Ingreso de un paciente a un hospital para recibir atención médica. En adultos mayores, puede asociarse con un incremento de síntomas depresivos.

## I

**ISRS:** Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina. Grupo farmacológico de primera línea en el tratamiento de la depresión, caracterizados por su buena tolerancia y seguridad en población geriátrica (por ejemplo, sertralina, fluoxetina, escitalopram).

**Integración social:** Participación activa del individuo en su entorno familiar y comunitario. Favorece la salud mental y previene la aparición de síntomas depresivos.

**Intervención psicoterapéutica:** Estrategia clínica basada en técnicas psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), orientada a modificar pensamientos y conductas disfuncionales.

## M

**Morbimortalidad:** Término que combina la incidencia de enfermedades (morbilidad) y la mortalidad asociada a ellas en una población determinada.

**Mieloma múltiple:** Cáncer de las células plasmáticas que afecta principalmente a personas mayores y puede estar asociado con síntomas depresivos.

**P**

**Psicoterapia cognitivo-conductual (TCC):** Tratamiento psicológico estructurado y de tiempo limitado que busca modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales asociados con la depresión.

**Prevalencia:** Número de casos existentes (nuevos y antiguos) de una enfermedad o condición en una población durante un período determinado.

**Prediagnóstico:** Etapa previa al diagnóstico clínico en la que ya pueden presentarse síntomas o signos del trastorno.

**S**

**Salud mental:** Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida y contribuir a su comunidad.

**Síntomas depresivos:** Conjunto de manifestaciones clínicas que incluyen tristeza, anhedonia, irritabilidad, fatiga, alteraciones del sueño y pensamientos negativos.

**Soledad:** Percepción subjetiva de aislamiento o falta de apoyo social, altamente relacionada con el desarrollo de síntomas depresivos en el adulto mayor.

**Suicidio:** Acto deliberado de quitarse la vida, en muchos casos asociado a trastornos depresivos graves no diagnosticados o mal tratados.

**T**

**Tamización:** Proceso de detección temprana de una enfermedad o condición en individuos aparentemente sanos mediante el uso de herramientas diagnósticas o cuestionarios.

**Trastorno depresivo mayor (TDM):** Forma clínica de depresión caracterizada por la presencia persistente de síntomas depresivos que interfieren significativamente en el funcionamiento diario del individuo.

## V

**Viudez:** Condición social que resulta de la pérdida de la pareja por fallecimiento. Es un importante factor de riesgo para la aparición de síntomas depresivos en la vejez.

### Abreviaturas:

**AM:** Adulto Mayor

**BDI-II:** Beck Depression Inventory-II

**CVRS:** Calidad de Vida Relacionada con la Salud

**DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

**GDS:** Geriatric Depression Scale (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage)

**ISRS:** Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

**OR:** Odds Ratio (Razón de momios o de posibilidades)

**TCC:** Terapia Cognitivo-Conductual

**TDM:** Trastorno Depresivo Mayor

## Resumen

A nivel global se hace imprescindible fortalecer la detección temprana de síntomas depresivos en adultos mayores. Se estima que en El Salvador para el año 2045 la frecuencia de síntomas depresivos en la población adulta mayor podría subir a 45-50% o más si no se fortalecen las intervenciones preventivas, el apoyo social y la detección temprana. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de síntomas depresivos y su asociación con factores psicosociales y clínicos en adultos mayores usuarios de la unidad de salud San Felipe Concepción Batres Usulután Este durante el período de julio a septiembre de 2025. **Metodología:** Estudio prospectivo, transversal y descriptivo; durante julio a septiembre de 2025. Muestra total de 74 adultos mayores de 60 años o más, ambos sexos, fueron aplicados instrumentos de cribado en formato físico posteriormente se tabuló en Microsoft Excel. **Resultados:** De acuerdo a la clasificación del inventario de depresión de Beck BDI-2 con respecto a la puntuación obtenida al momento de responder el instrumento de investigación la mayor parte de usuarios adultos mayores se clasifica con depresión leve a moderada con un 44.59%, seguido de un 39.19% que presentan depresión mínima o leve **Conclusiones:** Aunque la mayoría de los adultos mayores mantiene niveles de depresión relativamente leve a moderado, existe un subgrupo significativo con afectación más intensa, se sugiere implementar en el primer nivel de atención escalas de depresión más completas para evaluación tal como el inventario de depresión de Beck BDI-2.

**Palabras clave:** frecuencia, síntomas depresivos, adulto mayor, Inventario de depresión de Beck BDI-2

## Abstract

Globally, it is essential to strengthen early detection of depressive symptoms in older adults. In El Salvador, it is estimated that by the year 2045 the frequency of depressive symptoms in the older adult population could rise to 45–50% or more if preventive interventions, social support, and early detection are not reinforced.

**Objective:** To determine the frequency of depressive symptoms and their association with psychosocial and clinical factors in older adults attending the San Felipe Concepción Batres Health Unit in Eastern Usulután during the period from July to September 2025. **Methodology:** A prospective, cross-sectional, descriptive study conducted from July to September 2025. A total sample of 74 older adults aged 60 and above of both sexes was assessed using physical screening instruments, and data were later tabulated in Microsoft Excel. **Results:** According to the classification of the Beck Depression Inventory (BDI-II), based on the scores obtained at the time of completing the research instrument, most older adult participants fell within the mild to moderate depression category (44.59%), followed by 39.19% who presented minimal or mild depression. **Conclusions:** Although most older adults show relatively mild to moderate levels of depression, there is a significant subgroup with more severe symptoms. It is recommended that the first level of care implement more comprehensive depression assessment scales, such as the Beck Depression Inventory (BDI-II), for evaluation purposes.

**Keywords:** frequency, depressive symptoms, older adults, Beck Depression Inventory BDI-II

## INTRODUCCIÓN

La depresión en el adulto mayor puede manifestarse en forma de tristeza, desesperanza y falta de propósito de vida. Es caracterizado por una disminución en los niveles de serotonina, un neurotransmisor responsable de regular las emociones y el estado de ánimo. Aunque la depresión es común en personas mayores, es importante destacar que esta no es una parte normal del proceso de envejecimiento.

Para la (OMS, 2021) “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”

Es necesario destacar que la depresión en adultos mayores en la actualidad ha incrementado deteriorando la salud de los adultos ante las diversas situaciones que generan tensión, en los últimos 5 años la vida de las personas a nivel mundial cambio de manera radical generando transiciones de manera sorpresiva, imponiendo un confinamiento en el cual las medidas preventivas y planes de intervención comunitaria implicaban que los adultos mayores permanecieran refugiados la mayor parte del tiempo posible para así salvaguardar su salud; esto consecuentemente desencadenará efectos negativos por el encierro, mismos que pueden desarrollar una serie de problemas sobre el adulto mayor, relacionados con la inactividad física, el deterioro cognitivo, la demencia, fragilidad y la soledad, lo que trae inmerso una serie de afectaciones y cambios en el estado emocional del adulto mayor puesto que el aislamiento y los cambios en su estilo de vida habitual pueden provocar molestias, estrés o tristezas.

Al mismo tiempo los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en el proceso de envejecimiento, asociado múltiples enfermedades que aparecen en esta etapa de la vida, conllevan a pensar que en los ancianos existen una serie de factores que favorecen la aparición de una depresión.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el estado anímico del adulto mayor y la capacidad para afrontar la vida diaria. Es importante saber que todas las enfermedades surgen o están ligadas a los síntomas emocionales, es decir que todas desprenden desde una raíz emocional. Al tiempo que a nivel de comportamientos se pueden encontrar una modificación en los patrones de sueño, o de alteración de hábitos nutricionales, entre otros; así como a nivel social, con la pérdida de relaciones, o bien un aumento del aislamiento.

En este documento se presenta el informe final de la investigación sobre la Frecuencia de síntomas depresivos y factores asociados en adultos mayores usuarios de la Unidad de Salud San Felipe Concepción Batres Usulután Este período de julio a septiembre de 2025, el informe se ha estructurado en nueve apartados los cuales se describen a continuación:

En el primer apartado describe el planteamiento del problema en donde se encuentra la situación problemática del fenómeno a investigar, después está el enunciado del problema, la justificación en donde se plantean las razones que motivaron a realizar la investigación, también forman parte de este apartado los objetivos de la investigación en donde se encuentra un objetivo general y cuatro objetivos específicos.

El segundo capítulo que corresponde al marco teórico integra evidencia empírica y conceptual relacionada con la depresión en adultos mayores, iniciando con la revisión de estudios latinoamericanos y globales sobre la prevalencia de síntomas depresivos. Posteriormente, se abordan las definiciones actuales del trastorno, las metodologías de evaluación más utilizadas incluyendo escalas estandarizadas como el Inventario de Depresión de Beck y los principales factores biopsicosociales que incrementan la vulnerabilidad en esta población. Este recorrido teórico proporciona una base sólida para interpretar los hallazgos de la investigación, comprender el comportamiento de la depresión en la tercera edad y sustentar la relevancia del problema en el contexto contemporáneo.

Puesto que el envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más relevantes del siglo XXI y ha generado un incremento proporcional de las condiciones crónicas y trastornos mentales asociados a esta etapa de la vida. Entre ellos, la depresión en el adulto mayor se reconoce como un problema de salud pública de alta prevalencia y con importantes repercusiones en la funcionalidad, la autonomía, la calidad de vida y la mortalidad. A diferencia de otros grupos etarios, los adultos mayores presentan una expresión clínica frecuentemente atípica, donde los síntomas afectivos se entrelazan con manifestaciones somáticas, deterioro cognitivo y múltiples comorbilidades, factores que dificultan su reconocimiento oportuno y favorecen la subestimación del problema.

La comprensión de los síntomas depresivos en la vejez exige un abordaje integral y contextualizado, pues cada cultura interpreta y experimenta el envejecimiento, la enfermedad y la salud mental de manera particular. Por ello, la literatura científica ha mostrado que variables sociodemográficas como el sexo, la edad avanzada, la escolaridad, el estado civil, el nivel socioeconómico y el acceso a redes de apoyo interactúan con factores biológicos y psicológicos para influir tanto en la prevalencia como en la severidad de la depresión en este grupo etario. En consecuencia, el estudio de este fenómeno requiere revisar investigaciones recientes que permitan comprender su frecuencia, las herramientas diagnósticas utilizadas y los factores de riesgo asociados.

En el tercer apartado encontramos la operacionalización de la variable el cual constituye un proceso fundamental en toda investigación cuantitativa, pues permite transformar conceptos teóricos en elementos observables y medibles que faciliten su análisis empírico. En el contexto del estudio de la depresión en el adulto mayor, resulta indispensable definir con precisión la variable “frecuencia de síntomas depresivos”, así como sus dimensiones e indicadores, a fin de garantizar la validez y confiabilidad de los resultados.

La depresión en la vejez se manifiesta a través de un conjunto de síntomas emocionales, cognitivos y físicos cuya identificación requiere instrumentos estandarizados. Por ello, se emplea el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), una herramienta de evaluación reconocida internacionalmente que permite cuantificar la intensidad de los síntomas depresivos mediante puntuaciones clasificadas en niveles de severidad. Esta estrategia de medición posibilita determinar no solo la presencia de sintomatología depresiva, sino también la magnitud con la que esta se presenta en la población estudiada.

A través de la definición conceptual, las dimensiones planteadas y los indicadores derivados del BDI-II, la operacionalización presentada en este apartado establece el marco metodológico necesario para evaluar con rigurosidad la frecuencia de síntomas depresivos en adultos mayores, asegurando la coherencia entre los objetivos del estudio y las técnicas de medición utilizadas.

El diseño metodológico que corresponde al cuarto apartado del presente estudio se estructura con el propósito de garantizar un abordaje riguroso, sistemático y coherente del fenómeno investigado: la frecuencia de síntomas depresivos y el nivel de depresión en adultos mayores atendidos en la UCSFB San Felipe Concepción Batres, Usulután. Para ello, se ha optado por un estudio de tipo prospectivo, transversal y descriptivo, lo que permitirá recolectar información en un momento determinado y caracterizar detalladamente a la población en relación con las variables de interés, sin establecer relaciones causales.

La población de estudio está conformada por 74 adultos mayores de 60 a 94 años, quienes constituyen una muestra completa, seleccionada conforme a criterios específicos de inclusión y exclusión que aseguran la pertinencia y homogeneidad del grupo analizado. La recolección de información se llevará a cabo mediante técnicas documentales y de campo, destacando la aplicación de una entrevista estructurada y del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), instrumento ampliamente validado para la evaluación de sintomatología depresiva.

Asimismo, se han definido procedimientos claros para el procesamiento, análisis y manejo ético de los datos, en estricto cumplimiento con los principios de la Declaración de Helsinki. Con este diseño, la investigación busca brindar una descripción precisa y actualizada del estado emocional de los adultos mayores atendidos en la unidad de salud, ofreciendo evidencia útil para la generación de futuras hipótesis y para la toma de decisiones en el ámbito clínico y comunitario.

En la quinta sección del presente trabajo se presentan los resultados obtenidos, se pueden encontrar datos relevantes a partir de la información recopilada en los adultos mayores que acudieron a la consulta externa de medicina general de la Unidad de Salud Básica San Felipe, Concepción Batres, durante el período comprendido entre los meses de julio a septiembre de 2025. A cada uno de los usuarios se les administró una entrevista estructurada, utilizando como instrumento el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), con el propósito de identificar la presencia y frecuencia de síntomas depresivos, así como los factores asociados que podrían estar influyendo en el estado emocional de esta población.

Los datos recolectados fueron sometidos a un proceso de tabulación y organización en tablas y gráficos que permiten visualizar, de manera clara y precisa, la distribución porcentual de cada variable analizada. Para facilitar la comprensión global del fenómeno estudiado, los resultados se presentan en tres grandes apartados:

- Características sociodemográficas de la población evaluada,
- Indicadores de depresión según los ítems específicos del BDI-II, y
- Clasificación del nivel de depresión en función de la puntuación total obtenida por cada participante.

El análisis realizado integra tanto la descripción estadística de los hallazgos como su interpretación clínica y contextual, lo que permite identificar tendencias, patrones de riesgo y comportamientos frecuentes dentro de la población adulta mayor estudiada. De esta forma, los resultados proporcionan una base sólida para comprender la magnitud de los síntomas depresivos presentes en este grupo etario y orientan la elaboración de estrategias de intervención en el primer nivel de atención, fortaleciendo así las acciones dirigidas a la promoción, prevención y abordaje oportuno de la salud mental en el adulto mayor.

En el sexto capítulo correspondiente a la discusión se contrastan los resultados con estudios previos, se interpretan las tendencias observadas y se examinan sus implicaciones clínicas y de salud pública. Asimismo, se identifican los factores de riesgo y protectores más relevantes dentro de la muestra, destacando la importancia de la detección temprana y del abordaje integral en la atención primaria. El análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación permite comprender la complejidad de la sintomatología depresiva en la población adulta mayor, así como la interacción de factores sociodemográficos, psicológicos, biológicos y funcionales que influyen en su aparición y severidad. Los hallazgos evidencian patrones que coinciden ampliamente con la literatura internacional y regional, pero también revelan particularidades propias del contexto local que enriquecen la comprensión del fenómeno. Esta discusión, por tanto, sitúa los hallazgos dentro del marco teórico y epidemiológico vigente, aportando elementos clave para orientar estrategias de intervención, prevención y promoción de la salud mental en el adulto mayor.

En el séptimo apartado donde se encuentran las conclusiones se sintetiza los principales hallazgos derivados del análisis de los síntomas depresivos en adultos mayores, evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Las conclusiones integran de manera coherente la información obtenida sobre la frecuencia, severidad y distribución de la depresión en esta población, así como la influencia de factores sociodemográficos, clínicos y contextuales en su desarrollo. A partir de estos resultados, se destacan los elementos clave que permiten comprender

la magnitud del problema, identificar grupos en riesgo y orientar intervenciones oportunas dentro del primer nivel de atención. Asimismo, este capítulo subraya la relevancia de los datos generados para fortalecer la planificación de estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, contribuyendo al diseño de políticas de salud pública enfocadas en mejorar el bienestar emocional y la calidad de vida del adulto mayor. De esta manera, las conclusiones ofrecen una visión integradora y aplicada que consolida el aporte científico y clínico de la investigación.

El octavo apartado constituido por las recomendaciones reúne una serie de propuestas derivadas de los hallazgos obtenidos en esta investigación, orientadas a fortalecer la atención integral de la salud mental en la población adulta mayor. Las recomendaciones se estructuran considerando el rol de las instituciones de salud, los centros formadores de profesionales, los equipos de atención primaria, los prestadores de servicios y la población en general. Cada sugerencia busca promover intervenciones oportunas, ambientes de atención más humanizados y estrategias preventivas que favorezcan un envejecimiento saludable. Asimismo, se enfatiza la necesidad de integrar herramientas de tamizaje validadas, como el Inventario de Depresión de Beck, para optimizar la detección y el manejo de síntomas depresivos en este grupo etario. De esta manera, las recomendaciones constituyen una guía práctica y aplicable para mejorar la calidad de la atención y el bienestar emocional de los adultos mayores.

En el último apartado se presenta la compilación de las fuentes científicas que sustentaron el desarrollo teórico, metodológico y analítico de la presente investigación. Las referencias incluyen artículos originales, revisiones sistemáticas y documentos académicos provenientes de bases de datos y repositorios reconocidos, seleccionados por su pertinencia, actualidad y rigor metodológico. Su integración permitió contextualizar el fenómeno de la depresión en adultos mayores dentro de un marco conceptual amplio y actualizado, fortaleciendo la validez de los hallazgos y el soporte epistemológico del estudio. La correcta citación de estas fuentes garantiza la

transparencia académica y reconoce el aporte de los investigadores cuyos trabajos contribuyeron a fundamentar esta tesis.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.Situación Problemática**

La depresión es un trastorno frecuente en personas de la tercera edad y causa altos costos para los ancianos, sus familiares y las instituciones de salud públicas. Muchas ocasiones el personal de salud resta importancia a los síntomas depresivos de los adultos mayores, al pensar que son normales debido al envejecimiento. Las nuevas adaptaciones que dejó la pandemia como el confinamiento, la soledad, el poco interés de la familia por los mayores y otros factores han desencadenado depresión en los adultos mayores manifestándolo con tristeza, ira, pesimismo, anergia, anhedonia, disminución o aumento del sueño y apetito (1).

En la población de adultos mayores de unidad de salud San Felipe Concepción Batres Usulután, a pesar de la importancia de la salud mental en el bienestar general, existen pocos estudios que aborden de manera integral la incidencia de la depresión y los factores asociados en este grupo específico.

Esta carencia de información detallada genera incertidumbre respecto a los determinantes que influyen en la aparición y el desarrollo de síntomas depresivos, tales como factores ambientales, hábitos de vida, condiciones socioeconómicas presentes en el entorno que residen dichos habitantes. La falta de datos confiables y actualizados impide la formulación de estrategias de prevención y promoción de la salud adecuada, lo que podría derivar en un deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores que habitan en la comunidad.

### **1.2. Enunciado Del Problema**

¿Cuál es la frecuencia de síntomas depresivos y los factores asociados en adultos mayores usuarios de la unidad de salud San Felipe Concepción Batres Usulután Este durante el período de julio a septiembre de 2025?

### 1.3. Justificación del estudio

La tercera edad es el último período del ciclo vital que emocionalmente puede ser percibida como una etapa de soledad, y para que esto no se traduzca en detrimento para el bienestar del individuo se necesita apoyo de quienes lo rodean para poder compartir con él o ella y ser escuchado. El envejecimiento vuelve a las personas más proclives a enfermarse, pero eso no quiere decir que esta no pueda llevar una vida feliz y con calidad.

Los adultos mayores presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y depresión, estas últimas han llegado en el parte de la vida de muchos ancianos, y existen múltiples razones anatómicas y sociales para padecerlas, como: variaciones en la estructura y funcionamiento cerebral durante la vejez, la culminación de su etapa laboral, incapacidad para realizar algunas tareas que antes ejecutaba sin dificultad, todo esto genera dificultades para relacionarse con su entorno.

Las principales enfermedades que influyen en el deterioro cognitivo de los AM son las demencias, siendo el Alzheimer (EA) el padecimiento más frecuente, representando entre el 60% a 80% de afectados. Cuando al DCL se le adiciona la depresión aumenta la posibilidad de EA y de riesgo de fallecimiento en comparación con aquellos que no padecen depresión. En las edades superiores a los 65 años, la depresión se asocia a factores biológicos y psicosociales, es un trastorno frecuente en los AM, con consecuencias conocidas en el ámbito de la salud pública, de ahí su importancia y seguimiento. Los datos de prevalencia rondan el 4,4%, y se considera la segunda causa de morbilidad a nivel mundial a estas edades.

Entre los síntomas de depresión se puede mencionar: tristeza, desesperación, insomnio, poca concentración, irritabilidad, ira, angustia, sentimientos de inutilidad, pensamientos irracionales, creencias y expectativas negativas sobre sí mismos y su

realidad. Sintomatología derivada, de la falta de contacto con familiares, amigos y limitaciones para poder llevar una vida normal.

Por lo tanto, resulta necesario investigar la frecuencia de los síntomas depresivos y analizar los factores asociados en la población de la unidad de salud San Felipe Concepción Batres perteneciente a Cantón San Felipe, Carretera Desvío El Espino, Usulután Este, Usulután (Anexo 1) en el periodo comprendido de Marzo a Junio del presente año 2025 con el fin de generar evidencia que permita orientar futuras políticas de salud y desarrollar intervenciones específicas para mitigar este problema.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar la frecuencia de síntomas depresivos y su asociación con factores psicosociales y clínicos en adultos mayores usuarios de la unidad de salud San Felipe Concepción Batres Usulután Este durante el período de julio a septiembre de 2025.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Medir la frecuencia de síntomas depresivos en adultos mayores utilizando el inventario de depresión de Beck.
- Identificar los principales factores sociodemográficos y clínicos de los adultos mayores relacionados con síntomas depresivos en estudio.
- Jerarquizar de acuerdo a la frecuencia con que se presentan los síntomas depresivos en los adultos mayores en investigación.
- Identificar la edad y el sexo en que predominan con frecuencia los síntomas depresivos en la población estudiada.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Investigaciones de frecuencia de síntomas depresivos en adultos mayores**

Cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y el mundo que la rodea pensando y organizando la realidad de una manera determinada lo anterior se aplica a todos los eventos de la vida entre los que se cuentan la salud mental del adulto mayor y cómo los diferentes factores sociodemográficos influyen en la incidencia de síntomas depresivos en dicho grupo etario.

En países de América Latina existen investigaciones relacionadas con este tema así se tiene que en el año 2020 se realizó un estudio en Colombia relacionado con el sentimiento de soledad en personas mayores llegando a las siguientes conclusiones: el sentimiento de soledad es frecuente en la población adulta mayor, y aún más en personas en situaciones desfavorables. Usualmente, está asociado con variables sociodemográficas, como mayor edad, ser mujer, ausencia de pareja y bajo nivel educativo. Adicionalmente, está asociado con la presencia de enfermedades crónicas. Se cuenta con escalas de medición para su tamización, incluso con validación realizada en población colombiana, por lo cual se sugiere incluir la soledad como aspecto importante en la valoración integral gerontológica en el momento de la atención y seguimiento de personas mayores por parte de los profesionales de la salud. De igual forma, se recomienda considerar programas de prevención de la soledad con mejores metodologías de abordaje, diferentes a la mencionadas, que promuevan un envejecimiento saludable no solamente en la vejez, sino en edades tempranas; así como actividades que contribuyan a mejorar la capacidad funcional, la percepción propia y el mantenimiento de la salud en escenarios de integración y escucha activa.

En este mismo año 2020 siempre en Colombia realizaron una revisión sobre los síntomas de depresión y calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores concluyendo lo siguiente: Se encontró una alta prevalencia de síntomas depresivos previos al diagnóstico en pacientes mayores antes del 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 prediagnóstico, síntomas depresivos y mala CVRS mental con supervivencia por todas las causas o por 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. 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.

Por su parte en 2021 se realizó un estudio sobre el Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? llegando a las siguientes conclusiones: la muestra de pacientes en estudio con trastorno depresivo, quienes mostraron mejoría de sus síntomas después de un tratamiento combinando: farmacoterapia y psicoterapia. Actualmente, la depresión es un grave problema de salud pública, trae grandes repercusiones económicas debido a que incrementa los costos en la atención en salud, pues aumenta la morbimortalidad y en muchos casos ocasiones puede llevar a discapacidad y dependencia. En los casos más severos, se asocia al suicidio. El tratamiento a seguir se determina según la gravedad de los síntomas. En casos leves se recomienda la psicoterapia como primera opción, mientras que en estados moderados a graves, el uso de fármacos o la terapia combinada (medicamentos y psicoterapia) es la indicación. Igualmente, la psicoterapia cognitivo conductual ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión leve, así mismo, los cambios hacia estilos de vida saludable. Finalmente, en cuanto al manejo farmacológico,

existen múltiples opciones. Los ISRS, actualmente, son los medicamentos de primera línea en el manejo de la depresión por su tolerancia y seguridad. Sin embargo, hay que tener en cuenta las comorbilidades, efectos secundarios y posibles interacciones medicamentosas.

Mientras que en Envigado Colombia en el año 2022 se llevó a cabo una revisión sobre Síntomas depresivos en el adulto mayor en el cual se concluyó: Según los resultados en la escala de depresión geriátrica, el síntoma de mayor frecuencia en la muestra fue dejar actividades e intereses (55,6%), mientras que el de menor frecuencia fue pensar que la mayoría de las personas son mejores que ellos (20.1%). Más de la mitad de los adultos mayores reportan dejar sus actividades e intereses.. Así mismo, la historia de deterioro cognitivo incrementa el riesgo de depresión en las personas mayores (Adams et al., 2020).

En el mismo año 2022 pero en Cañar Ecuador realizaron una revisión sistemática sobre Depresión en Adultos Mayores, Prevalencia y Factores Asociados en el cual se obtuvieron las siguientes conclusiones: El resultado positivo en la prueba del trastorno depresivo fue del 20,91%. Los hombres más educados tenían más probabilidades de recibir un diagnóstico en comparación con los que poseían un bajo nivel educativo (19). El trastorno emocional de la depresión ocasiona un sentimiento de tristeza constante que causa una pérdida de interés en realizar actividades cotidiana en los adultos mayores este problema de salud está influenciado por factores biopsicosociales, falta de apoyo, estresores de la vida y comorbilidades.

Así mismo en Azogues–Ecuador en el año 2023 se realizó una revisión sistemática sobre Causas asociadas a depresión en pacientes geriátricos llegando a las siguientes conclusiones: En cuanto a los factores sociales, el analfabetismo y la falta de apoyo familiar se han asociado con mayor riesgo de depresión con un 28,57% de la población. El aislamiento y la pobreza representan los segundos factores de riesgo con un porcentaje de 14,29% de la población y también juega un papel importante en el desarrollo de la depresión en adultos mayores. Los factores psicológicos, como la

soledad y el estado civil de viudez, se han relacionado con la depresión, es decir aumentan el riesgo de depresión en pacientes geriátricos, con un porcentaje de 37,5% cada uno de ellos. Al relacionar los resultados obtenidos, se determinó la influencia significativa de ciertos factores en la población geriátrica en relación con la depresión. Conociendo que los factores sociales tienen mayor prevalencia de contribuir a depresión en pacientes geriátricos con un 40% de la población, específicamente la falta de apoyo familiar y el analfabetismo, seguido de los factores biológicos con un 37,14% de la población, como las enfermedades de tipo crónico y neurológicas, y por último los factores psicológicos con un 22,86% de la población mostrando como factores la soledad y el estado civil de viudez. Este análisis contribuye a la comprensión más profunda de la dinámica de la enfermedad en este grupo demográfico y puede servir como base para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

En el año 2024 se realizó un estudio sobre Depresión en el adulto mayor en el cual se obtuvieron las siguientes conclusiones: La prevalencia del trastorno depresivo fue del 13.18% y de la discapacidad 7.86% los adultos mayores de sexo femenino tuvieron altas probabilidades de padecer trastorno depresivo así como los integrantes del grupo etario de mayores de 85 años presentaron mayor riesgo que los de 60 a 74 años. Los factores determinantes de la depresión en esta etapa de la vida son diversos, e incluyen la pérdida de capacidades físicas y cognitivas, el aislamiento social, la falta de redes de apoyo, y la presencia de enfermedades crónicas. Además, los cambios biológicos y hormonales, particularmente en las mujeres, hacen que ciertos individuos sean más vulnerables a este trastorno. La depresión en los adultos mayores, aunque a menudo se presenta de forma atípica, como preocupaciones somáticas o baja autoestima, es igualmente devastadora y requiere de un diagnóstico adecuado para garantizar un tratamiento oportuno.

En el año 2025 en Saltillo, Coahuila – México realizaron una Revisión sistemática de salud mental, actividad física y calidad de vida en el adulto mayor en el cual se obtuvieron las siguientes conclusiones: El 66.9% de la muestra mantiene un nivel de actividad física de moderado a alto, mientras que el 28.58% manifiesta un deterioro

cognitivo de leve a moderado. Existe una relación significativamente negativa ( $p=0.02$ ;  $p < 0.05$ ) entre el nivel de actividad física y el deterioro cognitivo en el adulto mayor. En la presente revisión sistemática, se encontró evidencia de la evaluación del estado de salud mental en el adulto mayor, siendo la depresión el fenómeno más estudiado en los años recientes. Esto nos habla de que, generalmente, cuando se estudia el estado psicológico del AM se comienza considerando los síntomas depresivos como punto de partida a raíz de los cambios observados durante el envejecimiento. La cual coincide con lo encontrado en la literatura donde se determinó la presencia de depresión en la mayoría de los adultos mayores (75%) (Morales-Pachay & Alcívar-Molina, 2021).

## **2.2 Base teórica**

### **2.2.1 Definición de depresión del adulto mayor**

Según la Sociedad Americana de Psiquiatría se define como una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza intensa y pérdida de interés para sus actividades, que provoca cambios en todos los aspectos de la vida teniendo un factor cognitivo negativo sobre sí mismo y del planeta.

### **2.2.2 Frecuencia de síntomas depresivos en el adulto mayor**

Una de las herramientas más completas para realizar una medición de síntomas depresivos en adultos mayores es el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) ya que es una herramienta de autoevaluación que se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos. Los resultados se basan en la puntuación total, que varía de 0 a 63. La interpretación de estos resultados permite identificar la gravedad de la depresión, desde mínima hasta grave clasificándose de la siguiente manera de acuerdo a la puntuación obtenida:

0-13: Mínima o leve depresión.

14-19: Depresión leve a moderada.

20-28: Depresión moderada a severa

.

29-63: Depresión severa.

Un estudio realizado en México demuestra que la prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más alto, resulta significativo que los niveles más altos de depresión se presenten en los hombres que vive en áreas rurales. Por su parte apunta una frecuencia de síntomas depresivos en los adultos mayores mucho más alta y supone que ese resultado está vinculado probablemente con los múltiples factores de riesgo, en relación con estos factores se encuentran en mayor frecuencia de depresión mujeres, personas jubiladas, sedentarias, familias disfuncionales y con dependencia económica.

El adulto mayor es un individuo en el que existe un deterioro de la reserva homeostática de cada sistema orgánico con un déficit gradual desde el punto de vista físico, psicológico, sexual, y consecuentemente con detrimento en el aporte económico. Es de esperar que el envejecimiento poblacional se acompañe de cambios importantes en la frecuencia y distribución de los trastornos somáticos y mentales así como la interrelación entre los dos.

Diversos estudios epidemiológicos norteamericanos describen una prevalencia de depresión mayor de 1-5% y una frecuencia de 8-12% de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad.

### **2.2.3 Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos en adultos mayores**

El principal factor de riesgo que incrementa el desarrollo de síntomas depresivos en el adulto mayor es el abandono familiar además del contexto económico y de patologías de base propias del individuo.

Se realizó un estudio en la ciudad de Ambato mediante un análisis en base a una hoja de recolección de datos previa aplicación de la escala geriátrica de Yesavage, el estudio demostró que mientras menor sea el grado de escolaridad existe mayor probabilidad de desarrollar estados depresivos al igual que presentar algún tipo de comorbilidad. (Reino, 2018)

En otro estudio realizado en Quito donde se evaluó los posibles factores de riesgo asociados a la depresión en la población adulta, se evidenció por medio del análisis de OR que una escolaridad secundaria y la hospitalización conforman factores de riesgo de desarrollar síntomas depresivos. (Erazo, 2019).

En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad
- Dolor o padecimiento crónico
- Hijos que dejan el hogar
- Cónyuge y amigos cercanos que mueren
- Pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o movilizarse, o pérdida de los privilegios para conducir)

La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como:

- Trastornos tiroideos
- Mal de Parkinson
- Enfermedad del corazón
- Cáncer

Por ser un estudio descriptivo no existe necesidad de establecer una hipótesis; pero si se realizó una Operacionalización de variable en estudio.

### 3. 1 Operacionalización de la variable

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores
<p><b>Variable</b></p> <p>Frecuencia de síntomas depresivos</p>	<p><b>Frecuencia:</b> medición de la ocurrencia de un evento de salud en una población, utilizando medidas matemáticas como proporciones, razones y tasas. Estas medidas ayudan a describir la magnitud de una enfermedad o evento de salud en relación con la población en riesgo.</p> <p><b>Síntomas Depresivos:</b> Conjunto de manifestaciones físicas, emocionales y cognitivas que indican que una persona podría estar experimentando un estado de ánimo deprimido o un trastorno depresivo.</p>	<p><b>Estrategia de detección</b></p> <p><b>El Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)</b> es una herramienta de autoevaluación que se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos. Los resultados se basan en la puntuación total, que varía de 0 a 63. La interpretación de estos resultados permite identificar la gravedad de la depresión, desde mínima hasta grave</p>	<p>0-13: Mínima o leve depresión.</p> <p>14-19: Depresión leve a moderada.</p> <p>20-28: Depresión moderada a severa</p> <p>29-63: Depresión severa.</p>

## 4. DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de investigación

**A. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio reañizado es de tipo:**

**Prospectivo:** se consideran prospectivos aquellos estudios cuyo inicio es anterior a los hechos estudiados, de forma que los datos se recogen a medida que van sucediendo. En esta investigación se realizará una recopilación de datos de la población en estudio a través de diferentes instrumentos como el empleo de la entrevista mediante herramientas de tamizaje como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2); los datos se registrarán a medida que se aplique el instrumento al adulto mayor que asista al establecimiento para recibir sus respectivos servicios de salud.

**B. Según el período y secuencia del estudio, este se caracterizó por ser:**

**Transversal:** Se consideran transversales los estudios en los que los datos de cada sujeto representan esencialmente un momento del tiempo, estos pueden corresponder a la presencia, ausencia o diferentes grados de una característica o enfermedad, o bien examinar la relación entre diferentes variables en una población definida en un momento de tiempo determinado. Las variables se estudiarán simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, correspondiendo a los meses de julio a septiembre de 2025, el propósito esencial fue establecer la frecuencia de síntomas depresivos y nivel de depresión en los adultos mayores.

**C. Según el análisis y alcance de los resultados del estudio reañizado es de tipo:**

**Descriptivo:** Un estudio se considera descriptivo cuando no busca evaluar una presunta relación causa-efecto, sino que sus datos son utilizados con finalidades

puramente descriptivas. Suele ser útil para generar hipótesis que deberán contrastarse posteriormente con estudios analíticos. En esta investigación se realizó una descripción de la población a través de la información obtenida mediante de la utilización de instrumento, como lo es la entrevista estructurada, donde se fue detallando variables requeridas como edad, género, estado socioeconómico; así como la frecuencia de síntomas depresivos y el nivel de depresión, con la ayuda de la aplicación de instrumento de tamizaje como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2).

## **4.2 Población y muestra**

La población estuvo constituida por 74 pacientes del grupo de edad de adultos mayores a partir de 60 años que acudieron a la consulta externa de UCSFB San Felipe Concepción Batres Usulután. Se tomó una muestra completa de 74 adultos mayores que asisten a la UCSFB San Felipe Concepción Batres Usulután en el turno matutino, en el periodo comprendido de Julio-Septiembre de 2025. La investigación se realizó en canton San Felipe, caserío La Colonia, Concepcion Batres, distrito del municipio de Usulután Este, departamento de Usulután, El Salvador, siendo sede del estudio, la Unidad de Salud Basica del Ministerio de Salud ubicada en dirección ya descrita.

### **4.2.1 Criterios para determinar la muestra**

#### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores a partir de 60 años de edad
- Adultos mayores de sexo masculino o femenino
- Adultos mayores que acepten firmar el consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión:**

- Adultos mayores con déficit en su estado de audición.
- Adultos mayores que no acepten firmar el consentimiento informado.

### 4.3 Técnica de recolección de información

#### A. Técnicas documentales

Se realizó una búsqueda de información en la base de datos Medline (vía Pudmed) y literatura Latinoamericana, del Caribe y Española en Ciencias de la Salud (LILACS), SciELO (vía BVS) y el buscador de Google Scholar.

También se consultaron los recursos que tiene la biblioteca de la Universidad de El Salvador Hinari, EBSCOhost, eLibro.net y ACCESS-Medicine. Se revisó el repositorio para la consulta de tesis de grado y posgrado (literatura gris) la búsqueda de la información se limitaron a una antigüedad menor de 5 años y se llevó a cabo durante los meses de febrero a junio de 2025; publicada en los idiomas español e inglés.

#### B. Técnicas de trabajo de campo

**La entrevista:** esta técnica permitió la recolección de datos de los sujetos en estudio mediante la interacción oral con el investigador. En este caso se decidió realizar una entrevista estructurada por el tipo de información que se quería indagar y con base a ello se estableció un guión de entrevista fijo y secuencial; la información requerida incluyó las características sociodemográficas de la población, a mencionar por ejemplo, edad, sexo, situación familiar, situación laboral, etcétera; así mismo, se incorporó una serie de indicadores como lo son síntomas depresivos utilizados como posibles predictores de depresión estos abarcan variables como signos y síntomas relacionados frecuentemente a la presencia o ausencia de patologías previas, autopercepción de salud, estado cognitivo, entre otros . El investigador siguió el orden marcado y las preguntas estuvieron pensadas para ser contestadas brevemente.

## 4.4 Instrumentos

### **Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDI-2)**

El Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión, BDI-II; es un instrumento de autoaplicación de 21 ítems. Ha sido diseñado para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a la corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.(Anexo 2)

Beck et al. (1996) observaron una alta consistencia interna del BDI-II tanto en muestras clínicas como no clínicas, con un coeficiente alfa de alrededor de 0,92. En la adaptación española realizada por el equipo de Sanz, el Inventario para la Depresión de Beck-II obtuvo niveles elevados de consistencia interna tanto en muestras de universitarios, de población general y de consultantes con trastornos psicopatológicos (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún & Vásquez, 2005; Sanz, Navarro et al., 2003; Sanz, Perdigón & Vásquez, 2003).

Dada la existencia de traducciones del BDI-II al español, sólo se realizó una adaptación de éste a los usos lingüísticos propios de Chile. Para ello la traducción del equipo de Beck et al. (1996), y la realizada en España por Sanz, Navarro et al. (2003), fueron contrastadas por los autores entre sí y respecto del instrumento original en inglés. Una aplicación piloto del instrumento mostró adecuada comprensión de los ítems.

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

0-13: Mínima o leve depresión.

14-19: Depresión leve a moderada.

20-28: Depresión moderada a severa.

29-63: Depresión severa.

#### **4.5 Plan de análisis**

Para obtener los datos del estudio, se utilizó la entrevista y se aplicó un instrumento de recolección de información empleado en formato físico y digital, en el cual, además, se adaptó Inventario de Depresión de Beck de tal forma que se pudieran evaluar simultáneamente, tomando como base un esquema metodológico diseñado a partir de un algoritmo de abordaje de la frecuencia de síntomas depresivos.

Se presentó la información sobre la investigación a los sujetos a evaluar que aceptaron participar por medio de un consentimiento informado que firmaron voluntariamente, o por medio de un familiar o responsable de cada adulto mayor.

En el apartado de la entrevista incluido en el instrumento se tomaron en cuenta la edad, sexo, situación laboral, situación familiar y existencia de alguna morbilidad previa en el adulto mayor.

A cada sujeto se le solicitó información relacionada a los determinantes sociodemográficos correspondientes y las preguntas necesarias para determinar la existencia de algún indicador de sintoma depresivo, para posteriormente abordar la evaluación del Inventario de Depresión de Beck II.

El procesamiento de datos se realizó de la siguiente manera: Se verificarán el completo y adecuado llenado de cada instrumento. Los datos se procesarán a través de una base de datos en Microsoft Excel para Microsoft. Obtenidos los resultados de

cada adulto mayor, se hizo una base de datos donde los mismos fueron cotejados y analizados. Se presentaron al docente asesor para su verificación y posteriormente la redacción del informe final.

#### **4.6 Consideraciones éticas**

Tomando en cuenta los principios de la declaración de Helsinki, antes de la participación en el estudio, se garantizó que todos los participantes recibieran un explicación clara y comprensible de los objetivos del estudio; las acciones que se llevarón a cabo, así como los posibles riesgos y beneficios asociados con su participación.

Se hizo énfasis en que la colaboración en el estudio fuera totalmente voluntaria y que siempre estará presente la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento sin sufrir consecuencias negativas o perjuicios dando lugar al principio de respeto a la autonomía. Se presentó la información sobre la investigación a los sujetos evaluados que acepten participar por medio de un consentimiento informado, que fue firmado voluntariamente, si no era posible la firma directa del sujeto evaluado, se realizó a través de un familiar o responsable de cada adulto mayor que participó en el estudio. (Ver Anexo 3)

Para asegurar la protección de la privacidad y confidencialidad de los participantes, se implementaron medidas respectivas. Se respetaron los principios éticos de beneficencia y no malevolencia, asegurando la promoción del bienestar de los participantes evitando cualquier daño o perjuicio. Todos los datos recopilados se mantienen de forma confidencial y se utilizarón exclusivamente con fines de investigación; no se revelaron identidades individuales, ni información personal sensible sin el consentimiento expreso de los participantes. Además, se tomarón precauciones para garantizar la seguridad de la información recopilada. Se empleó un sistema de almacenamiento seguro y se restringió el acceso a los datos

únicamente a los investigadores autorizados. Se tomaron medidas para proteger los datos contra pérdida, robo o divulgación no autorizada.

Se respetaron los principios y las pautas a establecidos por los comités de ética correspondientes, con su previa aprobación pertinente antes del inicio del estudio. Todas las decisiones y acciones se tomaron con el mayor respeto hacia la dignidad y los derechos de los participantes, asegurando el cumplimiento de los estándares éticos más rigurosos en la realización de la investigación.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Tabulación, análisis e interpretación de resultados

En esta sección se presenta de forma detallada los datos recolectados provenientes de los usuarios adultos mayores que asistieron durante el período comprendido entre los meses de Julio a Septiembre de 2025 a la consulta externa de medicina general ofrecido en unidad de salud básica San Felipe Concepción Batres, a los cuales se les administró la entrevista estructurada utilizando como instrumento el inventario de depresión de Beck (BDI-2) en el cual se evaluó mediante la frecuencia de síntomas depresivos relacionados a factores asociados que están padeciendo la población adulta mayor del área estudiada y su nivel de depresión actualmente.

Los resultados se exponen mediante tablas y gráficos los cuales reflejan la frecuencia y porcentaje de cada variable perteneciente a las distintas dimensiones estudiadas en la muestra seleccionada las cuales son las características sociodemográficas, los síntomas depresivos y el nivel de depresión que presentan los usuarios de la unidad de salud básica San Felipe Concepción Batres mediante la entrevista estructurada y los indicadores del inventario de depresión de Beck (BDI-2) ofreciendo un análisis descriptivo y una interpretación de resultados en función de cada variable adecuada al tema de investigación, con la finalidad de una mejor comprensión de los datos recolectados durante la investigación.

### 5.1.1 Características sociodemográficas

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la población estudiada

Características sociodemograficas	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	36	49%
Femenino	38	51%
Rango de edad		
60-64 años	25	33%
65-69 años	15	20%
70-74 años	13	18%
75-79 años	14	19%
80 años o mas	7	10%
Estado Familiar		
Casado (a)	36	49%
Viudo (a)	8	11%
Soltero (a)	7	9%
Divorciado (a)	3	4%
Acompañado (a)	20	27%
Ocupacion		
Trabajo formal	5	7%
Trabajo informal	44	59%
Ama de casa	25	34%
Escolaridad		
Analfabeta	2	3%
Basica	69	93%
Bachillerato	1	1%
Universidad	2	3%

**Fuente:** entrevista administrada a la población

**Análisis:**

En la tabla 1 se presentan los resultados con respecto a las características sociodemográficas se tiene que del total de población estudiada se encontró que un 33% se encuentra entre 60-64 años, 20% de 65-69 años, 18% de 70-74 años, 19% de 75-79 años y un 10% de 80 años o más.

De estos 49% corresponden al sexo masculino y 51% al sexo femenino. Respecto al estado familiar resultó que un 49% son casados, 27% acompañados, 11% viudos, 9% solteros y 4% divorciados.

Entorno a la ocupación se obtuvo que un 59% posee trabajo informal, 34% corresponden al grupo de ama de casa y 7% posee un trabajo formal.

Abordando el nivel de estudio un 3% es analfabeta, 93% posee un nivel básico, 1% nivel medio, 3% posee nivel universitario.

**Interpretación:**

Según el análisis de los resultados de la tabla realizada en torno las características socio demográficas de la población estudiada se encontró que el grupo etario predominantemente se centra en las edades de 60-69 años obteniendo un 53% del total de población estudiada lo cual refleja una población de adultos mayores relativamente joven la cual va creciendo a medida aumenta la edad.

El sexo femenino representa el 51% de la población adulta mayor estudiada debido a una mayor esperanza de vida de las mujeres en relación a los hombres de dicha edad y siendo quien más frecuentemente asisten a unidades de salud.

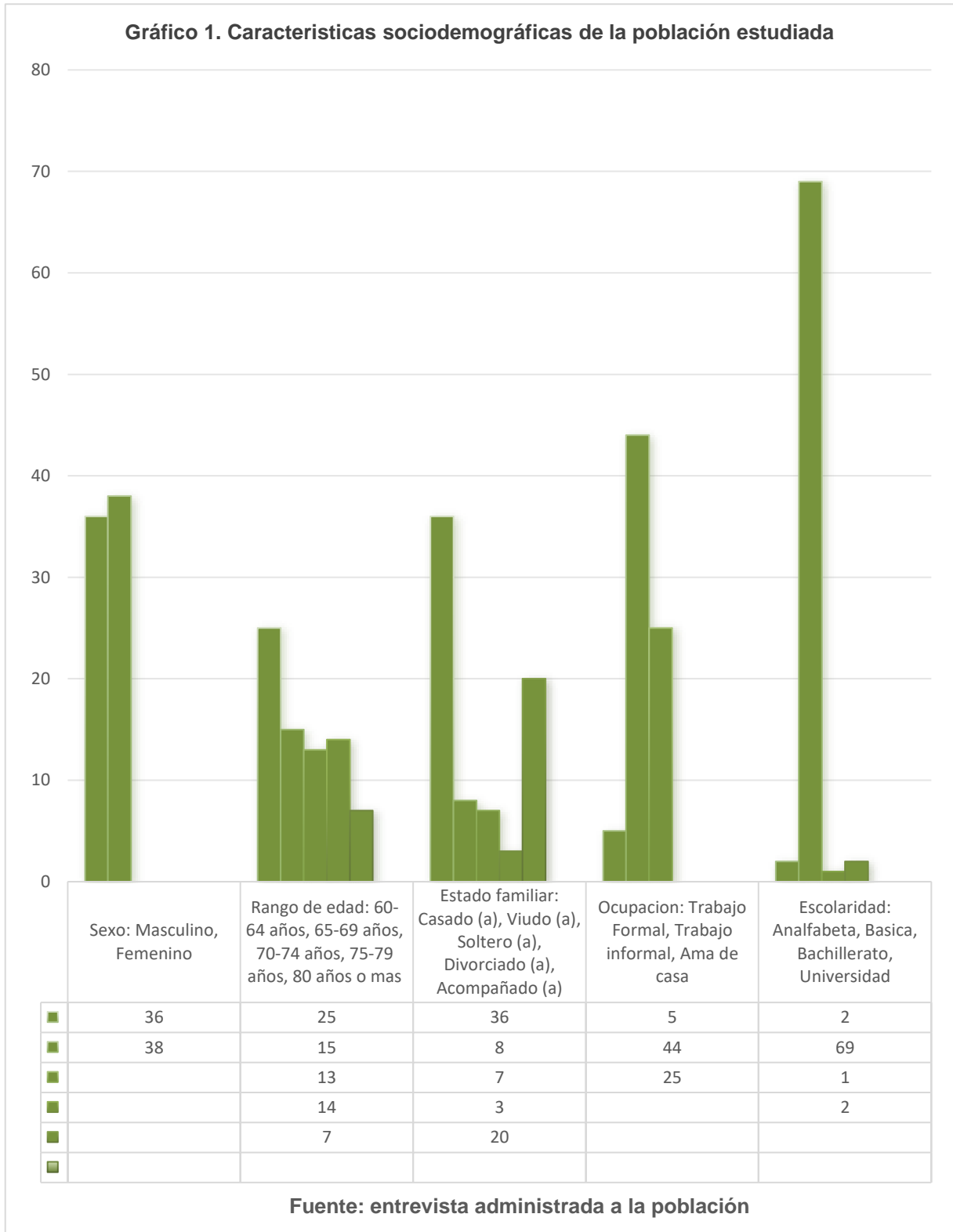
Con respecto al estado familiar lidera el 49% la población adulta mayor casada suponiendo aproximadamente la mitad de la población estudiada seguido de usuarios

que se encuentran acompañados en torno a un 27% por lo cual se atribuye de acuerdo a porcentajes que la población adulta mayor estudiada tiene en su mayoría un compañero (a) de vida.

En la población estudiada más de la mitad posee un trabajo informal con 59% seguido de 34% que se dedican a ser ama de casa lo cual supone riesgo de presentar malestar emocional por no poseer una entrada económica segura.

El 69% de la población pertenece al grupo que tienen un grado de escolaridad básico lo cual supone un avance en torno a la mejora con respecto al alfabetismo en el país ya sea por la serie de programas que implementa el actual gobierno el cual contribuye a salvaguardar la integridad física y emocional de la población adulta mayor.

**Grafico 1.** Características sociodemográficas de la población estudiada



### 5.1. 2 Indicadores de depresión del inventario de depresión de Beck (BDI-2)

**Tabla 2.** Indicadores de depresión del inventario de depresión de Beck (BDI-2) de la población estudiada.

Item	Frecuencia	Porcentaje
<b>1. Tristeza</b>		
0 No me siento triste.	35	47%
1 Me siento triste gran parte del tiempo	20	27%
2 Me siento triste todo el tiempo.	13	18%
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	6	8%
<b>2. Pesimismo</b>		
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.	27	36%
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.	28	38%
2 No espero que las cosas funcionen para mi.	13	18%
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	6	8%
<b>3. Fracaso</b>		
0 No me siento como un fracasado.	27	36%
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.	27	36%
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.	9	13%
3 Siento que como persona soy un fracaso total.	11	15%
<b>4. Pérdida de Placer</b>		
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.	36	49%
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.	15	20%

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.	14	19%
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	9	12%

---

#### **5. Sentimientos de Culpa**

---

0 No me siento particularmente culpable.	31	42%
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.	27	36%
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	8	11%
3 Me siento culpable todo el tiempo.	8	11%

---

#### **6. Sentimientos de Castigo**

---

0 No siento que este siendo castigado	50	68%
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.	21	28%
2 Espero ser castigado.	0	0%
3 Siento que estoy siendo castigado.	3	4%

---

#### **7. Disconformidad con uno mismo.**

---

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.	33	45%
1 He perdido la confianza en mí mismo.	11	15%
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.	25	34%
3 No me gusto a mí mismo.	5	6%

---

#### **8. Autocrítica**

---

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual	10	14%
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo	21	28%
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores	27	36%
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	16	22%

---

#### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

---

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.	60	81%
---	----	-----

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría	13	18%
2 Querría matarme	0	0%
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	1	1%

---

#### **10. Llanto**

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.	27	36%
1 Lloro más de lo que solía hacerlo	16	22%
2 Lloro por cualquier pequeñez.	20	27%
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.	11	15%

---

#### **11 Agitación**

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.	7	10%
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.	29	39%
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	12	16%
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento ohaciendo algo.	26	35%

---

#### **12 Pérdida de Interés**

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.	3	4%
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.	21	28%
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	15	20%
3.Me es difícil interesarme por algo.	35	48%

---

#### **13. Indecisión**

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.	18	24%
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones	25	34%

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.	9	12%
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	22	30%

---

#### **14. Desvalorización**

0 No siento que yo no sea valioso	35	47%
1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme	18	24%
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.	14	19%
3 Siento que no valgo nada.	7	10%

---

#### **15. Pérdida de Energía**

0 Tengo tanta energía como siempre.	45	61%
1 Tengo menos energía que la que solía tener.	10	13%
2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado	13	18%
3 No tengo energía suficiente para hacer nada.	6	8%

---

#### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.	7	9%
1a. Duermo un poco más que lo habitual.	0	0%
1b Duermo un poco menos que lo habitual.	32	43%
2a Duermo mucho más que lo habitual.	5	7%
2b Duermo mucho menos que lo habitual	13	18%
3a Duermo la mayor parte del día	17	23%
3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	0	0%

---

#### **17. Irritabilidad**

0 No estoy tan irritable que lo habitual.	51	69%
1 Estoy más irritable que lo habitual.	10	13%

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.	7	10%
3 Estoy irritable todo el tiempo.	6	8%

---

### **18. Cambios en el Apetito**

---

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	70	95%
1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.	4	5%
1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.	0	0%
2a Mi apetito es mucho menor que antes.	0	0%
2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual	0	0%
3a No tengo apetito en absoluto.	0	0%
3b Quiero comer todo el día.	0	0%

---

### **19. Dificultad de Concentración**

---

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.	3	4%
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	57	77%
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.	8	11%
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	6	8%

---

### **20. Cansancio o Fatiga**

---

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.	63	85%
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.	5	7%
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	3	4%
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.	3	4%

---

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

---

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	65	88%
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	4	5%
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.	0	0%
3 He perdido completamente el interés en el sexo.	5	7%

**Fuente:** Instrumento del inventario de depresión de Beck (BDI-2)

### **Análisis:**

En la tabla 2 se presentan los resultados con respecto a los indicadores del inventario de depresión de Beck (BDI-2), se tiene que de la población estudiada se encontró que, un 47% no ha sentido tristeza, frente a un 27% que refiere sentirse triste gran parte del tiempo seguido en menor porcentaje con las opciones "me siento triste todo el tiempo" en un 18% y "me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo" con un 8%.

Con respecto al ítem sobre la sensación de pesimismo se obtuvo como resultado que el 38% manifiesta que se siente más desalentado respecto de su futuro que lo que solía estarlo, el 36% no está desalentado respecto de su futuro, el 18% no esperan que las cosas funcionen para sí mismo y el 8% siente que no hay esperanza para sí mismo en un futuro y que sólo puede empeorar su situación.

Con relación al ítem de sentimiento de fracaso los usuarios eligieron en un 36% que no se sienten como un fracasado seguido con el mismo porcentaje la opción "he fracasado más de lo que hubiera debido", seguido de un 15% la opción "Siento que como persona soy un fracaso total" y un 13% que eligieron la opción "Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos".

Abarcando el ítem sobre la pérdida de placer los resultados fueron 49% dijeron "Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto" seguido en un 20% de la opción "No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo" y en menor porcentaje con 19% "Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar" y 12% "No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar".

De la población estudiada con respecto al ítem de culpa el 42% manifiesta no sentirse particularmente culpable, el 36% refiere sentirse culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho, el 11% asume que se siente bastante culpable la mayor parte del tiempo al igual con el 11% que se siente culpable todo el tiempo.

La mayoría de los adultos mayores evaluados con respecto al ítem de sentimientos de castigo en un porcentaje de 68% refirió no experimentar sentimientos de castigo, lo que indica una adecuada estabilidad emocional y ausencia de pensamientos autocríticos o de culpa severa asociados a este ítem del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). Un 28% manifestó cierta tendencia a pensar que podrían ser castigados, lo cual podría interpretarse como una inseguridad moral o emocional leve, vinculada a sentimientos de responsabilidad excesiva o culpa moderada. Por otro lado, un 4% reportó sentirse efectivamente castigado, reflejando la presencia de un componente depresivo más significativo en este subgrupo. Es importante destacar que ningún participante seleccionó la opción "espero ser castigado" (0%), lo cual sugiere ausencia de ideación punitiva anticipatoria grave o sentimientos profundos de merecimiento del castigo, que suelen asociarse a depresión severa o culpa patológica.

De acuerdo a los resultados con respecto al ítem de la disconformidad con uno mismo, el 45% de la población estudiada dijo que siente acerca de sí mismo lo mismo que siempre, el 34% refiere estar decepcionado consigo mismo, el 15% ha perdido la confianza en sí mismo y el 6% dice no gustarse a sí mismo.

Con respecto al ítem de sentimiento de autocrítica el 36% dice que se critica a sí mismo por todos sus errores, el 28% dice estar más crítico consigo mismo de lo que solía estarlo, y el 22% se culpa a sí mismo por todo lo malo que sucede el 14% no se critica ni se culpa más de lo habitual.

En tanto al ítem de pensamientos o deseos suicidas los usuarios eligieron en un 81% no tener ningún pensamiento de matarse, el 18% dicen haber tenido pensamientos de matarse, pero no lo haría, el 1% dice que se quiere matar si tuviera la oportunidad de hacerlo y el 0% asegurar querer matarse.

Con respecto al ítem sobre el llanto usuarios manifestaron que el 36% no llora más de lo que solía hacerlo, el 27% llora por cualquier pequeñez, el 22% llora más de lo que solía hacerlo, y el 15% siente ganas de llorar pero no puede.

En torno al ítem de la agitación los resultados con respecto a las opciones fueron las siguientes, el 39% dice que se siente más inquieto o tenso que lo habitual, seguido de 35% que menciona estar tan inquieto o agitado que tiene que estar siempre en movimiento o haciendo algo, el 16% manifestó estar tan inquieto o agitado que le es difícil quedarse quieto, el 10% confirma no estar más inquieto o tenso que lo habitual.

De la población estudiada, sobre el ítem de pérdida de interés el 48% dice que le es difícil interesarse por algo, el 28% está menos interesado que antes en otras personas o cosas, el 20% ha perdido casi todo el interés en otras personas o cosas y el 4% refiere no haber perdido el interés en otras actividades o personas.

De acuerdo a los resultados del ítem de indecisión el 34% dijo que le resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones, el 30% refiere tener problemas para tomar cualquier decisión, el 24% dice tomar sus propias decisiones tan bien como siempre, el 12% encuentra mucha más dificultad que antes para tomar decisiones

El resultado obtenido sobre el ítem de desvalorización fue el siguiente el 47% dijo que no se siente que sea valioso, el 24% no se considera a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarse, el 19% dice que se siente menos valioso cuando se compara con otros y el 10% siente que no vale nada.

Como resultado al ítem de pérdida de energía el 61% refiere tener tanta energía como siempre, el 18% dice no tener suficiente energía para hacer demasiado, el 13% tiene menos energía que la que solía tener, y el 8% dijo no tener energía suficiente para hacer nada.

De la población estudiada en relación al ítem de cambios en los hábitos del sueño el 9% no ha experimentado ningún cambio en sus hábitos de sueño, el 0% duerme un poco más que lo habitual, el 43% duerme un poco menos que lo habitual, el 7% duerme mucho más que lo habitual, el 18% duerme mucho menos que lo habitual, el 23% duerme la mayor parte del día y el 0% se despierta 1-2 horas más temprano y no puede volver a dormirse.

Con respecto al ítem de irritabilidad el 69% manifiesta estar tan irritable que lo habitual, el 13% dijo estar más irritable que lo habitual, el 10% menciona estar mucho más irritable que lo habitual, el 8% dice estar irritable todo el tiempo.

Abarcando los cambios en el apetito el 95% dijo no haber experimentado ningún cambio en su apetito, el 5% refiere que su apetito es un poco menor que lo habitual, el 0% dice que su apetito es un poco mayor que lo habitual, el 0% dice que su apetito es mucho menor que antes, el 0% menciona que su apetito es mucho mayor que lo habitual, el 0% dijo no tener apetito en absoluto y el 0% de los usuarios menciona que quiere comer todo el día.

De la población estudiada en relación al ítem de dificultad de concentración el 77% menciona que no puede concentrarse tan bien como habitualmente, el 11% dijo que le es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo y el 8% dice que encuentra

que no puede concentrarse en nada, el 4% dijo que puede concentrarse tan bien como siempre

Con respecto al ítem de cansancio y fatiga los usuarios dijeron en un 85% que no están más cansados o fatigados que lo habitual, el 7% dijo que se fatiga o se cansa más fácilmente que lo habitual, el 4% dice estar demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer y el 4% menciona estar demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

En torno al ítem de la pérdida de interés en el sexo el 88% refirió no haber notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo, el 7% dijo haber perdido completamente el interés en el sexo, el 5% dijo estar menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo, el 0% menciona estar mucho menos interesado en el sexo.

### **Interpretación:**

En la población adulta mayor evaluada, los resultados indican una distribución heterogénea en la percepción de tristeza, uno de los ítems nucleares del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Predominio de ausencia de tristeza (47%) casi la mitad de la muestra no presenta sintomatología depresiva relevante en este ítem, lo cual sugiere que, pese a la edad avanzada, una proporción significativa mantiene un adecuado bienestar emocional. Esto podría estar relacionado con factores protectores como redes sociales estables, apoyo familiar, buena salud física o estrategias de afrontamiento efectivas. Presencia de tristeza significativa en el 53% restante. Más de la mitad de los adultos mayores reportan distintos grados de tristeza, lo que indica vulnerabilidad emocional o riesgo de sintomatología depresiva. Un 27% manifiesta tristeza frecuente (“gran parte del tiempo”), lo que podría corresponder a síntomas depresivos leves o subclínicos. Un 18% refiere sentirse triste constantemente, lo que apunta a depresión moderada, dependiendo de los puntajes totales en el BDI-II. Finalmente, un 8% presenta tristeza

extrema (“tan triste que no puedo soportarlo”), lo cual es indicativo de depresión severa o riesgo clínico alto, que requiere valoración psiquiátrica inmediata. Con respecto al ámbito de Implicaciones clínicas y epidemiológicas Estos resultados evidencian la relevancia de la depresión en la vejez, fenómeno que suele estar subdiagnosticado en atención primaria. La prevalencia de síntomas depresivos (53%) es clínicamente significativa y debe motivar intervenciones preventivas y terapéuticas. La progresión porcentual (47% sin tristeza → 8% con tristeza extrema) sugiere un gradiente emocional continuo, más que una dicotomía, lo que coincide con la conceptualización dimensional de la depresión. Factores biológicos (envejecimiento cerebral, comorbilidades médicas), psicológicos (pérdida de roles, soledad) y sociales (aislamiento, dependencia) podrían explicar esta tendencia. El valor medio (0.87) y la proporción total de personas con tristeza (53%) sugieren presencia relevante de síntomas depresivos leves a moderados en la muestra. La presencia del 8% con tristeza severa es clínicamente significativa, pues este grupo podría tener riesgo alto de depresión mayor o ideación suicida, según criterios del DSM-5. Estadísticamente, el ítem “tristeza” muestra una distribución no normal, compatible con un patrón bimodal leve–severo, frecuente en poblaciones geriátricas. En la población adulta mayor estudiada, el análisis del ítem “tristeza” del BDI-II revela un puntaje promedio de 0.87 ( $\pm 1.0$  aprox.), con 47% sin síntomas y 53% con algún grado de tristeza, de los cuales 26% podrían clasificarse en rangos clínicamente significativos (moderado a severo). Este patrón evidencia una tendencia hacia síntomas depresivos leves predominantes, aunque con una proporción no despreciable de casos graves que justifican detección temprana, evaluación psiquiátrica y seguimiento interdisciplinario. Los resultados del BDI-II muestran que, aunque una parte importante de los adultos mayores conserva un estado emocional positivo, más de la mitad manifiesta grados variables de tristeza, siendo un 8% clínicamente relevante. Esto subraya la necesidad de programas de tamizaje sistemático de depresión en adultos mayores, acompañados de intervenciones psicosociales y seguimiento médico especializado para mejorar su calidad de vida y prevenir desenlaces adversos.

En el análisis del ítem “sensación de pesimismo” del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) aplicado a adultos mayores, se observa que un 36 % de los participantes no manifiestan desaliento respecto al futuro; no obstante, un 38 % reportan sentirse más desalentados que previamente, un 18 % no esperan que las cosas funcionen para sí mismos, y un 8 % indican que no hay esperanza en el futuro y que su situación solo puede empeorar. Estos hallazgos sugieren que aproximadamente dos de cada tres adultos mayores evaluados (64 %) presentan algún grado de pesimismo o desesperanza, lo cual tiene implicaciones clínicas importantes. La desesperanza y la visión negativa del futuro se ha identificado como un factor cognitivo clave asociado a la depresión geriátrica, así como a un incremento en el riesgo de ideación suicida y mortalidad. Por tanto, la proporción observada en este estudio de adultos mayores que manifiestan desaliento o falta de esperanza es clínicamente relevante: indica la necesidad de adoptar medidas de detección temprana de depresión y de intervención psico-social que fortalezcan el sentido de propósito, la autoeficacia y la red de apoyo social. Las estrategias basadas en terapia cognitivo-conductual o revisión de vida han mostrado eficacia en la reducción de desesperanza en la población mayor.

En la dimensión sentimiento de fracaso del Inventario de Depresión de Beck II, los resultados obtenidos muestran que el 36% de los adultos mayores no se sienten como fracasados, mientras que un porcentaje igual (36%) considera que ha fracasado más de lo que hubiera debido. Por otro lado, un 13% manifiesta que al mirar hacia atrás percibe muchos fracasos, y un 15% expresa que como persona se siente un fracaso total. Estos resultados reflejan una distribución casi equilibrada entre quienes mantienen una autoevaluación positiva y quienes experimentan algún grado de percepción de fracaso personal. Desde el punto de vista médico y psicológico, el sentimiento de fracaso está estrechamente relacionado con la autoestima, el sentido de eficacia personal y la evaluación retrospectiva de la vida. En adultos mayores, esta autopercepción suele intensificarse por factores como la pérdida de roles sociales o familiares, jubilación, enfermedades crónicas o limitaciones físicas, que pueden contribuir a una valoración negativa del propio recorrido vital. Grafico 2: Indicadores

de nivel de depresión según inventario de depresión de Beck (BDI-2) administrado a la población estudiada.

Los resultados del BDI-2 sobre el ítem de la pérdida de placer muestran que el 49% de los adultos mayores mantiene un nivel de disfrute similar al habitual en sus actividades cotidianas. Sin embargo, un 20% percibe que “no disfruta tanto de las cosas como solía hacerlo”, un 19% experimenta “muy poco placer” y un 12% declara “no poder obtener ningún placer”. Esto indica que aproximadamente la mitad de la población presenta algún grado de anhedonia, un síntoma central de la depresión, con variaciones que van desde leve hasta severa

En la población adulta mayor estudiada, los resultados del ítem de culpabilidad del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) arrojan la siguiente distribución: 42 % de los participantes indican que no se sienten particularmente culpables, 36 % refieren que se sienten culpables respecto de varias cosas que han hecho o que deberían haber hecho, 11 % declaran sentirse bastante culpables la mayor parte del tiempo y otro 11 % manifiestan sentirse culpables todo el tiempo. Estos hallazgos permiten las siguientes interpretaciones, el 42 % de los participantes que manifiestan ausencia de sentimientos de culpa significativa representa casi la mitad de la muestra. Desde una perspectiva clínica, este grupo podría considerarse como aquel que, en este aspecto (culpabilidad), mantiene una regulación emocional relativamente adaptativa y que no presenta en este ítem un marcador de riesgo inmediato, el 36 % que refiere sentimientos de culpa por acciones pasadas o decisiones no asumidas constituye un porcentaje considerable. Aunque dichos sentimientos no alcanzan la intensidad o cronicidad que implican los niveles más altos, su presencia indica una activación frecuente de autorreproche o rumia respecto del propio pasado o de lo que se “debería haber hecho”. En la adultez mayor este tipo de autoinculpación puede vincularse con revisiones de vida, pérdidas, limitaciones funcionales o cambios de rol, por lo que puede considerarse un factor de riesgo para la aparición o persistencia de síntomas depresivos, el 22 % restante (11 % “bastante culpable la mayor parte del tiempo” + 11 % “culpable todo el tiempo”) corresponde a un subgrupo clínicamente

significativo: aquellas personas que experimentan sentimientos de culpa intensos y sostenidos. Estos niveles elevados de culpabilidad pueden corresponder a procesos depresivos más graves, con mayor probabilidad de impacto funcional, aquello que en la literatura se describe como “autoinculpación elevada” o “culpa patológica”. Globalmente, los datos indican que aproximadamente uno de cada cinco adultos mayores en esta muestra presenta un nivel de culpabilidad que puede requerir atención especial. Este hallazgo tiene relevancia para la evaluación del riesgo depresivo en este grupo etario. En conclusión, la distribución de respuestas sugiere un patrón heterogéneo en cuanto a la experiencia de la culpa en esta población: mientras que una proporción amplia no experimenta culpa significativa, una fracción relevante (cerca del 58 %) sí la experimenta en grados variables, y un quinto lo hace en un grado elevado. Esto sugiere que la culpa no es un fenómeno marginal en la adultez mayor y que su evaluación específica (como mediante el BDI-2) aporta información clínica valiosa.

El ítem “Sentimientos de castigo” del BDI-II evalúa la presencia de culpa y autocrítica exacerbada, aspectos emocionales frecuentemente observados en trastornos depresivos, especialmente cuando el individuo interpreta sus dificultades como castigos personales o merecidos. En este estudio, la distribución de las respuestas evidencia que, aunque la mayoría de los adultos mayores mantiene una percepción emocionalmente sana respecto a este aspecto, existe un porcentaje no despreciable (32%) que manifiesta algún grado de autoinculpación o temor a ser castigado. Estos hallazgos podrían estar asociados a factores como creencias religiosas o morales rígidas, que en la vejez pueden intensificar sentimientos de culpa, acontecimientos vitales adversos (pérdida de seres queridos, enfermedades crónicas, dependencia funcional), que pueden despertar la percepción de “castigo divino” o destino merecido, aislamiento social o baja autoestima, que predisponen a una interpretación negativa de las experiencias.

Los resultados del ítem de disconformidad con uno mismo del BDI-2 muestran la siguiente distribución en la población adulta mayor estudiada Desde un enfoque

clínico y psicométrico, esta distribución puede interpretarse de la siguiente manera el 45 % que afirma sentirse igual que siempre respecto de sí mismo sugiere que casi la mitad de la muestra no presenta alteraciones evidentes en su autoevaluación o autoimagen en este ítem específico.

Este grupo puede considerarse con un estado relativamente adaptativo en cuanto al autoconcepto, sin indicios inmediatos de autocrítica elevada o disminución de la autoestima. El 15 % que ha perdido la confianza en sí mismos representa un subgrupo con vulnerabilidad psicológica. La pérdida de confianza puede reflejar un deterioro en la autoeficacia, en la valoración de la propia capacidad, o bien una reacción emocional ante roles, funciones o expectativas que ya no se sienten cumplidos y el 34 % que se siente decepcionado consigo mismo evidencia un nivel moderado de autocrítica o insatisfacción personal.

Esta experiencia puede indicar que el adulto mayor realiza una evaluación negativa de su vida, de sus logros o de las expectativas no alcanzadas, lo cual es funcionalmente relevante en el contexto del envejecimiento. Finalmente, el 6 % que no se gusta a sí mismos constituye un subgrupo con mayor riesgo clínico. La autodesaprobación persistente es uno de los factores cognitivos que se asocian con mayor severidad en sintomatología depresiva, y puede indicar un autoconcepto deteriorado, sentimientos de inutilidad o baja autoaceptación.

En conjunto, los datos muestran que aproximadamente el 55 % de los participantes experimenta algún grado de disconformidad consigo mismos, lo cual subraya la relevancia de este dominio (autopercepción, autoestima, autoimagen) en la evaluación de la depresión en la adultez mayor. Estos resultados apoyan la idea de que la disconformidad con el propio yo no es marginal en esta población y que su medición mediante instrumentos como el BDI-2 aporta valor clínico para la detección de riesgo.

Los resultados muestran una tendencia elevada hacia la autocrítica en la población adulta mayor evaluada, ya que el 86% de los participantes reporta algún grado de autoinculpción o crítica personal por sus errores o dificultades, mientras que solo un 14% manifiesta mantener un nivel normal de autovaloración. La autocrítica excesiva es un rasgo cognitivo central de la depresión, asociado a sentimientos de culpa, baja autoestima y autopercepción negativa.

En el contexto de la vejez, estos sentimientos pueden intensificarse por factores como: cambios físicos y funcionales que reducen la autonomía, pérdidas afectivas o sociales, revisión vital y percepción de haber cometido errores o “fallado” en aspectos personales o familiares.

El 36% que se critica por todos sus errores refleja un nivel elevado de autoexigencia y una percepción punitiva del yo, compatible con depresión moderada a severa según la interpretación clínica del BDI-II. El 22% que se culpa por todo lo malo que sucede denota un patrón de pensamiento depresógeno, donde los acontecimientos negativos se atribuyen internamente y de manera global, el 28% que se considera “más crítico que antes” podría corresponder a un estado subclínico o leve de depresión, en el que el juicio autocrítico comienza a intensificarse.

Por tanto, los datos reflejan que una proporción considerable de los adultos mayores presenta rasgos cognitivos depresivos de autoinculpción, lo que constituye un factor de riesgo clínico relevante para la aparición o cronificación de un cuadro depresivo.

En resumen, estos resultados indican que, aunque la mayoría de los adultos mayores estudiados no presentan ideación suicida, existe un subgrupo no trivial (cerca de uno de cada cinco) que sí lo hace en mayor o menor grado, lo que exige atención e intervenciones de salud mental adaptadas a la población geriátrica.

Desde una perspectiva clínica respecto al ítem de llanto se puede apreciar que el 36 % sin cambios en el llanto representa un grupo con regulación emocional preservada, sin signos evidentes de depresión significativa relacionados con llanto. El 22 % que llora más de lo habitual y el 27 % que llora por cualquier pequeñez representan un subgrupo significativo (49 %) con incremento en la expresividad emocional.

Esto puede reflejar síntomas depresivos, incluyendo tristeza persistente, vulnerabilidad emocional y disminución de la tolerancia al estrés y el 15 % con ganas de llorar pero incapacidad de hacerlo refleja un patrón clínico distinto: la inhibición afectiva puede estar asociada a depresión atípica, sentimientos de desesperanza, o disociación emocional, que puede dificultar la expresión de emociones y complicar la identificación de síntomas depresivos por parte de cuidadores o clínicos.

En conjunto, aproximadamente 64 % de la población adulta mayor muestra algún grado de alteración en el llanto (ya sea aumento o bloqueo), lo que sugiere que la expresión emocional está comprometida en la mayoría de los participantes y puede constituir un indicador relevante de depresión o malestar emocional subyacente.

Podemos interpretar los resultados del ítem de agitación desde un enfoque clínico de la siguiente manera, el 10 % que no presenta cambios indica un subgrupo con regulación psicomotora y emocional conservada, el 39 % con aumento moderado de inquietud puede reflejar síntomas tempranos de ansiedad o depresión, compatibles con afecto tensional y activación psicomotora leve, el 35 % con necesidad constante de moverse o hacer algo corresponde a agitación marcada, que podría asociarse a depresión agitada o ansiedad concomitante.

Este nivel de agitación puede interferir con la funcionalidad, el descanso y la interacción social y el 16 % con agitación intensa y dificultad para quedarse quieto representa un subgrupo clínico vulnerable que requiere evaluación detallada y seguimiento, pues la agitación intensa se asocia con mayor riesgo de deterioro

cognitivo, conflictos familiares y posibles complicaciones médicas derivadas de la hiperactividad física. En conjunto, aproximadamente 90 % de la muestra presenta algún grado de agitación, lo que indica que la agitación es un síntoma frecuente y clínicamente relevante en adultos mayores con síntomas depresivos o de ansiedad.

Los resultados del ítem relacionado con la pérdida de interés muestran la siguiente distribución en la población adulta mayor evaluada el 4 % de los participantes indica no haber perdido el interés en actividades o personas, lo que sugiere preservación de la motivación y del vínculo social, el 28 % refiere estar menos interesado que antes en otras personas o actividades, indicando disminución leve a moderada de motivación e interés, el 20 % señala haber perdido casi todo el interés en personas o cosas, evidenciando apatía significativa y posible afectación en la funcionalidad social y ocupacional, el 48 % manifiesta que le es difícil interesarse por algo, lo que representa un grado elevado de anhedonia y pérdida de motivación, característica central de la depresión.

Los resultados del ítem relacionado con la toma de decisiones muestran la siguiente distribución en la población adulta mayor evaluada el 24 % de los participantes refieren tomar sus propias decisiones tan bien como siempre, lo que indica una preservación de la capacidad decisional y autonomía cognitiva, el 34 % dice que le resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones, sugiriendo una leve disminución de la capacidad decisional, posiblemente asociada con factores emocionales o cognitivos, un 12 % encuentra mucha más dificultad que antes para tomar decisiones, lo que podría reflejar un mayor impacto en la función ejecutiva o en la toma de decisiones debido a depresión o deterioro cognitivo y el 30 % refiere tener problemas para tomar cualquier decisión, lo que señala una afectación significativa de la capacidad para tomar decisiones, característica que puede estar relacionada con depresión severa, desesperanza o deterioro cognitivo.

Con respecto al ítem de desvalorización se puede interpretar el resultado obtenido de la siguiente manera, el 47 % con sentimiento de no ser valioso representa un

hallazgo relevante, pues este nivel de desvalorización es uno de los síntomas cognitivos centrales de la depresión. Puede reflejar desesperanza, pérdida de autoestima y sentimientos de incapacidad, el 24 % con reducción moderada de autoestima puede estar experimentando síntomas depresivos leves o subclínicos, a menudo asociados con situaciones vitales propias del envejecimiento (pérdida de roles, jubilación, viudez o enfermedades crónicas), el 19 % que se siente menos valioso que los demás denota una comparación social negativa, característica frecuente en la depresión geriátrica, donde los adultos mayores suelen sentirse menos útiles o productivos frente a generaciones más jóvenes y el 10 % que afirma “no valer nada” representa un grupo de alta prioridad clínica, dado que la percepción extrema de inutilidad se asocia con depresión mayor y mayor riesgo de ideación o conducta suicida.

En conjunto, el 100 % de los adultos mayores evaluados presenta algún grado de afectación en la percepción de su valía personal, con casi tres cuartas partes (71 %) mostrando niveles moderados o graves de desvalorización. Esto refleja una prevalencia alarmantemente alta de baja autoestima y sentimientos de inutilidad en esta población, lo que podría influir directamente en su bienestar psicológico, funcionalidad y calidad de vida.

Con respecto al ítem de energía podemos decir que la mayoría de la muestra que corresponde a 61 % mantiene niveles de energía adecuados, lo que sugiere preservación de autonomía y capacidad funcional. Aproximadamente 39 % de los adultos mayores reporta algún grado de disminución de energía, desde leve (13 %) hasta severa (8 %), lo que indica que un porcentaje significativo podría estar experimentando síntomas depresivos, fatiga crónica o deterioro funcional. Los niveles moderados a graves de falta de energía son clínicamente relevantes, ya que la fatiga es un síntoma central de la depresión geriátrica, asociado con disminución de la motivación, apatía y reducción de la participación en actividades sociales y de autocuidado.

En la población evaluada mediante el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), con respecto al ítem de cambios en los hábitos del sueño se observa que solo un 9% de los participantes no ha experimentado alteraciones en sus hábitos de sueño, mientras que el 91% restante presenta algún tipo de disfunción en este patrón fisiológico. El 43% reporta dormir un poco menos de lo habitual, y un 18% manifiesta dormir mucho menos de lo habitual, lo que indica una tendencia predominante hacia la insomnio o disminución del tiempo total de sueño.

Además, el 23% refiere dormir la mayor parte del día, y un 7% señala dormir mucho más que lo habitual, lo que representa un patrón de hipersomnia. Cabe destacar que ningún participante (0%) indicó despertarse 1–2 horas antes de lo habitual sin poder volver a dormir, ni dormir solo un poco más de lo habitual. Estos resultados sugieren una alta prevalencia de alteraciones del sueño asociadas a sintomatología depresiva, siendo el insomnio el patrón más frecuente. El hallazgo concuerda con la literatura clínica, que describe al insomnio como uno de los síntomas nucleares y más persistentes de la depresión mayor, aunque la presencia de hipersomnia en un grupo menor puede corresponder a cuadros depresivos atípicos o de tipo melancólico.

En la población adulta mayor evaluada, los resultados del Inventario de Depresión de Beck II con respecto al ítem de irritabilidad muestran que el 69% de los participantes manifiesta estar tan irritable como lo habitual, el 13% refiere estar más irritable que lo habitual, el 10% indica estar mucho más irritable de lo habitual, y el 8% expresa sentirse irritable todo el tiempo. De esta distribución se desprende que el 31% de la muestra presenta un incremento en la irritabilidad, síntoma que puede estar estrechamente vinculado a la presencia o severidad de un cuadro depresivo. Aunque la mayoría es decir 69% no reporta cambios en este aspecto, la proporción que evidencia mayor irritabilidad representa un porcentaje clínicamente significativo, dado que este síntoma en el adulto mayor puede manifestarse como un sustituto o equivalente afectivo de la tristeza. La irritabilidad en esta población puede reflejar alteraciones neuroquímicas relacionadas con la disregulación serotoninérgica y dopaminérgica, comunes en la depresión. Asimismo, puede verse potenciada por

factores psicosociales (soledad, pérdidas afectivas, deterioro funcional, enfermedades crónicas o polifarmacia) que inciden en la estabilidad emocional del adulto mayor.

En la evaluación del ítem correspondiente al cambio en el apetito del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), se observó que el 95% de los adultos mayores evaluados no reportó modificaciones en su apetito, mientras que el 5% manifestó una leve disminución en comparación con su apetito habitual. No se registraron respuestas en las categorías de aumento significativo, disminución acentuada, ausencia total o incremento excesivo del apetito.

Estos resultados reflejan que, en la población adulta mayor estudiada, la gran mayoría mantiene una estabilidad en su patrón alimentario, sin alteraciones perceptibles relacionadas con el apetito. Dado que los cambios en el apetito (tanto incremento como disminución) constituyen un síntoma somático frecuente en los cuadros depresivos, la baja prevalencia de alteraciones reportadas en este ítem podría interpretarse como un bajo nivel de sintomatología depresiva de tipo somático en este dominio específico.

En la evaluación del ítem correspondiente a la dificultad para concentrarse del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), se observó que solo el 4% de los adultos mayores manifestó poder concentrarse tan bien como siempre, mientras que el 77% refirió una ligera disminución en su capacidad de concentración habitual. Además, un 11% expresó que le resulta difícil mantener la mente enfocada por periodos prolongados, y un 8% manifestó no poder concentrarse en absoluto. Estos resultados evidencian que la gran mayoría de los participantes (96%) presenta algún grado de alteración en la concentración, lo cual constituye un hallazgo relevante desde el punto de vista clínico. En el contexto del BDI-II, este ítem se asocia con síntomas cognitivos de la depresión, específicamente con la afectación de las funciones ejecutivas y de la atención sostenida. Por tanto, el predominio de respuestas que indican dificultades

para concentrarse sugiere una alta prevalencia de sintomatología depresiva de tipo cognitivo en la población adulta mayor estudiada.

En el ítem correspondiente al cansancio y fatiga del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), se observó que el 85% de los adultos mayores evaluados refirió no sentirse más cansado o fatigado de lo habitual, lo que indica la ausencia de síntomas relevantes de astenia o fatigabilidad asociados a estados depresivos. Por otro lado, un 7% manifestó sentirse más fatigado o cansado que lo habitual, mientras que un 8% (4% + 4%) reportó niveles de fatiga más severos, que interfieren con sus actividades cotidianas, ya sea en gran parte o en la mayoría de ellas.

Estos resultados sugieren que la mayoría de la población evaluada no presenta signos de fatiga significativa, lo cual se traduce en un bajo impacto del síntoma en el componente somático de la depresión dentro de esta muestra. Sin embargo, el porcentaje minoritario que sí refiere niveles elevados de fatiga podría representar un grupo de riesgo para sintomatología depresiva más severa o coexistencia de comorbilidades físicas crónicas que intensifiquen la sensación de cansancio.

En relación con el ítem sobre pérdida de interés en el sexo del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), los resultados obtenidos muestran que el 88% de los adultos mayores evaluados no reportó cambios recientes en su interés sexual, lo que indica estabilidad en la esfera del deseo sexual y ausencia de alteraciones asociadas a síntomas depresivos en la mayoría de la muestra. Por otro lado, un 5% manifestó una leve disminución de su interés sexual, mientras que un 7% refirió haber perdido completamente el interés en el sexo. Cabe resaltar que ningún participante (0%) reportó una disminución marcada pero no total del interés sexual, lo que sugiere una distribución dicotómica entre quienes mantienen su deseo y quienes refieren una pérdida total. Estos resultados permiten inferir que la gran mayoría de los adultos mayores no presenta afectación significativa en la dimensión sexual vinculada al estado depresivo, mientras que un pequeño porcentaje podría experimentar una disminución del deseo sexual como manifestación somática o motivacional de

depresión o como consecuencia de otros factores biológicos o psicosociales propios del envejecimiento.

### 5.1.3 Clasificación de nivel de depresión según inventario de depresión de Beck (BDI-2)

**Tabla 3.** Clasificación de nivel de depresión según inventario de depresión de Beck (BDI-2) administrado a la población estudiada.

Nivel de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Depresión mínima o Leve	29	39.19%
Depresión leve a moderada	33	44.59%
Depresión moderada a severa	8	10.81%
Depresión severa	4	5.41%

**Fuente:** Instrumento del inventario de depresión de Beck (BDI-2)

#### **Análisis:**

En la tabla 3 presentan los resultados sobre el nivel de depresión en adultos mayores con respecto a la clasificación del inventario de depresión de Beck BDI-2 el cual fue administrado a 74 pacientes adultos mayores usuarios de US -B San Felipe Concepción Batres en el periodo comprendido julio septiembre de 2025 el cual reporta que la mayor parte de paciente adultos mayores se clasifica en el apartado de depresión leve a moderada con un 44.59%, seguido de un 39.19% por usuarios que presentan depresión mínima o leve, el 10.81% presenta depresión moderada a severa y el 5.41% de los usuarios adultos mayores presenta depresión severa de

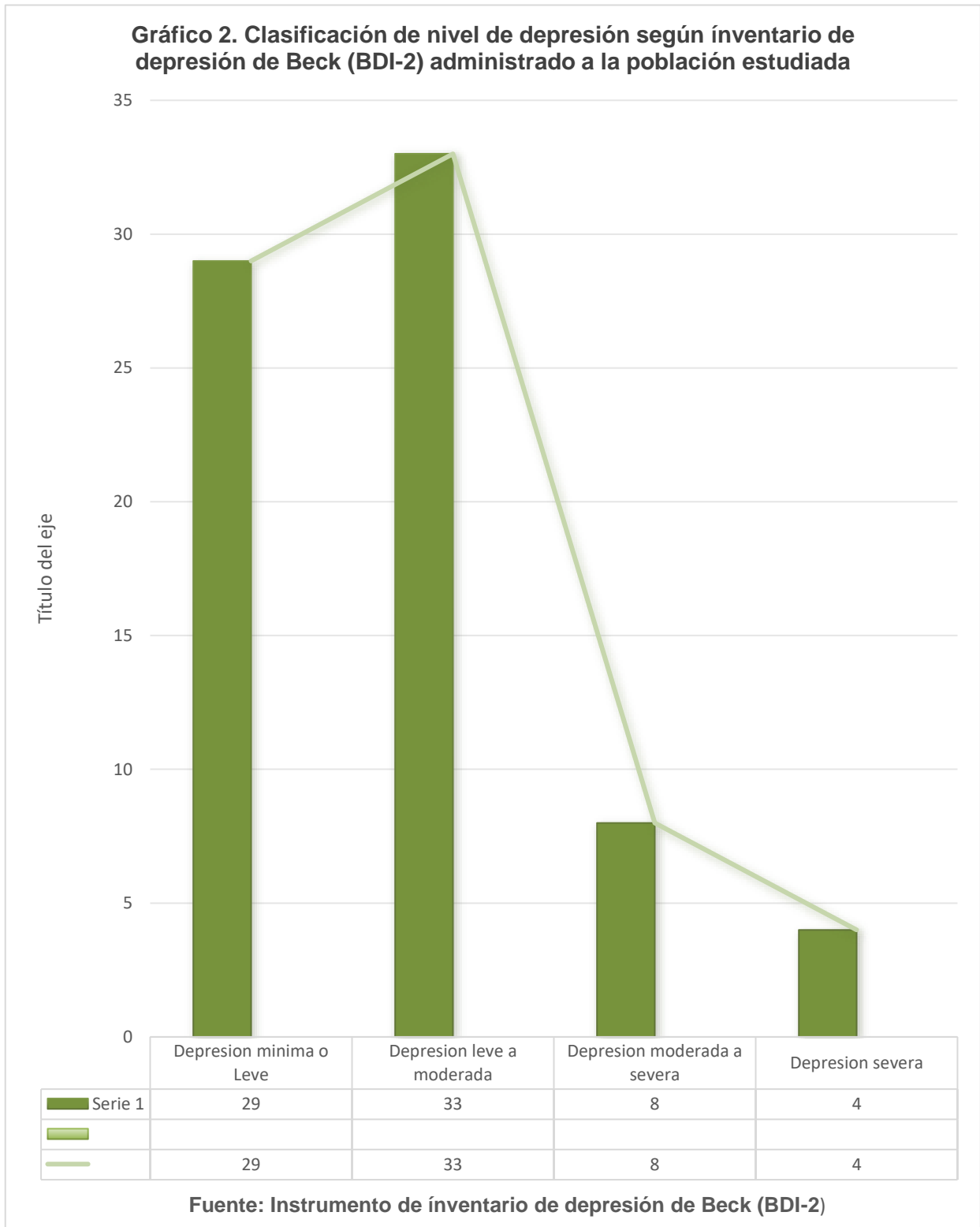
acuerdo a la puntuación obtenida al momento de responder el instrumento de investigación.

### **Interpretación:**

La depresión en personas mayores es frecuente especialmente porque se está produciendo cambio en la fisiología el cuerpo el cerebro la psique de la persona que conducen a lo que conocemos como tercera edad la prevención de lo síntomas depresivos entre las personas de avanzada edad se pueden prevenir fomentando la estimulación cognitiva actividades significativa y apoyo emocional continuo, la clave está en reforzar el autoestima y el sentimiento de utilidad de las personas.

Con respecto al instrumento los resultados obtenidos son positivos porque a pesar que existe síntomas depresivos he indicios de niveles leves y moderados la mayor parte de pacientes alrededor del 84% de esta población no presenta sintomatología que refleja un nivel de depresión severo lo cual motiva a seguir trabajando para rescatar el 16% restante que entra dentro de la categoría de depresión severa para mejorar y salvaguardar su salud mental mediante educación continua (sesiones, charlas, asambleas con el club de adulto mayor) y al grupo de mayor porcentaje ofrecer ayuda para fortalecer su salud mental y erradicar la depresión en la mayor parte de lo posible.

**Gráfico 2:** Clasificación de nivel de depresión según inventario de depresión de Beck (BDI-2) administrado a la población estudiada



## 6. DISCUSIÓN

Los resultados de las características sociodemográficas reflejan patrones consistentes con la literatura sobre envejecimiento poblacional. La concentración de adultos mayores en la franja de 60-64 años es esperable, ya que representa la transición hacia la tercera edad, donde aún se mantienen mayores niveles de funcionalidad y autonomía. La disminución progresiva en los grupos de mayor edad concuerda con la evidencia de mortalidad natural y acumulación de comorbilidades.

La distribución equilibrada por sexo, con ligera predominancia femenina, coincide con estudios que muestran que las mujeres tienden a tener mayor esperanza de vida, aunque pueden enfrentar mayor morbilidad crónica y dependencia funcional en edades avanzadas.

En cuanto al estado civil, la alta proporción de adultos mayores casados o acompañados resalta la importancia del soporte social y familiar como factor protector de la salud física y mental en la vejez, mientras que los viudos y solteros representan grupos potencialmente vulnerables a aislamiento social y depresión.

La predominancia de trabajo informal y de amas de casa sugiere limitaciones en la seguridad económica y acceso a beneficios laborales, lo que puede repercutir en la calidad de vida y en la capacidad de acceso a servicios de salud. Además, el bajo nivel educativo en la mayoría de la población evidencia un desafío adicional para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la adherencia a tratamientos médicos. La educación limitada puede estar asociada con menor alfabetización en salud, hábitos de autocuidado subóptimos y menor acceso a información confiable.

En conjunto, estas características sociodemográficas aportan información clave para el diseño de estrategias de atención primaria dirigidas a adultos mayores, priorizando prevención, educación sanitaria, soporte social y adaptación de intervenciones a la realidad económica y educativa de la población estudiada.

Los resultados obtenidos revelan que, aunque una proporción considerable de adultos mayores mantiene un adecuado bienestar emocional (47%), más de la mitad manifiesta síntomas depresivos asociados a tristeza, lo que coincide con la evidencia que describe la depresión como uno de los trastornos afectivos más frecuentes en la vejez. El promedio ponderado indica un nivel leve de sintomatología depresiva en la muestra, lo que sugiere que muchos adultos mayores pueden experimentar tristeza adaptativa vinculada a factores psicosociales propios del envejecimiento, como la pérdida de roles, la jubilación o el aislamiento social. No obstante, la presencia de un 8% con tristeza extrema constituye una señal de alarma clínica, ya que este grupo puede corresponder a individuos con depresión mayor o riesgo de ideación suicida, por lo que requieren intervención psicológica o psiquiátrica especializada. Desde una perspectiva epidemiológica, estos hallazgos son coherentes con estudios previos realizados en población latinoamericana, donde se reporta una prevalencia de síntomas depresivos entre 40% y 60% en adultos mayores. Esto sugiere que la depresión en la vejez continúa siendo subdiagnosticada y subtratada, especialmente en entornos de atención primaria.

El análisis de los resultados permite observar una tendencia preocupante hacia el pesimismo en la población adulta mayor evaluada. Si bien un 36% mantiene una percepción positiva del futuro, la mayoría (64%) expresa distintos niveles de desaliento o desesperanza. El grupo que manifiesta mayor desaliento que en etapas anteriores (38%) podría estar experimentando una disminución progresiva de la motivación vital, posiblemente asociada a factores biopsicosociales característicos del envejecimiento: enfermedades crónicas, pérdida de independencia, cambios en el entorno familiar o social, y duelo por pérdidas significativas. Este hallazgo coincide con estudios que señalan un aumento de la vulnerabilidad emocional en la vejez, especialmente cuando el individuo percibe una reducción en su capacidad de control y autoeficacia. El 18% que no espera que las cosas mejoren representa un grupo con un nivel de pesimismo clínicamente relevante. Esta percepción de inutilidad y falta de expectativas positivas constituye un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastornos depresivos mayores. En este sentido, la teoría cognitiva de Beck sostiene

que la tríada cognitiva negativa, visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro es un núcleo fundamental de la depresión. Finalmente, el 8% de los adultos mayores que considera que “no hay esperanza y que su situación solo puede empeorar” requiere atención clínica prioritaria. Este grupo presenta una visión profundamente desesperanzada, asociada con estados depresivos moderados o severos, mayor riesgo de aislamiento social y potencial ideación suicida. De acuerdo con investigaciones recientes, la desesperanza en la vejez se asocia directamente con el incremento de la ideación suicida y la pérdida de propósito vital. En conjunto, los resultados reflejan la necesidad de fortalecer los recursos emocionales y sociales del adulto mayor. Programas de intervención psicológica centrados en la reestructuración cognitiva, la promoción del sentido de vida y la participación comunitaria activa podrían contribuir a mitigar los niveles de pesimismo y fomentar el bienestar psicológico en esta etapa.

La autopercepción de fracaso constituye un componente cognitivo relevante dentro de la sintomatología depresiva, especialmente en la población geriátrica. En este estudio, el hecho de que el 64% de los adultos mayores haya manifestado algún nivel de sentimiento de fracaso (moderado o severo) evidencia una tendencia hacia la autocrítica y la insatisfacción personal, factores reconocidos en la literatura médica como predictores de depresión en la vejez. El grupo que refiere “haber fracasado más de lo debido” representa un punto intermedio clínicamente importante. Esta percepción sugiere que los individuos reconocen errores o limitaciones en su historia de vida, pero aún conservan cierto grado de autovaloración. Sin embargo, si no se aborda adecuadamente, este patrón de pensamiento puede evolucionar hacia sentimientos más profundos de inutilidad o desesperanza. El 13% que indica “ver muchos fracasos al mirar hacia atrás” y el 15% que se considera un “fracaso total” reflejan un deterioro significativo de la autoestima y la autovaloración personal. En términos clínicos, estos hallazgos son indicativos de distorsiones cognitivas características de la depresión, como la generalización negativa y la autoatribución excesiva de culpa. Estas cogniciones suelen acompañarse de síntomas somáticos (fatiga, insomnio, disminución del apetito) y emocionales (tristeza persistente, pérdida

de interés), por lo que este grupo requiere atención médica prioritaria. Desde una perspectiva médica integral, el sentimiento de fracaso en adultos mayores debe analizarse considerando los determinantes biopsicosociales: pérdida de funcionalidad, aislamiento social, precariedad económica o duelo por la muerte de seres queridos. La literatura evidencia que estos factores incrementan la vulnerabilidad emocional y la aparición de pensamientos autodevaluativos. Por tanto, la presencia de percepciones de fracaso total o frecuente puede considerarse un síntoma cardinal de depresión geriátrica y un indicador de riesgo para ideación suicida. En este contexto, el abordaje médico debe ser multidisciplinario, integrando evaluación psiquiátrica, psicoterapia cognitivo-conductual, manejo farmacológico cuando sea necesario y programas de apoyo social y ocupacional.

La presencia de anhedonia en un subgrupo significativo de adultos mayores resalta la importancia de la evaluación rutinaria de este síntoma en la práctica clínica, ya que es un indicador temprano de depresión y puede afectar la calidad de vida. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que muestran que la pérdida de interés y placer en actividades previamente gratificantes es frecuente en la población adulta mayor, especialmente en quienes presentan factores de vulnerabilidad como aislamiento social, comorbilidades crónicas o limitaciones funcionales. Desde un enfoque terapéutico, los resultados sugieren la necesidad de implementar intervenciones.

Los resultados anteriores se pueden contextualizar y reflexionar a la luz de la evidencia científica sobre la culpa, la depresión y el envejecimiento. A continuación se discuten los aspectos más relevantes, junto con implicaciones clínicas, psicosociales y de investigación. En el contexto de adultos mayores, se ha observado que la “culpa por percibirse como carga” está vinculada con síntomas depresivos y ansiosos. De modo que el hecho de que en nuestra muestra el 58 % experimente algún grado de culpa, y que el 22 % lo experimente en grado intenso, refuerza la importancia de dicha dimensión emocional como marcador de riesgo en este grupo etario. No obstante, es importante matizar que algunas investigaciones indican que

los adultos mayores con depresión muestran menos sentimientos de culpa que los adultos más jóvenes, según metaanálisis de la fenomenología de la depresión en ancianos. Esto puede deberse a que los perfiles clínicos de la depresión en la vejez tienden a presentar más síntomas somáticos, ideación de muerte, deterioro cognitivo o manifestaciones de ansiedad y menos frecuente autoinculpación. Este hecho sugiere que los niveles elevados de culpa en la adultez mayor pueden señalar una manifestación particular de depresión con características más cercanas a la depresión del adulto medio, o bien que estos sujetos presentan comorbilidad (ansiedad-depresión) en la que la culpa desempeña un papel central. En la adultez mayor, los sentimientos de culpa pueden estar modulados por factores específicos: pérdidas (de amigos, parejas, funciones, roles), sentir que se es una carga para los demás, limitaciones funcionales que obligan a depender de otros, revisiones de vida con remordimiento o arrepentimiento, entre otros. En este sentido, nuestra observación de que un 36 % refiere culpa por “cosas que he hecho o debería haber hecho” podría reflejar precisamente ese proceso reflexivo vital que atraviesa la adultez mayor y que puede desencadenar autocritica persistente. Dada la presencia significativa de sentimientos de culpa en la población estudiada, se recomienda incorporar en los protocolos de evaluación geriátrica de salud mental no sólo medidas generales de depresión, sino ítems específicos de culpa o autoinculpación (como los del BDI-2). El hecho de que cerca de un cuarto de la muestra presente niveles elevados (11 % “bastante culpable” + 11 % “culpable todo el tiempo”) implica que estos sujetos podrían beneficiarse de intervenciones focalizadas: terapia cognitivo-conductual centrada en autocompasión, terapia de reminiscencia para abordar arrepentimientos del pasado, intervenciones psicosociales para mejorar el sentido de valía personal, y programas de apoyo comunitario que reduzcan la percepción de carga. Además, desde la salud pública es clave concienciar sobre los factores de riesgo psicosocial en la vejez (aislamiento, pérdidas, dependencia) que pueden favorecer este tipo de afecto negativo.

Comparando con la literatura, estudios previos en población geriátrica muestran que los sentimientos de culpa o castigo suelen ser menos frecuentes que en adultos

jóvenes, pero cuando aparecen, se relacionan con formas clínicas más persistentes de depresión y mayor riesgo de ideación suicida. El 4% que refiere sentirse castigado podría representar un grupo vulnerable que requiere evaluación psicológica o psiquiátrica más profunda, ya que este tipo de cogniciones pueden estar asociadas a patrones depresivos internalizados y culpa existencial, frecuentes en etapas de envejecimiento. Asimismo, el 28% con dudas sobre un posible castigo refleja una zona intermedia o de riesgo leve, donde intervenciones de apoyo psicoemocional, terapia cognitivo-conductual o actividades de refuerzo del autoconcepto podrían prevenir la progresión hacia cuadros depresivos mayores, en términos generales, el patrón observado se alinea con una tendencia a niveles leves de sintomatología depresiva en el componente de culpa, sin predominio de formas severas, lo que puede considerarse un indicador favorable de salud mental en la muestra estudiada.

En la adultez mayor con respecto al ítem de disconformidad con uno mismo se experimentan cambios psicosociales y funcionales que pueden vulnerabilizar la autoimagen: pérdida de roles (laborales, familiares), limitaciones físicas, enfermedades crónicas, dependencia parcial, percepción de ser una carga para otros, duelo por seres queridos, entre otros. Estas situaciones incrementan la posibilidad de sentirse decepcionado consigo mismo o de perder la confianza en las propias capacidades. En ese sentido, el 34 % que se siente decepcionado y el 15 % que ha perdido confianza podrían reflejar precisamente esos procesos de adaptación emocional al envejecimiento. Además, el 6 % que no se gusta a sí mismo podría representar la expresión más severa de este deterioro autoevaluativo.

La autocrítica en el adulto mayor tiene una connotación multifactorial. Desde el punto de vista clínico, puede derivar tanto de una depresión reactiva frente a pérdidas o cambios vitales, como de un estilo cognitivo negativo consolidado a lo largo de la vida.

Estudios previos con el Inventario de Depresión de Beck han demostrado que la autocrítica y la culpa excesiva son marcadores consistentes de la depresión mayor,

y su presencia se asocia a mayor severidad sintomática y riesgo de pensamientos autodestructivos. En adultos mayores, este patrón puede exacerbarse por procesos de duelo no resueltos, sentimientos de inutilidad, y culpa existencial al revisar retrospectivamente el curso de la vida. El hallazgo de que solo el 14% mantiene una autocrítica dentro de parámetros normales podría indicar una tendencia generalizada hacia la autopercepción negativa, característica de entornos socioculturales donde el envejecimiento se asocia a pérdida de valor o dependencia. Desde una perspectiva de salud pública, este nivel de autocrítica sugiere la necesidad de intervenciones preventivas en salud mental orientadas a fortalecer la autoaceptación, la revalorización del rol del adulto mayor, y la reconstrucción del sentido de vida. En términos clínicos, los profesionales de atención primaria y salud mental deben prestar atención a estos indicadores, pues la autocrítica persistente puede evolucionar hacia culpa patológica, ideación suicida o retraimiento social, comprometiendo la calidad de vida y el bienestar emocional del adulto mayor.

Con respecto al ítem de pensamientos o deseos suicidas se hace hincapié en la distinción entre ideación pasiva (pensamientos de morir o no querer vivir) versus ideación activa (pensamientos de matarse), en nuestro estudio, el 18 % corresponde a ideación pasiva (pensamientos de matarse sin intención de hacerlo) y el 1 % a ideación activa (desear matarse si se tuviera oportunidad). Esta distinción es relevante desde la perspectiva clínica: aunque la mayoría del riesgo se concentre en la ideación pasiva, la detección de ese 1 % es prioritaria porque puede señalar riesgo inminente de conducta suicida si concurren otros factores de vulnerabilidad.

El llanto es un marcador conductual relevante en la evaluación de la depresión. En adultos mayores, cambios en la frecuencia o control del llanto pueden reflejar alteraciones en el estado de ánimo, incluyendo tristeza persistente, desesperanza o labilidad emocional. La observación de llanto frecuente o desproporcionado puede guiar al clínico hacia una evaluación más profunda de síntomas afectivos. La inhibición del llanto, a pesar de ganas de llorar, requiere exploración de depresión subclínica, ansiedad, problemas de comunicación emocional o duelo no resuelto. La

combinación de ambos patrones sugiere que los síntomas depresivos pueden presentarse de manera heterogénea en esta población, demandando intervenciones personalizadas y seguimiento continuo.

La agitación es un síntoma clínico frecuente en la depresión geriátrica, caracterizada por aumento de la tensión, inquietud, necesidad de movimiento constante o incapacidad de relajarse. El incremento leve o moderado de inquietud puede asociarse a síntomas ansiosos, insomnio, dolor crónico o estrés psicosocial. En adultos mayores, esta forma de agitación puede pasar desapercibida, pero su identificación temprana es relevante para prevención de escalamiento hacia agitación intensa o síntomas conductuales disruptivos. El 35 % con necesidad constante de moverse y el 16 % con dificultad para quedarse quietos constituyen un grupo clínico crítico. La alta prevalencia de agitación sugiere que los profesionales de salud deben evaluar sistemáticamente la activación psicomotora en adultos mayores con depresión. La identificación de niveles moderados o intensos de agitación permite diferenciar subtipos clínicos, ajustar estrategias de tratamiento (psicoterapia, manejo farmacológico, técnicas de relajación y control ambiental) y prevenir complicaciones asociadas. La agitación intensa puede requerir intervención multidisciplinaria: medicina, psicología, fisioterapia y trabajo social, especialmente en casos con riesgo funcional o seguridad comprometida.

En adultos mayores, la pérdida de interés puede estar influida por múltiples factores:

- Cambios fisiológicos y neurológicos asociados al envejecimiento, incluyendo disminución de dopamina y serotonina, que afectan motivación y placer.
- Presencia de enfermedades crónicas y dolor, que limitan la participación en actividades.

La capacidad para tomar decisiones es una función cognitiva fundamental que puede verse afectada tanto por la depresión como por el deterioro cognitivo en la población geriátrica. En nuestra muestra, la prevalencia de dificultades para tomar decisiones es notablemente alta, lo que sugiere que la dificultad decisional podría ser

un marcador clave de la depresión geriátrica y otros trastornos afectivos, así como un indicador de riesgo de deterioro cognitivo.

En conjunto, el 100 % de los adultos mayores evaluados presenta algún grado de afectación en la percepción de su valía personal, con casi tres cuartas partes (71 %) mostrando niveles moderados o graves de desvalorización. Esto refleja una prevalencia alarmantemente alta de baja autoestima y sentimientos de inutilidad en esta población, lo que podría influir directamente en su bienestar psicológico, funcionalidad y calidad de vida. La pérdida de valor personal puede tener un origen multifactorial:

- Biológico: cambios neuroquímicos (alteración dopaminérgica y serotoninérgica) que afectan la percepción de placer, motivación y autoconfianza.
- Psicológico: autocrítica, pensamientos de fracaso y desesperanza asociados con experiencias pasadas o expectativas no cumplidas.
- Social: pérdida de roles productivos tras la jubilación, aislamiento social, falta de reconocimiento familiar y escaso apoyo emocional

La disminución de energía es un marcador relevante para la detección temprana de depresión geriátrica y debe ser evaluada sistemáticamente en atención primaria. La intervención puede incluir tratamientos farmacológicos, actividades físicas adaptadas, estimulación cognitiva y psicoterapia, con el objetivo de mejorar la energía,

El análisis de los hábitos de sueño dentro de la población estudiada evidencia un impacto significativo del estado depresivo sobre los ritmos circadianos y la calidad del sueño, lo cual tiene implicaciones clínicas relevantes. La alta proporción de individuos con insomnio (61%) refleja una posible alteración neurobiológica del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, frecuentemente descrita en la fisiopatología de la depresión. La reducción del sueño reparador afecta directamente los procesos de recuperación neuronal, la memoria y la regulación emocional, lo que puede contribuir a la cronicidad del trastorno depresivo. Por otra parte, la presencia de hipersomnia en el 30% (sumando quienes duermen mucho más o la mayor parte del día) sugiere

que no todos los cuadros depresivos siguen el mismo patrón fisiológico. Este subgrupo podría estar relacionado con depresión atípica, donde predomina la somnolencia diurna, la fatiga persistente y la dificultad para activarse, lo cual podría influir en la funcionalidad diaria y la adherencia al tratamiento. Desde una perspectiva médica integral, estos hallazgos refuerzan la necesidad de una evaluación multidimensional del paciente con depresión, incorporando no solo la cuantificación de síntomas emocionales sino también las manifestaciones somáticas y del sueño. El abordaje terapéutico debe considerar estrategias farmacológicas (antidepresivos con efecto sobre los ritmos circadianos, como los ISRS o la agomelatina) y no farmacológicas (higiene del sueño, terapia cognitivo-conductual para insomnio, fototerapia), con el fin de optimizar la recuperación funcional. Finalmente, los resultados del BDI-II en este dominio específico del sueño respaldan la utilidad del instrumento como herramienta sensible para detectar variaciones en el comportamiento del sueño asociadas a la depresión, siendo un indicador clínico y pronóstico importante dentro del manejo integral del paciente

Los resultados obtenidos permiten establecer que, aunque una mayoría de adultos mayores mantiene su nivel habitual de irritabilidad, una proporción relevante (31%) presenta un incremento significativo, lo que sugiere la presencia de síntomas afectivos subclínicos o depresivos. En este grupo etario, la irritabilidad tiende a manifestarse con mayor frecuencia que el llanto o la tristeza evidente, lo que puede dificultar la detección oportuna de la depresión y favorecer su subdiagnóstico. Diversos estudios han señalado que la irritabilidad, junto con la apatía y la adherencia al tratamiento, generando repercusiones funcionales importantes. Su identificación dentro del BDI-II resalta la utilidad del instrumento para detectar variantes clínicas de la depresión geriátrica, en las que los síntomas clásicos (tristeza, culpa, desesperanza) pueden estar ausentes o atenuados. Desde un enfoque integral, estos resultados sugieren la necesidad de intervenciones multidimensionales que incluyan estrategias farmacológicas y psicoterapéuticas, así como programas de apoyo social y familiar. El abordaje debe centrarse en mejorar la regulación emocional, promover actividades significativas y fortalecer el soporte afectivo del adulto mayor, elementos

clave para reducir la irritabilidad y mejorar el bienestar general. Finalmente, los datos obtenidos confirman que la irritabilidad en el adulto mayor constituye un síntoma clínicamente relevante dentro del espectro depresivo, y que su reconocimiento temprano mediante instrumentos validados como el BDI-II permite un diagnóstico más preciso y un abordaje terapéutico más efectivo, contribuyendo al bienestar emocional y a la calidad de vida en esta población.

Los hallazgos sugieren que, dentro del grupo de adultos mayores estudiados, las manifestaciones depresivas asociadas al apetito son escasas o poco relevantes. Esto podría estar vinculado a diversos factores protectores presentes en la muestra, tales como un adecuado soporte social, estabilidad emocional, adherencia a tratamientos médicos o la ausencia de enfermedades crónicas descompensadas que afecten la conducta alimentaria, los cambios en el apetito (ya sea hiporexia o hiperfagia) son más frecuentes en adultos mayores con depresión moderada o severa, y suelen asociarse a síntomas vegetativos característicos de los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, el hecho de que en este estudio el 95% refiera estabilidad en su apetito podría indicar una predominancia de síntomas depresivos de tipo cognitivo o afectivo más que somático, o incluso una baja prevalencia global de depresión clínica significativa en la muestra. Asimismo, debe considerarse que en la población geriátrica los cambios fisiológicos del envejecimiento pueden modificar la percepción del hambre y la saciedad, lo que en ocasiones puede enmascarar o atenuar la autopercepción de alteraciones del apetito, algunas personas mayores pueden normalizar leves variaciones en su apetito como parte del proceso de envejecimiento, y no como un síntoma depresivo.

Los resultados obtenidos indican una alteración generalizada en la capacidad de concentración en la población geriátrica evaluada, lo cual podría estar vinculado tanto a manifestaciones depresivas como a cambios neurocognitivos propios del envejecimiento. Es bien sabido que la depresión en el adulto mayor suele presentarse con un perfil clínico diferente al de los adultos jóvenes, predominando síntomas cognitivos (como lentitud mental, dificultad de atención y concentración, y pérdida de

interés) más que síntomas afectivos clásicos. El 77% que refiere una concentración menor a la habitual podría reflejar un espectro leve a moderado de afectación cognitiva asociada a depresión, mientras que el 19% restante (11% con dificultad marcada y 8% con imposibilidad de concentrarse) podría corresponder a cuadros depresivos más severos o a coexistencia con deterioro cognitivo leve o demencia incipiente, condiciones que deben ser clínicamente diferenciadas mediante evaluación complementaria. Diversos estudios internacionales han documentado que los síntomas cognitivos en la depresión geriátrica particularmente la atención y la concentración son indicadores de mayor cronicidad y menor respuesta terapéutica si no se detectan y tratan oportunamente. Además, estas alteraciones impactan directamente en la funcionalidad y autonomía del adulto mayor, afectando su adherencia al tratamiento médico y su calidad de vida. Debe también considerarse que la disminución de la concentración puede verse influida por factores no depresivos, como el uso de múltiples fármacos (polifarmacia), alteraciones del sueño, déficits sensoriales (auditivos o visuales) o comorbilidades neurológicas. Sin embargo, dado el patrón de distribución de respuestas observado, es probable que la causa predominante en esta población esté relacionada con síntomas depresivos de naturaleza cognitiva. En síntesis, los resultados reflejan que la dificultad de concentración es un síntoma prevalente y clínicamente significativo en los adultos mayores evaluados, lo que resalta la necesidad de implementar estrategias de detección temprana y abordaje integral de la depresión geriátrica, con énfasis en la evaluación de las funciones cognitivas y el seguimiento continuo del estado mental del paciente.

El hallazgo de que el 85% de los adultos mayores no reporta fatiga superior a la habitual puede interpretarse como un indicador de adecuado estado funcional y emocional en la mayoría de los participantes. En población geriátrica, la fatiga suele ser un síntoma multifactorial, influido no solo por el estado de ánimo, sino también por enfermedades crónicas, alteraciones del sueño, efectos secundarios de medicamentos y disminución fisiológica de la energía propia del envejecimiento. La baja proporción (15%) que manifestó mayor cansancio o fatiga podría relacionarse

con la presencia de trastornos depresivos leves o moderados, ya que el cansancio constituye uno de los síntomas somáticos más frecuentes en la depresión geriátrica. Este grupo podría beneficiarse de una evaluación clínica más detallada para descartar causas médicas (por ejemplo, anemia, insuficiencia cardíaca, hipotiroidismo) o psicológicas. Comparativamente, estudios previos en población adulta mayor han mostrado una prevalencia de fatiga asociada a depresión entre el 20% y el 40%, por lo que los resultados obtenidos en esta muestra indican una menor frecuencia del síntoma, lo cual podría reflejar una buena adaptación emocional, adecuada red de apoyo social o efectividad de intervenciones preventivas de salud mental. Finalmente, es importante destacar que el ítem de cansancio del BDI-II forma parte del componente somático del instrumento, y que su interpretación debe realizarse junto con el resto de los ítems afectivos y cognitivos. En este contexto, la baja frecuencia de fatiga significativa podría contribuir a un puntaje global bajo en el BDI-II, reflejando una menor carga depresiva general en la población estudiada.

El hallazgo de que el 88% de los adultos mayores mantiene su interés sexual resulta relevante, dado que la sexualidad en la vejez continúa siendo un componente importante del bienestar físico y emocional. Este resultado sugiere que, dentro de la población estudiada, no existe una afectación generalizada de la libido atribuible a síntomas depresivos, lo que podría interpretarse como un indicador de buen estado anímico, equilibrio hormonal y adecuada percepción de salud. La presencia de un 12% de participantes con disminución o pérdida total del interés sexual merece análisis más detallado. La pérdida de deseo sexual en el adulto mayor puede tener múltiples causas:

- Factores psicológicos como la depresión, la ansiedad o los duelos no resueltos.
- Factores biológicos, incluyendo cambios hormonales (disminución de testosterona o estrógenos), enfermedades crónicas, efectos adversos de fármacos (antihipertensivos, antidepresivos, etc.) o limitaciones funcionales.
- Factores socioculturales, tales como estigmas respecto a la sexualidad en la vejez o falta de pareja estable.

Desde la perspectiva del BDI-II, el ítem de pérdida de interés en el sexo forma parte del componente somático-motivacional del instrumento, por lo que su alteración puede reflejar tanto un descenso en la energía vital o motivación general propia de la depresión como un cambio fisiológico del envejecimiento. Por lo tanto, los resultados actuales podrían indicar una baja prevalencia de síntomas depresivos clínicamente relevantes en la muestra o bien la influencia de factores protectores, como el apoyo social, relaciones de pareja estables o estilos de vida saludables. En síntesis, la baja proporción de pérdida de interés sexual (12%) sugiere que la depresión, en caso de estar presente, no afecta de forma significativa la esfera sexual en la mayoría de los adultos mayores evaluados. Sin embargo, el grupo minoritario que presenta pérdida completa del interés sexual constituye un subgrupo de riesgo que podría beneficiarse de una evaluación clínica integral que contemple aspectos psicológicos, endocrinos y sociales, con el fin de determinar la etiología subyacente y orientar intervenciones terapéuticas adecuadas.

Los resultados obtenidos a partir de la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) a 74 adultos mayores usuarios de la Unidad de Salud de San Felipe, Concepción Batres, durante el periodo de julio a septiembre de 2025, revelan que la mayor proporción de participantes (44.59%) se encuentra en el rango de depresión leve a moderada, seguida de un 39.19% con depresión mínima o leve, un 10.81% con depresión moderada a severa y un 5.41% con depresión severa. Estos hallazgos evidencian que más del 55% de la población presenta algún grado de sintomatología depresiva clínicamente relevante, lo que representa un hallazgo significativo desde el punto de vista de salud pública.

El predominio de casos con depresión leve a moderada concuerda con lo reportado en diversos estudios internacionales, donde la depresión en el adulto mayor se manifiesta comúnmente con sintomatología leve o subclínica, frecuentemente infradiagnosticada o atribuida erróneamente al proceso natural de envejecimiento. Este nivel de afectación puede deberse a factores biopsicosociales acumulativos,

como la presencia de enfermedades crónicas, la pérdida de autonomía funcional, el aislamiento social, el duelo por pérdida de seres queridos o la disminución de la participación en actividades productivas.

Asimismo, la proporción de adultos mayores con depresión mínima o leve (39.19%) sugiere la existencia de un grupo potencialmente vulnerable que, aunque no presenta un cuadro clínico depresivo severo, podría evolucionar hacia formas más intensas si no se implementan estrategias preventivas y de seguimiento psicológico. Este hallazgo resalta la importancia de la detección temprana en el primer nivel de atención, donde el médico general desempeña un papel fundamental en la identificación oportuna de síntomas depresivos incipientes.

Por otra parte, la presencia del 10.81% de depresión moderada a severa y el 5.41% de depresión severa representa un grupo de alta prioridad clínica. Estos pacientes probablemente experimentan un deterioro significativo en su calidad de vida, funcionalidad y adherencia terapéutica a sus enfermedades crónicas, lo que puede incrementar el riesgo de hospitalizaciones, dependencia y mortalidad. La magnitud de estos resultados coincide con reportes regionales que señalan una prevalencia de depresión severa entre el 5% y el 12% en población geriátrica atendida en servicios de salud primaria, lo cual sugiere que los hallazgos del presente estudio reflejan una tendencia epidemiológica real y preocupante dentro del contexto local.

En términos comparativos, estudios realizados en América Latina han encontrado prevalencias globales de depresión en adultos mayores que oscilan entre el 30% y el 50%, dependiendo del contexto socioeconómico y del instrumento utilizado. En este sentido, los resultados de la presente investigación donde el 55% de los participantes presenta algún grado de depresión leve o mayor se encuentran ligeramente por encima del promedio reportado, lo que podría estar relacionado con factores específicos de la comunidad estudiada, como limitaciones en el acceso a servicios de salud mental, bajo nivel educativo, ingresos limitados y posibles condiciones de aislamiento social.

Desde una perspectiva clínica, estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer los programas de salud mental en el primer nivel de atención, incorporando la evaluación sistemática del estado emocional del adulto mayor mediante herramientas validadas como el BDI-II. La identificación de casos leves y moderados permite intervenir precozmente con estrategias no farmacológicas como la terapia cognitivo-conductual, el acompañamiento psicosocial y la promoción de actividades grupales antes de que los cuadros progresen hacia formas severas que requieran tratamiento farmacológico o derivación psiquiátrica.

Finalmente, debe considerarse que la depresión en el adulto mayor suele coexistir con patologías crónicas como hipertensión, diabetes mellitus o enfermedades cardiovasculares, lo que puede enmascarar los síntomas emocionales y dificultar el diagnóstico oportuno. Por ello, se recomienda integrar la evaluación del estado de ánimo dentro de los controles médicos rutinarios, adoptando un enfoque biopsicosocial integral que reconozca al paciente geriátrico como un ser complejo y multidimensional.

En conclusión, la distribución de los niveles de depresión identificados mediante el BDI-II en esta muestra evidencia que la depresión constituye un problema de salud prevalente y potencialmente subatendido en la población adulta mayor. Estos resultados invitan a reforzar las políticas de prevención, diagnóstico precoz y manejo integral de los trastornos afectivos en este grupo etario, con el fin de mejorar su bienestar psicosocial y calidad de vida.

## 7. CONCLUSIONES

La aplicación del Inventario de Depresión de Beck en adultos mayores permitió cuantificar de manera sistemática la frecuencia y severidad de los síntomas depresivos en esta población. Estos hallazgos constituyen una base sólida para la identificación temprana de la depresión, orientan la implementación de intervenciones clínicas adecuadas y contribuyen al conocimiento epidemiológico de la salud mental en la tercera edad, fortaleciendo así la planificación de políticas y programas de atención integral dirigidos a este grupo etario.

La identificación de los principales factores sociodemográficos y clínicos asociados con síntomas depresivos en adultos mayores permitió evidenciar las características individuales y contextuales que influyen en la aparición y gravedad de la depresión en esta población. El análisis integral de variables como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, comorbilidades médicas y hábitos de vida proporciona un marco de comprensión que facilita la detección temprana de personas en riesgo. Estos hallazgos aportan evidencia relevante para la planificación de intervenciones preventivas y terapéuticas personalizadas, así como para el diseño de estrategias de salud pública orientadas a mejorar la calidad de vida y el bienestar mental en la población adulta mayor.

La jerarquización de los síntomas depresivos según su frecuencia en los adultos mayores permitió identificar aquellos signos clínicos más prevalentes en esta población, lo que facilita su reconocimiento temprano y oportuno en la práctica clínica. Este análisis contribuye a priorizar los síntomas que requieren mayor atención en evaluaciones y estrategias de intervención, ofreciendo una guía para la detección y manejo de la depresión en la tercera edad. Los hallazgos proporcionan, además, una base para el diseño de programas de prevención y promoción de la salud mental adaptados a las necesidades específicas de los adultos mayores.

El análisis de la distribución de los síntomas depresivos según edad y sexo en la población estudiada reveló que los adultos mayores de 60 a 64 años presentan la mayor frecuencia de síntomas depresivos (33%), seguida por los grupos de 65-69 años (20%), 75-79 años (19%), 70-74 años (18%) y 80 años o más (10%). En cuanto al sexo, los síntomas se presentaron de manera casi equilibrada, con un leve predominio en mujeres (51%) frente a hombres (49%). Estos resultados indican que la incidencia de síntomas depresivos tiende a ser más alta en los adultos mayores jóvenes dentro del rango de estudio y que, aunque el sexo femenino muestra una ligera prevalencia, la depresión afecta de manera significativa a ambos sexos. Esta información es crucial para orientar la detección temprana, la priorización de intervenciones y la planificación de estrategias preventivas y terapéuticas adaptadas a las características demográficas de la población adulta mayor.

El análisis del nivel de depresión en los 74 adultos mayores usuarios de la US-B San Felipe Concepción Batres durante el periodo de julio a septiembre de 2025, utilizando el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), evidenció que la mayor parte de la población estudiada se encuentra en los rangos de depresión leve a moderada (44,59%) y depresión mínima o leve (39,19%). Un menor porcentaje presentó depresión moderada a severa (10,81%) y depresión severa (5,41%). Estos hallazgos indican que, aunque la mayoría de los adultos mayores mantiene niveles de depresión relativamente bajos a moderados, existe un subgrupo significativo con afectación más intensa, lo que resalta la necesidad de estrategias de detección temprana y programas de intervención adecuados a la gravedad de los síntomas. La información obtenida constituye una base sólida para orientar la planificación de cuidados de salud mental personalizados y mejorar la calidad de vida en la población adulta mayor.

## 8. RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud (MINSAL) continuar fortaleciendo el programa y club de adulto mayor que promueve el envejecimiento de forma saludable e integral salvaguardando de dicha manera la vida y salud de la frágil población adulta mayor incluyendo escalas de depresión tal como el inventario de depresión de Beck BDI-2 designadas por entes regentes de salud a nivel mundial al actual Sistema Integrado de Salud (SIS) para un mejor abordaje a los pacientes adultos mayores velando de dicha manera por el bienestar de su salud mental y emocional la cual es de suma importancia para complementar la salud física de dicha población.

A las universidades y centros de formación de profesionales en salud promover y ofertar especialidades tales como geriatría o fisiatría las cuales beneficiarían a la población adulta mayor para un abordaje más integral al momento de la consulta.

A los directores de las unidades de primer nivel de atención del Ministerio de Salud crear un ambiente empático y cálido en el cual la promoción en salud, educación continua a la población adulta mayor se vea reflejada como una de las principales metas a cumplir para el bienestar y cuidados de esta población.

A los profesionales de salud en general incluir en su práctica el abordaje entorno a la salud mental de los adultos mayores para ejercer un manejo oportuno y adecuado de dichos usuarios creando una derivación oportuna a los especialistas en caso de ser necesario.

A la población general solicitar a los entes garantes de salvaguardar su salud de forma integral que cumplan en la medida de lo posible con las sesiones en salud mental programadas en el plan de promoción de salud que se realizan cada año en los establecimientos para prevención oportuna de enfermedades mentales concluyendo envejecimiento sano y adecuado.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales-Pachay CG, Alcívar-Molina SA. Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito. Polo del Conocimiento. 2021; 6(12).  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8219297>
2. Muñoz KRP, Juca JFG, Pacheco GAB. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: Una revisión sistemática de los últimos 5 años. Uisrael. 2022; 9(2).  
<http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rcuisrael/v9n2/2631-2786-rcuisrael-9-02-00077.pdf>
3. Sailema VAS, Ortiz DJM. LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES POR COVID-19 DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA. La U investiga. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. 2021; 8(1)  
[https://www.researchgate.net/publication/356272253\\_La\\_Depresion\\_en\\_adultos\\_mayores\\_por\\_Covid-19\\_durante\\_la\\_emergencia\\_sanitaria\\_Depression\\_in\\_older\\_adults\\_by\\_Covid-19\\_during\\_the\\_health\\_emergency](https://www.researchgate.net/publication/356272253_La_Depresion_en_adultos_mayores_por_Covid-19_durante_la_emergencia_sanitaria_Depression_in_older_adults_by_Covid-19_during_the_health_emergency).
4. Camargo Rojas CM, Chavarro Carvajal (2020) El sentimiento de soledad en personas mayores: conocimiento y tamización oportuna, Colombia.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-08392020000200007&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-08392020000200007&script=sci_abstract&tIng=es)
5. Leidy Carolina Olaya Rúa, Verónica Córdoba Sánchez, Lina Marcela Velilla Jiménez, Jonathan Andrés Hernández Calle (2020) Síntomas de depresión y calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: una revisión, Colombia.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-417X2022000300158](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2022000300158)
6. Karina Raquel Parada Muñoz (2021) Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años, Ecuador.  
<http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rcuisrael/v9n2/2631-2786-rcuisrael-9-02-00077.pdf>

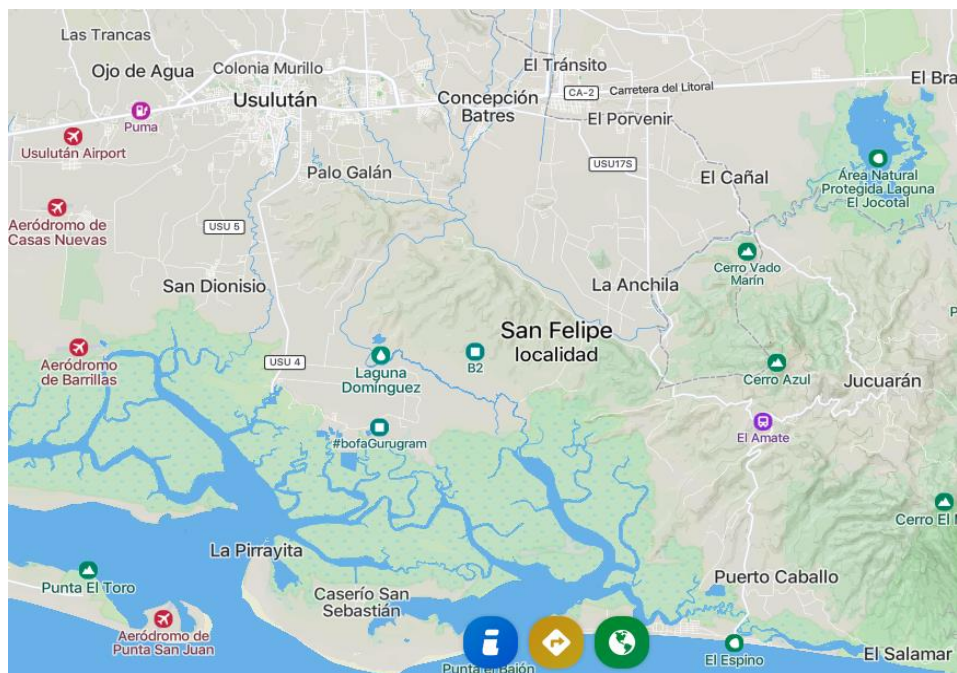
7. Juliana Vergel Hernández; María Eugenia Barrera Robledo (2021) Manejo del trastorno depresivo ¿Qué tratamiento elegir? Estudio realizado en Cali Colombia [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672021000100085](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672021000100085)
8. Hernández, J.A., Córdoba V., & Velilla Jiménez, L.M. (2022) Síntomas depresivos en el adulto mayor: una revisión sistemática, Envigado Colombia. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8540361.pdf>
9. Diana Filomena Neira Neira (2022) Depresión en Adultos Mayores, Prevalencia y Factores Asociado: Una Revisión Sistemática, Cañar - Ecuador. <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstreams/e935710d-8ce1-4cb1-8979-7e3f71d29b6d/download>
- 10 Adrián Michael Lozado Munzón (2023) Causas asociadas a depresión en . pacientes geriátricos. Revisión sistemática, Azogues – Ecuador. <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/8880144d-66bc-4a99-b3bc-ca640503a8cc>
- 11 Salazar Jimenez, Delia Patricia Surita Sipion, Yndira Nicolle (2024) Depresión en . el adulto mayor: una revisión sistemática, Pimentel – Perú. <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/14199/Salazar%20Jimenez%2C%20Delia%20%26%20Surita%20Sipion%2C%20Yndira.pdf?sequence=12&isAllowed=y>
12. Dante Homero Zertuche García José González Tovar Alicia Hernández Montaña Rosa Isabel Garza Sánchez Javier Álvarez Bermúdez (2025) Revisión sistemática de salud mental, actividad física y calidad de vida en el adulto mayor, Saltillo, Coahuila – México. [https://www.researchgate.net/publication/389670504\\_Revisi%C3%B3n\\_sistem%C3%A1tica\\_de\\_salud\\_mental\\_actividad\\_f%C3%ADsica\\_y\\_calidad\\_de\\_vida\\_en\\_el\\_adulto\\_mayor\\_Systematic\\_review\\_of\\_mental\\_health\\_physical\\_activity\\_and\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_older\\_adults](https://www.researchgate.net/publication/389670504_Revisi%C3%B3n_sistem%C3%A1tica_de_salud_mental_actividad_f%C3%ADsica_y_calidad_de_vida_en_el_adulto_mayor_Systematic_review_of_mental_health_physical_activity_and_quality_of_life_in_older_adults)
- 13 Carlos Cristian Duman Tenezaca (2024) Análisis de evidencias sobre validez y . confiabilidad de instrumentos diagnósticos de depresión aplicadas al adulto mayor. Estudio de revisión bibliográfica, Azogues Ecuador <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9778878.pdf>

## ANEXOS

### Anexo 1: Localización geográfica de UDS San Felipe, Concepcion Batres



**Fuente:** Tomado y modificado de Localización del municipio de Concepcion Batres departamento de Usulután. . Wikimedia Commons, 2021, Wikipedia.



**Fuente:** Tomado y modificado de mapcarta. Mapa de ubicación satelital, 2024.

**Anexo 2:**

**Universidad de El Salvador**  
**Facultad Multidisciplinaria Oriental**  
**Departamento de Medicina**

**Instrumento de recopilacion de informacion**

**I. Características sociodemográficas**

1. **Sexo:** Masculino ..... Femenino .....
2. **Edad:** .....
3. **Estado Familiar:** a. Casado (a) b. Viudo (a) c. Soltero (a) d. Divorciado (a) e. Acompañado (a)
4. **Ocupación:** .....
5. **Sabe leer y escribir:** Si ..... No .....
6. **Último grado de escolaridad:** .....

**II. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

**1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

## **2. Pesimismo**

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mi.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

## **3. Fracaso**

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

## **4. Pérdida de Placer**

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

## **5. Sentimientos de Culpa**

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

## **6. Sentimientos de Castigo**

0 No siento que este siendo castigado

- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Disconformidad con uno mismo.**

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

#### **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

#### **11 Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

### **12 Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

### **13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### **14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

### **15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

**16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

**17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

**18. Cambios en el Apetito**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

**19. Dificultad de Concentración**

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

## **20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

## **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

**Puntaje Total:**

**Anexo 3: Consentimiento informado****CONSENTIMIENTO INFORMADO****Parte I: Información**

Este formulario de consentimiento informado se dirige a pacientes mayores de 60 años registrados en atención de consulta externa de Medicina General en la Unidad de Salud Basica San Felipe y que se les invita a participar en la investigación DETECCIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS Y EL NIVEL DE DEPRESION SEGÚN EL ÍNVENTARIO DE DEPRESION DE BECK EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR USUARIA DE LA UNIDAD DE SALUD BASICA SAN FELIPE CONCEPCION BATRES, USULUTAN ESTE.

Yo, Joseline Johanna Romero Campos, Médico consultante en Año Social de la UDS San Felipe, me encuentro realizando un estudio sobre la frecuencia de síntomas depresivos en el adulto mayor atendido en consulta externa de UDS San Felipe a través de la aplicación del Inventario de Depresion de Beck II, le brindaré información y le invito a participar de esta investigación. Puede hablar con alguien de su comodidad sobre el proceso a realizar, antes de tomar una decisión. Puede haber palabras que no entienda, por favor, notificar al respecto para poder aclarar dudas.

La depresión es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración están presentes casi todos los días durante al menos dos semanas. A menudo interfieren con la vida diaria.

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, y no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Usted puede negarse a participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará en ninguna forma a recibir atención médica. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente. Puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

No hay algún tipo de riesgo que atente contra su salud al participar en esta investigación.

No se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que se obtenga por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recopilará durante la investigación será puesta fuera de alcance público y nadie, a excepción del investigador, tendrá acceso a ella. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en lugar de su nombre, solo el investigador sabrá cuál es su número.

Si tiene alguna pregunta puede hacerlas durante cualquier parte del proceso. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar al investigador: Joseline Johanna Romero Campos, mediante el número de teléfono 68356935 o al correo [joselinejohannar@gmail.com](mailto:joselinejohannar@gmail.com)

## **Parte II: Consentimiento informado**

He sido invitado a participar en la investigación DETECCIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS Y EL NIVEL DE DEPRESION SEGÚN EL ÍNVENTARIO DE DEPRESION DE BECK EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR USUARIA DE LA UNIDAD DE SALUD BASICA SAN FELIPE CONCEPCION BATRES, USULUTAN ESTE.

Entiendo que responderé un Inventario den 21 items de multiple opcion de respuesta las cuales son trascendentes para determinar la frecuencia de sintomas depresivos y el diagnóstico de depresion en el paciente adulto mayor. He sido informado de que no existen riesgos al responder este inventario.

Se me ha proporcionado el nombre del investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre, número de teléfono y la dirección de correo que se me ha proporcionado de esa persona. He leído la información brindada o me ha sido leída.

He tenido la oportunidad de preguntar sobre el instrumento y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

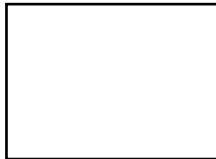
Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Si no puede leer o escribir:**

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Huella dactilar del participante:



Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, Joseline Johanna Romero Campos, investigadora a cargo del estudio, he leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Anexo 4: Presupuesto**

<b>RUBRO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO UNITARIO EN USD</b>	<b>PRECIO TOTAL EN USD</b>
<b>MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA</b>			
Resma de papel bond tamaño carta	3	\$ 6.50	\$ 19.50
Lápices	10	\$ 0.29	\$ 2.90
Bolígrafo color azul	10	\$ 0.25	\$ 2.50
Bolígrafo color negro	10	\$ 0.25	\$ 2.50
Caja de fástener	1	\$ 1.59	\$ 1.59
Engrapadora	1	\$ 5.90	\$ 5.90
Saca grapa	1	\$ 1.19	\$ 1.19
Folder	15	\$ 0.15	\$ 2.25
Fotocopias blanco y negro	300	\$ 0.10	\$ 30
Fotocopias a color	100	\$ 0.25	\$ 25
Impresión blanco y negro	200	\$ 0.15	\$ 30
Impresión a color	100	\$ 0.35	\$ 35
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 158.33</b>

**Anexo 5: Cronograma de actividades**

Meses	Marzo/2025			Abril/2025			Mayo/2025			Junio/2025			Julio/2025			Agost/2025			Sep/2025			Oct/2025			Nov/2025			Dic/2025																
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
<b>Semanas</b>	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
<b>Actividades</b>																																												
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías metodológicas																																												
2. Elaboración del perfil de investigación																																												
3. Presentación del perfil de investigación a la Coordinación y al Docente Asesor																																												
4. Elaboración del Protocolo de Investigación																																												
5. Presentación del Protocolo de Investigación																																												
6. Presentación del Protocolo de Investigación con las observaciones incorporadas																																												
7. Desarrollo o ejecución de la Investigación (recolección de la información, procesamiento de los datos y análisis e interpretación de los resultados)																																												
8. Redacción del Informe Final																																												
9. Entrega del Informe Final																																												
10. Exposición oral y Defensa pública del informe final de la investigación																																												