

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
DOCTORADO EN MEDICINA



**“PRESENCIA DE TENDENCIAS DEPRESIVAS Y DETERIORO COGNITIVO EN  
ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA SAN  
CAYETANO ISTEPEQUE, SAN VICENTE EN EL PERIODO DE JUNIO A  
SEPTIEMBRE DE 2024.”**

PRESENTADO POR:  
SARA RAQUEL CAMPOS SÁNCHEZ  
ANA ALICIA BARAHONA ORTIZ

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:  
DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR:  
DR. MANUEL ALBERTO VALENCIA CUELLAR

Ciudad universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, San Salvador, El Salvador noviembre de 2024.

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD**

### **Rector**

M.Sc. Juan Rosa Quintanilla

### **Vicerrector Académico**

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

### **Vicerrector Administrativo**

M.Sc. Roger Armando Arias Alvarado

### **Secretario General**

Lic. Pedro Rosalío Escobar Castaneda

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

### **Decano**

Dr. Saúl Díaz Peña

### **Vicedecano**

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Durán

### **Secretario General**

MSc. Roberto Carlos Hernández Marroquín

### **Director de Escuela**

Dr. Douglas Alfredo Velasquez Raimundo

## **RESUMEN**

El envejecimiento es un proceso normal y natural en el ser humano. La salud mental por lo general no recibe la atención o importancia adecuada y teniendo estas premisas en cuenta es sabido que problemas como la depresión por lo general es poco o nada abordado, de igual manera el deterioro cognitivo en los adultos mayores, siendo incluso muchas veces visto como normal o parte del envejecimiento.

La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza y desesperación la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante.

El deterioro cognitivo por lo general se caracteriza por un declive en las funciones superiores, de manera equivocada la población adulta se asocia de manera común con inactividad y descanso forzado.

En este trabajo para estudiar estas variables, se tomó una población de 35 adultos mayores los cuales acuden a consultar a la unidad de salud de San Cayetano Istepeque, se utilizaron dos escalas (Escala de Depresión Geriátrica y Cuestionario de Pfeiffer) diseñadas para examinar de manera corta estas características.

En los resultados se obtuvo en cuanto a depresión la mayor frecuencia fue en “no depresión” con 24 pacientes, seguida por “probable depresión” de 7 pacientes y “depresión establecida” con solo 4 pacientes.

En cuanto a los resultados brindados por el cuestionario de Pfeiffer sobre deterioro cognitivo, la mayor prevalencia fue en “cognitivo normal” con 28 pacientes, seguido por deterioro leve con 4 pacientes y deterioro moderado con 3 pacientes, sin obtener ningún resultado para deterioro severo en la muestra de estudio.

## **INTRODUCCIÓN.**

La OMS define la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera Y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Se sabe que la Salud Mental es parte de una salud integral, sin embargo, esta no siempre es tomada en cuenta al momento de hablar como tal de un estado de salud, no obstante, eso no quita que sea de vital importancia para lograr la homeostasis en el ser humano. En los últimos años la Salud Mental ha tomado una gran relevancia sobre todo en las poblaciones más jóvenes que, si bien es cierto aún falta mucho para lograr darle la relevancia real que merece, se han dado los primeros pasos para que esta tome lugar en el escenario de la salud.

Sin embargo, al hablar directamente de la población mayor de 60 años esta no siempre es tomada en cuenta, pues muchas veces se deja de lado a los adultos mayores por pensar que estos “ya vivieron lo que tenían que vivir”, este trabajo busca hacer notar las presencias de tendencia depresivas y deterioro cognitivo que podría haber en el adulto mayor, las cuales casi siempre van en conjunto.

Se tomará en cuenta a través del primer nivel, el cual como se sabe es la puerta de entrada al Ministerio de salud. A pesar de que en el país no tenemos muchos antecedentes de estudios previos enfocados en este tema, si los hay en Latinoamérica, a partir de ahí tomaremos un inicio para sentar nuestras bases.

Abordaremos el envejecimiento tanto de una manera fisiológica como su contraparte que sería adultos mayores que presenten depresión o deterioro cognitivo. La investigación se llevará a cabo en la unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque a través de la aplicación de dos escalas previamente diseñadas para identificar tanto la depresión como el deterioro cognitivo.

# CONTENIDO.

RESUMEN.....	i
INTRODUCCIÓN.....	ii
OBJETIVOS.....	1
MARCO TEÓRICO.....	2
CAPITULO I: EL ENVEJECIMIENTO Y ADULTOS MAYORES EN LATINOAMÉRICA Y EL SALVADOR. ....	2
CAPITULO II: SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR. ....	8
DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. ....	8
CAPÍTULO III: ENVEJECIMIENTO SALUDABLE VS DETERIORO COGNITIVO EN ADULTO MAYOR. ....	12
METODOLOGIA.....	16
VARIABLES (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES).....	18
RESULTADOS.....	21
DISCUSION.....	30
CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS.....	36
ANEXO 1. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS).....	36
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ).....	37
ANEXO 3. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	38
ANEXO 4. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA DE SAN CAYETANO ISTEPEQUE, SAN VICENTE. ....	40
ANEXO 5: UBICACIÓN UNIDAD DE SALUD SAN CAYETANO ISTEPEQUE.....	42

## **OBJETIVOS:**

### **General:**

Revelar la presencia de tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en Unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente en el periodo de junio a septiembre de 2024.

### **Específicos:**

1. Caracterizar los factores sociodemográficos de la muestra de estudio.
2. Identificar la presencia de tendencias depresivas en adultos mayores de 60 años en Unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente en base a la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS).
3. Determinar la existencia de deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en Unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente aplicando el Test para deterioro cognitivo de Pfeiffer.

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEÓRICO.**

### **CAPITULO I: EL ENVEJECIMIENTO Y ADULTOS MAYORES EN LATINOAMÉRICA Y EL SALVADOR.**

Se trata de una etapa de la vida. Está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo.

La vejez tiene significados diferentes para diferentes grupos. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad:

- Cronológica
- Física
- Psicológica
- Social

#### **La edad cronológica.**

La ONU (Organización de las Naciones Unidas) establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

#### **La edad física.**

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones.

Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

Se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible.

## **La edad psicológica.**

El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos es causado por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

Para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes.

En cuanto al aprendizaje, durante la vejez es posible seguir aprendiendo cosas nuevas, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven.

## **La edad social.**

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social.

Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores.

La vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales, etc.

Por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad.

“Las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma”.

Para concluir, es importante mencionar que hay disciplinas dedicadas al estudio de esta etapa de la vida y que tenemos que ir incorporando a nuestro conocimiento.

### **Gerontología**

Es el estudio de los procesos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento, desde una perspectiva interdisciplinaria.

Como ya vimos, cada ciencia o disciplina concreta y matiza lo que entiende por este proceso y sus características. <sup>1</sup>

Su efecto se extiende al campo socioeconómico con implicaciones importantes en las estructuras familiares, los sistemas de educación, salud y seguridad social. Por otra parte, es necesario considerar la mayor longevidad femenina o las diferencias de género en términos demográficos: en algunos países la mujer tiene seis años más de esperanza de vida que el hombre y participa con un 53% entre la población mayor de 60 años.

La mayor esperanza de vida de la mujer contrasta con sus condiciones precarias de subsistencia, los múltiples roles y obligaciones, entre ellos de cuidadora de generaciones jóvenes y viejas en la familia, roles por los que generalmente no percibe remuneración y a los que se agrega por lo común la ausencia de seguridad social

Además de los factores físicos y psicosociales se pueden mencionar algunos factores etiológicos que condicionan una serie de cambios en el sistema nervioso central, transformaciones propias del envejecimiento como: la disminución de las neuronas en regiones específicas (sistema límbico) decremento de neurotransmisores e incremento de su catabolia por aumento de la monoaminoxidasa cerebral, entre otros.

La capacidad funcional física es definitivamente un componente integral de la independencia de los adultos mayores y es el mayor contribuyente a su estado de salud. Un peor desempeño funcional se relaciona con un mayor riesgo de muerte, institucionalización y mayor discapacidad en forma progresiva; por lo que resulta de primordial interés en el campo de la Geriatria identificar los factores de riesgo para la pérdida funcional que conduzca al individuo a la privación de la habilidad para lograr una vida independiente en su comunidad.

Si la discapacidad es detectada tempranamente, es posible realizar intervenciones oportunas que detengan o retarden el proceso de deterioro, manteniendo al adulto mayor en su comunidad por más tiempo.

Es bien conocido en otros estudios que los ancianos con menos recursos psicológicos están particularmente en riesgo de desarrollar discapacidad y ahí es donde la presencia de depresión interviene en el proceso.

El desarrollo de la madurez filial se considera como un reto único de la madurez, la que no se entiende como una simple inversión de roles en la que los hijos cuidan a sus padres como si fueran sus hijos, ya que cuando esta tarea se lleva a cabo de esta forma, se la considera incluso una percepción disfuncional de lo que se espera de los hijos hacia sus padres. De lo que se trata es que los hijos continúen considerando a sus padres como personas y que siguen teniendo sus propias necesidades, derechos e historias personales.<sup>2</sup>

La madurez filial está en íntima relación con la tarea de la generatividad formulada inicialmente por Erikson como una exigencia de la edad media de la vida. Si bien el autor la definió como “la preocupación por establecer y guiar a la nueva generación”, posteriormente la amplió y la relacionó con una “caritas universal”, y que implica la conciencia de la responsabilidad personal hacia la sociedad y, especialmente, hacia los más jóvenes, pero también hacia los más débiles (entre los cuales se incluyen los padres ancianos). Esta generatividad ampliada se conoce como “gran generatividad”, dentro de la cual se incluye la necesidad que los más viejos acepten ser cuidados por los más jóvenes, cuando se enfrentan a discapacidades funcionales. Esta es una ocasión propicia para que los más ancianos sean modelos de envejecimiento para sus descendientes. En efecto, los roles propios de la vejez, la forma de aceptar ayuda o el modo de comportarse como enfermo, se activarán cuando los jóvenes de hoy envejecan mañana.<sup>3</sup>

### Estrés y adaptación en la vejez

La crisis de la vejez, en buena parte, se debe a la multiplicidad de pérdidas que el individuo que envejece debe afrontar; p. ej., el deterioro biológico, la exclusión social y la deprivación económica. A pesar de estas dificultades la psicopatología en los ancianos es menor de lo que cabría esperarse. La vulnerabilidad psicológica a la tensión generada por los estresantes depende de la percepción y la respuesta del individuo ante ellos y se sabe, que los estresantes psicológicos tienen significados diferentes para cada individuo.

La percepción y significado de cualquier evento interno o externo, biológico o psicosocial, está determinada por los valores, las actitudes y fantasías del individuo, en tanto que el impacto psicológico que origina un estresante está determinado por esas percepciones y los recursos para el afrontamiento del estrés que posea el sujeto.

El individuo que envejece necesita poseer una serie de mecanismos de afrontamiento que le permitan responder a la rápida sucesión de eventos estresantes del envejecimiento, que a veces, no dan tiempo de recuperar el equilibrio. La mayor parte de este repertorio está constituida por los mecanismos de defensa del yo. Una respuesta defensiva será adaptativa si logra restaurar el equilibrio psicológico, en tanto que las defensas no adaptativas perpetúan el sufrimiento. El ajuste de cualquier mecanismo de defensa a un estresante particular y su contexto social, determinará su bondad para proteger al individuo de la experiencia estresante. El rango particular de defensas que posea un anciano reforzará su carácter y determinará su vulnerabilidad a presentar alteraciones psicopatológicas.

Echeverri, identificó los siguientes factores socioculturales que desfavorecen el proceso de envejecimiento:

- La pérdida de nivel social en los varones viejos ocurre por la carencia de una actividad laboral o productiva y en las mujeres por la pérdida o negativa a ejercer la función de crianza y socialización con los nietos de hijos separados, casados o viudos.
- La pobreza que afecta especialmente a los estratos bajos y medios urbanos lleva al abandono familiar de muchos viejos, lo cual determina su indigencia y mendicidad como alternativas de sobrevivencia.
- La soledad que afecta especialmente a los viejos solteros, separados, viudos o migrantes sin familia, o a quienes en su edad adulta abandonaron la familia y ahora, en la vejez, son abandonados por sus hijos y parientes.
- La aflicción ante las pérdidas frecuentes en esta etapa de la vida: el nido vacío, la muerte del cónyuge, la muerte de contemporáneos y amigos.
- El temor a la enfermedad y la evidencia del deterioro normal de la salud, que se aúna al temor a la muerte o a ser una carga económica y de atención para la familia.
- La desconexión con el medio comunitario debida al encierro obligatorio por enfermedad, carencia de recursos para realizar actividades o al proteccionismo de la familia y de la sociedad (pérdida de autoridad y dependencia afectiva o económica).

La autora destaca como factores que favorecen el envejecimiento normal a:

- La plenitud debida a la experiencia, a la sabiduría y a la prudencia adquirida durante el transcurso de su vida, la cual se observa especialmente en los estratos altos de la población, en grupos de intelectuales y de profesionales independientes para el caso de los varones y entre mujeres realizadas en su maternidad, que cuentan con recursos económicos y con el afecto familiar.
- La seguridad en su vitalidad se expresa en el mantenimiento de una actividad física, intelectual o productiva que les permite conservar su autonomía y colaborar activamente en la solución de los problemas que se presentan en la nueva familia nuclear que surge en las áreas urbanas.<sup>4</sup>

# **CAPITULO II**

## **CAPITULO II: SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR.**

### DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) conceptualiza a la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

El hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique y al mismo tiempo, que el Estado asuma su responsabilidad en la creación de políticas reales, dirigidas a garantizar un ingreso económico decoroso que permita a esta población llevar una vida digna y de calidad. El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

La OMS ha definido la salud del anciano por su capacidad para funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente. La interacción de los factores biológicos con la psicología del comportamiento y con los procesos sociológicos del envejecimiento aparece con frecuencia en los estudios realizados a la fecha.

La posibilidad de controlar una enfermedad está condicionada por la aptitud social para integrar a la persona enferma a un sistema de vida que le ayude a resolver sus problemas ambientales y particularmente la aptitud para desenvolverse en la actualidad. De igual forma, la capacidad social para integrarse varía según el individuo que envejece.

Son frecuentes en la población adulta mayor los problemas de salud mental, más de un 20% de este grupo etario puede padecerlos con variados grados de severidad, de acuerdo con numerosos estudios epidemiológicos a nivel mundial; Preponderante es prestarle atención o más importancia que los problemas de salud física ya que pueden exacerbar sus manifestaciones (en particular las de enfermedades crónicas) e incrementar la dependencia funcional y el mayor uso de los recursos sanitarios. Por otro lado, los problemas de salud mental muchas veces pasan desapercibidos, no son diagnosticados o son subtratados, por lo que la capacitación de los profesionales en

esta área es indispensable para un manejo oportuno y eficiente. Es necesario, además, contar con políticas, estrategias y servicios especializados en salud mental para este grupo etario, de modo tal que su calidad de vida y la de sus familiares pueda ser preservada.<sup>5</sup>

### **Depresión en el adulto mayor.**

De acuerdo al DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales) la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores.<sup>12</sup>

Al hablar de depresión en ancianos se refiere a los cuadros depresivos que se manifiestan por primera vez después de los 60 años, que en su mayoría corresponden a trastornos unipolares. Aunque su frecuencia es menor a la observada en edades más tempranas, la depresión es la responsable de la mitad de las admisiones de pacientes ancianos en unidades de cuidado psiquiátrico agudo en Estados Unidos y del 50% de los pacientes ancianos deprimidos, hospitalizados por primera vez.

El envejecimiento modifica tanto el patrón de presentación de los síntomas depresivos como la susceptibilidad individual de los ancianos a la depresión; debido a la disminución de la biodisponibilidad de dopamina, norepinefrina, y acetilcolina y al aumento de la concentración de monoaminoxidasa cerebral que es mayor a medida que la edad avanza.

La depresión es más frecuentemente subdiagnosticada y subtratada en ancianos que en poblaciones más jóvenes, porque el cuadro depresivo puede ser enmascarado por síntomas físicos o por el deterioro de la memoria o porque sus síntomas se consideran como “normales” o reactivos a la situación psicosocial que vive el anciano.

<b>Depresión de aparición temprana.</b>	<b>Depresión de aparición tardía.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Disminución de la energía</li> <li>Ø Alteraciones del sueño</li> <li>Ø Anorexia y pérdida de peso.</li> <li>Ø Mejor pronóstico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Agitación</li> <li>Ø Ansiedad</li> <li>Ø Hipocondriasis</li> <li>Ø Comportamientos histriónicos</li> <li>Ø Pérdida de peso</li> <li>Síntomas delirantes son más frecuentes</li> <li>Ø Peor pronóstico</li> </ul>

La depresión no posee el carácter de una entidad homogénea, la diversidad de sus causas ha hecho considerarla como un grupo de enfermedades cuyo común denominador es el abatimiento del estado de ánimo; el concepto de depresión ha tenido un proceso mediante el cual se han logrado tipificar subtipos de depresión.<sup>6</sup>

### **Instrumentos rápidos de valoración del estado afectivo.**

Existen varias escalas de depresión, algunas de ellas para su uso específico en adultos mayores. Las de mayor difusión son: la Geriatric Depression Scale (GDS) de Brink y Yesavage y la Rating Scale for Depression de Hamilton. Estas escalas incluyen ítems sobre humor, insomnio, ansiedad, inhibición, culpabilidad y pensamientos de muerte, síntomas somáticos, síntomas paranoides, compulsivos, etc. Sin embargo, su utilidad se enfoca como posible instrumento de tamizaje y como medida de respuesta del tratamiento, y no se debe utilizar como diagnóstico, ya que este, sobre todo en la depresión es meramente clínico. Dichas encuestas se realizan entrevistando al paciente o por medio de cuestionarios auto administrados.

Existen también otras pruebas para identificar la depresión ya que esta puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial, para lo cual se utilizan pruebas como el mini examen cognoscitivo de Folstein, versión de Lobo al español, cuya sensibilidad es de 87 % y especificidad de 85 %. La gran variación de resultados en este tipo de pruebas, se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención,

son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios que son precisamente la mayor cantidad de pacientes que atienden los médicos de familia.<sup>7</sup>

### **Escala de Depresión Geriátrica, Geriatric Depression Scale (GDS).**

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos sí se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.<sup>8</sup> (Ver anexo 1).

# **CAPITULO III**

### **CAPÍTULO III: ENVEJECIMIENTO SALUDABLE VS DETERIORO COGNITIVO EN ADULTO MAYOR.**

Se define al envejecimiento saludable como: La mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios sociosanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad.

La OMS considera al envejecimiento activo como: El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad.<sup>9</sup>

En el envejecimiento normal, se observa a nivel macroscópico una pérdida progresiva del peso del cerebro que puede alcanzar hasta un 8% del peso máximo alcanzado en la edad adulta, atrofia de las circunvoluciones y dilatación de los ventrículos.

Se produce atrofia de las sustancias blanca y gris, siendo los lóbulos más afectados el frontal, el parietal y el temporal, cambios que comienzan en la tercera década de la vida y se aceleran entre la sexta y séptima décadas. En el hipocampo se observa disminución del volumen y del número de neuronas, particularmente en el área CA1 y el subículo e incremento de las dendritas de las células granulosas en un intento por compensar la pérdida neuronal. Las neuronas hipocampales son muy sensibles a la hipoxia, la hipoglucemia, la exotoxicidad y la hipercortisolemia, fenómenos que se presentan frecuentemente en los ancianos.

Microscópicamente, se observa pérdida de neuronas en la corteza y el hipocampo, mientras en otras áreas se observa una pérdida más selectiva, como sucede en el estriado, la amígdala, el locus ceruleus y el cerebelo, patrón de pérdida celular que es más intenso en la enfermedad de Alzheimer. Son frecuentes los cambios en el citoesqueleto neuronal (microtúbulos, neurofilamentos, proteínas de membrana) y alteraciones en el transporte axonal, que son responsables de las placas seniles, los ovillos neuronales, los cuerpos de Hirano o los cuerpos de Lewy que se observan en el cerebro que envejece, y que son más intensos en la enfermedad de Alzheimer. Desde el punto de vista vascular se observa fenómenos de aterosclerosis (daño de la íntima de los vasos de mayor calibre), aterosclerosis (daño de la íntima en los

vasos de pequeño calibre), angiopatía congófilica (depósito de sustancias amiloides alrededor de los vasos sanguíneos en las meninges y el parénquima cerebral) e hipoperfusión, cambios que son más intensos en pacientes con hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias o insuficiencia cardíaca, entidades clínicas que son frecuentes en los adultos mayores. Desde el punto de vista bioquímico se presentan defectos en varios sistemas de neurotransmisores, especialmente acetilcolina, serotonina, noradrenalina y dopamina y un aumento de la actividad de la monoaminoxidasa (MAO).

La edad avanzada está relacionada con cambios significativos en la actividad fisiológica de la barrera hematoencefálica, que disminuyen su capacidad de transporte de glucosa, aminoácidos y otros substratos de neurotransmisores. A pesar de los cambios sufridos por el cerebro durante el envejecimiento, la mayoría de los ancianos, sin enfermedad, no muestran alteraciones cognoscitivas.

En esta dirección la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone el enfoque del “envejecimiento activo” como un paso más allá del “envejecimiento saludable”. Este enfoque requiere de la implicación continua de los ancianos en la vida social, económica, espiritual, cultural y cívica de sus comunidades; en desarrollo de los principios de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización. El conocimiento acerca del envejecimiento se desarrolla alrededor de las enfermedades específicas asociadas con el avance de la edad. Este hecho lleva a la creencia de que envejecer es sinónimo de enfermedad y a considerar cualquier enfermedad del anciano, en especial los trastornos mentales, como una manifestación normal del envejecimiento que no requiere tratamiento.

### **Deterioro cognitivo.**

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª versión DSM-5, la descripción de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) (American Psychiatric Association, 2014) es denominado Trastorno Neurocognitivo Menor y el concepto de demencia es reemplazado con el Trastorno Neurocognitivo Mayor, se caracterizan por un declive en las funciones cerebrales superiores, tales como atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social, el cual se basa en las quejas recibidas del propio individuo o su familia. La principal disimilitud entre el Trastorno Neurocognitivo Menor del Mayor radica en que las alteraciones cognitivas del primero no afectan la autonomía del adulto mayor, permitiéndole ejecutar sus actividades diarias y mantener su independencia, caso contrario se trata de un Trastorno Neurocognitivo Mayor.<sup>10</sup>

De manera equivocada la población adulta mayor, está asociada con incapacidad, inactividad y “descanso forzoso”; esta condición se relaciona también con la pérdida de posición social, poder económico, afecto, memoria y habilidades físicas regulares; atributos poco valorados en el marco de los valores dominantes. Esta subvaloración social de la población mayor y la falta de espacios y alternativas para su despliegue pleno hacen necesaria la incorporación de medidas y alternativas de atención y de transformaciones culturales que la revaloriza.

Hace menos de 20 años, por ejemplo, la pérdida de las funciones cognitivas era llamada demencia senil y considerada parte del envejecimiento normal o producto del “endurecimiento de las arterias”. Hoy sabemos que la demencia afecta a individuos de todas las edades, incluyendo a los muy viejos, y su forma clínica más frecuente es la enfermedad de Alzheimer.

Las investigaciones clínicas y los estudios con neuroimágenes permiten diferenciar el envejecimiento cerebral normal de los trastornos psicopatológicos, y logra un progreso notable en la determinación de los factores de riesgo y la etiología de las demencias. La longevidad humana es la resultante de varios factores interactuantes, que incluyen la configuración genética y los factores ambientales y nutricionales, así como las influencias psicológicas, sociales y económicas. Es indudable que uno de los temores y preocupaciones importantes respecto al anciano es su mayor vulnerabilidad de enfermar, muy especialmente en la población muy anciana o mayor de 80 años. Aunque la información ha mejorado, aún es insuficiente y, si bien es cierto que cada día tenemos más información sobre lo que ocurre en las personas de 65 a 75 años, es muy escasa la información sobre los mayores de 80 años, en donde no sólo hay mayores dificultades, sino que su organismo parece funcionar en forma muy diferente a los individuos más jóvenes.

Uno de los problemas básicos del anciano radica en el desconocimiento de su función en la familia y en la sociedad y muy especialmente la falta de conciencia de envejecimiento, en una cultura marcada por el concepto de belleza física y juventud, que trae como consecuencia el desconocimiento del propio proceso de envejecimiento y el temor a llegar a la vejez. No hay una formación de tolerancia, inclusión o integración familiar del anciano. Una excelente herramienta de trabajo puede ser la educación gerontológica desde la escuela hasta la universidad y la propia estructura social. La búsqueda de alternativas culturales y sociales hacia ellos puede ser parte de la solución al problema.

Verwoerdt propone la existencia de dos tipos de envejecimiento: El primario que se refiere a los procesos biológicos dependientes del tiempo, claramente enraizados con

los determinantes genéticos, que disminuyen la eficiencia de varias funciones físicas y mentales del organismo, deterioro que progresivamente incrementa la probabilidad de la muerte; y el envejecimiento secundario que está relacionado con las discapacidades originadas por el estrés, el trauma y la enfermedad. <sup>11</sup>

### **Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ).**

Se trata de una variación creada por Pfeiffer en 1975 al Cuestionario de Estado Mental (MSQ), por lo que también es conocido como como Cuestionario Breve Portátil del Estado Mental (SPMSQ), y añade un ítem de sustracciones en serie que proporciona una medición breve, objetiva y cuantitativa del funcionamiento cognitivo de las personas mayores.

Los diez ítems del SPMSQ fueron seleccionados como los más discriminantes de entre 31 preguntas tomadas de los exámenes del estado mental existentes y de la experiencia clínica. Las preguntas abarcan la orientación en tiempo y lugar, la memoria remota y los conocimientos generales.

Esta encuesta psicológica explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. El cuestionario de Pfeiffer es un estudio de tipo cuantitativo, que lleva solo unos pocos minutos para realizar. La interpretación se realiza contando el número de errores. La puntuación del SPMSQ cuenta el número de errores, por lo que una puntuación de 0 es ideal. Las omisiones se cuentan como errores. (ver anexo 2).

## **METODOLOGIA.**

### **Tipo de estudio.**

Estudio de perspectiva cualitativa – descriptivo de corte transversal.

Periodo de Investigación:

La investigación se realizará en el periodo de tiempo de junio a septiembre de 2024.

### **Muestreo:**

Con el propósito de recolectar información contribuyente, se selecciona de manera intencional una muestra por conveniencia que provee características acordes y necesarias para la investigación y de esta manera representar de manera transparente y comprensiva las diferentes dimensiones del tema. Siendo nuestra muestra

- ❖ Universo de estudio: Todos los adultos mayores de 60 años que asisten a consultar en la Unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente.

De los cuales según datos de censo son aproximadamente 35 personas y por ser una población pequeña, se tomará a todos.

- ❖ Muestra: 35 personas.

### **Criterios de Inclusión y Exclusión:**

- ❖ Criterios de inclusión:
  - Adultos mayores de 60 años.
  - Asistir a la unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente
  - Acepte participar voluntariamente del estudio
- ❖ Criterios de exclusión:
  - Paciente que no pueda expresar su voluntad (por enfermedad incapacitante grave).
  - Pacientes que no sepan leer y escribir.

### **Procedimientos para la recolección de información.**

Para la recolección de datos se ha elegido como instrumento la aplicación de dos test prediseñados (Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale) y una entrevista semi estructurada (Anexo 3) con el objetivo de obtener la información fidedigna y tener de primera mano los conocimientos y experiencia de los individuos en estudio, ésta se realizará de forma presencial en la unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente. A los cuales se solicitará su ayuda voluntaria para realizar la entrevista, previo a lo cual se le explicará en que consiste y el modo en que

se utilizará la información brindada y la privacidad con la que se manejará dicha información.

### **Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos.**

Para la recopilación de datos correspondiente a la presente investigación, se tendrán en consideración los principios éticos proporcionados por la UNESCO, por lo que: Se solicitará autorización por escrito a la dirección de la Unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente para poder recopilar dentro de dichos establecimientos la información pertinente y adecuada para el estudio

En todo momento se respetará la voluntad de los pacientes a participar o no de esta encuesta, sin que cualquier decisión afecte de forma alguna su integridad como persona

A toda persona que acepte participar y cumpla con los criterios de inclusión se le brindará un consentimiento informado anexo a la encuesta; solicitando su aceptación a participar en el estudio, así como se le brindará información clara sobre lo que se pretende lograr con la presente investigación.

### **Consideraciones éticas.**

El proceso de recolección de información de la presente investigación se llevará a cabo en base a las consideraciones de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos definidos en la Declaración de Helsinki para el año 2013 en la Asamblea número 64.

Toda la información y datos que se obtendrá de pacientes que asisten a la Unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente son de carácter confidencial. Se pretende dar a conocer todos los aspectos que comprende el proceso de investigación y se hará énfasis que los resultados recolectados son de carácter anónimo. Previo a pasar el instrumento, se informará a cada uno de los participantes los objetivos que pretende la investigación y los beneficios del estudio. Posterior a la explicación breve del estudio y objetivos, se presentará en cada instrumento un consentimiento informado (Anexo 4) que solicitará la autorización de participación en el estudio por medio de firma o huella digital.

### **Análisis e interpretación de los datos.**

Los datos obtenidos a partir del instrumento de recolección de datos serán presentados de manera esquemática a través de gráficos y cuadros comparativos, así mismo se expondrá las puntuaciones obtenidas por cada elemento evaluado mostrando, a su vez, las opciones que representan el enunciado correcto. Así mismo, cada objetivo de esta investigación será representado de manera esquemática de acuerdo con los datos obtenidos.

## VARIABLES (OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES).

1. Caracterizar los factores sociodemográficos de la muestra o población de estudio.

Variables	Descripción conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valor (según escala).	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Tiempo en años cumplidos por los participantes del estudio		Años cumplidos.	Adultos mayores de 60 años que asisten a la unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente.	Entrevista.	Entrevista semiestructurada.
Sexo.	Conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculino y femenino.	Identificación del sexo por los participantes del estudio.		Masculino Femenino	Adultos mayores de 60 años que asisten a la unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente.	Entrevista.	Entrevista semiestructurada.
Nivel académico.	Distinción dada por alguna institución educativa, después de la terminación exitosa del programa de estudios; ya sea terciario, universitario o de posgrado.	Identificación del nivel académico por los participantes del estudio.		Sin estudios. Básica Bachillerato Universitario,	Adultos mayores de 60 años que asisten a la unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente.	Entrevista.	Entrevista semiestructurada.

2. Identificar la presencia de tendencias depresivas en adultos mayores de 60 años en Unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente en base a la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS).

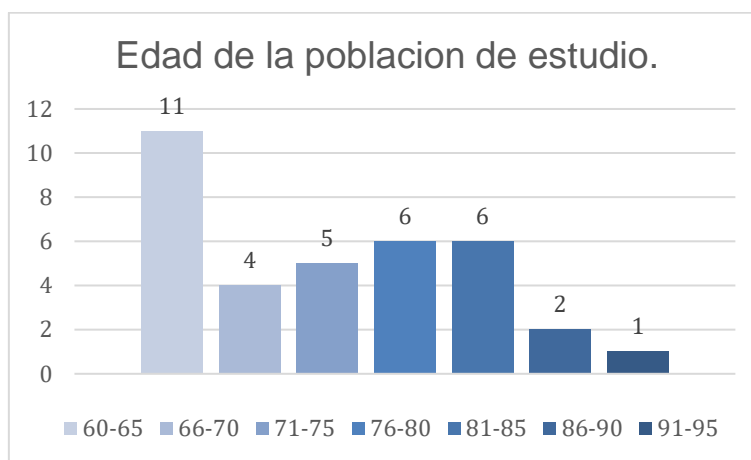
Variable	Descripción conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valor (según escala)	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
Tendencias depresivas	Trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas.	Personas adultas mayores de 60 años que con base a GDS presenten depresión.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Está Ud. Básicamente satisfecho con su vida?</li> <li>2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?</li> <li>3. ¿Siente que su vida está vacía?</li> <li>4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?</li> <li>5. ¿Está Ud. ¿De buen ánimo la mayoría del tiempo?</li> <li>6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?</li> <li>7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?</li> <li>8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?</li> <li>9. ¿Prefiere Ud. Quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?</li> <li>10. ¿Siente Ud. ¿Qué tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?</li> <li>11. ¿Cree Ud. ¿Qué es maravilloso estar vivo?</li> <li>12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. ¿Actualmente?</li> <li>13. ¿Se siente lleno de energía?</li> <li>14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?</li> <li>15. ¿Cree Ud. ¿Que las otras personas están en general mejor que Usted?</li> </ol>	<p>Si No</p> <p>Según las respuestas se les asigna un punto a las que indiquen depresión.</p> <p>No depresión 0-5 puntos Probable depresión 6-9 puntos Depresión establecida 10-15 puntos</p>	Adultos mayores de 60 años que asisten a la unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente	Entrevista.	Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS).

3. Determinar la existencia de deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en Unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente aplicando el Test para deterioro cognitivo de Pfeiffer.

Variable	Descripción conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Valor (según escala)	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
Deterioro cognitivo	Declive en las funciones cerebrales superiores.	Personas adultas mayores de 60 años que con base a Test para deterioro cognitivo de Pfeiffer presenten este deterioro.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es la fecha de hoy?</li> <li>2. ¿Qué día de la semana?</li> <li>3. ¿En qué lugar estamos?</li> <li>4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)</li> <li>5. ¿Cuántos años tiene?</li> <li>6. ¿Dónde nació?</li> <li>7. ¿Cuál es el nombre del presidente?</li> <li>8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?</li> <li>9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?</li> <li>10. Reste de tres en tres desde 29.</li> </ol>	<p>0 – 2 Valoración cognitiva normal</p> <p>3 – 4 Deterioro leve</p> <p>5 – 7 Deterioro moderado</p> <p>8 – 10 Deterioro severo</p>	Adultos mayores de 60 años que asisten a la unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente.	Entrevista.	Test para deterioro cognitivo de Pfeiffer.

## RESULTADOS.

Grafica 1. Edad de la población de estudio.

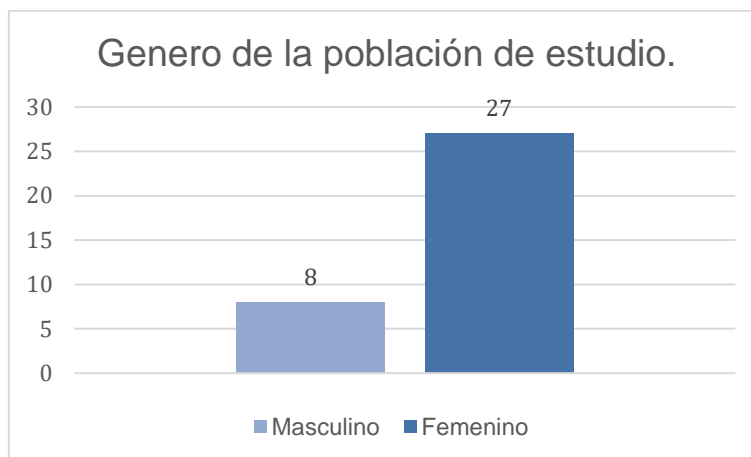


*Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque, San Vicente, agosto 2024.*

### ANÁLISIS:

Entre los factores sociodemográficos integrados en los objetivos del estudio se encuentra la edad, con un rango de entre 60 y 95 años, que se ordenan en 5 rangos de edades consecutivos, como se observa en la gráfica el grupo de edad de mayor frecuencia es de entre 60 y 65 años con un total de 11 pacientes, y la de menor frecuencia es la de entre 91 y 95 años, con solo un adulto mayor entrevistado.

Grafica 2. Genero de la población de estudio.

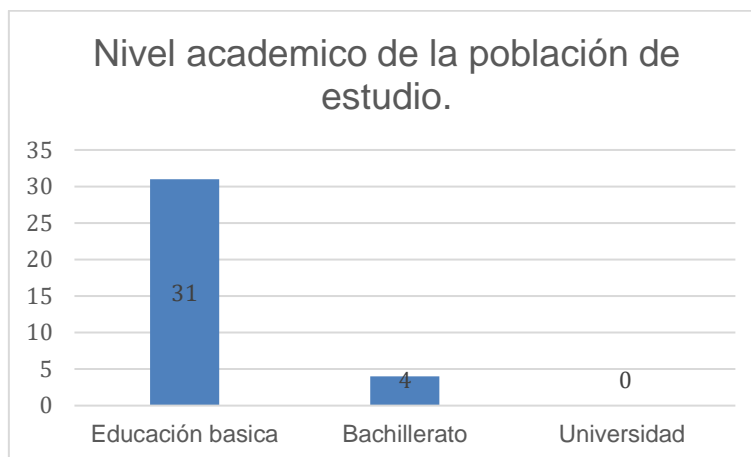


*Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque, San Vicente, agosto 2024.*

#### ANÁLISIS:

Otro factor sociodemográfico considerado es el sexo, que se divide entre femeninos y masculinos, total de la población estudiada es de 35 Adultos Mayores, donde 27 son del género Femenino que conforma el 77% de estudiados, por otro lado 8 integran el género masculino con un 23%, lo que nos evidencia que en su mayoría quienes acuden con más frecuencia a la Unidad de Salud son mujeres.

Grafica 3. Nivel académico de la población de estudio.

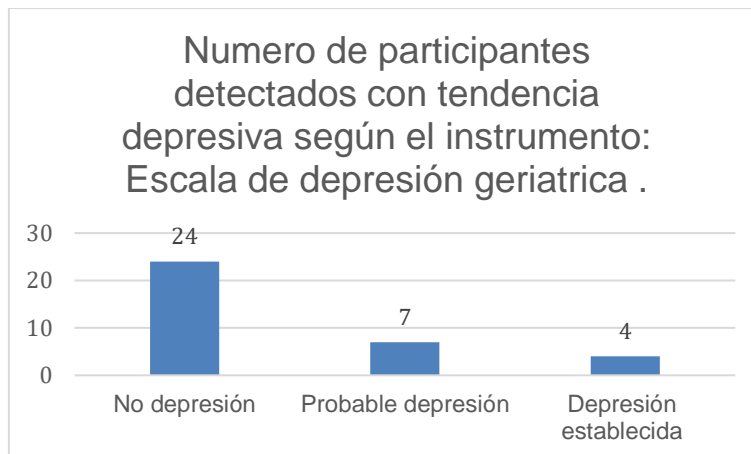


*Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque, San Vicente, agosto 2024.*

#### ANÁLISIS:

En cuanto al último factor sociodemográfico considerado para el estudio se encuentra el nivel académico de la población estudiada, dividido en 3 categorías, el primer nivel es el de educación básica donde forma parte la gran mayoría de pacientes, con 31 personas a lo que le corresponde el 89%, el segundo nivel es el de bachillerato, donde encontramos solo 4 personas con un 11% correspondiente, y por último el tercer nivel es el de educación universitaria, donde no evidenciamos pacientes, por lo que en base a los datos encontrados según porcentaje la mayoría de adultos mayores que conforman el estudio poseen un nivel académico de educación básica.

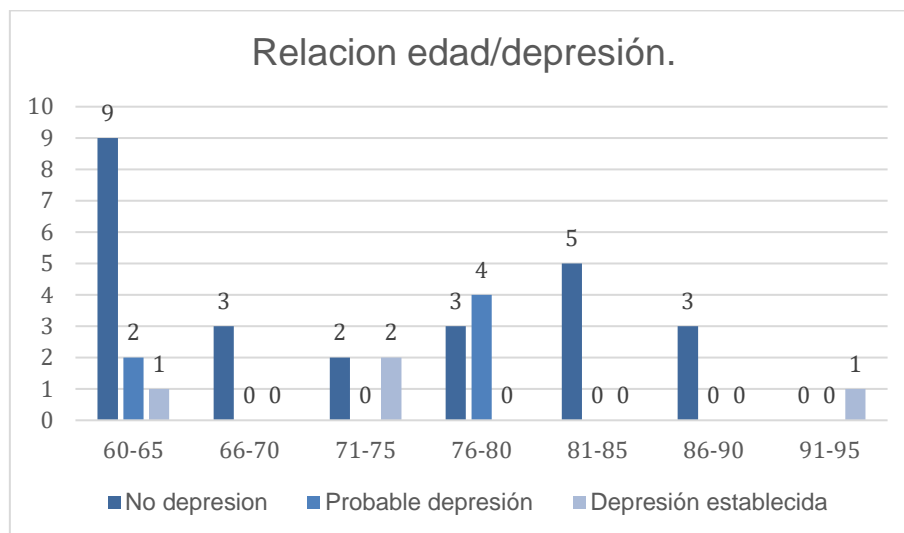
Grafica 4. Número de participantes detectados con tendencia depresiva según el instrumento: Escala de depresión geriátrica.



*Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque, San Vicente, agosto 2024.*

**ANÁLISIS:** Para la obtención de datos de la tabla 4, que corresponde a los participantes detectados con tendencia depresiva se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica, la cual consta de 15 preguntas, a las que se les da una ponderación de 1 punto dependiendo de la respuesta del participante, con una sumatoria final y de acuerdo a la puntuación se clasifican en 3 grupos, el primer grupo, es de los pacientes a los que no se les encuentra depresión (No Depresión), conformado por 24 participantes, segundo grupo es de probable depresión con 7 pacientes integrados en este grupo, y por último la clasificación de Depresión Establecida, en la que se ubica 4 participantes, de acuerdo a los datos obtenidos el 69 % de participantes no tienen depresión, el 20% probable depresión y el 11 % una Depresión Establecida.

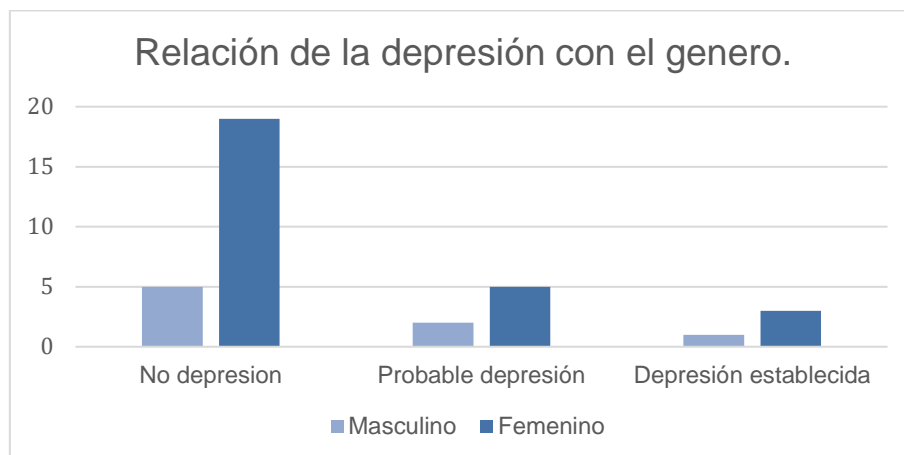
Grafica 5. Relación de depresión con edad.



*Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque, San Vicente, agosto 2024.*

**ANALISIS:** En relación a la edad y la depresión, se observa que las personas de menor edad tienen una menor tendencia a la depresión, 9 de las 35 personas estudiadas se encuentran entre 60 y 65 años y se clasifican como no depresión, con un mayor número entre las edades de 76 a 80, con 4 individuos con probable depresión, en cuanto a la depresión establecida, de toda la población en estudio 3 fueron agrupados en esta categoría, 1 de ellos entre 91 y 95 años, y 2 de ellos entre 71 y 75, por lo que se contempla en la gráfica que la mayor edad para la depresión establecida fue a los 71 y 75 años.

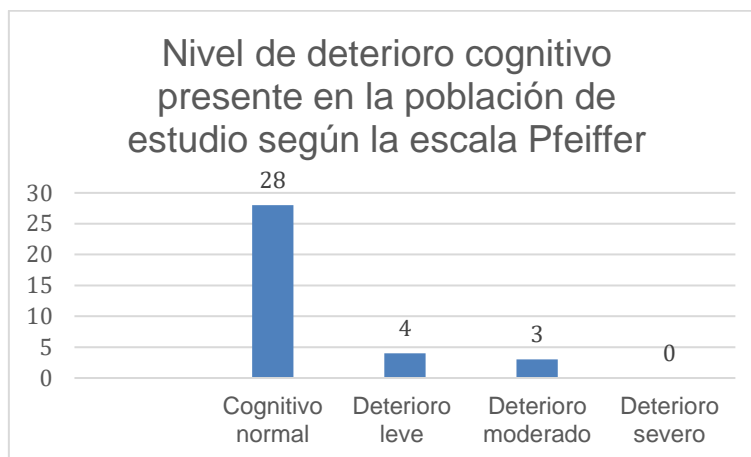
Grafica 6. Relación de depresión con género.



*Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque, San Vicente, agosto 2024.*

ANALISIS: La depresión relacionada con cada genero tomando en cuenta las tres categorías de la escala de depresión geriátrica, con base a nuestros resultados se puede observar que el mayor numero de personas en la categoría “no depresión” se encuentran en el genero femenino con 19 pacientes y 5 en el genero masculino, en la categoría “probable depresión” también el mayor numero es del genero femenino con 5 personas y 2 en el género masculino, por último en la categoría “depresión establecida” donde se encuentran 3 del genero femenino y 1 en el genero masculino, se debe tomar en cuenta que la mayoría de la población de este estudio son mujeres sin embargo extrapolando datos podemos concluir que en este estudio la población femenina presenta menos frecuencia en las categorías de depresión.

Gráfico 7. Nivel de deterioro cognitivo presente en la población de estudio según la escala Pfeiffer.

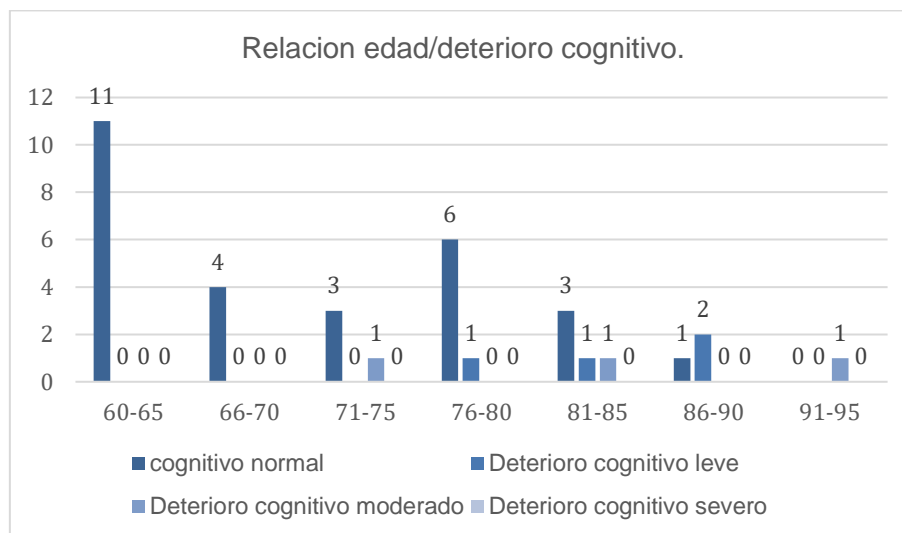


*Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque, San Vicente, agosto 2024.*

#### ANÁLISIS:

La escala utilizada para la Evaluación del Estado cognitivo de los participantes en el Estudio es la Escala de Pfeiffer, en la que se realizan preguntas generales a los pacientes, con las que al obtener respuestas erróneas se da una ponderación de 1 punto, de acuerdo a la sumatoria de estas interrogantes se clasifica en Niveles, en el primero se encuentra El deterioro Cognitivo normal donde se ubica a 28 de los 35 participantes, el segundo nivel es de Deterioro cognitivo leve con 4 integrantes, tercer nivel Deterioro Cognitivo Moderado integrado por 3 participantes, y por último el Deterioro Severo donde no se agrega ningún participante, por lo que en su mayoría según los datos obtenidos se les clasifica con un Deterioro Cognitivo normal, dentro del estudio se toma en cuenta el nivel Académico del paciente para la sumatoria de las respuestas.

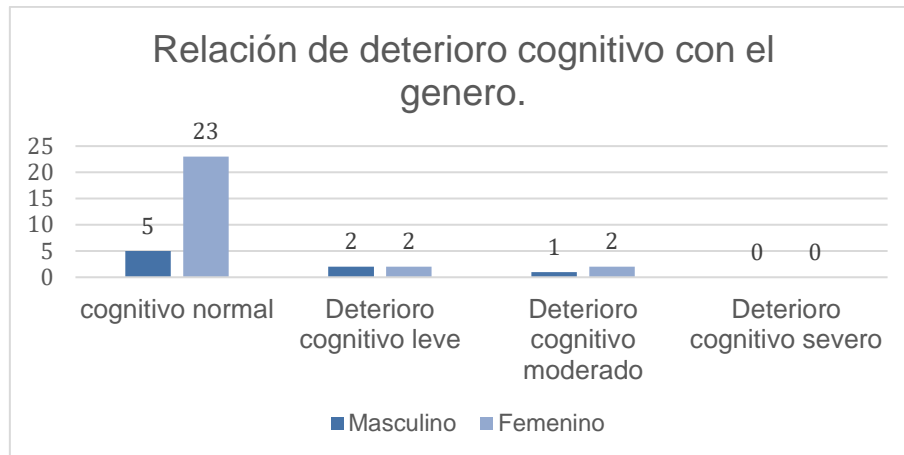
Grafica 8. Relación deterioro cognitivo con edad.



*Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque, San Vicente, agosto 2024.*

ANALISIS: La mayor parte de la población de estudio se encontraba en un cognitivo normal, sin embargo, se observa que a partir de los 71 años en la población aparece deterioro cognitivo en grado leve y moderado, en ningún paciente se detectó deterioro cognitivo severo. Sin embargo, no hay una relación directa entre la edad y el deterioro cognitivo, es decir no es concluyente en esta población.

Grafica 9. Relación deterioro cognitivo con género.



*Fuente: Instrumento de recolección de datos sobre tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque, San Vicente, agosto 2024.*

ANALISIS: En cuanto al género y deterioro cognitivo, al tener una proporción mayor de pacientes femeninas como observamos en la gráfica 2, podría asumirse que hay una mayor prevalencia de deterioro en la población masculina, por ello se intuye que en este grupo estudiado en equivalencias el deterioro cognitivo está más presente en el género masculino.

## **DISCUSION.**

El envejecimiento es un proceso natural que tiene que pasar el ser humano, no obstante, esto no quiere decir que no deba darse la atención adecuada.

La Salud Mental, siendo un pilar para un abordaje integral del ser humano, por lo general no recibe la atención o importancia adecuada debido a que los paradigmas médicos tienden a enfocarse más en una perspectiva biomédica la cual pone más atención en los problemas orgánicos que en aquellos emocionales. Teniendo esta premisa en cuenta es sabido que los problemas mentales en la población que son menos tomados en cuenta, es en la población de los adultos mayores, por tanto, uno de los enfoques de este trabajo es hacer notar la importancia que presenta esta población.

La depresión por lo general es poco abordada, sin embargo, se debe saber que cierta parte de la población lo padece y es subdiagnosticado, así también el deterioro cognitivo en los adultos mayores muchas veces es abordado como normal o parte del envejecimiento.

Como ya se ha mencionado al no recibir la atención adecuada estos problemas, son pocos los estudios que se enfocan en analizar estas poblaciones y estos problemas. Durante el trabajo se pudo evidenciar al buscar referencias bibliográficas de antecedentes de trabajos similares a este a nivel de América son pocos los países que lo abordan de manera integral y en El Salvador es mucho menor la información que se tiene acerca de esto.

La depresión según el manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales se caracteriza por sentimientos de tristeza y desesperación la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y estos síntomas están presentes casi todos los días durante más de dos semanas. Siendo esta sintomatología muchas veces manejada como "normal", ya que se presume que al ser una persona mayor no tendrá mucho interés en las actividades diarias, sin embargo, esto no es así, he ahí radica parte de la importancia de entender qué es un cuadro depresivo en el adulto mayor.

El deterioro cognitivo por lo general se caracteriza por un declive en las funciones superiores, de manera equivocada la población adulta se asocia de manera común con inactividad y descanso forzoso, cuando los adultos mayores en realidad deberían ser evaluados para diagnosticar el nivel de deterioro que presentan y de esa manera apoyar durante la vejez, para que esta etapa de la vida sea llevada de la mejor manera.

En este trabajo para estudiar estas variables, se tomó en cuenta a la población de la unidad de salud de San Cayetano Istepeque, en San Vicente, se tomó una población de 35 adultos mayores y se utilizaron dos escalas (Escala de Depresión Geriátrica y Cuestionario de Pfeiffer) diseñadas para examinar de manera corta estas características.

Posterior a pasar este instrumento se obtuvo información la cual demostraba que en la población de estudio la mayor parte se encontraba en las edades de 60 a 65 años, en su mayoría eran del género femenino, con un nivel de estudio predominantemente de educación básica, siendo estas características sociodemográficas tomadas en cuenta.

En cuanto a la escala ocupada para evidenciar depresión en la población, se obtuvieron datos que demostraba que la mayor parte de la población no tenía depresión, sin embargo, había un porcentaje que mostraba probable depresión y otro porcentaje menor de población tenía depresión establecida, lo cual evidencia que este trastorno sí puede estar presente en adultos mayores.

En cuanto al deterioro cognitivo la mayor parte de la población se encontraba en un cognitivo normal, no obstante, cierto porcentaje mostraba deterioro cognitivo leve y moderado. Lo cual debería ser tomado en cuenta para realizar un abordaje integral del paciente.

Con toda la anterior información bibliográfica y de campo obtenida, se plantea la idea de darle mayor relevancia a este grupo poblacional y con ello las condiciones que pueden afectar esta etapa, en el caso específico de este trabajo la depresión y el deterioro cognitivo.

## CONCLUSIONES.

- De la población de estudio, la muestra fue de 35 pacientes, entre las edades de 60 a 92 años. La mayor frecuencia estuvo en las edades de 60 a 65 años con una frecuencia de 11 pacientes en este rango de edad.
- Había un predominio del género femenino, tal que 27 eran de este género y 8 del género masculino.
- El nivel académico de la muestra fue predominantemente básico con 31 pacientes, y en menor cantidad bachillerato con una frecuencia de 4, ninguno de educación superior.
- En los resultados obtenidos de la escala de Depresión Geriátrica, la mayor frecuencia fue en “no depresión” con 24 pacientes, seguida por “probable depresión” de 7 pacientes y en mucha menor cantidad “depresión establecida” con solo 4 pacientes.
- En cuanto a los resultados brindados por el cuestionario de Pffifer sobre deterioro cognitivo, la mayor prevalencia fue en “cognitivo normal” con 28 pacientes, seguido por deterior leve con 4 pacientes y deterioro moderado con 3 pacientes, sin obtener ningún resultado para deterioro severo en la muestra de estudio.
- Las características en común entre pacientes con depresión establecida y deterioro cognitivo era la edad, en mayor edad más deterioro y frecuencia de depresión.

## RECOMENDACIONES.

Para el personal de salud de la USI San Cayetano Istepeque:

- Apoyar a los pacientes adultos mayores facilitando la detección de síntomas depresivos y deterioro cognitivo utilizando la Escala de Depresión Geriátrica y Cuestionario de Pfeiffer para deterioro cognitivo, y una vez detectados brindarles las atenciones y seguimiento adecuado.
- Fomentar la socialización del Adulto mayor, con la creación de clubes en las comunidades que desarrollen actividades dirigidas a sus capacidades ayudaría a la integración entre los adultos mayores.

Para los pacientes de la USI San Cayetano Istepeque:

- La práctica de actividad física regular como caminar, trotar, socializar con vecinos o personas de su misma edad, además de actividades sencillas como leer, hacer manualidades o realizar tareas del hogar, ya que pueden favorecer al adecuado mantenimiento de la salud mental y física.

Para la Universidad de El Salvador.

- Incentivar a la realización de investigaciones en pacientes de la tercera edad que lleven a un mayor conocimiento sobre Depresión y Deterioro cognitivo en esta etapa de la vida.
- Dar continuidad a estudios similares para la identificación de factores asociados a la depresión y deterioro cognitivo.

## BIBLIOGRAFÍA.

[1] Secretaría de inclusión y Bienestar Social. (2019). Quienes son las personas mayores. SIBISO CDMX. Gobierno de la Ciudad de México Recuperado de <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>.

[2] K.W. Schaie, S.L. Willis, Psicología de la edad adulta y la vejez (5ta), Pearson Educación, S. A, Madrid (2003), p. 61.

[3] Revista Médica Clínica Las Condes. (enero 2012). *Hijos adultos mayores al cuidado de sus padres, un fenómeno reciente*. España. Elsevier España Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702766>

[4] Toro Yepes, R. (2010). Psiquiatría. Medellín Colombia: Corporación para Investigaciones Biológica.

[5] Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional, ISSN-e 2550-682X, Vol. 5, Nº 2, 2020, págs. 3-21.

[6] Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, et al. La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención. Arch Med Fam. 2012;14(1):5-13

[7] Toro Yepes, R. (2010). Psiquiatría. Medellín Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas

[8] Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, et al. La depresión en el adulto mayor: epidemiológica desde el primer nivel de atención. Arch Med Fam. 2012;14(1):5-13

[9] Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et ál. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37. PMID: 7183759.

[10] Varela Pinedo, Luis F Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [online]. 2016, v. 33, n. 2 [Accedido 28 abril 2024], pp. 199-201. Disponible en: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>>. ISSN 1726-4642. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>.

[11] Parada Muñoz, Karina Raquel, Guapizaca Juca, Jorge Fabián, & Bueno Pacheco, Gladys Alexandra. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 77-93. Epub 10 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>

## ANEXOS.

### ANEXO 1. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS).

#### INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	<b>NO</b>
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<b>SI</b>	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	<b>SI</b>	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	<b>SI</b>	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	<b>NO</b>
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	<b>SI</b>	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	<b>NO</b>
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	<b>SI</b>	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	<b>SI</b>	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	<b>NO</b>
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	<b>SI</b>	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	<b>NO</b>
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<b>SI</b>	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	<b>SI</b>	no
Las respuestas que indican depresión están en <b>NEGRITA Y MAYÚSCULAS</b> . Cada una de estas respuestas cuenta <b>1 PUNTO</b> .			Total:

**Puntuación total: 15 puntos**

#### PUNTOS DE CORTE:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

**Tiempo de administración: 10-15 minutos.**

## ANEXO 2. CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ).

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo M  F

Nivel académico:

Educación básica

Bachillerato

Universidad

**Geriatric Depression Scale (GDS).**

1	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
5	¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	NO
9	¿Prefiere usted quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	NO
13	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
15	¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	SI	NO
	TOTAL		

### **Cuestionario de Pfeiffer.**

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes y año)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29

## ANEXO 4. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD INTERMEDIA DE SAN CAYETANO ISTEPEQUE, SAN VICENTE.

Investigadores:

- Ana Alicia Barahona Ortiz, Médico En Servicio Social
- Sara Raquel Campos Sanchez, Médico En Servicio Social

Unidad organizativa: Facultad de medicina, Universidad de El Salvador

Tema: Presencia de tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años en unidad de salud intermedia San Cayetano Istepeque, San Vicente en el periodo de junio a septiembre de 2024.

Introducción:

El presente estudio realizado organizado por estudiantes de doctorado en medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador pretende revelar la presencia de tendencias depresivas y deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años, en conjunto caracterizar los factores sociodemográficos de la población de estudio. A manera de conseguir esta información se utilizarán dos test los cuales son la Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS) y el Test para deterioro cognitivo de Pfeiffer.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años.
- Asistir a la unidad de Salud Intermedia San Cayetano Istepeque de San Vicente
- Acepte participar voluntariamente del estudio

Criterios de exclusión:

- Paciente que no pueda expresar su voluntad (por enfermedad incapacitante grave).
- Pacientes que no sepan leer y escribir.

Manejo de la información

La fuente de información para el presente estudio será única y exclusivamente la recopilada en el instrumento (test ya mencionados) anexo por lo que no se revisarán expedientes clínicos digitales o físicos de los pacientes que deseen participar en este estudio; así mismo es importante mencionar que el instrumento NO solicita información

personal (Nombre, dirección, número de teléfono) sin embargo sí se solicitan datos generales como rango de edad, sexo, ocupación y nivel académico. La información recopilada a través de los test será utilizada exclusivamente para fines académicos y en ninguna circunstancia será compartida con terceras personas u organizaciones

Derecho a retirarse del estudio

Si lo desea, el paciente que haya sido invitado a participar puede negarse a hacerlo sin que dicha decisión afecte sus derechos como paciente del establecimiento o traiga otras consecuencias.

Ante cualquier duda puede contactarse con el equipo encargado de la realización de este estudio

### **Formulario de consentimiento informado**

Se me ha informado sobre los propósitos y objetivos de este estudio de manera clara y concisa, así como que la información que yo proporcione en este cuestionario será utilizada únicamente para fines académicos y de investigación por lo que dicha información no será compartida con personas u organizaciones ajenas a la facultad de medicina de la Universidad del El Salvador. Así mismo se me explica que, si así lo deseo, puedo retirarme en cualquier momento del presente estudio sin que dicha decisión afecte mis derechos como persona y como paciente de este establecimiento He leído la información proporcionada sobre este estudio y se me ha respondido de manera satisfactoria todas las preguntas que he realizado, por lo que doy mi consentimiento de manera voluntaria de participar en este estudio entendiéndolo que no se me recompensará de ninguna forma mi participación.

Firma de participante:

F: \_\_\_\_\_

- Nombre y firma de investigador:

F: \_\_\_\_\_

## ANEXO 5: UBICACIÓN UNIDAD DE SALUD SAN CAYETANO ISTEPEQUE.



Municipio del departamento San Vicente (República de El Salvador). Se encuentra a una distancia de 65 km de la ciudad de San Salvador, a 5 minutos de la Ciudad de San Vicente. Limita al norte con San Lorenzo y San Esteban Catarina; al oeste con Tepetitán y San Vicente; al sur con San Vicente y Tepetitán y al este con Apastepeque.

### **Características:**

Cuenta con una población de 5 103 habitantes. Este municipio se registra a una altura de 510 metros sobre el nivel del mar. Posee una extensión territorial de 17.01 km<sup>2</sup>.

Administrativamente el municipio se divide en dos cantones: Candelaria y Cerro Grande y 7 caseríos. Al sur de este municipio se encuentran elevaciones que van desde los 500 msnm a 1000 msnm aproximadamente.

El clima es de sabana tropical caliente o tierra caliente. La precipitación pluvial anual promedio es de 2200 mm.

### **Desarrollo Económico:**

Entre las actividades económicas predominantes de este municipio se encuentran los cultivos de granos básicos, café, caña de azúcar, papaya y hortalizas; así como, la crianza de ganado vacuno, aves de corral, entre otros.

### **Desarrollo Social:**

Las fiestas patronales de este municipio se celebran del 5 al 7 de agosto, en honor de San Cayetano y del 27 al 29 de junio en honor a San Pedro Apóstol.