

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA



“DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 60 A 70 AÑOS EN USI UNICENTRO  
SOYAPANGO EN EL PERÍODO DE JUNIO A SEPTIEMBRE DEL 2024”

PRESENTADO POR:

CARLOS ANTHONY GUARDADO DERAS

FÁTIMA LISBETH GUZMÁN RIVAS

MARLON ROBERTO GARCÍA VÁSQUEZ

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESORA:

DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS



**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**RECTOR**

Mac. Juan Rosa Quintanilla

**VICE-RECTORA ACADÉMICA**

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

**VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO**

Mac. Rogar Armando Arias

**SECRETARIO GENERAL**

Lic. Pedro Rosalio Escobar Castaneda

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**DECANO**

Dr. Saul Días Peña

**VICE-DECANO**

Lic. Franklin Arnulfo Méndez Duran

**SECRETARIO**

MSP. Roberto Carlos Hernández Marroquín

**DIRECTOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA**

Dr. Douglas Alfredo Velásquez Raimundo

## RESUMEN

La depresión es una enfermedad mental que afecta a personas de todas las edades, pero se ha observado que los adultos mayores son particularmente susceptibles. En El Salvador, la atención de la salud mental en este grupo etario es un área que necesita más investigación, debido a que tienen mayor morbilidad y padecen especialmente enfermedades crónico-degenerativas, las cuales aumentan progresivamente la dependencia y la posibilidad de presentar un cuadro depresivo.

Por lo anterior, esta investigación se realizó con el objetivo de establecer el nivel de depresión en adultos mayores de 60 a 70 años que asisten a USI Unicentro; partiendo de una muestra de 70 usuarios, del rango de edad definido. Los datos se obtuvieron utilizando un cuestionario validado, donde se empleo la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada y el índice de Barthel. Los principales resultados fueron que el 5.71% de la población total padecen depresión moderada y el 94.29% se encuentran en categoría normal. Además, el 66% de la población total padecen hipertensión arterial como comorbilidad de base, el 33% diabetes mellitus. Con respecto al nivel de dependencia sólo el 11% del grupo de estudio poseen dependencia moderada, seguido de un 16% con dependencia escasa, y un 73% representan un nivel de independencia. Por lo cual se infiere que la mayoría de los usuarios encuestados no presentan depresión y son completamente independientes, a pesar de tener algunas morbilidades de base.

## CONTENIDO

INTRODUCCION .....	v
I OBJETIVOS .....	1
II MARCO TEÓRICO .....	2
CAPITULO I .....	2
1. Depresión en adulto mayor .....	2
1.1 Definición de Depresión .....	2
1.2 Epidemiología de la depresión .....	3
1.3 Niveles de depresión .....	5
1.4 Escala de Depresión Geriátrica Abreviada .....	6
CAPITULO II .....	7
2. Trastornos orgánicos .....	7
2.1 Depresión y enfermedad física .....	7
CAPITULO III .....	10
3. Dependencia socioeconómico .....	10
3.1 Test de BARTHEL Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria).....	11
III METODOLOGÍA .....	13
IV RESULTADOS .....	18
V DISCUSIÓN .....	21
VI CONCLUSIONES .....	25
VII RECOMENDACIONES .....	26
VIII FUENTES DE INFORMACIÓN .....	28
IX ANEXOS .....	32

## INTRODUCCION

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo investigar la existencia de depresión en los adultos mayores. El estudio fue impulsado por la creciente preocupación mundial por el incremento de morbilidades multinacionales entre los adultos mayores. A medida que la esperanza de vida continúa aumentando en todo el mundo, con promedios globales que alcanzan los 72,7 años para los hombres y los 78,1 años para las mujeres, se ha vuelto crucial comprender y abordar los desafíos de salud mental que enfrenta este grupo demográfico.

El estudio se centró en dar visibilidad a un problema de salud pública que a menudo se pasa por alto por la tendencia a malinterpretar los síntomas psicológicos y emocionales en los ancianos como una parte normal del envejecimiento en lugar de como indicadores de patologías. Esta idea errónea puede conducir a un retraso en el diagnóstico y el tratamiento, lo que podría comprometer la independencia y el bienestar general de las personas mayores.

Además, se generó conocimiento acerca de la situación de salud mental de la población en estudio, que permita utilizarse para proponer, desarrollar, implementar y evaluar futuras políticas orientadas a reducir la carga de estas condiciones, con un perfil específico en El Salvador, el estudio además pretendió fortalecer, con sus resultados, la importancia del primer nivel de atención para contar con la capacidad de atención contando con equipos multidisciplinarios, infraestructura adecuada para tratar las morbilidades asociadas a la vejez y las herramientas necesarias para su diagnóstico y tratamiento integral.

Se destaca la importancia del nivel de atención primaria como punto de contacto inicial de los pacientes dentro del sistema de salud. Al enfatizar esta interfaz crucial, el estudio apuntó a promover de estrategias para la detección oportuna, el tratamiento efectivo y la prevención de los trastornos psiquiátricos en los adultos mayores, mejorando así su calidad de vida a nivel personal, familiar y social.

## I OBJETIVOS

### **GENERAL:**

Identificar el nivel de depresión en adultos mayores de 60 a 70 años, en USI Unicentro Soyapango en periodo de junio a septiembre 2024.

### **ESPECÍFICOS:**

- Establecer el nivel de depresión en adultos mayores según escala de depresión geriátrica abreviada.
- Determinar las comorbilidades que existen en la población de estudio USI Unicentro Soyapango.
- Definir el nivel de dependencia en adultos mayores según Test de Barthel.

## II MARCO TEÓRICO

### CAPITULO I

#### 1. Depresión en adulto mayor

##### 1.1 Definición de Depresión

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales la depresión se caracteriza por:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer. (1)
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
  4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento)

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

## **1.2 Epidemiología de la depresión**

La depresión afecta física y mentalmente a las personas, a través de distintos síntomas que pueden ser afectivos, cognitivos y/o físicos. La depresión es un problema de salud mental a nivel mundial. La salud pública se ha encargado de proveer herramientas para su diagnóstico y tratamientos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la depresión afecta a un número mayoritario de 300 millones de personas en el mundo.

Las principales consecuencias graves que tiene la depresión como trastorno en el estado de ánimo son el suicidio y la disfunción sociofamiliar. La depresión es la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial, se da entre el 4 y el 9% de los adultos. El 20% de las consultas médicas son generadas por algún trastorno relacionado con la depresión y un 50% de las consultas de valoración psiquiátricas. (3)

Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino (2:1) y esto se debe a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. En relación con la edad, aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. La alta frecuencia en la edad madura y en la vejez se atribuye primordialmente a los factores psicosociales propios de esas etapas.

Este grupo etario tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia. La depresión en esta población tiene características especiales pues las personas mayores de 60 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. (4)

Se estima que la incidencia de casos nuevos por año es de aproximadamente 15%. La prevalencia de depresión en el adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico de los países. En México, varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%. En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud, la vejez es el período de la vida en el cual el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hace cada vez más manifiesto en comparación con períodos anteriores.

El ser humano pasa por las diferentes etapas de su vida de forma más o menos afortunada según los casos; sin embargo, al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades.

Es preciso saber que esta enfermedad puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida de las personas y no es exclusiva de la vejez, no obstante, la población de personas mayores de 60 años se considera uno de los grupos más vulnerados por este padecimiento, produciendo un impacto negativo en su calidad de vida.

La depresión incrementa la percepción de mala salud por parte del paciente adulto mayor y la utilización de los servicios de atención primaria. Los adultos mayores deprimidos consultan al médico general dos o tres veces más que aquellos no deprimidos, lo cual aumenta de manera significativa los costos en los servicios de salud. (5)

### **1.3 Niveles de depresión**

De acuerdo con la severidad del trastorno depresivo se divide en leve, moderado, severo sin características psicóticas, y severo con características psicóticas.

Leve: Pocos síntomas en exceso de los cinco requeridos para hacer el diagnóstico de trastorno depresivo. El menoscabo en funcionamiento ocupacional, social o en las relaciones con otros es menor.

Moderado: Síntomas y menoscabo intermedios entre leve y severo.

Severo sin características psicóticas: Varios síntomas por encima de los necesarios para hacer el diagnóstico de trastorno depresivo, y marcada interferencia con el funcionamiento ocupacional, social y relacional.

Severo con características psicóticas: Existen ideas delirantes o alucinaciones. Estas pueden ser congruentes con el estado de ánimo y por lo general son de

fracaso personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Las incongruentes son diferentes a las ya citadas y pueden ser de persecución, inserción o transmisión del pensamiento, control, delirante, etc. (6)

#### **1.4 Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (Anexo 1)**

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar y diagnosticar la depresión en adultos mayores. Fue desarrollada por el Dr. Jerome Yesavage y su equipo en la década de 1980.

La versión original constaba de 30 preguntas de opción múltiple que aborda diferentes síntomas y comportamientos asociados con la depresión. En 1986, los mismos autores crearon una versión abreviada de 15 ítems (10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa) que ha sido también muy difundida y utilizada tanto en entornos clínicos como de investigación para identificar la presencia y gravedad de la depresión en los adultos mayores

Las preguntas de la escala se centran en áreas como el estado de ánimo, la capacidad para enfrentar problemas, la pérdida de interés en actividades habituales, la energía y la concentración. A medida que los individuos responden a cada pregunta, se les asigna un puntaje que luego se suma para obtener un puntaje total.(7)

Una vez que se obtiene el puntaje total, se puede interpretar según escala de clasificación específica.

Los puntos de corte son:

- 0 - 5: Normal.
- 6 - 10: Depresión moderada.
- Mas de 10: Depresión severa. (8)

## CAPITULO II

### 2. Trastornos orgánicos

Un buen número de enfermedades físicas presentes en los ancianos, así como los fármacos utilizados en su tratamiento, son a menudo responsables de depresiones secundarias. 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.

#### 2.1 Depresión y enfermedad física

El desarrollo simultáneo de depresión y enfermedad médica no es accidental. La mala salud física cronifica los síntomas depresivos, disminuye la posibilidad de recuperación y aumenta las recaídas en los pacientes geriátricos deprimidos. Por otra parte, los pacientes deprimidos probablemente son más vulnerables a la enfermedad física que los pacientes paranoides.

Existe una fuerte relación entre enfermedad médica y depresión tardía: los pacientes deprimidos mayores de 60 años muestran estar más enfermos a la exploración física inicial y de seguimiento que los pacientes geriátricos con cuadros depresivos de inicio temprano.

Las enfermedades físicas más frecuentemente asociadas a la aparición de depresión en ancianos son:

- Enfermedades cardiovasculares: La depresión es común en pacientes con enfermedades crónicas, incluida la hipertensión arterial. Aunque la depresión puede ser un diagnóstico independiente, es posible que los síntomas depresivos sean secundarios a la enfermedad crónica o el efecto prodepresivo de algunos medicamentos que se utilizan para disminuir las cifras de

tensión arterial como metildopa, hidralazina, propranolol, entre otros. Independientemente de que sea secundaria o no a la enfermedad, los síntomas depresivos se asocian con un pobre control de las cifras tensionales y mayor posibilidad de complicaciones (9)

- Enfermedades endocrinas: la depresión se asocia a algunos trastornos endocrinos. Niveles altos de glucocorticoides circulantes pueden causar depresión y el hipotiroidismo que es frecuente en los ancianos, se suele presentar con síntomas depresivos y retardar la estabilización de los pacientes bipolares. En la depresión, disminuyen las catecolaminas en el cerebro y en el hipotiroidismo disminuyen los receptores  $\alpha$  y  $\beta$  adrenérgicos cerebrales, lo que explica en parte la hipo reactividad neuronal y los síntomas depresivos.

La prevalencia de depresión entre los pacientes con diabetes tipo 2 oscila entre el 11,4 y el 31%, claramente superiores al 4% de la población general. Esta variabilidad en la prevalencia depende del nivel cultural y socioeconómico, la etnia estudiada, la edad, etc. Ello significa que una de cada cuatro personas con diabetes tipo 2 tienen un trastorno depresivo asociado.

La presencia de una depresión entre las personas con una diabetes tipo 2 incrementa el riesgo de desarrollar tanto complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía, polineuropatía) como a nivel macrovascular (infarto de miocardio y amputaciones mayores).

- Enfermedades neoplásicas: es claro que la presencia de un cáncer puede ocasionar como reacción psicológica una depresión, pero algunas neoplasias generan cuadros depresivos no explicables por factores psicológicos. Existe una asociación estadísticamente significativa entre depresión y el desarrollo ulterior de cáncer.
- Enfermedades infecciosas: La influenza, la hepatitis, la brucelosis, el

Sida y la mononucleosis infecciosa, causan con frecuencia depresión.

- Deficiencias vitamínicas: una amplia gama de síntomas neuropsiquiátricos incluye la depresión y la demencia se asocia con la deficiencia de vitamina B12, aunque no se detecten signos de anemia.

La deficiencia de ácido fólico también está asociada a trastornos depresivos y una pobre respuesta al tratamiento. Las dietas bajas en ácido fólico ocasionan insomnio, irritabilidad, fatiga y olvidos frecuentes.

- Enfermedad renal: En el caso de pacientes con insuficiencia renal, ellos enfrentan o han pasado por pérdidas, como es el trabajo, que suele representarles problemas económicos, puede haber interferido en su rol dentro de la familia, la función sexual, su tiempo de ocio, incluso la movilización, lo cual incide en su calidad de vida, por lo cual, muchas veces ocasiona un impacto negativo.

La depresión es común en pacientes con insuficiencia renal, ocurre cuando alguien tiene sentimientos de tristeza o falta de interés en las actividades diarias. La mayoría de las personas con insuficiencia renal tienen otras complicaciones médicas al mismo tiempo que su depresión, esto puede empeorar sus condiciones y hacerlos más propensos a desarrollar depresión.

Los pacientes de diálisis corren el riesgo de desarrollar niveles severos de depresión a medida que se drenan sus fluidos corporales. Muchos pacientes desarrollan comportamientos tristes, ansiosos o retraídos después de la diálisis. (10)

## **CAPITULO III**

### **3. Dependencia socioeconómico**

Todos necesitamos conexiones sociales para sobrevivir y prosperar, pero a medida que las persona envejecen, a menudo pasan más tiempo solas.

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida

La independencia funcional, se basa en que el adulto mayor tenga la total funcionalidad en alimentarse, en tener un aseo personal, la capacidad de vestirse, a hacer uso del sanitario por si solos, sus ejercicios, es decir, realizar las actividades de la vida diaria independientemente.

Por otro lado, la dependencia funcional, es un estado en el que la persona no tienen la capacidad para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria con total normalidad, “conlleva a la pérdida de la autonomía; por lo que otras personas, instituciones o entes se encargan del cuidado propio”.

Esta pérdida de autonomía, hace que el adulto mayor, se sienta inseguro de sí mismo, o que presente algún tipo de irritabilidad por la impotencia que sienten al no poder realizar sus cosas como antes, aunque en otros casos logran sentirse satisfechos de que son atendidos. Los factores que influyen en la dependencia funcional, es el entorno donde se desarrollan los adultos, la interacción con el mundo que los rodean, el estatus económico puede también ser un factor ya que muchos adultos tienen la posibilidad de realizar rehabilitación y tratamientos médicos, las enfermedades incurables son otra de las causas para que las personas no sean independientes. (21)

El estado funcional se mide como el resultado de la autonomía para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD); cuando estas no se pueden realizar de manera autónoma, la persona es dependiente” (pp. 163-164). Es decir, los adultos mayores se denominan funcionales cuando realizan sus actividades diarias solos y sin mayor dificultad, pero cabe recalcar que cuando el ciclo vital de las personas avanza existen factores determinantes como salud, accidentes, estilos de vida rápidos, la cultura, etc., donde los adultos mayores van perdiendo autonomía y generando estadios de tristeza e irritabilidad. (20)

La salud mental también se encuentra comprometida ya que la depresión puede ser un importante detonante para la dependencia funcional, debido a las diversas enfermedades o situaciones físicas y emocionales, pueden presentarse y conllevar a la falta de funcionalidad de los adultos mayores.

La depresión es un importante factor de riesgo para la dependencia funcional, ya que posee un componente cognitivo, un componente afectivo y un componente psicomotriz, que disminuye la capacidad de los adultos mayores para desempeñarse en las actividades diarias, mientras que la discapacidad por cualquier causa y el surgimiento de la dependencia funcional puede conllevar a depresión por las mismas razones.

Tanto la depresión puede causar o no dependencia funcional, así mismo la dependencia funcional puede hacer que se presente la depresión, debido a que los diversos factores influyen en la percepción del individuo, haciendo que exista una distorsión de su condición en la que se encuentra. (11)

### **3.1 Test de BARTHEL Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (Anexo 2)**

Diseñado en 1955 por Barthel y Mahoney, con el fin de evaluar a los sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en su hospital para enfermos crónicos de Maryland, fue publicado diez años después, en 1965. La selección de

los aspectos a observar en el formulario fué empírica, según la opinión de médicos, enfermeros y fisioterapeutas. (12)

La escala mide la capacidad de una persona para realizar 10 actividades de la vida diaria, que se consideran básicas, de esta forma se obtiene una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia.

Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20.

Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son: (13)

- 0-20 dependencia total.
- 21-60 dependencia severa.
- 61-90 dependencia moderada.
- 91-99 dependencia escasa.
- 100 independencia

### III METODOLOGÍA

- **Tipo de investigación**

Cuantitativa de enfoque descriptivo y diseño transversal.

- **Periodo de investigación**

Se llevó a cabo en el periodo de junio a septiembre de 2024.

- **Universo (Unidades de observación y análisis)**

Adultos mayores de 60 a 70 años que consultaron en la unidad de salud intermedia Unicentro Soyapango.

- **Muestra:**

Se obtuvieron por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyendo a los adultos dentro del rango de edad establecido en la investigación que cumplieron con los criterios de inclusión siendo un total de 70.

- **Variables**

\*Dependiente: Nivel de depresión.

\*Independiente: - Comorbilidades que influye en la depresión.

- Dependencia socioeconómico.

**Criterios de inclusión:**

Pacientes con edad entre 60 y 70 años

Pacientes que padecen una comorbilidad

Pacientes sin diagnóstico de depresión

Pacientes que autorizan participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:**

Pacientes con edad menor de 60 y mayor de 70 años

Pacientes que no pertenezcan a la unidad de salud

Pacientes que se nieguen a participar en el estudio

Pacientes que no tengan comorbilidades

• Operacionalización de variables.

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	INSTRUMENTO/ HERRAMIENTA
Establecer el nivel de depresión en adultos mayores según escala de depresión geriátrica abreviada.	Niveles de depresión	Son las categorías de dicha enfermedad que se dividen de acuerdo con la gravedad de la enfermedad.	Mediante la utilización de escalas se identifican síntomas de depresión a los cuales se le asignan puntajes y de esa manera se pueden realizar la clasificación en los distintos niveles del espectro de la enfermedad.	Normal	0 – 5 puntos	Escala abreviada de Yesavage
				Depresión moderada	6-10 puntos	
				Depresión severa	Más de 10 puntos.	

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	INSTRUMENTO/ HERRAMIENTA
Determinar las comorbilidades que influyen en el desarrollo de depresión en la población de estudio USI Unicentro Soyapango	Comorbilidad que influye en la depresión	Cualquier entidad clínica distinta y adicional que ha existido o que puede existir en el curso de un determinado padecimiento en estudio.	Conjunción de dos fenómenos patogénicos que aparecen en forma simultánea, como trastornos de somatización, los trastornos de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Diabetes mellitus tipo II</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• Hipertiroidismo</li> <li>• Enfermedad renal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No</li> <li>- Si</li> </ul>	Entrevista estructurada/ cuestionario

OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	INSTRUMENTO/ HERRAMIENTA
Definir el nivel de dependencia en adultos mayores según Test de Barthel.	Nivel de dependencia	Son todos aquellos relativos a los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, que brindan información general sobre grupos de personas y aquellos relativos a la genética que son inherentes a cada ser en partícula.	Son aquellos presentes en la población de estudio que están relacionados e influyen en el padecimiento de los trastornos de ansiedad, así como aquellos que nos permitan identificar características propias dentro de la población	Dependencia total	0-20 puntos	Test de Barthel
				Dependencia severa	21-60 puntos	
				Dependencia moderada	61-90 puntos	
				Dependencia escasa	91-99 puntos	
				Independencia	100 puntos	

## • Fuentes de información

Fuente primaria:

Los datos se obtuvieron de manera directa mediante escalas ya diseñadas y dirigidas a pacientes que consultaron en la USI Unicentro Soyapango.

Fuente secundaria:

Se hizo una revisión bibliográfica en diversos libros, revistas médicas y páginas web para fundamentar el tema en estudio.

## • Técnicas de obtención de información

Se obtuvo información por medio de la entrevista utilizando La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, para identificar los síntomas de depresión en el adulto mayor y sus diferentes espectros, de esta manera se pudo determinar los síntomas, clasificar el tipo de depresión y determinar la prevalencia de dicha patología en la población de estudio, y el índice de Barthel para determinar el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria.

## ● Procesamiento y análisis de información

Los datos obtenidos se procesaron en tablas y se analizaron en gráficos de columnas utilizando Microsoft Word y Excel; de los cuales cada uno se analizó con base a porcentajes y a lo propuesto a lo largo del marco teórico, comparando los resultados con la teoría expuesta. Se realizó un análisis interpretativo según los datos obtenidos de la escala de geriátrica de Yesavage abreviada y Índice de Barthel

## ● Consideraciones éticas

Se realizó consentimiento informado para poder resguardar la confidencialidad de la información del paciente. La información obtenida en la presente investigación fue utilizada únicamente para fines educativos, sin dañar la integridad y privacidad de ninguna de las personas que brindaron información dentro del marco de la legalidad y respeto a la privacidad.

## IV RESULTADOS

### Objetivo 1:

Establecer el nivel de depresión en adultos mayores según escala de depresión geriátrica abreviada.

**TABLA 1:** Nivel de depresión en adultos mayores según la escala de depresión geriátrica abreviada que consultaron en USI Unicentro Soyapango de junio a septiembre del 2024

NIVEL	PERSONAS	PORCENTAJE
0-5 NORMAL	66	94.29%
6-10 DEPRESIÓN MODERADA	4	5.71%
>10 DEPRESIÓN SEVERA	0	0.00%
TOTAL	70	100%

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos sobre prevalencia de la depresión del adulto mayor, utilizando un instrumento validado de la escala de YESAVAGE abreviada.

Se observa que de un total de 70 de la población de es, el 94.29%, (66 pacientes) se encuentra en un rango normal; mientras que el 5.71%(4 pacientes). se encuentra en depresión moderada, el 0% corresponde a depresión severa.

**Objetivo 2:**

Determinar las comorbilidades presentes en la población de estudio, USI Unicentro Soyapango de junio a septiembre del 2024.

**Tabla 2:** Comorbilidades en adultos mayores que consultaron en USI Unicentro Soyapango, de Junio a Septiembre del 2024

Comorbilidad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión	46	66%
Diabetes mellitus tipo II	23	33%
Insuficiencia renal	1	1%
Cáncer	0	0%
Hipotiroidismo	0	0%
Hipertiroidismo	0	0%
TOTAL	70	1

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos de creación propia dirigida a adultos mayores consultantes en USI Unicentro Soyapango de junio a septiembre del 2024.

La hipertensión y la diabetes mellitus son las comorbilidades más prevalentes, con un 66% y un 33% de los casos respectivamente. La insuficiencia renal equivale a un 1% de los casos. No se reportaron casos de cáncer, hipotiroidismo o hipertiroidismo en esta población.

### Objetivo 3:

Definir el nivel de dependencia en adultos mayores según Test de Barthel

**Tabla 3:** Nivel de Dependencia en adultos mayores, según el índice de Barthel, que consultaron en USI Unicentro Soyapango de junio a septiembre del 2024.

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje %
0-20: Dependencia total	0	0%
21-60: Dependencia severa	0	0%
61-90: Dependencia moderada	8	11%
91-99: Dependencia escasa	11	16%
100: Independencia	51	73%
TOTAL	70	100%

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos sobre el nivel de dependencia del adulto mayores utilizando el Índice de Barthel.

Se observa que, de un total de 70 pacientes, la independencia representa un 73% (51 pacientes), la dependencia escasa conforma el 16%, representando 11 pacientes, la dependencia moderada con un 11% representa una total de 8 pacientes, la dependencia severa presenta un 0% y la dependencia total con 0% de población

## V DISCUSIÓN

La depresión afecta física y mentalmente a las personas por lo que es catalogada como un problema de salud mental a nivel mundial, los resultados obtenidos en la investigación permiten establecer similitud o diferencia respecto a otros estudios, los cuales se presentan a continuación.

De acuerdo a los resultados obtenidos, de la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada la cual es una herramienta que utiliza criterios como el estado de ánimo, la capacidad para enfrentar problemas, la pérdida de interés en actividades habituales, la energía y la concentración para clasificar el nivel de depresión, en adultos mayores incluidos, el 94.29% (66 adultos mayores) de las personas encuestadas se obtuvo puntuaciones entre 0-5 por lo que se clasificaron en un rango normal, mientras que con la minoría, 5.71% (4 personas); sus resultados fueron entre 6-10, catalogándose como depresión moderada.

La escala de Yesavage permite tamizar a los adultos mayores basándose en preguntas de índole positivos, y también negativos, los cuales se basan en algunos de los síntomas de depresión contemplados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5), de éstos, el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades; fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimiento de inutilidad.

Esta escala facilita el detectar a usuarios que inician o se encuentran con cuadro depresivo y de esta manera sean evaluados con mayor profundidad y dar un manejo personalizado a cada uno de ellos.

El hecho de detectar un mayor porcentaje de pacientes considerados dentro de 0 a 5 puntos como rango normal, es decir sin nivel de depresión, no debe hacer suponer que no estén en riesgo para desarrollarlo, aún más considerando que según está descrito que el 20% de las consultas médicas son generadas por algún trastorno relacionado con la depresión, que para esta investigación el motivo de consulta era por otras causas, a pesar de ello con el 5.71% de los pacientes encontrados con depresión moderada hace suponer la importancia de la utilización de la Escala de Yesavage como una herramienta de tamizaje en el primer nivel de atención para una atención integral del adulto mayor.

Con respecto al objetivo donde se indagó acerca de las comorbilidades presentes la población de estudio, encontrándose que el 66% de los adultos mayores padecen de hipertensión arterial, seguido de un 33%, que equivale a 23 personas, padecen diabetes mellitus tipo 2, y 1% presenta insuficiencia renal crónica, lo cual les predispone a sufrir de depresión; estos hallazgos son similares en estudios realizados, donde enfermedades físicas presentes en los ancianos, así como los fármacos utilizados en su tratamiento, son a menudo responsables de depresiones secundarias por el hecho que son pacientes en tratamiento y control. La depresión es más frecuentemente subdiagnosticada y subtratada en adultos mayores 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 ellos viven.

Los pacientes con diagnóstico de alguna comorbilidad como la hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2, perciben la cronicidad de su afección, tomando en cuenta los cambios que tendrán que realizar en su vida para no presentar complicaciones; o cuando estas aparecen se desarrollan cuadros depresivos; específicamente, se

reporta una asociación significativa entre los años de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 con la depresión debido a la aparición de complicaciones, como neuropatía diabética, nefropatía, retinopatías y en ocasiones, amputaciones de alguna de sus extremidades. Pacientes con enfermedad renal crónica, que, dependiendo su estadio, deben someterse a diálisis o hemodiálisis y esto aumenta su sufrimiento, lo que disminuye su calidad de vida, presentan, además, trastornos cardiovasculares, musculoesqueléticos y psicosociales que afectan a su capacidad física y funcional. Diversos estudios han demostrado que, en este tipo de pacientes, también se presentan síntomas como ansiedad y estrés, los cuales contribuyen con el desarrollo del estado depresivo. (14).

En relación con el tercer objetivo, mediante el empleo del índice de Barthel, el cual ayuda a medir la capacidad de una persona para realizar actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia, con respecto; se observó que el 73% de los encuestados (51 usuarios) se encontraron en un nivel de completa independencia para poder realizar sus actividades diarias básicas como alimentarse, el aseo personal, poder vestirse, ir al sanitario sin necesitar ningún tipo de apoyo de otra persona. El 16% de los usuarios (11 personas) se ubican en una categoría de dependencia escasa, es decir necesitan de ayuda mínima, ya sea verbal o física, para realizar actividades cotidianas, como por ejemplo subir o bajar escaleras, o deambular.

El 11% (8 personas) comprende la categoría de dependencia moderada, es decir que son usuarios que necesitan ayuda con ciertas actividades cotidianas, esto puede deberse a si el usuario presenta patologías o alguna limitación física. Este último grupo requerirá no solo del apoyo de familiares sino también de contar con apoyo psicológico, y de otros profesionales como fisioterapeutas que les permita mantener un estado emocional óptimo dado que la disminución en la capacidad funcional conlleva al sedentarismo, la inmovilidad, la discapacidad, el aumento del riesgo de sufrir o agravar enfermedades crónicas no transmisibles, y por consiguiente a la problemática psicosocial que se centra en la pérdida de un rol social y económico, la baja

autoestima, la improductividad y en el aislamiento, el cual se considera un factor importante asociado con depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravar el cuadro si el usuario ya lo padece.

La depresión es un problema que merece atención y acción para mejorar la salud integral del adulto mayor, es una tarea complicada ya que existen algunas limitantes, iniciando por escala de depresión geriátrica abreviada o de Yessavage, la cual es una prueba de tamizaje para depresión, más no garantiza diagnóstico certero de esta, por lo que es importante pesquisar a todo adulto mayor, aplicando también escalas que miden la capacidad funcional de las personas como el índice de Barthel, de esta manera, si se encuentra algún síntoma de depresión, el adulto mayor sea tratado de manera oportuna por un equipo multidisciplinario..

## VI CONCLUSIONES

El nivel de depresión en adultos mayores de 60 a 70 años de la población de estudio, un 5.71% corresponde a depresión moderada que requieren una atención especializada multidisciplinaria que vaya enfocada en disminuir el grado de depresión encontrado, esto debido a que se sienten inútiles, o han dejado de realizar alguna actividad o interés que en su momento disfrutaban, al contrario, un 94.29% no sufren de depresión y se clasifican en rango normal de acuerdo con la escala aplicada.

En las comorbilidades en adultos mayores, se evidenció que un 66% padecen de hipertensión arterial, seguido de un 33% con diabetes mellitus tipo 2 y 1% con insuficiencia renal. Por lo tanto, se infiere que tener una patología de base, es un factor de riesgo para desarrollo de depresión en este grupo etario.

Con base al estudio realizado el hecho de padecer una enfermedad puede desarrollar una limitación física, económica y un deterioro emocional del adulto mayor, que puede desencadenar cierto nivel de dependencia y necesitar, ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, que a largo plazo propician el desarrollo de depresión en el adulto mayor.

## VII RECOMENDACIONES

**Evaluación Regular de la Depresión:** Implementar evaluaciones regulares de salud mental para identificar tempranamente síntomas depresivos, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal.

**Educación continua:** Proveer educación sobre la importancia del control de enfermedades crónicas y su relación con la salud mental.

**Programas de Rehabilitación:** Implementar programas de rehabilitación física para mejorar la independencia funcional de los adultos mayores, especialmente aquellos con dependencia escasa o moderada.

**Actividades de Vida Diaria:** Fomentar la participación en actividades de la vida diaria que promuevan la autonomía y el bienestar físico.

**Estudios Longitudinales:** Realizar estudios longitudinales para monitorear la evolución de la salud mental y física en adultos mayores, permitiendo ajustes en las intervenciones según sea necesario.

### **Nutrición y Salud:**

Ofrecer asesoramiento nutricional personalizado, especialmente para aquellos con diabetes e hipertensión. Organizar talleres de cocina saludable adaptados a las necesidades dietéticas de los adultos mayores con enfermedades crónicas.

### **Estimulación Cognitiva:**

Desarrollar programas de estimulación cognitiva para mantener y mejorar las funciones mentales, como juegos de memoria, rompecabezas y actividades de aprendizaje. Fomentar el uso de tecnologías de la información adaptadas a adultos mayores para mantener la mente activa.

**Apoyo Social y Comunitario:**

Crear redes de apoyo comunitario, incluyendo programas de voluntariado donde los adultos mayores puedan participar activamente. Implementar un sistema de "compañeros" donde adultos mayores más independientes apoyen a aquellos con mayor dependencia.

**Manejo del Estrés y Técnicas de Relajación:**

Ofrecer talleres sobre técnicas de manejo del estrés, como meditación y mindfulness. Proporcionar sesiones de terapia ocupacional para ayudar a los adultos mayores a adaptarse a los cambios en sus capacidades.

## VIII FUENTES DE INFORMACIÓN

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM 5), 5° Madrid, Editorial Médica Panamericana 2014.
2. Rodriguez-Vargas M, Pérez-Sánchez L, Marrero-Pérez Y, Rodríguez-Ricardo A, Pérez-Solís D, Peña-Castillo Y, et al. Depresión en la tercera edad. Revista Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2022;26. [consultado el 08 de abril de 2024] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552022000100024](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024)
3. psicologiasuayed. Epidemiología de la Depresión [Internet]. Psicología Clínica. 2017. [consultado el 09 de abril de 2024] Disponible en: <https://psicologiasuayed.wordpress.com/2017/04/14/epidemiologia-de-la-depresion/>
4. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana. 2018 Oct 16;29(3):182.
5. Peña-Solano D, Herazo-Dilson M, Calvo-Gómez J, Depresión en ancianos. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2009; p 57:347–355. [consultado el 09 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/5763/576363912007.pdf>.
6. Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE, Palacio Acosta CA. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 5ª ed. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. p 178.

7. Gomez M. La guía definitiva para entender y abordar la escala de depresión geriátrica Yesavage: Cómo identificar, evaluar y brindar apoyo efectivo a nuestros adultos mayores - Mentalidad Sana [Internet]. 2023. [consultado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://mentalidadsana.es/escala-de-depresion-geriatrica-yesavage/>
8. Ministerio de Salud. Norma técnica de atención integral en salud a la persona adulta mayor. Misnisterio de Salud. San Salvador, 2020. p 39.
9. Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE, Palacio Acosta CA. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 5ª ed. Medellin, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. p 474.
10. Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE, Palacio Acosta CA. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 5ª ed. Medellin, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. p 475
11. María Intriago, Rosa Leones, Ruth r Bergmann. Depresión y dependencia funcional en los adultos mayores del centro geriátrico “Futuro Social”. Universidad Técnica de Manabí, Ecuador, Ciencias de la Salud [Internet]. 08 de septiembre de 2022;8(3): p 6-8.
12. SAMIUC [Internet]. Indice de Barthel | SAMIUC; [consultado el 27 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.samiuc.es/indice-de-barthel/>.
13. Ministerio de Salud. Norma técnica de atención integral en salud a la persona adulta mayor. Ministerio de Salud. San Salvador, 2020. p 45.
14. Danielli Rocca JJ, Solano Guillen YE. Estados depresivos en pacientes con enfermedades . Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 2022 [citado el 21 de

septiembre de 2024];38(1). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252022000100016](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100016)

15. Ege Ağırman Mehmet Ziya Gençer, et al. Depression and Loneliness Levels among the Older People, a Comparison between Living Alone, Living with Family or Living at Nursing Home, *COntemp Med* 2017; 7(3): 234-240 [URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/360468>]
16. Siu Long Lee, Eiluned Pearce, Olesya Ajnakina, The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study, *The Lancet*, Vol 8 January 2021 [DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30383-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30383-7)]
17. arza-Sánchez, R.I., González-Tovar, J., Rubio-Rubio, L. & DumitracheDumitrache, C.G. (2020). Loneliness in older people from Spain and Mexico: a comparative analysis. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 106-116 [DOI: <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.6>]
18. 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. [DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)]
19. Kevser Isik RN, PhD, Ceyda Başoğul RN, PhD, Hilal Yildirim RN, PhD The relationship between perceived loneliness and depression in the elderly and influencing factors, *perspectives in Psychiatric Care* Wiley. [DOI: <https://doi.org/10.1111/ppc.12572>]

20. María Euladys Aray Intriago RMML, editor. Depresión y dependencia funcional en los adultos mayores del centro geriátrico “Futuro Social”. Vols. 8, núm. 3. Dom. Cien., ISSN: 2477-8818; 2022

21. Zavala-González MA, Posada-Arévalo SE, Cantú-Pérez RG. DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE ANCIANOS DE VILLAHERMOSA, MÉXICO. Archivos en Medicina Familiar. octubre-diciembre 2010;12(Num,4):116–26. DOI: <https://www.redalyc.org/pdf/507/50719097003.pdf>

## IX ANEXOS

### Anexo 1.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA



Yo \_\_\_\_\_paciente objeto de estudio de esta investigación, de edad entre 60 a 70 años; certifico que he sido informado(a) y se me ha instruido con claridad respecto al ejercicio académico que me han invitado participar y también se me ha explicado que toda la información que proporcione será para fines académicos y será de carácter anónimo; por lo tanto actúo consciente, libre y voluntariamente como colaborador(a), que todo lo que responda será con veracidad y para fines de estudio, respetando la confidencialidad e intimidad de la información suministrada.

¿Aceptas los términos anteriores? Escoge una de las opciones siguientes:

Sí acepto \_\_\_\_\_

No acepto \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2.**

### **Datos de básicos del paciente:**

#### **INSTRUCCIONES.**

A continuación, se presenta una serie de preguntas de carácter anónimo, realizada con fines académicos. Abarcando temática “Depresión en adultos mayores de 60 a 70 años en USI Unicentro Soyapango en el periodo de Junio a Septiembre del 2024”. Marque con un x la opción u opciones que considere conveniente.

#### **PARTE I. Datos personales**

Expediente:

Edad:

Sexo:

Femenino \_\_\_

Masculino \_\_\_

#### **Escolaridad:**

Ninguna

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Universitario

#### **2-Cuál de las siguientes enfermedades padece? Seleccione según corresponda.**

- Hipertensión arterial \_\_\_\_\_
- Diabetes mellitus tipo II \_\_\_\_\_
- Hipotiroidismo \_\_\_\_\_
- Hipertiroidismo \_\_\_\_\_
- Enfermedad renal \_

### Anexo 3. Escala de Depresión geriátrica abreviada

#### Escala de depresión geriátrica abreviada

Instrucciones: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la última semana.

	PREGUNTA		
1	¿Está Ud., 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 Ud., 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 Ud., quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	si	no
10	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	si	no
11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	no
12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud., actualmente?	si	no
13	¿Se siente lleno de energía?	si	no
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	si	no
15	¿Cree Ud., que las otras personas están en general, mejor que Usted?	si	no
Sume todas las respuestas SI en mayúsculas o NO en mayúsculas			
o sea: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0			
			TOTAL : _____

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15.

Las respuestas correctas son negativas en los ítems: 1, 5, 7, 11 y 13.

Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

0 - 5: Normal

6 - 10: Depresión moderada

Más de 10: Depresión severa

## Anexo 4. Test de Barthel

### Test de BARTHEL

**Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)**

**Población diana:** Población adulta mayor con dependencia transitoria o permanente

**Objetivo:** Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems.

El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos.

A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia.

Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son: - 0-20 dependencia total - 21-60 dependencia severa - 61-90 dependencia moderada - 91-99 dependencia escasa - 100 independencia

Comer		
10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona
Lavarse – bañarse –		
5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin

		estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión
<b>Vestirse</b>		
10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	
<b>Arreglarse</b>		
5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda
<b>Deposición</b>		
10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por si solo

5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro
Micción - valorar la situación en la semana previa -		
10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente Ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
Ir al retrete		
10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena . Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda ( puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar

		el retrete
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor
<b>Trasladarse sillón/cama</b>		
15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran Ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado
<b>Deambulación</b>		
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña

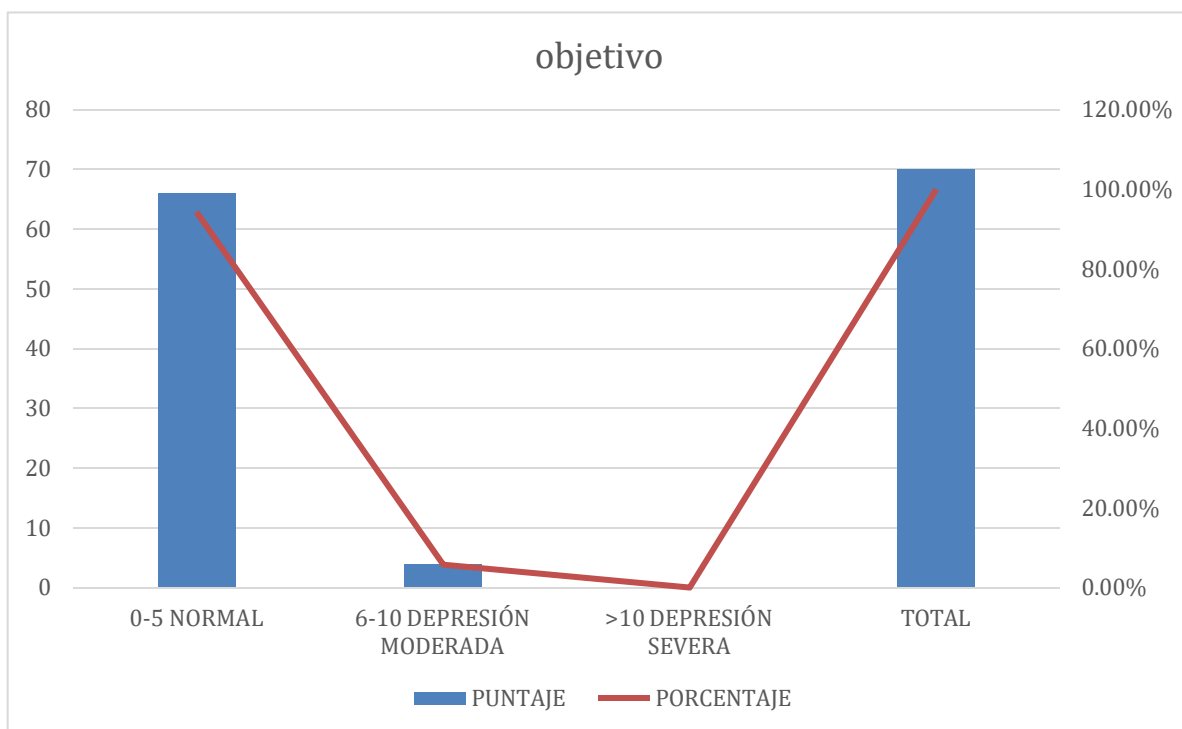
		ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro
<b>Subir y bajar escaleras</b>		
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)
Fecha		
Puntuación total		

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeiti

## Anexo 5

1- Establecer el nivel de depresión en adultos mayores según escala de depresión geriátrica abreviada.



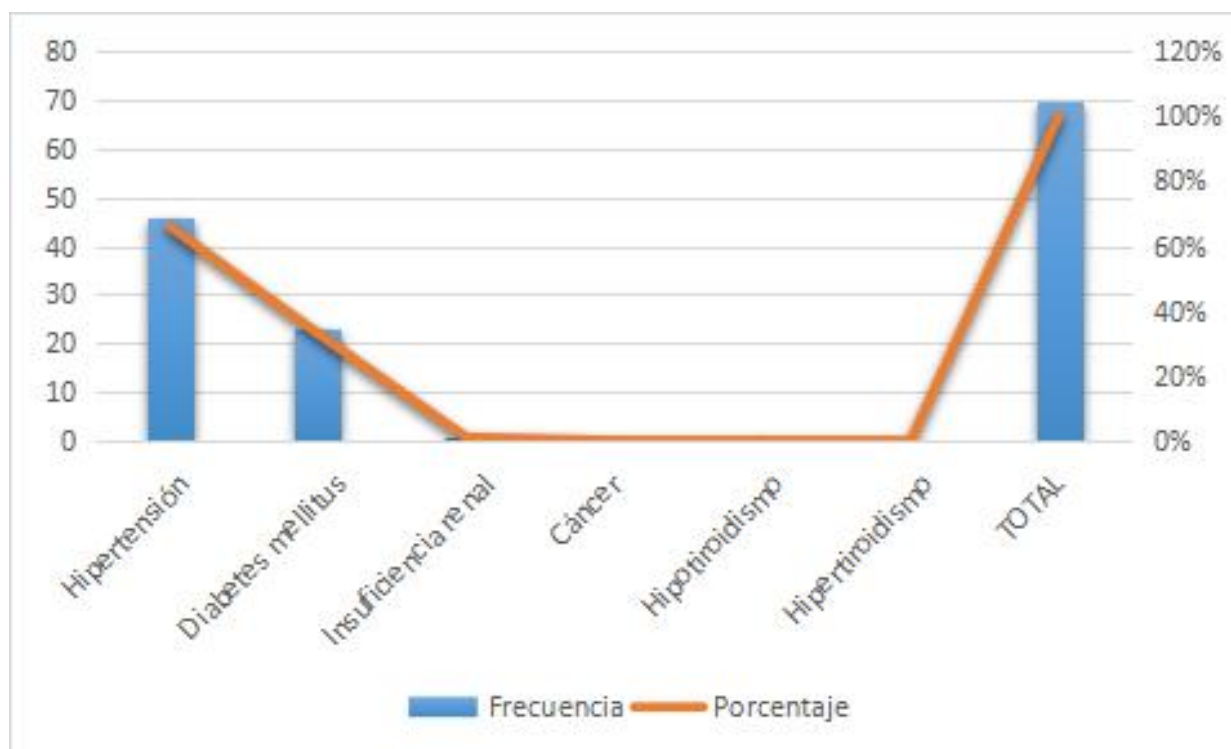
**Fuente:** Datos obtenidos de adultos mayores de 60 a 70 años de USI Unicentro, Soyapango, Septiembre 2024.

## Anexo 6

Objetivo 2: Determinar las comorbilidades que influyen en el desarrollo de depresión en la población de estudio USI Unicentro Soyapango

### Anexo #

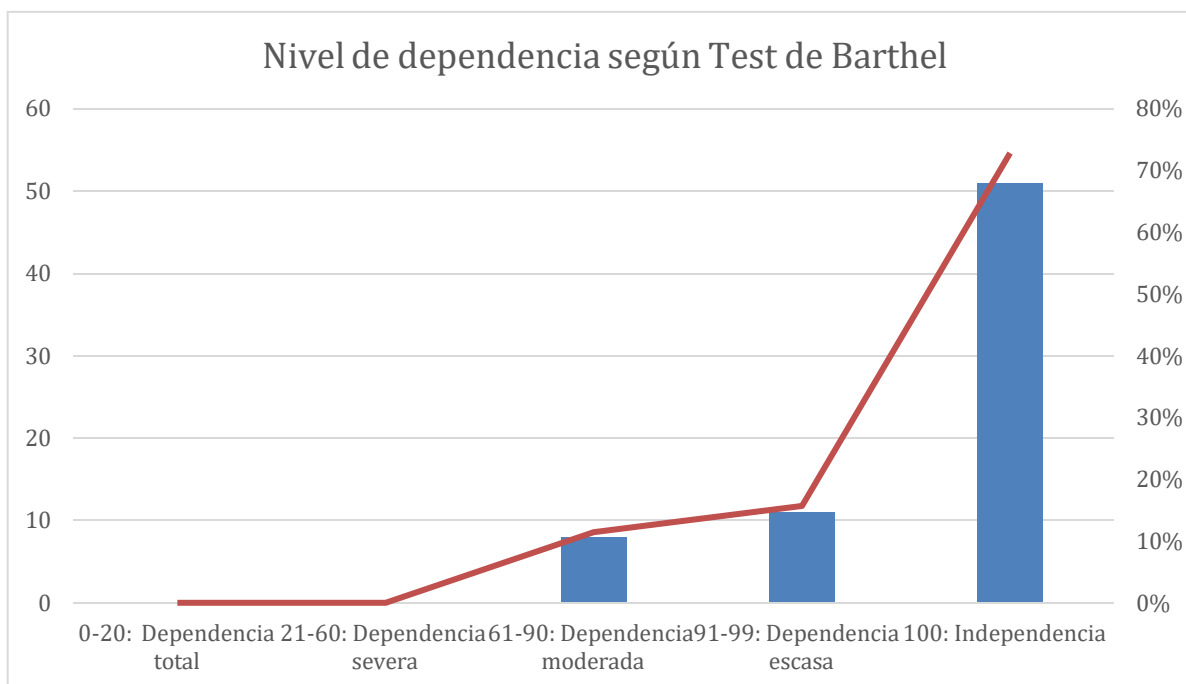
- Establecer el nivel de depresión en adultos mayores según escala de depresión geriátrica abreviada.



**Fuente:** Datos obtenidos de adultos mayores de 60 a 70 años de USI Unicentro, Soyapango, Septiembre 2024.

## Anexo 7

Tabla #3: Definir el nivel de dependencia en adultos mayores según Test de Barthel



**Fuente:** datos obtenidos de adultos mayores de 60 a 70 años de USI Unicentro, Soyapango, septiembre 2024.

## Anexo 8

### RESULTADOS ESCALA GERIATRICA DE DEPRESION ABREVIADA

PREGUNTA	SI	PORCENTAJE	NO	PORCENTAJE
¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	64	91.40%	6	8.60%
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	24	34.30%	46	65.70%
¿Siente que su vida está vacía?	0	0%	70	100%
¿Se siente aburrido frecuentemente?	33	47.80%	37	52.20%
¿Está de buen ánimo la mayoría del tiempo?	50	71.40%	20	28.60%
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	6	8.70%	64	91.30%
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	33	47.80%	37	52.20%
¿Se siente con frecuencia desamparado?	1	1.50%	69	98.50%
¿Prefiere quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	40	58%	30	42%
¿Siente que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	10	14.30%	60	85.70%
¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	69	98.60%	1	1.40%
¿Se siente inútil o despreciable como está usted, actualmente?	1	1.40%	69	98.60%
¿Se siente lleno de energía?	32	47.10%	38	52.90%
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	0	0%	70	100%
¿Cree usted, que las otras personas están en general, mejor que usted?	30	42.90%	40	57.10%

### RESULTADOS ESCALA GERIATRICA DE DEPRESION ABREVIADA