

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MEDICAS



“Soledad y depresion en adultos mayores del Centro Atención de día del Adulto Mayor Roma”.

Informe final de tesis de grado presentado por:

Dr. Carlos Alfonso Quintanila Umaña

Para optar al Título de Especialista en:

Psiquiatría y Salud Mental.

Asesores:

Dra. Antonieta Sandoval

Dr. Wilson Avendaño.

San Salvador, El Salvador, junio de 2023.

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|----------------------------|----|
| Resumen | 3 |
| Introducción | 4 |
| Planteamiento del problema | 6 |
| Justificación | 7 |
| Objetivos | 8 |
| Hipotesis | 9 |
| Marco teórico | 10 |
| Métodos | 20 |
| Resultados | 24 |
| Discusión | 31 |
| Conclusiones | 32 |
| Recomendaciones | 33 |
| Referencias | 35 |
| Anexos | 39 |

RESUMEN:

Antecedentes: la depresión es la principal enfermedad mental discapacitante a nivel mundial (OMS, 2021), la población adulto mayor no es la excepción y con ellos la soledad junto con los cambios que se generan en esta etapa de la vida, pueden contribuir al desarrollo de dicha patología; según los estudios. **Objetivo:** Determinar la incidencia de soledad y depresión en la población adulto mayor del centro atención de día del adulto mayor “Roma”.

Métodos: se trabajó con la población de adultos mayores que acuden al centro de día del adulto mayor ubicado en la colonia Roma de San Salvador, en los meses de septiembre a noviembre de 2022. La población participante no tenía diagnóstico de trastorno mental en el último año y se clasificaron en base a sexo, edad, estado civil e información sociodemográfica relevante. Posteriormente, se utilizó una escala de tamizaje para **soledad** de ESTE-R y la escala de depresión del adulto mayor de Yesavage de 15 puntos. **Resultados:** Las personas incluídas en el estudio no tienen un diagnóstico de trastorno depresivo mayor en el último año y fueron documentadas a través de los instrumentos. La incidencia de síntomas depresivos en la población estudiada es baja, del 100% de las personas, únicamente se obtuvo un 13.89% (n=10), y estos se encontraron en síntomas depresivos leves. La soledad conyugal fue el puntaje mas alta, donde el 100% de los afectados son viudos.

El autor del presente estudio no tiene ningún tipo de conflicto de interés, el estudio es autofinanciado, y las principales limitantes del mismo fueron la disminución de asistentes secundario al temor generado por la pandemia COVID-19. Sumado a ello el no poder incluir todos los centros de día de adultos mayores con los que cuenta el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

INTRODUCCION.

Cuando se habla del envejecimiento poblacional, es importante incluir el tema en el ámbito de salud, en donde la especialidad de psiquiatría no es la excepción; debido a que en la actualidad corresponde dar respuesta a las nuevas necesidades y demandas de la dinámica demográfica y al aumento de la demanda de servicios de salud por parte del adulto mayor.

En El Salvador se contextualiza que la población de personas mayores ronda alrededor del 11% y de esa minoría, una pequeña parte goza de los servicios del seguro social.

El aumento en la esperanza de vida del devenir histórico de la sociedad ha generado que este grupo poblacional aumente considerablemente, trayendo consigo problemas de salud relacionados con la edad. Por lo anterior, es una meta que existan las normas adecuadas y justas con respecto a la capacidad de brindar atención y servicios que se sumen al bienestar en este grupo etario.

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes dentro de la población adulta mayor, afectando aproximadamente al 7% de de las personas mayores en todo el mundo. (3).

De acuerdo con el boletín de envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud, en el 2050 el número de personas mayores de 65 años de edad será superior al de niños menores de 14 años.

El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que muchas veces pregona la marginación social, haciéndolos sentir cómo personas que ya no tienen valor significativo para los demás, inclusive en la familia. Por lo tanto, pueden llegar a sufrir la experiencia de vivir su autoestima en decadencia, que los puede llevar a sentimientos de soledad y síntomas depresivos. (4)

Entre los muchos problemas que afrontan los adultos mayores, la soledad es uno de los más dolorosos ya que afecta de forma negativa la salud física y mental, aumentando con ello el riesgo de depresión. Sullivan definió la soledad como “la

experiencia mas dolorosa de todas las experiencias humanas, que ocurre cuando no se satisface la necesidad de intimidad”.

La pérdida de la pareja, la jubilación y el miedo a la inminente muerte generan que esta población tenga que afrontar muchos procesos adaptativos, eso genera sintomas que hacen cuestionar la dinámica del día a día, aunado a la disminución de las habilidades y capacidades para la resolución de problemas y adaptabilidad dentro del sistema, generando las características típicas de esta crisis vital.

La depresión y la soledad pueden ser características que se conviertan en un círculo vicioso, en donde la segunda puede generar pensamientos de vacío y desesperanza; a largo plazo causando depresión.

Se ha demostrado que la depresión es más común en personas mayores que viven solas que las que viven con su familia (cónyuge o hijos) y viviendo en un hogar de personas mayores (5).

Ante la realidad descrita, se busca que la población mayor, tenga los espacios necesarios y estimulantes para el desarrollo de sus capacidades físicas y mentales, dando especial énfasis a la parte de la socialización; que es la que permite crear vínculos y establecer oportunidades.

A nivel de país se cuenta con una “Ley de Atención Integral Para La Persona Adulta Mayor de El Salvador”. Creada en 2007, en el *artículo doce de la sección cuatros* menciona la importancia de la atención integral que deben brindar las diferentes intituciones, includio el sector salud.

Este estudio muestra los hallazgos realizados sobre depresión y soledad en la población de personas mayores que asisten al centro atención de día del adulto mayor “Roma” de septiembre a noviembre del 2022, en donde se describe la incidencia o no de depresión y que tipo de soledad es mayoritaria en la población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La soledad y la depresión son elementos que pueden generar un declive en la salud de la población mayor, con repercusiones a nivel físico y mental. Dando pauta a trastornos afectivos graves que podría generar conductas suicidas.

La identificación de soledad y depresión en el adulto mayor es un reto. No deben ser vistas como características propias del envejecimiento, al contrario; deberán de investigarse y relacionarse con características sociodemográficas acompañantes que podrían estar influyendo de manera negativa.

Comprender como cada uno de los elementos condicionan la salud de las personas mayores es de utilidad para generar nuevas normas y estrategias terapéuticas de intervención eficaces, especialmente para todos aquellos que no asisten a controles de enfermedades metabólicas y unicamente asisten a actividades no medicas dentro del sistema de salud.

JUSTIFICACION.

La vejez es una etapa de la vida que genera mayor demanda para el sistema de salud debido a la prevalencia las diferentes enfermedades crónico degenerativas, dado el aumento en la esperanza de vida.

Al ser una etapa vital de crisis de la vida, puede desencadenar sentimientos de soledad en la población adulta mayor; influyendo en muchos casos en cuadros afectivos como la depresión.

Dicha enfermedad genera alteraciones dentro del bienestar de la persona mayor, que podría condicionar a complicaciones en cuadros crónico degenerativos de base y generar conductas suicidas. Actualmente la depresión abarca un 7% de la población de ancianos a nivel mundial (OMS, 2017). Por lo anterior y por ser una población creciente necesitará estrategias e intervenciones continuas por parte de los equipos de salud mental.

Actualmente no hay estudios dentro de la institución para la población de personas mayores que abarquen síntomas de depresión y/o soledad en aquellos que asisten a los centros atención de días del adulto mayor; es por ello la importancia de la realización de este estudio en población sin tamizaje.

OBJETIVOS.

Objetivo general.

- Determinar la incidencia de soledad y depresión en la población adulto mayor del centro atención de día del adulto mayor “Roma”.

Objetivos específicos.

- Describir perfil clínico y características sociodemográficas de las personas mayores que asisten al centro atención de día del adulto mayor “Roma”.
- Determinar la incidencia de depresión en el adulto mayor que asiste al centro atención de día Roma, mediante la escala de YESAVAGE de 15 puntos.
- Definir la incidencia de soledad la población adulta mayor que asiste al Centro atención de Día del Adulto Mayor, según la escala modificada de ESTE-R.

HIPOTESIS:

Hipotesis de investigación:

La depresión y la soledad es incidente dentro de los adultos mayores que asisten al Centro de Día del Adulto Mayor Roma.

Hipotesis nula:

La depresión y la soledad no es incidente dentro de los adultos mayores que asisten al Centro de Día del Adulto Mayor Roma.

MARCO TEORICO.

El envejecimiento es un proceso heterogéneo de deterioro fisiológico que se da en todos los seres vivos de forma gradual a través del tiempo. Esto puede ocurrir a ritmos diferentes. De acuerdo con Lugo (2016), el envejecimiento es un proceso en el que los individuos de una especie comienza a presentar una disminución en la totalidad de sus funciones.

En el informe Mundial sobre Envejecimiento presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), se informó que los diferentes cambios que ocurren durante la vejez no son lineales ni uniformes, pues muchos de los mecanismos de este proceso son de forma aleatoria. Lo anterior, podría explicar el hecho de porque algunas personas llegan a envejecer con la capacidad de ser independientes en la gran mayoría de sus tareas cotidianas, mientras que otros necesitan de cuidados específicos y en ocasiones de cuidadores para desarrollarse.

Sobre los cambios ocurridos durante la vejez, es después de los 60 años cuando aparecen las grandes cargas de discapacidad y muerte, producidas en gran medida por la pérdida de audición, visión y movilidad asociada a la edad y las enfermedades no transmisibles (OMS, 2015). Generando en este grupo etario cambios fisiológicos, sociales y psicológicos.

Cambios fisiológicos: el sistema inmune se ve disminuido con respuesta a una mayor cantidad de infecciones que pueden predisponer a ingresos hospitalarios recurrentes. Muchos adultos mayores tienen disminuidas la capacidad de movilización y disfunción en la capacidad de equilibrio y orientación, generando alteraciones en el componente psicológico que podría en un futuro condicionar a cuadros depresivos con sentimientos de soledad.

Hay una menor capacidad visual y auditiva, lo que puede predisponer al temor al ambiente, desconfianza y aislamiento por vergüenza de mostrar estos defectos que podrían generar mayor dependencia.

Cambios sociales:

Los adultos mayores están expuestos a eventos que suelen generar una enorme transformación en sus relaciones sociales cotidianas, haciéndolos más vulnerables a la soledad. Hay una gran pérdida de su rol social, al dejar de ser parte de la población activa, pueden llegar a enfrentar una desvalorización de sus capacidades, de sus creencias y tradiciones debido a que muchas de ellas pueden ser vistas como anticuadas por los miembros jóvenes del medio con el cual se desenvuelven.

En este sentido, se pueden encontrar diversos factores asociados con este sentimiento: el género, la edad, la situación laboral, el nivel de estudios, los recursos económicos, el estado de salud y residir en el medio rural o en el urbano (4). Entre todos ellos destacan dos factores de riesgo fundamentales: la defunción de la pareja y el deterioro de la salud (5).

El estado civil tiene una fuerte relación con la soledad; las personas que no están casadas son más propensas a sentirse solas, y los viudos, separados y divorciados expresan un mayor sentimiento de soledad que aquellos que se encuentran casados.

De igual manera, la edad se relaciona con la soledad: a mayor edad, mayor es el sentimiento de soledad, y los adultos mayores de 80 años son los más vulnerables a la soledad.

Las discapacidades físicas y las enfermedades mentales son desencadenantes del sentimiento de soledad, sobre todo si viven solas (6), esto implicaría que salud y soledad están asociadas de forma negativa. Además, algunas investigaciones han ahondado en estos componentes, indicando que esta relación se produce en sentido inverso, siendo la soledad un factor de riesgo para que la salud empeore.

El sentimiento de soledad se ha definido a lo largo del tiempo de diferentes maneras, siguiendo a Perlman y Peplau (1981), es una experiencia desagradable que ocurre cuando la red de relaciones sociales de la persona es deficiente en algún aspecto importante, cuantitativa o cualitativamente (7).

Por otra parte para De Jong Gierveld (1987), la población sufre la soledad al percibir déficit en determinadas relaciones; por ejemplo, cuando su número resulta más escaso del que consideran deseable o no son las mismas a las que solían estar acostumbradas en un pasado. De igual manera se consideran alteración en las relaciones a aquellas que no aportan la intimidad que necesitan para el momento del tiempo determinado.

Es importante diferenciar el sentimiento de soledad de otros términos relacionados que, en ocasiones, pueden haber sido considerados sinónimos, por ejemplo, vivir solo no es necesariamente indicativo de soledad, al mantenerse igualmente en contacto social frecuente y una participación social activa en las organizaciones comunitarias.

La soledad se puede clasificar en dos tipos: objetiva, como aquella en la que hace falta un familiar cercano o compañero de vida y subjetiva (sentimiento desagradable), que se suscita a pesar de la situación de estar rodeadas de personas, familiares o amigos. (13)

Por otro lado, es importante también diferenciar el sentimiento de soledad de la experiencia de "estar a solas". Esta última refleja un estado de aislamiento social que implica un distanciamiento voluntario de la propia red social que le rodea, mientras que la soledad es involuntaria y se asocia estrechamente con los déficits en la calidad percibida de las interacciones sociales que se poseen, generando sentimientos negativos.

Una adulto mayor que haya dejado de ser activa y que se encuentre aislada socialmente de los demás acabará por sufrir en la mayoría de los casos un deterioro funcional y físico, manifestado en última instancia por el deterioro cognitivo y de la salud en general (Rubio, 2004).

Cada día aumentan de manera proporcional más las cifras de adultos mayores que viven solos, dentro de una casa hogar o asilo. Manifiestando síntomas asociados a la soledad, ya que muchas veces no cuentan con red de apoyo adecuada que permita orientar a la persona y brinde información. Esto se relaciona con depresión,

suicidio y diversos e importantes problemas de salud (Cardona, Villamil, Henao y Quintero, 2007).

La soledad en la vejez puede ser un factor de riesgo de serios problemas de salud mental como la depresión.

Depresión en el adulto mayor:

La depresión es el trastorno afectivo de mayor recurrencia en el adulto mayor, y una de las principales causas de consulta medica aún cuando su presencia en muchas ocasiones puede pasar desapercibida. Según la OMS ronda el 7% de prevalencia en la población mundial

En otros casos se considera que hablar del envejecimiento y la población de personas mayores es hablar de cuadros que involucren deterioro cognitivo y/o demencia. Dicha situación no es así, algo que puede ser comprobado a través de la encuesta nacional de salud de la población mexicana del 2017. En ella se menciona que el deterioro cognitivo forma parte del 7% de la población adulto mayor, la demencia abarca el 8%; pero el dato interesante e importante de la misma reveló que el 17.9% de las personas mayores cursa con depresión.

La depresión disminuye de forma sustancial e importante la calidad de vida del adulto mayor y puede generar discapacidad. Un deterioro en la salud aboga hacia un ánimo deprimido.

Diagnosticarlo es un reto, pero aquellos adultos mayores que pasan irritables la mayor parte del tiempo, tienen pobre adherencia a tratamiento de sus enfermedades crónicas y no gustan asistir a sus controles de salud periódicos; podrían cursar con síntomas depresivos que generan pensamientos de desesperanza y minusvalía, factores de riesgo importantes para que esta población cometa suicidio. Algo que es frecuente y no se toma en consideración para el estudio y abordaje oportunos.

Epidemiología: los estudios epidemiológicos parecen mostrar una perspectiva falsa de prevalencia en adultos mayores debido a que en parte los síntomas

psiquiátricos son expresados en términos somáticos con mayor frecuencia y tienen mayor reticencia a reconocer síntomas psiquiátricos, en especial aquellos que involucren una carga afectiva.

La depresión en la población mayor muestra un menor grado de asociación con el sexo femenino, invirtiendo la proporción en aquellos adultos mayores de las categorías más altas (por edad), encontrando una mayor asociación con el estado civil de divorcio o separación conyugal, nivel socioeconómico bajo, y problemas de enfermedades crónicas degenerativas (enfermedad neuronal, endocrina, respiratoria, tumoral y cardíaca) que condicionan incapacidad y dependencia por parte de alguien más. Cuando la depresión coincide con enfermedades que pueden producir insomnio, anergia o pérdida de apetito/peso la dificultad para diagnosticarla puede ser mayor.

Los síntomas, como la tristeza o sensación de inutilidad, pueden ser somatizados por el paciente adulto mayor. La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión.

La negativa de muchos pacientes a ser diagnosticados con depresión para eludir el estigma que pudiera caracterizar el diagnóstico y la ver como “normales” o atribuir los síntomas depresivos a circunstancias desafortunadas de la vida, que son entendidas como normales e inevitables, resultan también en un grave obstáculo para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor.

Diagnostico del riesgo suicida en la depresión del adulto mayor:

El riesgo suicida se asocia a los siguientes factores que ayudan a identificarlos en las pesquisas respectivas: varones solos con acceso a armas de fuego, con enfermedades terminales, aislamiento del medio social que les rodea, descuido personal, abuso de sustancias, cambios inexplicables en el patrón de alimentación o sueño, abandono de actividades que solían ser placenteras, quejas físicas frecuentes, comentarios frecuentes sobre el suicidio, el sentido de vida o la muerte, que acaben de poner en orden cuestiones legales como testamentos.

La presencia de varios de los factores descritos asociados a un diagnóstico de depresión geriátrica obliga a una exploración específica y adecuada del riesgo suicida.

Existen algunos estudios que han encontrado asociaciones significativas entre la soledad y la depresión; sin embargo, autores como Theeke (8), consideran que la soledad es un constructo psicológico que va separado de la depresión.

En una investigación con adultos mayores ya jubilados se encontró que no todos los que se sienten solos llegan a deprimirse, pero si pudieron concluir que la soledad es un factor predisponente y potencial de riesgo para la depresión (9).

Paúl, et al. (25), encontraron que los adultos mayores con trastornos depresivos presentaban mayor número de enfermedades físicas que aquellos mentalmente sanos, pero no es claro si la enfermedad física era la causa o la consecuencia de los trastornos mentales y que quienes reportaban mayores niveles de soledad fueran quienes no tenían pareja, lo que sugiere que sólo una estrecha relación íntima puede amortiguar la soledad y la depresión

Lo anterior porque la depresión según la OMS es la principal causa de incapacidad en salud mental en el ser humano, cuando esta se experimenta en esta etapa de la vida en virtud de factores que la amplifican, como el declive en la capacidad de reserva, los escasos recursos financieros y dependencia económica, afecta las relaciones sociales y acelera los procesos de enfermedad (Moss, Scogin, Di Napoli y Presnell, 2012).

Un estudio realizado por Alpass y Neville (2003) tuvo como objetivo establecer la relación entre soledad, apoyo social, depresión y salud física en 217 adultos mayores varones. Las posibles relaciones entre estas variables se analizaron considerando el sexo, ingreso, educación, estado civil, vivir solo, número de enfermedades crónicas, tamaño de la red social, satisfacción con el apoyo social y salud percibida.

El análisis mostró una relación significativa entre la depresión y la soledad: cuando los participantes percibían una mayor soledad, alcanzaban puntajes más elevados de depresión, lo que sugiere que el aislamiento social puede influir en la experiencia de la misma. El vivir solo no se asoció con los puntajes de depresión, pero al momento de establecer la interacción entre el vivir solo y la soledad, los puntajes de depresión asociados con la primera de esas variables fueron mayores en aquellos que se sentían solos, en comparación con aquellos que no se sentían así (12).

Escalas para evaluar soledad y depresión en el anciano.

Una de las escalas más difundidas para la medición de la depresión geriátrica, es la *Geriatric Depression Scale (GDS)* de Yesavage, creada en 1982. Previo al desarrollo de la misma, antes se utilizaban la mayoría de las escalas diseñadas y validadas en población joven, aplicándolas en adultos mayores, sin contemplar las diferencias necesarias que deben de existir por grupo etareo.

La escala fue creada como una herramienta para ser utilizada en atención primaria, con el fin de identificar síntomas de depresión en adultos mayores. Con ello se tendría el primer paso para poder referir a las personas con los profesionales de salud mental y hacer el diagnóstico y tratamiento adecuado.

La versión original del instrumento quedó conformada por 30 items, con opciones de respuesta dicotómicas (sí/no) con respecto a como se ha sentido la persona en al menos las dos ultimas semanas. Se diseñó para ser autoaplicado o con ayuda de alguien más, leyendo las preguntas a la persona y coméntandole que la respuestas solo deben ser sí y no; en este caso el entrevistador no debe realizar interpretaciones sobre ninguno de los items expuestos. Además es una escala validada y utilizada en países como México, Colombia y Costa Rica, entre otros.

El contenido se centra en aspectos cognitivo y conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor. El autor omitió preguntas sobre sexualidad e ideación suicida, porque consideró que las mismas podrían generar interpretaciones erróneas y resistencia en los entrevistados.

Existen varias versiones, pero para el presente estudio se aplicará la versión de 15 ítems que fue creada en 1986. 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. Esta escala se ha aprobado en personas mayores sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado en los diversos contextos como el comunitario, hospitalario y hogares (asilos).

En relación a la validación psicométrica de la escala, el instrumento obtuvo elevados índices de sensibilidad (84%) y especificidad (95%), presentando adecuadas evidencias de validez concurrente con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. Un punto de corte mayor o igual a 15; y del 100% y 80% respectivamente.

La escala de interpretación se describe según el puntaje de cada pregunta que equivale a un punto en caso de ser afirmativo o negativo (según sea el caso).

- 1-4 puntos: se considera normal, sin síntomas depresivos.
- 5-8 puntos: indica la presencia de síntomas depresivos leves.
- 9-10 puntos: indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
- 11-15 puntos: indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Mas de 11 puntos tiene alta probabilidad de trastorno depresivo

Escala ESTE para soledad.

La escala ESTE I fue diseñada para medir la soledad en personas mayores. Este instrumento ha sido usado para evaluar los déficits que se presentan en el soporte social del adulto mayor (tanto familiar, conyugal como social), así como en el sentimiento que estas situaciones pueden provocar (crisis existencial).

Los ítems que componen el instrumento proceden de escalas objetivas y de probada eficacia tales como la UCLA, la ESLI, la SELSA y la escala de Satisfacción Vital de Philadelphia y fueron seleccionados en base a su capacidad para explicar la varianza de una serie de indicadores subjetivos de soledad como son la

autopercepción del nivel de soledad, la percepción del nivel de apoyo social recibido y el nivel de satisfacción con los contactos sociales.

Esta escala consta de 34 ítems de tipo Likert con 5 opciones de respuesta, cuya puntuación oscila entre 1 y 5 (1=Totalmente en desacuerdo, 2=Parcialmente en desacuerdo, 3=No tiene una opinión definida o depende de las circunstancias, 4=Parcialmente de acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo). Los ítems de la escala abarcan diferentes aspectos del concepto de soledad, como la tenencia de amigos, los sentimientos de pertenencia a la familia o de amor por el cónyuge]. Los ítems de la escala se agrupan en cuatro factores: ***soledad familiar, soledad conyugal, soledad social, crisis existencial.***

Revisión 2010, ESTE-R

Durante administraciones anteriores de la escala, se observaron problemas debidos a una ambigua comprensión de algunos ítems o a interpretaciones erróneas de estos que provocaban una puntuación errónea de los mismos. Por ello, se modificaron aquellos ítems con más probabilidades de generar errores durante la aplicación del instrumento. Para evitar en la medida de lo posible que las puntuaciones obtenidas por los sujetos de la muestra reflejaran estos errores en lugar de diferencias individuales entre ellos, también se realizó un cambio en las afirmaciones de la escala de puntuación, en lugar de preguntar si están de acuerdo o no con la afirmación del ítem, se pregunta por la frecuencia, de manera que ahora las opciones de respuesta son: 1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Alguna vez, 4=A menudo y 5=Siempre. (14)

Centro de día del adulto mayor (CAD), ISSS.

Es un programa que busca la integración de las personas mayores una vez hayan llegado a la fase de transición de dejar de ser una población económicamente activa. Funcionan a través de espacios físicos en donde las personas mayores a través de la socialización, pueden desarrollar actividades recreativas, vocacionales y de terapia ocupacional. Garantizando la promoción en salud de una vida con buena calidad.

Estos espacios permiten garantizar que la población mayor se mantenga activa y goce de una buena salud física y mental.

El primero de los CAD se creó en la colonia Roma, en el 2005. Actualmente hay reportadas la existencia de 7 centros. 4 ubicados en el departamento de San Salvador, 1 en La Libertad, 1 en San Miguel y en Santa Ana. Los horarios de atención son de lunes a viernes de 8 a 4pm.

El centro escogido para la realización del estudio está integrado en la Unidad medica 15 de septiembre y coordinado con una licenciada en trabajo social junto con el apoyo de la junta directiva de dicho centro. Conformada por 5 personas que se eligen cada dos años, según votación.

Dentro de los servicios con los que cuenta esta espacio destacan los talleres de puntillismo, aeróbicos, tai-chi, bordados. Cuentan con apoyo de psicología y fisioterapia una vez al mes, con charlas impartidas y dirigidas a personas mayores.

El financiamiento para excursiones o servicios de Tv e internet, proviene de fondos obtenidos por ventas internas.

Los requisitos para formar parte del programa son: ser persona mayor de 60 años, ser independiente de las funcionalidad y llevar copia de DUI.

METODOS.

Se programaron visitas durante la semana en el horario matutino al centro atención de día del adulto mayor (CAD) ubicado en la colonia Roma. Se determinó la cantidad de casos según el sexo, edad, estado civil e información sociodemográfica de relevancia.

Procedimiento para la recolección de datos: A través de un instrumento general que permitió obtener datos sociodemográficos de cada uno de los participantes. (Anexo 2)

Se informó e invitó a participar a cada una de las personas mayores a través de información general e individualizada. De manera individual se utilizó un consentimiento informado que firmaron una vez estuvieron de acuerdo a participar. En el mismo se detalló la información con respecto a la participación, objetivos, beneficios, riesgos y como se iba a manejar la confidencialidad. Las dudas que resultaron fueron aclaradas de manera general e individual. Si la persona no cumplía los criterios de inclusión o no deseaba participar se daba por concluida la entrevista.

Se explicó que el llenado de los instrumentos sería de manera autoaplicada, pero a aquellas personas que presentaran dificultad o cansancio para el llenado, se les apoyaría. Con el fin de no perder la participación de los mismos.

Posteriormente, se utilizó la escala de depresión de YESAVAGE de 15 puntos. Se utilizó la escala abreviada, para poder reducir tiempo y que la misma fuera más entendible para las mayorías.

Esta es una escala creada en 1986 que permitirá categorizar los síntomas depresivos del adulto mayor. Calificandoles según el puntaje:

- 0-4 puntos: se considera normal, sin síntomas depresivos.
- 5-8 puntos: indica la presencia de síntomas depresivos leves.
- 9-10 puntos: indica la presencia de síntomas depresivos moderados.

- 11-15 puntos: indica la presencia de síntomas depresivos graves

Y se utilizó la escala de soledad ESTE R: una escala con 34 items de las cuales se derivan 5 categorías de posibles respuestas. En esta escala se evalúan: **Soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y crisis existencial.**

La información recabada se ingresó en una matriz de epi info y a partir del mismo se hicieron tablas que permitieron organizar, clasificar y resumir datos de relevancia para el estudio con la finalidad de poder informar sobre los datos obtenidos y con ello la elaboración de los gráficos.

Las tablas permiten registrar los datos y/o valores de las variables a estudiar en la población adulta mayor.

Los gráficos a utilizar son circulares y de barras, acompañado de la referencia para cada uno de ellos.

Una vez graficados los datos, se hizo el análisis de resultados que permitió la elaboración de las conclusiones y recomendaciones en base a los objetivos planteados al inicio del estudio, con respecto a la prevalencia de soledad y/o depresión en las personas mayores.

Tipo de estudio.

Observacional/Descriptivo Transversal.

1.1 Diseño general.

Se desarrolló entre las fechas de septiembre a noviembre de 2022 con la información recabada a partir de la recolección de datos en la población de adultos mayores que asisten al Centro atención de Día “Roma”. Para ello se obtuvieron los siguientes permisos:

- Departamento de psiquiatría, jefatura de docencia, departamento de investigación y asesor.
- Aval del director de la Unidad Medica 15 de septiembre, quien es el responsable del centro en donde se realizó el estudio y de la encargada de CAD Roma.

- **Descripción y operativización de las variables.**

| Variable | Definición | Valor | Indicadores | Tipo de variable. |
|---------------------|--|--------------|---|--------------------------|
| Edad | Tiempo de vida que presenta una persona, desde su nacimiento hasta el presente. Medible en años. | Nominal | 60-70 años 71-80 años. 81-90 años. >90 años | Cuantitativa. |
| Sexo | Conjunto de las peculiaridades que caracterizan a los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética. | Nominal | Femenino Masculino | Cualitativo. |
| Estado civil | Corresponde a la situación familiar de una persona, haciendo énfasis en su estado actual. | Nominal. | Soltero/a. Casado/a. Viudo/a. Acompañad o/a Divorciado/a | Cualitativo |

| | | | | |
|--------------------------------|--|------------|---|--------------|
| Nivel educativo | es el nivel de educación más alto que la persona tiene y adquirido con el devenir de los años. | Nominal | Primaria. Secundaria. Bachillerato. Universitario | Cualitativo. |
| Comorbilidades médicas. | Ocurrencia simultánea de dos o más enfermedades en una misma persona. | Categórica | Sí. No | Cualitativo. |
| Depresión | trastorno mental, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfruta, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias. | Categórica | Sin depresión. Síntomas leves. Síntomas moderados. Depresión severa. | Cualitativo |
| Soledad | Entendiéndola desde dos puntos, soledad objetiva y soledad subjetiva. La primera se refiere a la falta de compañía y la segunda a la experiencia del | Categórica | Soledad familiar. Soledad Conyugal. | Cualitativo. |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | individuo a pesar de contar con personas a su alrededor. | | Soledad social. Crisis Existencial | |
|--|--|--|---|--|

Universo de estudio.

Personas mayores de 60 años que asisten al centro atención de día del adulto mayor del ISSS, ubicado en la colonia Roma de San Salvador. Son 120 adultos mayores inscritos, según el reporte brindado por la coordinadora de dicho centro que data de diciembre de 2021. Se realiza una reunión con la encargada del centro de día en donde define 72 adultos mayores como población activa hasta julio del 2022.

Selección y tamaño de muestra.

Se trabajo con una muestra representativa con respecto al universo, debido a que la población activa es menor a 100, la muestra es igual al universo. El muestreo por conveniencia se obtuvo a partir de realizar la inmersión al centro de día durante al menos 3 veces por la semana, realizando un promedio de 3 participantes diarios. Obteniendo con ello un total mensual de 36 personas, en dos meses se llegó al muestreo total, es decir, 72 personas mayores.

Criterios de inclusión.

- Personas mayores de 60 años sin diagnóstico de trastorno depresivo en el último año, por parte de un psiquiatra y que asisten al centro atención de día del adulto mayor del ISSS en la colonia Roma.
- Personas que sean capaces de comprender y asimilar cada una de las preguntas brindadas, ya sea de manera individual o con ayuda por parte del investigador.
- Adultos mayores de 60 años cumplidos, que deseen participar de manera voluntaria y que hayan firmado previamente el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas menores de 60 años de edad que se encuentren dentro del centro de día.
- Adultos mayores que actualmente cursen con una pérdida de un familiar cercano, generando un sesgo dentro de los datos obtenidos.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 72 personas mayores que asisten al centro de atención de día del adulto mayor CAD "Roma" ubicado en la colonia Roma de San Salvador, durante los meses de septiembre a noviembre. Las personas incluidas en el estudio no tienen un diagnóstico de trastorno depresivo mayor en el último año y fueron documentadas a través de los instrumentos de "Escala de depresión de Yesavage de 15 puntos" y Escala de Soledad Este-R.

En su mayoría, las personas correspondieron al género femenino en un 72.22% (n=52) vrs masculino con un 27.78% (n=20). La media de edad para todos los casos fue de 70 años (rango 60 a 70 años), los cuales pertenecen en su mayoría al género femenino 74.36% (n=29), a diferencia del género masculino con un 25.64% (n=10). En cuanto al estado civil se observó que un 45.83%(n=33) de las personas estaba casado/a, lo cual podría considerarse como un factor protector (de apoyo). En cuanto a las enfermedades crónicas asociadas, un 75%(n=54) las padece y de esas un 52.78% (n=38) corresponde al género femenino. Lo anterior considerado como un factor de riesgo para generar una enfermedad mental y/o manifestar síntomas de soledad debido a la negativa de la enfermedad.

La incidencia de síntomas depresivos en la población estudiada es baja, del 100% de las personas, unicamente se obtuvo un 13.89% (n=10), siendo la población del sector femenino la incidente.

La persona que puntuó 14 puntos, equivalente a síntomas depresivos graves, se refirió a salud mental de la unidad medica 15 de septiembre.

| CARACTERISTICAS | Total |
|--|--|
| Edad (años) <ul style="list-style-type: none"> - 60-70 (%) - 71-80(%) - 81-90 (%) | 72 personas. 39 (54.17) 25 (34.72) 8 (11.11) |
| Sexo: <ul style="list-style-type: none"> - Masculino (%) - Femenino (%) | 20 (27.78) 52 (72.22) |
| Estado civil: <ul style="list-style-type: none"> - Soltero (%) - Acompañado (%) - Casado (%) - Divorciado (%) - Viudo (%) | 9 (12.50) 6 (8.33) 33 (45.83) 8 (11.11) 16 (22.22) |
| Escolaridad: <ul style="list-style-type: none"> - Primaria (%) - Secundaria (%) - Bachillerato (%) - Universidad (%) | 11 (15.28) 6 (8.33) 30 (41.67) 25 (34.72) |
| Vive con: <ul style="list-style-type: none"> - Con desconocidos (%) - Solo (%) - Familiares cercanos (%) | 0 (0) 15 (20.83) 57 (79.17) |
| ¿Padece alguna enfermedad crónica?: <ul style="list-style-type: none"> - Sí (%) - No (%) | 54 (75) 18 (25) |

| | |
|--|----------|
| ¿Ha sido diagnosticado con depresión en el último año? | |
| - Sí (%) | 0 (0) |
| - No (%) | 72 (100) |

Tabla 1: Características epidemiológicas, demográficas de las personas mayores que asisten al centro de día Roma.

Fuente: investigación sobre soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor Roma.

Tabla 2: escala de depresión para adultos mayores de 15 puntos.

| Características clínicas | Total |
|--|--------------|
| Escala de depresión de Yesavage (15 puntos). | 72 personas. |
| - Sin síntomas depresivos (0-4 puntos) | 62 (86.11%). |
| - Síntomas depresivos leves (5-8). | 9 (12.50%). |
| - Síntomas depresivos moderados (9-10). | 0% |
| - Síntomas depresivos graves. | 1 (1.39%). |

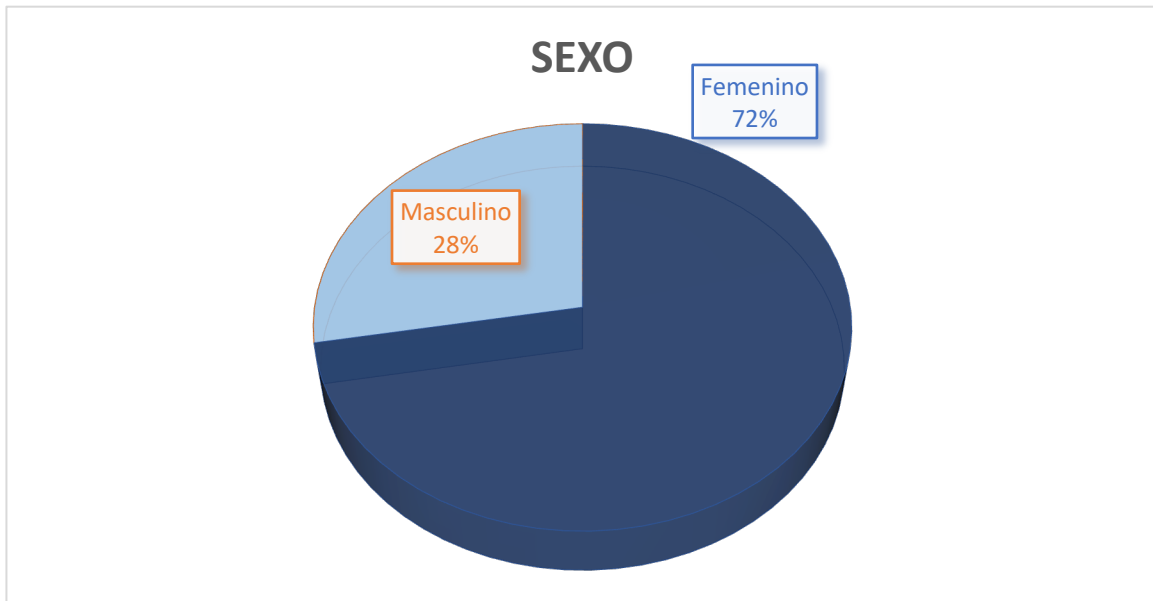
Fuente: investigación sobre soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor Roma.

Tabla 3: escala de soledad ESTE-R.

| Características/Categorías | Baja (%) | Moderada (%) | Alta (%) | Total. |
|----------------------------|------------|--------------|------------|--------|
| Soledad Familiar | 66 (91.67) | 6 (8.33) | 0 (0) | 72 |
| Soledad Conyugal | 32 (44.44) | 19 (26.39) | 21 (29.17) | 72 |
| Soledad Social | 58 (80.56) | 14 (19.44) | 0 (0) | 72 |
| Crisis existencial. | 54 (75) | 18 (25) | 0 | 72 |

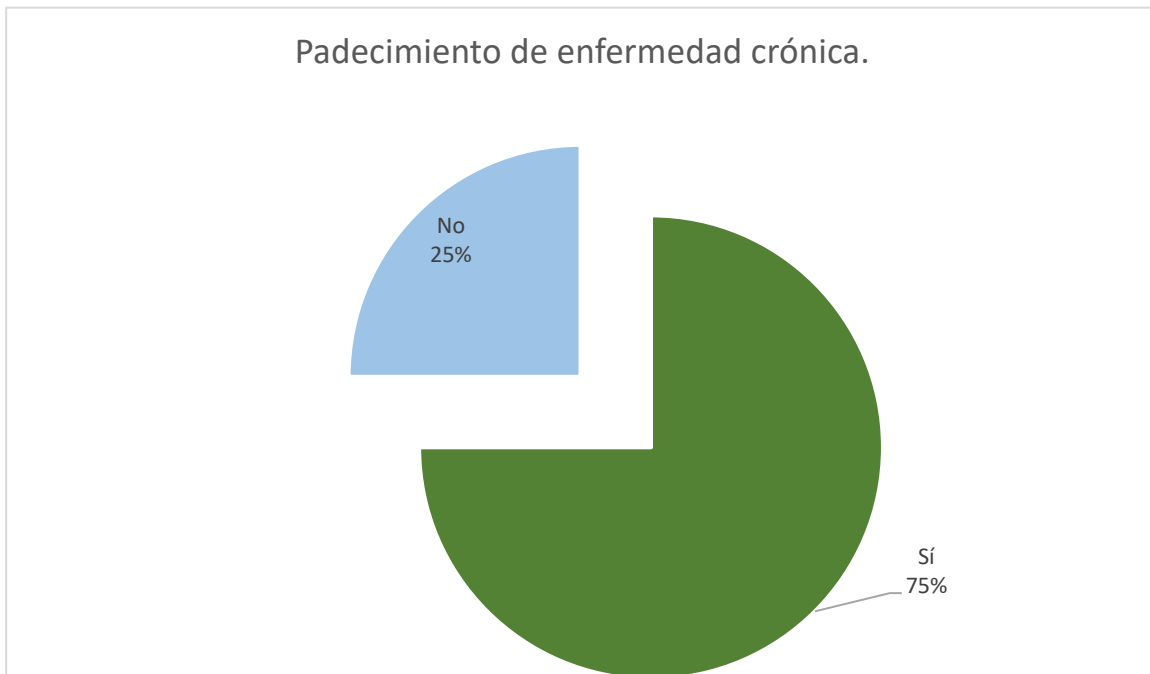
Fuente: investigación sobre soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor Roma.

Gráfico 1.



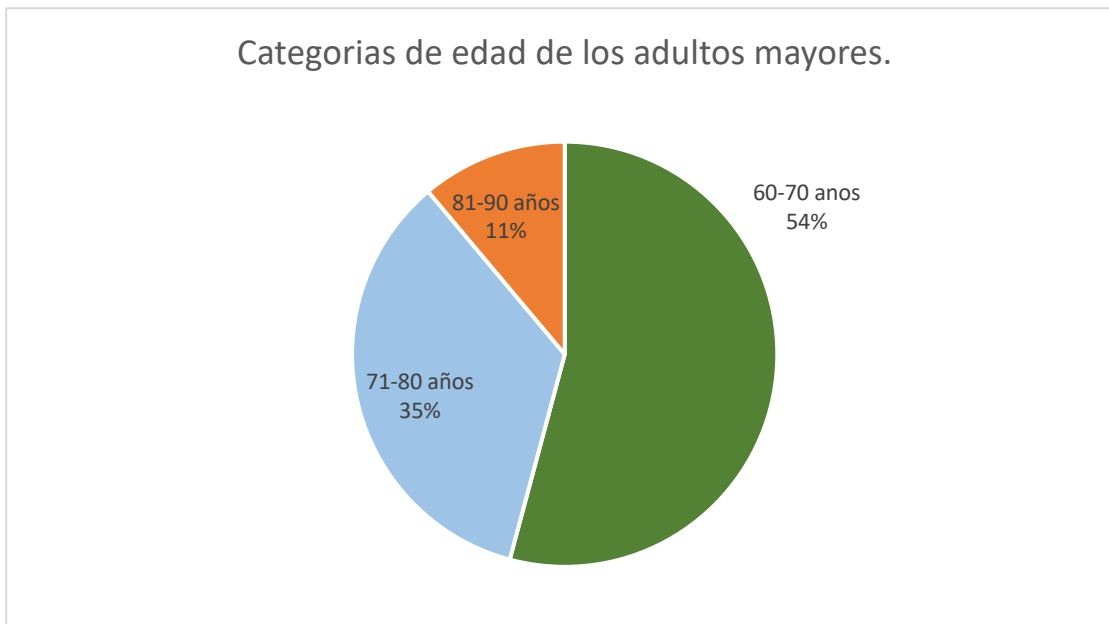
Fuente: investigación sobre soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor Roma.

Gráfico 2.



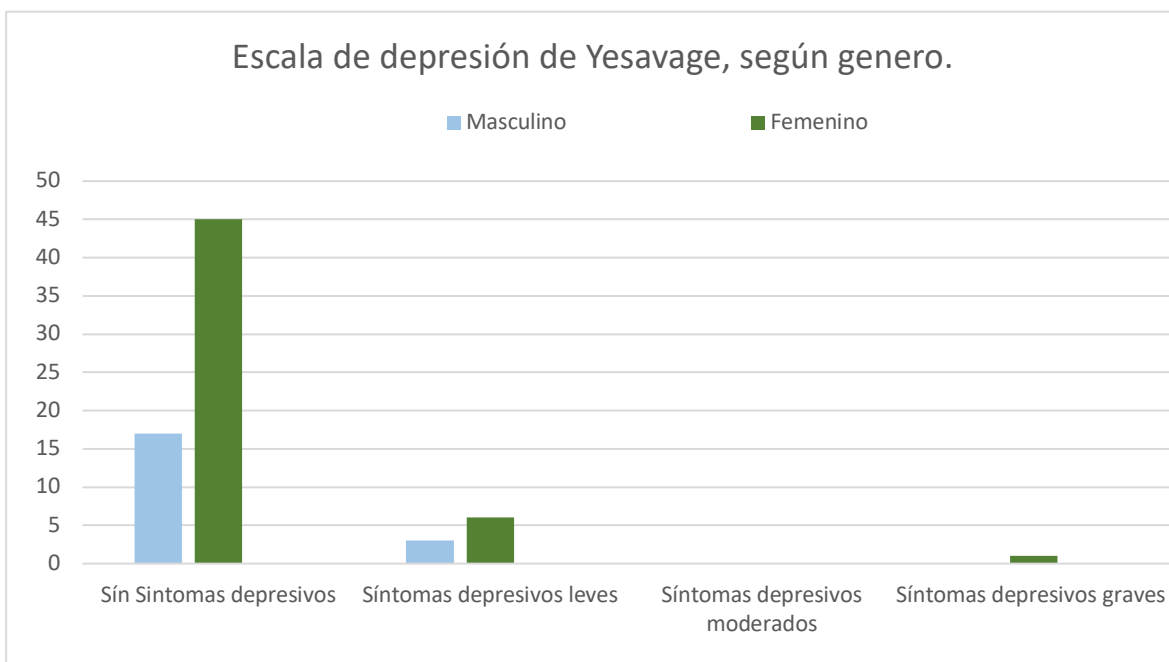
Fuente: investigación sobre soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor Roma.

Gráfico 3.



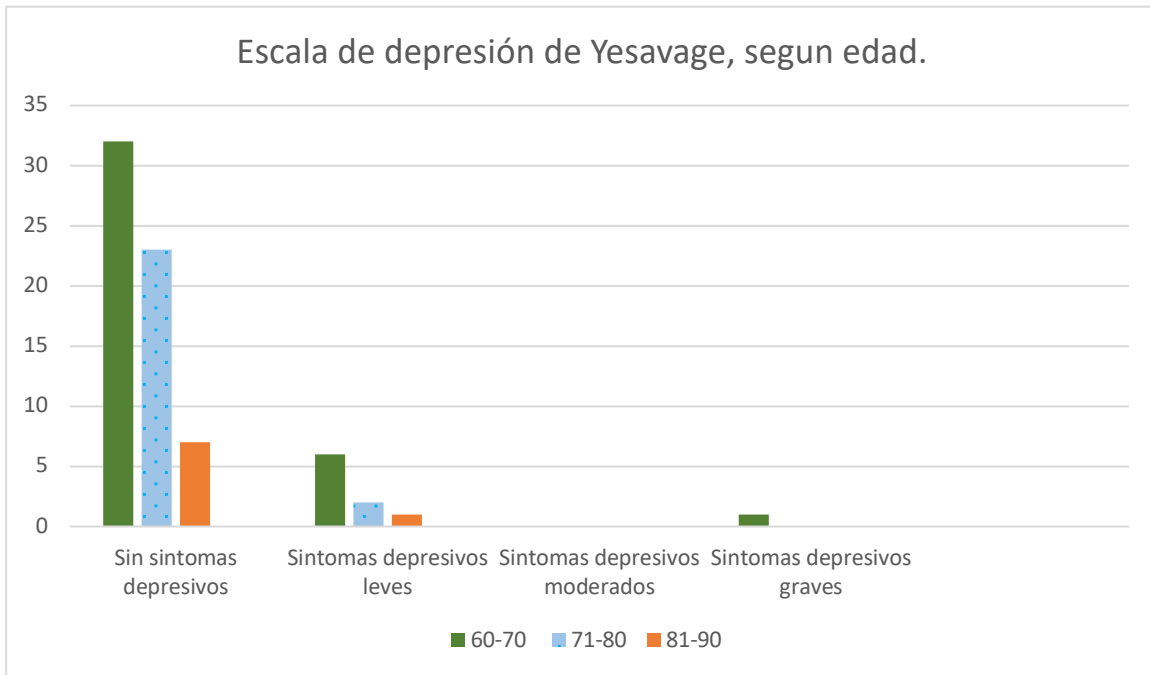
Fuente: investigación sobre soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor Roma.

Gráfico 4.



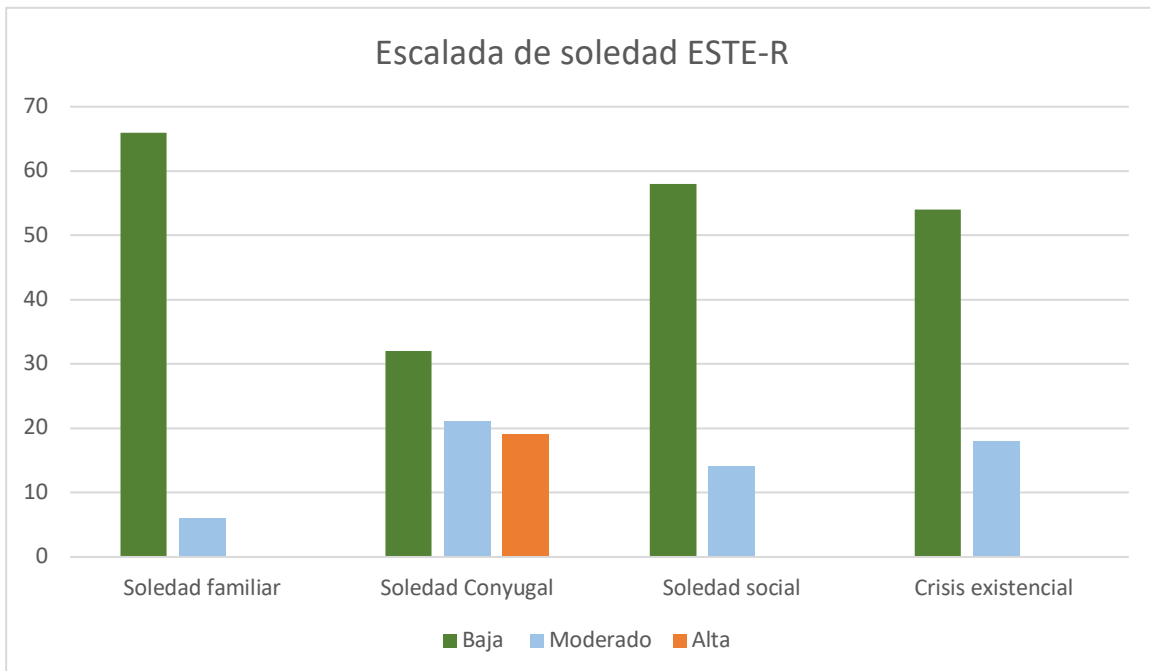
Fuente: investigación sobre soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor Roma.

Gráfico 5.



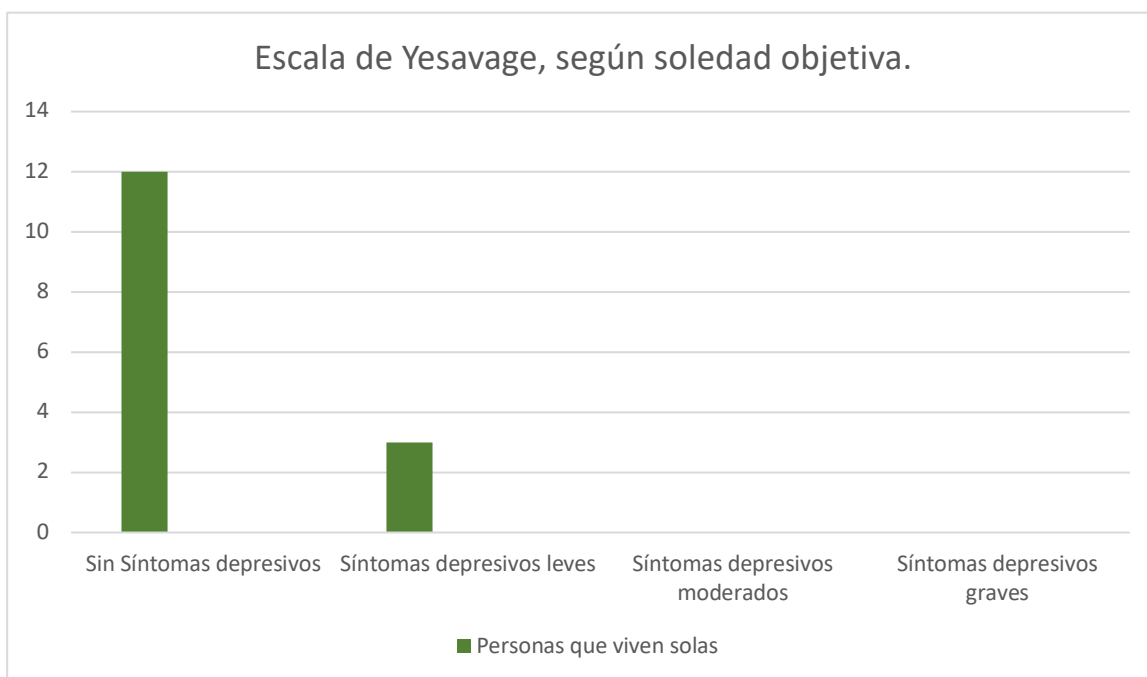
Fuente: investigación sobre soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor Roma.

Gráfico 6.



Fuente: investigación sobre soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor Roma.

Gráfico 7.



Fuente: investigación sobre soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor Roma.

DISCUSION DE RESULTADOS.

A partir de los resultados obtenidos, del presente estudio, se observa la baja incidencia de síntomas depresivos en la gran parte de personas que asisten al CAD Roma, a partir de ello, se concluye la importancia que dicho centro cumple en las funciones de recreación y sociabilización, importantes para el desarrollo de las personas mayores, en su salud física y mental.

Las personas mayores pueden pasar por una crisis vital (desencadena por factores sociales como la vejez, la jubilación) que podría desestructurar sus quehaceres diarios y con ello ser factor predisponente para síntomas depresivos y síntomas de soledad.

Muchos estudios han corroborado la importancia de la socialización en las personas mayores, tanto como de manera física como para el desarrollo y mantenimiento de la salud mental. Toda aquella persona mayor que no socialice está predispuesto a alteraciones fisiológicas como mentales y de la cognición.

En el grupo estudiado tampoco se encuentran síntomas correlacionados a los grupos de soledad, más allá de la soledad conyugal encaminándose a probabilidad alta en un tercio de la población. La soledad conyugal encontrada se debe a que el 100% de las 21 personas que puntuaron como valor alto se encuentran viudos.

Otros resultados obtenidos que resulta interesante y se muestran en la gráfica 7, es el hecho que del 100% de las personas que viven solas, el 80% cursa sin síntomas depresivos. Y del 100% de las personas que viven solas, el 67% no cursa con una patología crónica degenerativa. Esto, contradice en cierta medida a la teoría propuesta por la escuela americana de psiquiatría.

Por lo anterior, la hipótesis que se cumple dentro del trabajos es la hipótesis alternativa. Es decir, la depresión y la soledad son incidentes dentro de los adultos mayores que asisten al centro atención de día del adulto mayor Roma, sin embargo no se encuentran dentro de los niveles que involucren psicopatología.

CONCLUSIONES.

- No hay evidencia de cuadros depresivos en el 86% de la población mayor que se encuentra dentro del centro atención de día CAD Roma.
- La población beneficiada dentro del CAD Roma son aquellas entre los 60-70 años, es decir, a los que se les considera viejos jóvenes.
- Las personas mayores que asisten al CAD Roma cuentan con una buena red de apoyo que permite que los mismos no tengan características asociadas a la soledad familiar y soledad social.
- Los centros de día del adulto mayor son una ventana hacia la socialización y al desarrollo de la salud mental en todas aquellas personas que se encuentran dentro de un proceso de transición del desarrollo de las actividades diarias.
- El acompañamiento entre los adultos mayores minimiza el riesgo de adolecer trastornos psiquiátricos.

RECOMENDACIONES.

Al Gobierno Central:

- Velar por el cumplimiento de la “Ley de Atención Integral Para La Persona Adulta Mayor de El Salvador” y hacer modificaciones respectivas; en donde se incluya el componente de salud mental como parte de la cartera de servicios a los cuales podrá acceder la población mayor en los diferentes departamentos.
- Fomentar la intervención de construcción de redes para promover la adaptación después de la pérdida del cónyuge, jubilación, partida de hijos, para las personas mayores vulnerables.
-

Al Instituto Salvadoreño del Seguro Social:

- Promover campañas en medios de comunicación sobre los resultados y beneficios que podría conllevar la involucración de las personas mayores a los diferentes Centros de Día del Adulto Mayor con los que cuenta la institución.
- Fortalecer el continuo funcionamiento de los diferentes centros de día del adulto mayor con los que cuenta la institución salvadoreña del seguro social.
- Generar campañas que incentiven a las especialidades médicas a la referencia de personas mayores que podrían beneficiarse de este tipo de programas, en miras de mantener y/o mejorar su condición física y mental.
- Realizar estudios de locales, para obtener datos y con ello permitir la apertura de nuevos centros de día del adulto mayor en al menos cada departamento de la república de El Salvador.
- Fomentar una ley integral en pro del desarrollo y mantenimiento de la salud mental y física de la población las personas mayores que pertenecen al ISSS.

A la Universidad de El Salvador:

- Crear la especialidad médica de geriatría, como parte de la escuela de posgrados o generar lazos con universidades de otros países en donde

personas interesadas puedan estudiar y traer conocimientos para poner en práctica en la población mayor salvadoreña.

- Emular estudios similares al presentado, con el fin de obtener datos de manera generalizada y con ello permitir la apertura de nuevos centros de día del adulto mayor en al menos cada departamento de la república de El Salvador

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Ramos Ramos, Félix Eduardo, Zelaya Martínez Melvin Balmore, Zelada amos Ramos, Félix Eduardo, Zelaya Martínez Melvin Balmore, Zelada Quan Roberto Alfredo, 2015, "Factores intervinientes en la depresión del adulto mayor en San Luis de la Reyna, Panchimalco y Las Pilas, Junio-Julio 2015", Para optar al título de Doctorado en Medicina, Universidad De El Salvador.

<http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/15457/1/FACTORES%20%20INTERVINIENTE%20S%20EN%20LA%20DEPRESION%20DEL%20ADULTO%20MAYOR,%20E%20N%20SAN%20LUIS%20DE%20LA%20REYNA,%20PANCHIMALCO%20Y.%20.pdf>

2. Martínez de Barrientos Evelyn Yaneth, Rivera Rivera Jaqueline Karina, 2012, "Depresión en el adulto mayor estudio descriptivo a realizarse con personas adultas mayores institucionalizadas en el Hogar de Ancianos San Vicente Paul, San Salvador entre los meses de agosto a diciembre del año 2011", para optar al título de licenciatura de psicología, Universidad Francisco Gavidia.

<http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/598/1/Documento%20completo.pdf>

3. WHO. (2017). Mental health of older adults. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. Accessed on March 4, 2020.
4. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ*. 2011; 343:d5219. [DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d5219>]
5. Agirman E, Gençer MZ, Arıca S, Kaya E, Eğici MT. Depression and loneliness levels among the older people, a comparison between living alone, living with

- family or living at nursing home. *J Contemp Med.* 2017;7(3):234-240. [DOI: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n3.582>]
6. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatr.* 2016; 28:557-76. [DOI: <https://doi.org/10.1017/s1041610215001532>]
 7. Doblaz JL, Díaz Conde MP. Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53(3):128-33. [DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>]
 8. Theeke LA. Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty- five. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2009;23(5):387 [DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.11.002>]
 9. Sundström G, Fransson E, Malmberg B, Davey A. Loneliness among older Europeans. *Eur J Ageing.* 2009;6:267 [DOI: <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0134-8>]
 10. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. En: Duck S, Gilmour R, eds. *Personal relationships in disorder.* London: Academic Press; 1981. p. 31-56 [URL: [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferenceSPapers.aspx?ReferenceID=1271549](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferenceSPapers.aspx?ReferenceID=1271549)]
 11. Hsueh YC, Chen CY, Hsiao YC, Lin CC. A longitudinal, cross-lagged panel analysis of loneliness and depression among community-based older adults. *J Elder Abuse Negl* 2019; **31**: 281–9 [DOI: <https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1660936>]
 12. Alpass FM, Neville S. Loneliness, health and depression in older males. *Aging Ment Health.* 2003 May;7(3):212-6. doi: 10.1080/1360786031000101193. PMID: 12775403
 13. Berezin, M. A. (1980). Intrapsychic isolation in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 5-18.
 14. Rubio, Ramona. *La Soledad en Los Mayores, Una alternativa de medición a través de la escala Este.* Universidad de Granada, 2009.

15. Christian Oswaldo Acosta Quiroz, Jesús Tánori Quintana, Raquel García Flores, et. Al. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos, *Psicología y Salud*, Vol. 27, Núm. 2: 179-188 [URL: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2535>]
16. Chima C. Igbokwe, Veronica J. Ejeh, Olaoluwa S. Agbaje et. al, Prevalence of loneliness and association with depressive and anxiety symptoms among retirees in Northcentral Nigeria: a cross-sectional study, *BMC Geriatrics* (2020) 20:153 [DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01561-4>]
17. Iena Palma-Ayllón y María Dolores Escarabajal-Arrieta, Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores, *Gerokomos*. 2021;32(1):22-25 [URL: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v32n1/1134-928X-geroko-32-01-22.pdf>]
18. Natalia Martín-María, Joan Domènech-Abella, et. al. Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;1–10. [DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.5397>]
19. Joan Domènech-Abella, Elvira Lara, Maria Rubio-Valera, Loneliness and depression in the elderly: the role of social network, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2017) 52:381–390 [DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>]
20. Kavita Chawla, Tafadzwa Kunonga, Daniel Stow, et al. Prevalence of loneliness amongst older people in high-income countries: A systematic review and meta-analysis *PLoS ONE* 16(7): e0255088 [DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255088>]
21. 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>]
22. Devkota, R., Mishra, K., & Shrestha, S. (2019). Loneliness and Depression among Older People Living in a Community of Nepal. *Journal of Nepal Health*

<https://doi.org/10.33314/jnhrc.v0i0.1561>]

23. 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>]
24. *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)]
25. Garza-Sánchez, R.I., González-Tovar, J., Rubio-Rubio, L. & Dumitrache-Dumitrache, 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>]
26. Gil Gregorio Pedro, López Trigo José, Caballero Luis, Et. Al. Guia de buena practica en geriatria, sociedad española de geriatría y gerontología, 2015 Pp 42-46 [URL: https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Depresion.pdf]
27. 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)]
28. Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1997;12(1):21. PMID: 9050419 [DOI: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199701\)12:1%3C21::aid-gps444%3E3.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199701)12:1%3C21::aid-gps444%3E3.0.co;2-2)]

ANEXOS.

ANEXO 1.

Consentimiento informado para la realización de las entrevistas estructuradas sobre depresión y soledad en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor, ubicado en la colonia Roma.

| |
|--|
| Investigador principal: Dr. Carlos Alfonso Quintanilla Umaña. |
| Institución que respalda: Instituto Salvadoreño del Seguro Social. |
| Nombre del protocolo y versión: Soledad y depresion en adultos mayores del Centro Atención de día del Adulto Mayor Roma (año 2022). |

El presente formulario de consentimiento informado se pretende dirigir a los adultos mayores participantes que asisten diariamente al centro de día del adulto mayor ubicado en la colonia Roma de San Salvador y a quienes se les invita a participar en la investigación.

Parte 1: Información.

Introducción.

Estimado participante. *Saludos cordiales.*

*Soy Carlos Alfonso Quintanilla Umaña, residente de la especialidad de psiquiatría y empleado del Hospital Policlínico Arce del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Actualmente me encuentro realizando la investigación que se titula “**Soledad y depresión en adultos mayores del centro atención de día del adulto mayor Roma**”, con el fin de poder optar a título de especialista al finalizar dicho estudio. El presente documento tiene como fin hacerle conocer los detalles del estudio y solicitarle su consentimiento informado para participar en él. Ante cualquier duda, pregunte sin problema alguno.*

Tipo de intervención de investigación:

En el estudio se les realizarán una serie de preguntas con respecto a sus datos personales para poder clasificar a las personas. Posteriormente, se aplicaran dos cuestionarios; el primero consta de 15 preguntas orientadas a conocer síntomas depresivos. La segunda es un cuestionario de 34 preguntas que busca conocer si existe soledad y de que tipo.

La depresión es una enfermedad que afecta a cualquier grupo etario de la población, un 7% para los adultos mayores según la OMS. Debido a la globalización y el aumento de la esperanza de vida de cada uno de los países, genera que la población geriátrica vaya en aumento. Al mismo tiempo en las personas mayores la soledad es una circunstancia que tiene que ver con el apareamiento de síntomas depresivos.

Próposito de la investigación:

El **objetivo principal** es investigar si dentro de las personas mayores presente existe depresión y soledad. Para ello se pretende utilizar los cuestionarios en personas mayores de 60 años que deseen participar. Es decir, **es algo voluntario** y que no conlleva una remuneración si desearse participar.

Puede dejar de participar en la investigación cuando usted lo desee, a pesar de haber firmado previamente la autorización del mismo. Recuerde que es su elección y por ende será respetada.

No es necesario brindar una respuesta pronto, quedando tiempo para poder pensar y hablarlo con su familiar mas cercano.

La información proporcionada será resguardada en un lugar protegido en donde el investigador tendrá acceso unicamente y alguna autoridad de alto nivel si así lo deseara.

Una vez obtenidos los resultados de la investigación, éstos serán presentados a las personas del centro de día del adulto mayor en donde se invitará al director

encargado de la clínica comunal a la cual pertenece dicho centro y al personal médico de psiquiatría del Hospital Policlínico Arce del ISSS.

Beneficios:

Los beneficios que podría alcanzarse son la realización de pruebas en las personas mayores que acuden a los diversos centros de día del adulto mayor, para conocer si se encuentran deprimidos o solos y referir oportunamente al especialista. Y/o la inclusión de personal capacitado para el abordaje de salud mental en las personas mayores.

Riesgos:

No se contemplan riesgo a corto y mediano plazo dentro de la participación de la investigación.

Duración:

La investigación pretende realizarse en las jornadas matutinas de lunes a viernes (en días selectos previo a autorización) en las fechas de septiembre a octubre del 2022. El tiempo de llenado de los instrumentos es alrededor de 25 minutos, pero si se tarda más no hay problema alguno.

Molestias:

- El llenado del instrumento generará interrupciones para cada uno de los participantes con respecto a la participación de las actividades contempladas dentro del centro de día del adulto mayor.
- Podría generar cansancio dentro del llenado del mismo.

Ante cualquier duda previo a, durante y después de la investigación podrá hacerlo sin problema. Ante cualquier consulta, como médico investigador (Dr. Carlos Alfonso Quintanilla Umaña, teléfono 7655-1092, correo: carlosalqu93@gmail.com) estaré disponible.

Esta propuesta ha sido revisada, aprobada y respaldada por el comité de ética del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, quienes velan por la protección de cada uno de los participantes en las diferentes investigaciones de la institución.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____ he sido informado sobre el estudio antes mencionado, comprendiendo la información brindada acerca del propósito y desarrollo de la investigación con el título **Soledad y depresión en adultos mayores que asisten al centro de día del adulto mayor, Roma**. He logrado aclarar dudas sobre el mismo previo al llenado.

Se me informa que mis datos personales serán protegidos y la información obtenida será de carácter anónimo; utilizándola con fines de formación y desarrollo profesional para la investigación del centro.

Por lo anterior, consiento libre y voluntariamente participar en el estudio.

En _____, a _____, de 20_____.

Firma o huella de la persona responsable:

ANEXO 2.

DATOS DEMOGRAFICOS.

| | | | | |
|--|---------------|----------|-----------------------------|---------------|
| Número correlativo de paciente: | | | | |
| Variable | | | | |
| 1. Edad: | | | | |
| 2. Sexo: | | | | |
| Masculino=0 | | | Femenino=1 | |
| 3. Estado civil | | | | |
| Soltero=0 | Acompañado=1 | Casado=2 | Divorciado=3 | Viudo=4 |
| 4. Escolaridad | | | | |
| Primaria= 1 | Secundaria= 2 | | Bachillerato=3 | Universidad=4 |
| 5. Vive con: | | | | |
| Con desconocidos = 0 | Solo = 1 | | Con familiares cercanos = 2 | |
| 6. Padece alguna enfermedad crónica: | | | | |
| 7. Ha sido diagnosticado con depresión en el último año? | | | | |

ANEXO 3.

Escalada de depresión Geriátrica (GDS- Yesavage) de 15 puntos.

| | | | |
|---|---|-----------|-----------|
| 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 |
| Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO . | | | Total: |

Anexo 4. Escala de Soledad ESTE-R.

| | Nunca | Rara vez | Alguna vez | A menudo | Siempre |
|---|-------|----------|------------|----------|---------|
| 1. Me siento solo | | | | | |
| 2. ¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted? | | | | | |
| 3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted? | | | | | |
| 4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito | | | | | |
| 5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama | | | | | |
| 6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales | | | | | |

8

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz | | | | | |
| 8. Me siento solo cuando estoy con mi familia | | | | | |
| 9. Mi familia se preocupa por mí | | | | | |
| 10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera | | | | | |
| 11. Realmente me preocupo por mi familia | | | | | |
| 12. Siento que pertenezco a mi familia | | | | | |
| 13. Me siento cercano a mi familia | | | | | |
| 14. Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco | | | | | |
| 15. No tengo amigos que compartan mis opiniones aunque me gustaría tenerlos | | | | | |
| 16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones | | | | | |
| 17. Me encuentro a gusto con la gente | | | | | |
| 18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo | | | | | |
| 19. Me siento aislado | | | | | |
| 20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende? | | | | | |
| 21. Siento que mi familia es importante para mí | | | | | |
| 22. Me gusta la gente con la que salgo | | | | | |
| 23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda | | | | | |
| 24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo | | | | | |
| 25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones | | | | | |
| 26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie | | | | | |
| 27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas | | | | | |
| 28. Siento que soy importante para la gente | | | | | |
| 29. Siento que no soy popular | | | | | |
| 30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí | | | | | |
| 31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes | | | | | |
| 32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil | | | | | |
| 33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida | | | | | |
| 34. Tengo miedo de muchas cosas | | | | | |