

**UNIVERSIDAD GALILEO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**MAESTRÍA EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA**



**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS  
MAYORES DEL ASILO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL SAN  
FELIPE, EN LA CIUDAD DE TEGUCIGALPA DURANTE EL  
PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE 2024**

**INVESTIGACIÓN**

**PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**STEPHANIE GRACIELA GÓMEZ GONZÁLEZ**

**CARNET 23002289**

**PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE  
MASTER EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE**

**MAESTRO**

**TEGUCIGALPA, HONDURAS, DICIEMBRE, 2024**

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO I.....	5
MARCO METODOLÓGICO .....	5
1.1 Justificación de la investigación .....	5
1.2 Planteamiento del problema.....	5
1.2.1 Definición del problema.....	5
1.2.2 Especificación del problema: .....	5
1.2.3 Delimitación del problema .....	6
1.3 Hipótesis .....	7
1.4 Objetivos de la investigación .....	7
1.4.1 Objetivo general .....	7
1.4.2 Objetivos específicos.....	8
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEÓRICO .....	9
2.1 Adulto Mayor.....	9
2.1.1 Cambios en el adulto mayor.....	9
2.1.2 Valoración Geriátrica .....	12
2.1.3 Marco Legal .....	14
2.2 trastorno de Ansiedad .....	14
2.2.1 Causas de trastornos de ansiedad .....	15
2.2.2 Diagnóstico.....	16
2.2.3 Tratamiento .....	16
2.2.4 Impacto en los adultos mayores .....	17
2.3 trastorno depresivo.....	17
2.3.1 Causas.....	18
2.3.2 Diagnóstico.....	18
2.3.3 Tratamiento .....	19
2.3.4 Impacto en los adultos mayores .....	20
2.4 asilo de Ancianos del Hospital San Felipe.....	20
2.4.1 Historia.....	20
2.4.2 Visión .....	21
2.4.3 Misión.....	21

CAPÍTULO III .....	22
MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	22
3.1 Métodos de investigación .....	22
3.1.1 Tipo de estudio: .....	22
3.1.2 Tipo de enfoque: .....	22
3.1.3 Según el momento en que se realizará la investigación el estudio será: .....	22
3.2 Técnicas: .....	22
3.2.1 Prevalencia de trastorno de ansiedad y depresivo. ....	22
3.2.2 Comparar la prevalencia entre ansiedad y depresión. ....	22
3.2.3 Detección de prevalencia de ansiedad.....	22
3.2.4 Comparar la prevalencia de trastorno de ansiedad en hombres y mujeres.....	22
3.3 Instrumentos.....	23
3.3.1 Prevalencia entre los trastornos de ansiedad y depresión. ....	23
3.3.2 Comparar la prevalencia entre ansiedad y depresión. ....	24
3.3.3 Detección de ansiedad.....	24
3.3.4 Comparar la prevalencia de trastorno de ansiedad en hombres y mujeres.....	24
3.4 Cronograma de actividades.....	24
3.5 Recursos.....	25
3.5.1 Recursos humanos.....	25
3.5.2 Recursos materiales.....	25
3.5.3 Recursos financieros .....	25
CAPITULO IV .....	27
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	27
4.1 Resultados.....	27
4.1.1 Resultados por objetivo .....	27
4.2 Discusión de resultados .....	31
CAPITULO V .....	33
5.1 Conclusiones .....	33
5.2 Recomendaciones .....	33
CAPÍTULO VI.....	35
BIBLIOGRAFÍA .....	35
CAPÍTULO VII.....	38
ANEXOS .....	38

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad y depresión son los trastornos mentales más comunes y también afectan a los adultos mayores considerablemente en su calidad de vida. Según la OMS el 14% de personas mayores presentan algún trastorno mental, siendo la depresión y ansiedad los más frecuentes.

El presente trabajo buscó determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en los residentes del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe, localizado en la ciudad de Tegucigalpa. Determinar la prevalencia de estos trastornos mentales permitirá comprender la magnitud del problema y proporcionará una base para intervenciones y futuras investigaciones.

El estudio fue realizado con los instrumentos de la escala breve de detección de ansiedad y escala geriátrica de Yesavage en los adultos mayores de 60 años que residen en el asilo de Ancianos del Hospital San Felipe.

Se determinó que la prevalencia del trastorno de ansiedad y depresión en las personas mayores de 60 años del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe fue de 5% para ansiedad y 38% para depresión, el cual se determinó por medio de la escala de detección de ansiedad geriátrica y escala de Yesavage. La prevalencia del trastorno de ansiedad no reportó datos significativos, mientras que el trastorno depresivo reportó alta prevalencia

## **CAPÍTULO I.**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **1.1 Justificación de la investigación**

Los trastornos de ansiedad y depresión en el adulto mayor son frecuentes, la presencia de estas enfermedades afecta en el ámbito biopsicosocial de las personas mayores, por lo que determinar si hay o no presencia de estos trastornos fue de importancia para abordar esta problemática.

Esta investigación aportó datos actuales sobre la prevalencia del trastorno de ansiedad y trastorno depresivo en los adultos mayores del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe. El tema es relevante porque se conoce que la prevalencia de estos trastornos es alta, sin embargo, no se cuenta con investigaciones previas sobre estos temas en la institución, por lo que esta investigación permitió determinar la magnitud del problema y proporcionó una base para futuras intervenciones y referencia para nuevas investigaciones.

#### **1.2 Planteamiento del problema**

##### **1.2.1 Definición del problema**

Actualmente no se cuenta con datos sobre la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en los residentes del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe. La prevalencia de estos trastornos mentales es elevada, de igual manera, Latinoamérica reporta cifras elevadas, mayores que de países de europeos, lo que repercute en la calidad de vida de las personas mayores.

##### **1.2.2 Especificación del problema:**

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en adultos mayores del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe, en la ciudad de Tegucigalpa durante el período de julio a noviembre 2024?

### **1.2.3 Delimitación del problema**

#### **1.2.3.1 Unidad de análisis:**

Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe

#### **1.2.3.2 Sujetos de investigación**

Adultos mayores de 60 años, hombres y mujeres mayores que residen en el Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe.

##### **Los criterios de inclusión son:**

- Hombres y mujeres mayores de 60 años que residen en el Asilo de ancianos del Hospital San Felipe
- Que tengan o no discapacidad motora
- Sin discapacidad cognitiva
- Sin adicciones activas
- Sin discapacidad auditiva

##### **Los criterios de exclusión son:**

- Que no residiera en el Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe
- Adultos mayores que tuvieron discapacidad cognitiva
- Con enfermedad medica inestable
- Con adicción a sustancias actual
- Con discapacidad sensorial (auditiva)

#### **1.2.3.3 Tamaño de la muestra**

Debido a que asilo tiene 45 residentes, y que de estos se 34 son adultos mayores, se determinó a conveniencia que se tomaron al 100% (n=34) de los adultos residentes en el Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe.

#### **1.2.4.4 Ámbito geográfico**

El Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe se ubica en Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central en el Departamento de Francisco Morazán, Honduras, en avenida la Paz, frente al Hospital San Felipe y contiguo a la Universidad Ceutec, con latitud 14.10337° o 14° 6' 12" norte.

El Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe cuenta con clima fresco ya que cuenta espacios de área verde, el área se caracteriza por su alto flujo de vehículos y peatones, debido a su ubicación frente a zonas de transporte público.

Figura 1: Ubicación del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe

Fuente toma de Google maps



### 1.2.3.5 Ámbito temporal

La investigación se realizará durante el período de julio a diciembre del 2024

## 1.3 Hipótesis

Ho: El trastorno de ansiedad tiene menor prevalencia que el trastorno depresivo en adultos mayores del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe.

Según los datos obtenidos se reportó 5% de prevalencia de ansiedad mientras que el trastorno depresivo reportó 38% de prevalencia en los adultos mayores del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe. Por tanto, la hipótesis nula se aceptó y se rechazó la hipótesis alternativa.

Ha: El trastorno de ansiedad tiene mayor prevalencia que el trastorno depresivo en adultos mayores del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe.

## 1.4 Objetivos de la investigación

### 1.4.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en adultos mayores del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe, en la ciudad de Tegucigalpa durante el período de julio a diciembre 2024.

#### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Comparar la prevalencia entre ansiedad y depresión de los residentes mediante la escala breve para la detección de ansiedad en el adulto mayor y escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- Determinar la prevalencia de la ansiedad en los adultos mayores por medio de la escala breve para la detección de ansiedad.
- Comparar la prevalencia de trastorno de ansiedad y depresivo en mujeres y hombres.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Adulto Mayor**

Según la ONU un adulto mayor es aquel que tiene 60 años o más, algunos países desarrollados lo consideran a partir de los 65 años. (Secretaria de Bienestar e Igualdad Social, 2024)

Actualmente la esperanza de vida es mayor a nivel mundial, en el 2019 la cifra de adultos mayores ascendía a más de 1000 millones, no obstante, se espera que para el 2030 aumente a 1400 millones y para el 2050 sea de 2100 millones. (OMS, s.f)

En Honduras la población de adultos mayores de 60 años para el 2021 era de 1,106,923 de personas (Instituto Nacional de Estadísticas, 2021), mientras que la población total era de 10,28 millones de personas. (Data Commons, sf)

El envejecimiento es un proceso natural, gradual e irreversible, con cambios a nivel biopsicosocial, dependiendo de las características de cada sujeto, experiencias vividas, cultura, educación, ambiente sociofamiliar y economía. (Secretaria de Bienestar e Igualdad Social, 2024)

##### **2.1.1 Cambios en el adulto mayor**

Los cambios en el adulto mayor a través de los años no necesariamente son patológicos, se deben percibir como transformaciones físicas, cognitivas, sociales y psicoemocionales, relacionadas con una disminución de la reserva funcional. (Ministerio de Salud y Proteccion Social - Republica de Colombia, s.f)

###### **2.1.1.1 Cambios Físicos**

El envejecimiento también ocurre a nivel celular, lo que provoca una disminución gradual en su funcionalidad y dará paso a la muerte celular, el cual es un proceso natural, a su vez estas células no son sustituidas, generando una disminución de la funcionalidad de algunos órganos. Al envejecer los testículos y los ovarios disminuyen su producción de hormonas, mientras que el hígado y los riñones tienen disminución en su funcionalidad, sin embargo, no en todos los órganos sucede esto, el cerebro no tiene mucha pérdida neuronal, la pérdida neuronal está más relacionada con patologías neurológicas.

Los ojos también presentan cambios, sus funciones van disminuyendo gradualmente, el cristalino se vuelve más rígido y la pupila tiene una respuesta más lenta a la luz, se produce menos líquido en los ojos y pueden presentarse resequedad ocular.

La audición puede verse modificada con disminución de la audición o dificultad para percibir sonidos de tono agudo.

Los huesos tienen pérdida de la densidad ósea por disminución de la absorción del calcio, siendo los más afectados el fémur, radio, cúbito, muñeca y vertebras, lo que puede llevar a osteopenia u osteoporosis, volviéndolos más frágiles y propensos a fracturas.

Las articulaciones pueden presentar desgaste a nivel de cartílago, los ligamentos pueden ser tornarse rígidos lo que puede provocar dolor o dificultad para el movimiento articular.

La masa muscular puede disminuir y junto con ella la fuerza muscular, mientras que la masa grasa aumenta, para corregir estas pérdidas en el adulto mayor se recomienda la actividad física como el ejercicio de resistencia y de fortalecimiento.

En el cerebro puede existir disminución neuronal, no obstante, el cerebro cuenta con la capacidad de formar nuevas conexiones neuronales, aun en la vejez, hay menor cantidad de receptores de mensajeros químicos por lo que existe una respuesta cerebral disminuida, llevando a respuestas más lentas por los adultos mayores.

Estos cambios pueden iniciar a los 30 años, sin embargo, en este momento aún existe una reserva funcional importante, por lo que la capacidad funcional no se verá afectada, no obstante, podría verse alterada dicha reserva por la presencia de factores estresantes, inactividad física o por enfermedades. (Stefanacci, 2024)

### **2.1.1.2 Cambios cognitivos**

El cerebro es quien dirige los procesos cognitivos, que incluye la memoria, velocidad de procesamiento, aprendizaje y razonamiento. Al envejecer a nivel cerebral puede haber una disminución neuronal y funcional, que puede llevar a cambios cognitivos, sin embargo, el envejecimiento cognitivo debe diferenciarse de las demencias. (Academia Nacional de las Ciencias, 2015)

Algunos cambios que podemos encontrar a nivel cognitivo son la disminución en la capacidad de procesamiento (Pérez, 2013), la memoria a corto plazo puede estar afectada, dificultad para concentrarse, disminución de la capacidad de conceptualización y funciones visoespaciales. (Mar Navas, 2020)

La cognición se ve estrechamente relacionada con el nivel educativo, factores biológicos, ambientales, sociales, psicológicos y estilos de vida saludable. La reserva cognitiva se verá influenciada principalmente por el nivel educativo y la ocupación laboral para hacer frente a procesos neuropatológicos. Las personas con mayor nivel educativo pueden desarrollar mayores conexiones neuronales, a su vez existe mayor estimulación mental. En referencia a la profesión, aquellos que requieren mayor uso de razonamiento u ocupaciones más complejas existen estudios que reportan menor riesgo de presentar demencia. (Pérez, 2013)

#### 2.1.1.3 Cambios sociales

Al envejecer no solo ocurren cambios biológicos, sino también cambios relevantes en el aspecto social como la jubilación que en algunos países es a partir de los 65 años por lo que la interacción social puede verse afectada y con ello su bienestar emocional.

La jubilación puede llevar a la disminución de poder adquisitivo, las relaciones sociales asociadas al entorno laboral también pueden verse afectadas por la reducción de participación social.

En España se reporta 29,2% en el 2015 de participación social por los adultos mayores, mientras que en Alemania reportan más del 54%, lo que está relacionado con un envejecimiento saludable.

La familia también juega un rol importante dentro de los cambios en el adulto mayor, ya que al aumentar la esperanza de vida existe mayores posibilidades de convivencia con diferentes generaciones dentro de la familia, muchas veces el adulto mayor se vuelve cuidador de los nietos ejerciendo roles de apoyo familiar.

Las relaciones sociales y las actividades de ocio se ven relacionadas con la autoestima, motivación, energía y satisfacción, necesarios para un envejecimiento saludable. (Ruiz, Personas mayores, participación y cambio social antes y después del COVID-19, 2021)

#### 2.1.1.4 Cambios psicoemocionales

La sociedad ha promovido la idea errónea de que las personas mayores ya no son productivas, que viven en aislamiento o soledad, que presentan depresión o alguna enfermedad, sin embargo, envejecer lleva a etapas de autodescubrimiento y crecimiento personal, lo que genera cambios psicológicos positivos, lo cual se puede ir desarrollando en las diferentes etapas de la vida.

Las personas mayores poseen la capacidad de adaptación, muchos han enfrentado pérdidas de familiares o amigos, y superara estas pérdidas es parte de crecimiento y resiliencia. (Garcia, 2023)

En la ciudad de La Habana se realizó un estudio de autopercepción por medio de recolección de información por encuesta en personas mayores de 60 años donde los factores psicológicos más frecuentes son la necesidad de ser escuchado 49% y pérdida de roles sociales 49%, lo que puede verse influenciado por falta de interacción familiar y el proceso de jubilación en el cual se ve limitado la interacción social. (Brañas, 2001)

### **2.1.2 Valoración Geriátrica**

El adulto mayor requiere de una valoración en el que se aborden diferentes aspectos de manera integral ya que el envejecimiento es un proceso fisiológico que puede ir acompañado de patologías crónicas, limitaciones funcionales, discapacidades, no obstante, descartar la presencia de patologías neurológicas es fundamental, así como valorar el estado sociofamiliar. La herramienta que nos apoya en esta evaluación de adultos mayores es la valoración geriátrica integral que aborda el área clínica, funcional, mental y sociofamiliar.

La valoración geriátrica integral tiene como objetivos mejorar la precisión diagnóstica, identificar problemas no diagnosticados, mantener o mejorar el estado funcional, tratamiento individualizado según las necesidades del adulto mayor, mejorar la calidad de vida, identificar riesgo sociofamiliar y disminuir la mortalidad. (Berghe, 2021)

#### **2.1.2.1 Valoración clínica**

Esta valoración debe recopilar las enfermedades actuales y pasadas del adulto mayor, a su vez debe interrogarse por los hábitos, consumo de fármacos y adherencia o efectos secundarios de estos, esta evaluación no siempre es fácil ya que pueden existir problemas a la comunicación, que pueden ser despejadas en algunas ocasiones por el cuidador.

También debe valorarse la presencia de síndromes geriátricos (Caídas, incontinencia, depresión, inmovilidad, fragilidad, etc.) y la historia nutricional, a nivel gastrointestinal puede haber alteraciones que dificulten la deglución como: xerostomía, pérdida de piezas dentales y disfagia. (Berghe, 2021)

Dentro de la valoración nutricional una de las herramientas más utilizadas es el Mini Nutritional Assessment (Berghe, 2021) esta es utilizada para valorar el riesgo nutricional en adultos mayores, se puede aplicar en pacientes ambulatorios y pacientes

hospitalizados, la intervención en esta área disminuye el riesgo de comorbilidades. (Casanovas, 2021)

El examen físico también es parte de la valoración clínica, este debe ser una exploración exhaustiva ya que muchas veces el adulto mayor tiene presentaciones atípicas de sus enfermedades. (Berghe, 2021)

#### **2.1.2.2 Valoración funcional**

Esta se enfoca en la capacidad que tiene el adulto mayor para realizar las actividades de su vida diaria y el mantenimiento de su independencia. Las actividades de la vida diaria se dividen en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Algunas de las escalas de apoyo para valorar las ABVD son: El índice de KATZ (valora baño, vestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación) y Barthel (valora baño, vestimenta, aseo personal, uso del retrete, traslado de cama a sillón, subir y bajar gradas, continencia urinaria y fecal, alimentación.) En cuanto a las AIVD tenemos el índice Lawton y Brody (valora uso de teléfono, ir de compras, preparación de alimentos, realización de tareas del hogar, lavar ropa, utilizar medios de transporte, controlar la medicación y manejo del dinero.) (Berghe, 2021)

#### **2.1.2.3 Valoración mental**

Esta valoración puede ser dividida en la parte cognitiva y la parte afectiva. La valoración cognitiva puede estar condicionada por diferentes factores como: aspectos psicosociales, polifarmacia, patologías del adulto mayor y alteraciones afectivas.

Una de las pruebas más usadas para la valoración cognitiva es el Mini Mental State Examination de Folstein donde se valora la orientación temporo-espacial, memoria, fijación, atención, cálculo y capacidad de abstracción lenguaje.

Dentro de la valoración afectiva existen herramientas de apoyo como la Escala de Depresión de Yesavage (Berghe, 2021) y Escala Breve para la Detección de Ansiedad en el Adulto Mayor. (Sinoff, 1999)

#### **2.1.2.4 Valoración sociofamiliar**

El entorno social tiene un impacto significativo en la salud y desarrollo de patologías del adulto mayor por lo que la evaluación de esta área puede detectar dificultades en el círculo sociofamiliar.

Una escala de apoyo para evaluar el área sociofamiliar es la Escala Familiar de Gijón (Berghe, 2021) evaluando la situación familiar, económica, características de la vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social. (CEISAL, 2021)

### **2.1.3 Marco Legal**

Según datos INE en el 2021 Honduras reporto 1,106,923 de adultos mayores de 60 años, el 54.5% mujeres y el 45.5% hombres (Instituto Nacional de Estadísticas, 2021), con el aumento de esperanza de vida estas cifras continuaran elevándose por lo que se debe contar con leyes velen por los derechos de las personas mayores. En Honduras se creó el Decreto No 220-93 el 1 de octubre de 1993 la Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados de Honduras. (Secretaria de desarrollo e inclusión social, 2015)

Para el cumplimiento de las leyes de protección al adulto mayor se cuenta con la Fiscalía de Tercera Edad del Ministerio Público, la Dirección General del Adulto mayor y la Dirección de Protección del Consumidor. (Secretaria de desarrollo e inclusión social, 2015)

#### **2.1.3.1 Ley Integral de Protección del Adulto Mayor y Jubilados**

Esta ley fue promulgada el 1 de octubre de 1993 mediante el decreto No 220-93 publicado en la Gaceta, creada con el propósito del cumplimiento de los derechos de las personas mayores, que incluye artículos con necesidades de la salud y protección para las personas mayores y jubilados.

Esta Ley ha presentado modificaciones, en el 2007 se incluyen normativas ausentes y se incluye la participación como cumplidores de la Ley el Ministerio Público con la creación de la Fiscalía de la Tercera Edad. (Secretaria de desarrollo e inclusión social, 2015) En el 2024 se aprueba una reforma a la Ley la cual introduce el término de "cuarta edad" que incluye a las personas mayores de 80 años y aumento en descuentos de diferentes servicios. (Deloitte, 2024)

## **2.2 trastorno de Ansiedad**

En el 2019 la OMS reporto 301 millones de personas con trastornos de ansiedad siendo este el trastorno mental más común a nivel mundial, con mayor afectación a mujeres.

Todas las personas experimentan ansiedad, sin embargo, los trastornos de ansiedad cursan con sensaciones excesivas de miedo y preocupación, a su vez, pueden presentar síntomas conductuales y cognitivos, su duración puede ser por largos periodos interfiriendo con las actividades habituales de la persona.

Las personas que padecen de algún trastorno de ansiedad tienen mayor riesgo de presentar trastornos depresivos, consumo de sustancias y tendencias suicidas. (OMS, 2023)

Algunos de los síntomas acompañantes son: hipervigilancia, tensión emocional, temor excesivo, temblor, tensión muscular, fatiga, dificultad respiratoria, taquicardia, sudoración, mareos, resequedad en la boca, dificultad para deglutir, insomnio, irritabilidad y dificultad para concentrarse. (Jimenez, sf)

Existen diferentes tipos de ansiedad, algunos de ellos son:

Trastorno de ansiedad generalizado

Trastorno de angustia

Trastorno de ansiedad social

Agorafobia

Trastorno de ansiedad por separación

Fobias

Mutismo selectivo (OMS, 2023)

## **2.2.1 Causas de trastornos de ansiedad**

Las causas de los trastornos de ansiedad no son completamente claras (Barnhill, 2023), pero pueden estar involucrados diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales, algunas personas han presentado experiencias y abusos que conllevan a un riesgo más alto de presentar algún trastorno de ansiedad. (OMS, 2023)

### **2.2.1.1 Factores de riesgo**

Los factores de riesgo que pueden estar involucrados para desarrollar trastornos de ansiedad son:

Factores biológicos: enfermedades de base (OMS, 2023), antecedentes familiares de trastorno de ansiedad.

Factores ambientales y sociales: estímulos estresantes y experiencias traumáticas.

Uso de medicamentos o sustancias ilegales: alcohol, anfetaminas, cocaína y corticoesteroides.

No obstante, hay personas que presentan trastornos de ansiedad y no se logra identificar un factor específico. (Barnhill, 2023)

## **2.2.2 Diagnóstico**

El diagnóstico se realiza por clínica, un interrogatorio adecuado nos puede orientar, se pueden realizar pruebas complementarias para descartar otras patologías que influyan en el desarrollo de este trastorno, su vez, también se cuenta con herramientas de apoyo para el diagnóstico. (Soriano, 2023)

### **2.2.2.1 Herramientas de apoyo**

En la actualidad se han desarrollado múltiples herramientas para la evaluación de los trastornos de ansiedad, a su vez, se cuenta con instrumentos específicos para adultos mayores, algunos de ellos son: Test breve de detección de ansiedad (SAST), Escala de Ansiedad Geriátrica (GAS), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI), Cuestionario de Situaciones Evaluativas-Sociales de Adultos Mayores (OASES) y Escala de Preocupación (WS).

Test breve de detección de ansiedad es utilizado en pacientes adultos mayores, cuenta con 10 preguntas que se deben responder en relación de como se ha sentido en el último mes, esta escala cuenta con síntomas somáticos y conductuales. (Contreras, 2016)

## **2.2.3 Tratamiento**

Al momento de definir la conducta terapéutica se debe evaluar la gravedad del cuadro y su tiempo de evolución. Se puede emplear tratamiento farmacológico y no farmacológico.

### **2.2.3.1 Tratamiento no farmacológico**

El objetivo de la terapia es reorganizar los patrones del pensamiento, considerados como primera línea de tratamiento son:

Terapia cognitivo conductual: Consiste en exposición a factores que generen estrés, de forma controlada y que conducirá a reducir la ansiedad crónica, su duración es de 10 a 20 semanas.

Terapias psicodinámicas: Consiste en como los procesos del subconsciente influye en las acciones de la persona, que mecanismos se generan para enfrentar el temor, angustia y ansiedad. (Delgado, 2021)

### **2.2.3.2 Tratamiento farmacológico**

En el adulto mayor como primera línea de tratamiento farmacológico son los inhibidores de la recaptura de la serotonina (Sertralina, citalopram, escitalopram y paroxetina), estos medicamentos son más seguros para utilizar en el adulto mayor que las benzodicepinas.

Se debe valorar el uso de benzodicepinas durante periodos cortos si los síntomas de la ansiedad son severos y de preferencia a inicio del tratamiento.

La duración del tratamiento debe ser por 6 meses ya que se ha demostrado eficacia durante este periodo de tiempo. (IMSS, 2019)

#### **2.2.4 Impacto en los adultos mayores**

La OMS reporta que 14% de los adultos mayores padecen de un trastorno mental, la depresión y ansiedad son los más frecuentes. (OMS, 2023)

Se realizó una recopilación sistemática de estudios sobre prevalencia de trastornos de ansiedad en personas mayores de 65 años, la prevalencia oscila de 0.1% a 17,2%, no obstante, estos datos fueron recolectados con instrumentos de apoyo que se usan para la población general menores de 65 años, tampoco se incluyó población mayor de 75 años, en dicho estudio se concluyó que al tener una muestra mayor y al usar herramientas de apoyo específicos, la prevalencia aumenta a 20,8%. (Cisneros, 2019)

La ansiedad tiene alta prevalencia en el adulto mayor, asociado más a las mujeres, baja escolaridad, vivir solo, enfermedades crónicas y limitación funcional, a su vez, se asocia frecuentemente a la depresión y demencia. Estudios reportan que el 80% de los adultos mayores que presentan trastorno depresivo primario presentan ansiedad y el 50% de las personas mayores con trastorno de ansiedad generalizada presentan trastorno depresivo. (Jimenez, sf)

Ciertos adultos mayores tendrán mayor posibilidad de desarrollar ansiedad, dependerá de las condiciones en las que viven, múltiples comorbilidades, falta de apoyo familiar y médico, adultos mayores que viven en entornos humanitarios, enfermedades neurológicas y consumo de sustancias. (OMS, 2023)

##### **2.2.4.1 Complicaciones**

Los adultos mayores que sufren de trastornos de ansiedad tienen mayor riesgo de mortalidad, discapacidad y desarrollar otras comorbilidades (Cabrera, 2009)

#### **2.3 trastorno depresivo**

Es un trastorno que lleva al estado del ánimo deprimido y desinterés por las actividades cotidianas, afectando diferentes aspectos de la vida.

Se estima que la prevalencia en adultos mayores de 60 años es de 5,7%, con más frecuencia en mujeres que en hombres.

A pesar de la existencia de diferentes tratamientos el 75% de las personas que residen en países de bajo y mediano ingreso no reciben tratamiento.

El trastorno depresivo puede tener múltiples síntomas como: estado de ánimo deprimido caracterizado por la tristeza, desinterés por las actividades, desesperanza, alteración del sueño, dificultad para concentrarse, baja autoestima, sentimiento de culpa, trastorno alimenticio, cansancio, ideas de muerte y suicidio.

El trastorno depresivo puede presentarse como leve, moderado y severo, a su vez, puede ser un episodio o un trastorno depresivo recurrente en el que ya se ha presentado dos episodios depresivos. (OMS, 2023)

Otra clasificación según los síntomas:

Trastorno depresivo mayor

Trastorno depresivo persistente

Otro trastorno depresivo especificado o no especificado (Coryell, 2023)

### **2.3.1 Causas**

El factor hereditario es uno de los componentes más influyentes para el desarrollo de trastorno depresivo. (Coryell, 2023), no obstante, pueden influir otras causas biológicas, psicológicas y sociales. (OMS, 2023)

#### **2.3.1.1 Factores de riesgo**

Factores biológicos: desarrollar enfermedades graves, antecedentes personales y familiares de trastornos mentales.

Factores psicológicos: baja autoestima, dependencia excesiva y ser pesimista.

Factores sociales: pérdidas de familiares y amigos, abuso físico o sexual, relaciones problemáticas, y dificultades económicas.

Abuso de sustancias y alcohol (Sawchuk, 2022)

### **2.3.2 Diagnóstico**

El diagnóstico del trastorno depresivo es clínico, según los signos y síntomas que presenta la persona, el adulto mayor puede presentar depresión manifestándose con deterioro cognitivo o retraso psicomotor. (Coryell, 2023)

### **2.3.2.1 Herramientas de apoyo**

Una de las herramientas más usadas a nivel mundial es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), fue creada en 1982 el cual cuenta con 30 ítems, sin embargo, en 1986 se modificó a un cuestionario corto de 15 ítems que debe ser aplicado según los síntomas de una semana (Chacón, 2021), con sensibilidad y especificidad de 97% y 85%. (IMSS, 2011)

### **2.3.3 Tratamiento**

Los cuadros depresivos leves pueden ser tratados con psicoterapia y pacientes con trastorno depresivo mayor se debe iniciar con fármacos y psicoterapia con duración de 16 a 20 sesiones por 6 a 9 meses.

#### **2.3.3.1 Tratamiento no farmacológico**

Existen diferentes medidas psicológicas que pueden aplicarse en el adulto mayor:

Terapia conductiva conductual

Terapia interpersonal

Terapia por resolución de problemas

Reminiscencia

Biblioterapia

Musicoterapia

Mesoterapia

Terapia luminosa

#### **2.3.3.2 Tratamiento farmacológico**

Los medicamentos de elección para la mayoría de trastornos depresivos en el adulto mayor son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (Paroxetina, Sertralina, fluoxetina, venlafaxina, citalopram) con buena tasa de respuesta, pocos efectos adversos (sedantes y colinérgicos), sus efectos inician de los 10 a 20 días y su recomendación iniciar con la mitad de la dosis mínima por una o dos semanas y luego aumenta dosis óptima, mientras que en adultos mayores frágiles se sugiere reducir al 25% de dosis habitual por posibles riesgos adversos.

La terapia farmacológica debe continuarse por un año después del primer episodio depresivo, su evaluación debe ser cada mes durante los primeros 6 a 12 meses después de

la remisión y luego cada 3 meses después del año de remitir el trastorno depresivo. (IMSS, 2011)

### **2.3.4 Impacto en los adultos mayores**

Se debe tomar en cuenta que el estado depresivo no es parte del envejecimiento, el trastorno depresivo puede deteriorar el estado de salud de un adulto mayor por lo que la identificación de esta patología es fundamental.

El estudio EURODEP realizado en 9 países europeos reporta una prevalencia de trastorno depresivo de 8,8% a 23,6%.

Otros estudios reportan índices más altos según las condiciones de la población mayor, en pacientes hospitalizados 11%-45%, los pacientes institucionalizados, discapacitados y paciente de estratos socioeconómico bajo 30%.75%. (Jimenez, sf)

La prevalencia de trastorno depresivo dependerá de población, en México se encuentra entre 26%-66%, también realizaron un estudio en población marginal que reporto 60% de depresión, otros países como Perú reporta 9,8% en la comunidad, mientras que pacientes hospitalizados 15,97%. Colombia reporta en mujeres 11,5% y en hombres 4%, mientras que en la encuesta nacional de salud reporto 49 a 60%. Chile encontró depresión en los adultos mayores 7,6% y 16,3%. (Calderon, 2018)

La prevalencia es mayor en mujeres, divorciados, nivel socioeconómico bajo, poco apoyo social y adultos mayores con incapacidades. (Jimenez, sf)

#### **2.3.4.1 Complicaciones**

El trastorno depresivo no tratado puede tener múltiples complicaciones: agudización de enfermedades preexistentes, mayor riesgo a desarrollar trastorno de ansiedad, abuso de sustancias o alcohol, conflictos sociofamiliares, aislamiento, intentos suicidas o suicidio, y aumento de mortalidad. (Sawchuk, 2022)

## **2.4 asilo de Ancianos del Hospital San Felipe**

### **2.4.1 Historia**

El Hospital San Felipe tiene su origen a partir de un decreto emitido el 31 de julio 1861, sin embargo, fue el 27 de agosto de 1882 en el período presidencial de Marco Aurelio Soto se inaugura el Hospital General de la República, después de 42 años el deterioro del Hospital era notorio por lo que traslado de sitio y se llamó al nuevo edificio San Felipe

que en sus orígenes era albergue para indigentes. El 6 de junio de 1926 es abierto a la población como Hospital General San Felipe. (Figuroa, 1997)

El Asilo de Ancianos es una extensión del Hospital San Felipe fundado en 1948 (HondurasTips, 2020). Actualmente El Asilo de Ancianos cuenta con 45 residentes, no obstante, 39 residentes son mayores de 60 años.

#### **2.4.2 Visión**

Llegar a contar con una unidad decidida a convertirse en un servicio especializado en la atención de pacientes abandonados con capacidades físicas limitadas, en su mayoría geriátricos, sostenidos con fondos de la institución y de organismos nacionales e internacionales. Satisfaciendo las necesidades de los residentes que pueden ser diferentes y cambiantes, lo que conlleva procesos continuos de adaptación y actualización.

#### **2.4.3 Misión**

Somos una unidad que provee servicios de cobertura nacional con calidad, mediante personal calificado y entrenado que garantiza eficiencia, equidad y calidez a los pacientes con discapacidad física que carezcan de recursos económicos para su sustento y que han sido abandonados por su familia, proporcionándoles en algunos casos de forma creativa el poder desempeñarse en labores manuales que ayuden en su supervivencia económica. (Sosa, 2024)

## **CAPÍTULO III.**

### **MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **3.1 Métodos de investigación**

##### **3.1.1 Tipo de estudio:**

Descriptivo, porque se describió la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión en una población específica, sin establecer relaciones causales entre las variables.

##### **3.1.2 Tipo de enfoque:**

El tipo de enfoque fue cuantitativo, porque se basó en la recolección de datos numéricos para determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión.

##### **3.1.3 Según el momento en que se realizará la investigación el estudio será:**

Fue transversal, porque la recolección de datos en los residentes del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe fue durante un tiempo específico

#### **3.2 Técnicas:**

##### **3.2.1 Prevalencia de trastorno de ansiedad y depresivo.**

La técnica que se utilizó para recolectar la información sobre prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresivo en los residentes del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe será una entrevista cara a cara con preguntas estructuradas.

##### **3.2.2 Comparar la prevalencia entre ansiedad y depresión.**

Para comparar la prevalencia de ansiedad y depresión, se realizó la recolección de información por medio de entrevistas estructuradas.

##### **3.2.3 Detección de prevalencia de ansiedad**

Para determinar la prevalencia de ansiedad se utilizó la entrevista directa con preguntas estructuradas.

##### **3.2.4 Comparar la prevalencia de trastorno de ansiedad en hombres y mujeres**

Se utilizó entrevista con preguntas estructuradas para determinar la prevalencia entre hombres y mujeres de los trastornos de ansiedad y depresión.

### **3.3 Instrumentos**

#### **3.3.1 Prevalencia entre los trastornos de ansiedad y depresión.**

Se aplicó la escala breve para la detección de ansiedad y la escala geriátrica de Yesavage. La Escala breve para la detección de ansiedad utilizada para identificar trastorno de ansiedad en adultos mayores, especialmente cuando cursa con depresión.

Es una escala de 10 ítems, cuya indicación es responder de acuerdo cómo se ha sentido o comportado la persona durante el último mes, asignando un puntaje de 1 a 4; donde: 1=nunca, 2=algunas veces, 3=con frecuencia y 4=siempre. El valor asignado a cada ítem se suma, obteniendo el puntaje total, si éste se encuentra entre 22 y 23, la persona pudiera estar manifestando un problema significativo de ansiedad; si el puntaje total es de 24 o más, se determina que el problema de ansiedad es altamente significativo y se sugiere asistir a un especialista en salud mental.

El SAST fue validado en contraste con evaluaciones psiquiátricas de pacientes ambulatorios e institucionalizados de un servicio de salud geriátrico en una zona urbana de Israel. La muestra fue de 150 personas con edades en el rango de 70 años y más. La validez inicial fue probada en toda la muestra y posteriormente en los subgrupos de pacientes con diagnóstico de depresión y pacientes sin diagnóstico. La evaluación de los trastornos de ansiedad y depresión se llevó a cabo mediante una entrevista estructurada en base a los criterios del DSM-IV, SAST y la Escala de Depresión de Zung. Debido a que ya fue validada a nivel mundial, no será necesario validar la herramienta. Anexo 1.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-30) Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población geriátrica, cuya utilidad en la detección de la depresión en adultos mayores ha sido comprobada en estudios relacionados con la detección de sintomatología de estados depresivos. Creada por Jerome A. Yesavage consta de 30 ítems en su versión original (GDS-30)

La versión de 15 ítems (GDS-15) muestra similares desempeños psicométricos y de confiabilidad. En esta versión se excluyen algunas preguntas que sugieren directamente síntomas depresivos que podrían limitar su validez. El puntaje se asigna de 0 y 1 punto por cada pregunta, si el puntaje es mayor a 5 es posible un episodio depresivo en curso. Esta versión puede desarrollarse en menor tiempo y con elevada sensibilidad y especificidad

(S=84% y E=95%) con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. Debido a que ya fue validada a nivel mundial, no será necesario validar la herramienta. Anexo No 2

### **3.3.2 Comparar la prevalencia entre ansiedad y depresión.**

Para comparar la prevalencia entre trastorno de ansiedad se utilizó la escala breve para la detección de ansiedad y para el trastorno de depresión se aplicará la escala geriátrica de Yesavage, descrita con anterioridad

### **3.3.3 Detección de ansiedad**

Para determinar la prevalencia de detección de ansiedad se aplicó la escala breve descrita con anterioridad.

### **3.3.4 Comparar la prevalencia de trastorno de ansiedad en hombres y mujeres**

Para determinar la prevalencia entre hombre y mujer se utilizaron los datos generales de la historia clínica geriátrica, para lo cual se elaboró una herramienta que será validada por el investigador Anexo 3.

## **3.4 Cronograma de actividades**

<b>Actividades</b>	<b>Julio</b>	<b>Agosto</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Diciembre</b>
<b>Diseño de investigación</b>				<b>X</b>		
<b>Revisión bibliográfica</b>				<b>X</b>		
<b>Diseño de instrumentos</b>				<b>X</b>		
<b>Validación de instrumentos</b>				<b>X</b>		
<b>Levantamiento de información</b>					<b>X</b>	
<b>Ingreso y procesamiento de datos</b>					<b>X</b>	
<b>Entrega de investigación</b>						<b>X</b>

### **3.5 Recursos**

#### **3.5.1 Recursos humanos**

##### **3.5.1.1 Investigador:**

Stephanie Graciela Gómez González

##### **3.5.1.2 Asesor:**

Licenciada Silvia Estrada Zavala

##### **3.5.1.3 Sujetos de la investigación:**

Adultos mayores residentes del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe

##### **3.5.1.4 Personal de la institución**

Director: Dr. Nelson Sánchez

Subdirector médico: Dr. Pavel Ortiz

Medico asistencial: Dr. Agustín Velásquez

#### **3.5.2 Recursos materiales**

##### **3.5.2.1 Transporte:**

Para la realización de la investigación fue necesario utilizar transporte para la movilización al lugar en donde se recolectará la información

##### **3.5.2.2 Equipo de oficina:**

Fue requerido equipo de oficina para la planificación, procesamiento, análisis de la información.

##### **3.5.2.3 Insumos de oficina:**

Los insumos de oficina requeridos fueron necesarios para la recolección de la información.

##### **3.5.2.4 Internet:**

Fue requerido para la recolección de la información

##### **3.5.2.5 Alimentación:**

Se requirió alimentación durante los días de recolección de la información.

##### **3.5.2.6 Combustible:**

Para realizar la movilización durante el proceso de planificación, autorización de los lugares en donde se llevó a cabo la investigación, así como en la recolección de la información

#### **3.5.3 Recursos financieros**

<b>Recurso</b>	<b>Lempiras</b>
<b>Transporte</b>	800 L

<b>Recurso</b>	<b>Lempiras</b>
<b>Equipo de oficina</b>	9,000 L.
<b>Insumos de oficina</b>	500 L.
<b>Internet</b>	750 L.
<b>Alimentación</b>	1,200 L.
<b>Combustible</b>	800 L.
<b>TOTAL</b>	<b>13,550 L.</b>

## CAPITULO IV

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1 Resultados

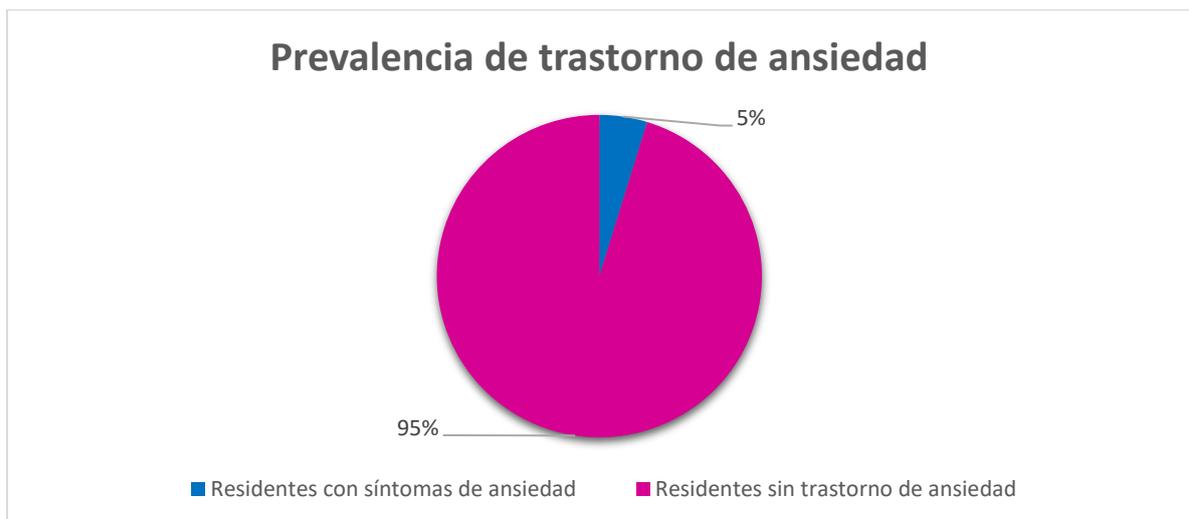
Este capítulo describe los resultados obtenidos en entrevistas estructuradas en adultos mayores de 60 años en el Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe por medio de la escala breve de detección de ansiedad geriátrica y la escala de Yesavage.

El Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe cuenta con 45 residentes, 39 son adultos mayores de 60 años, no obstante, se excluyó del estudio 18 residentes en función de criterios de inclusión y exclusión, 16 residentes presentaron deterioro cognitivo y discapacidad intelectual, 1 residente presentó enfermedad medica inestable y 1 residente presentó hipoacusia severa, por lo que se incluyeron un total de 21 residentes.

##### 4.1.1 Prevalencia de trastorno de ansiedad y depresivo.

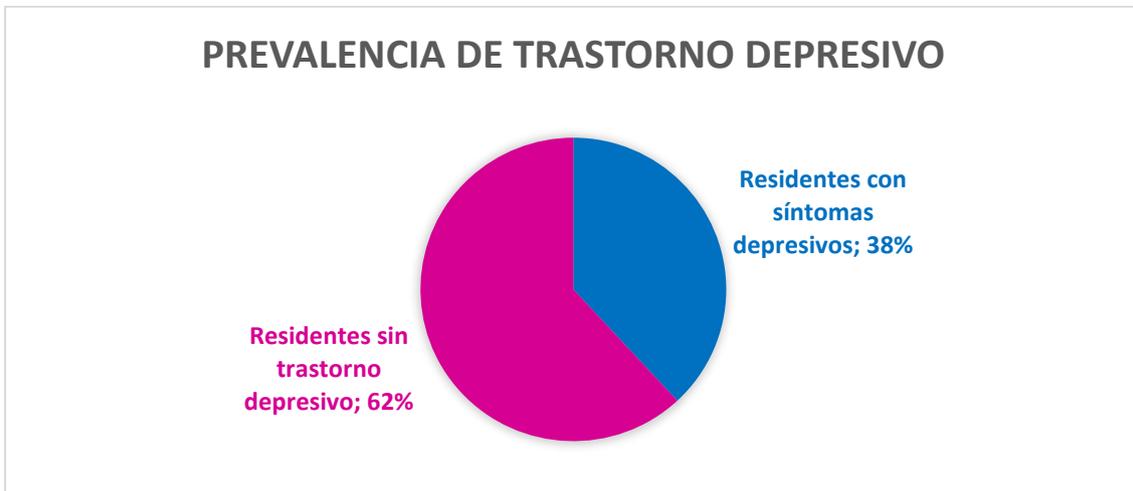
El grafico 1 muestra que el 5% de los residentes del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe reportaron síntomas para trastorno de ansiedad, mientras que el 95% no reportó síntomas.

Gráfico 1. Prevalencia de trastorno de ansiedad.



El gráfico 2 muestra que el 38% de los residentes del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe reportaron síntomas para trastorno depresivo, mientras que el 62% no reportaron síntomas depresivos.

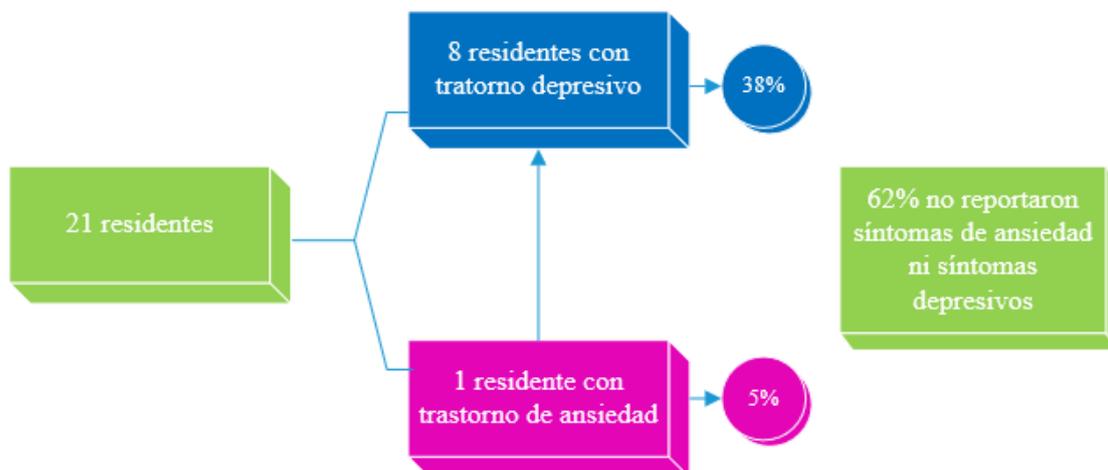
Gráfico 2. Prevalencia de trastorno depresivo.



#### 4.1.2. Comparar la prevalencia entre ansiedad y depresión

El diagrama 1 muestra que la prevalencia del trastorno depresivo fue del 38%, mientras que el trastorno de ansiedad 5%, lo que indica mayor prevalencia del trastorno depresivo. Además, se reportó que los residentes que presentaron ansiedad también presentaron síntomas depresivos, por tanto, el 62% no presentaron trastornos mentales.

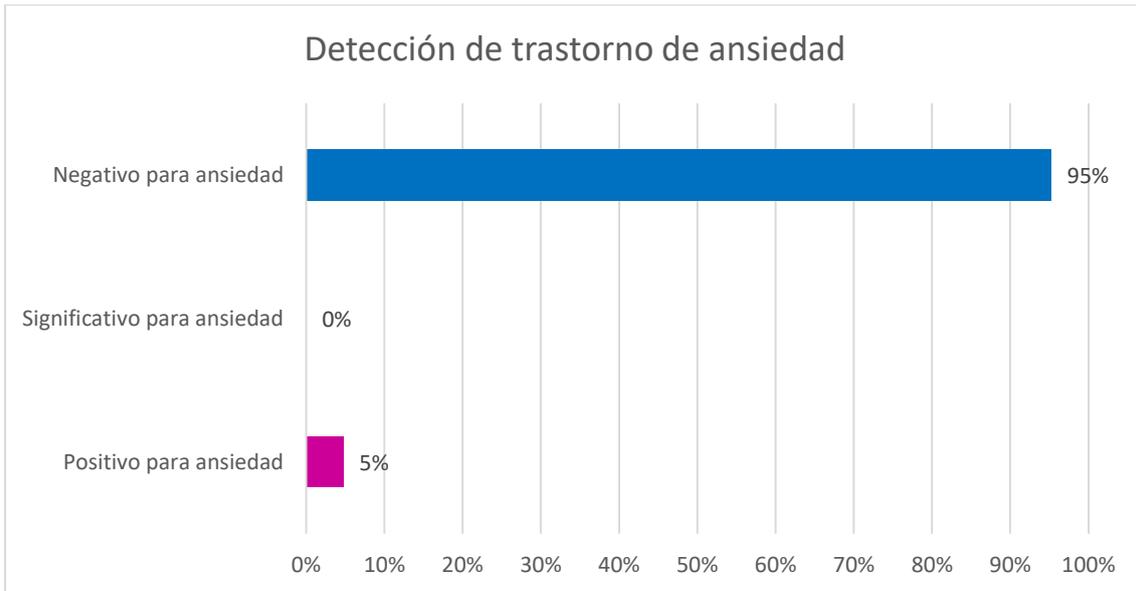
Diagrama 1. Comparación de prevalencia del trastorno de ansiedad y trastorno depresivo.



### 4.1.3. Detección de prevalencia de ansiedad

El gráfico 3 muestra la detección de ansiedad por medio de la escala breve de ansiedad geriátrica, donde el 5% reportó síntomas positivos para ansiedad, no hubo participantes que reportaran datos significativos para ansiedad y el 95% no reportó síntomas para ansiedad.

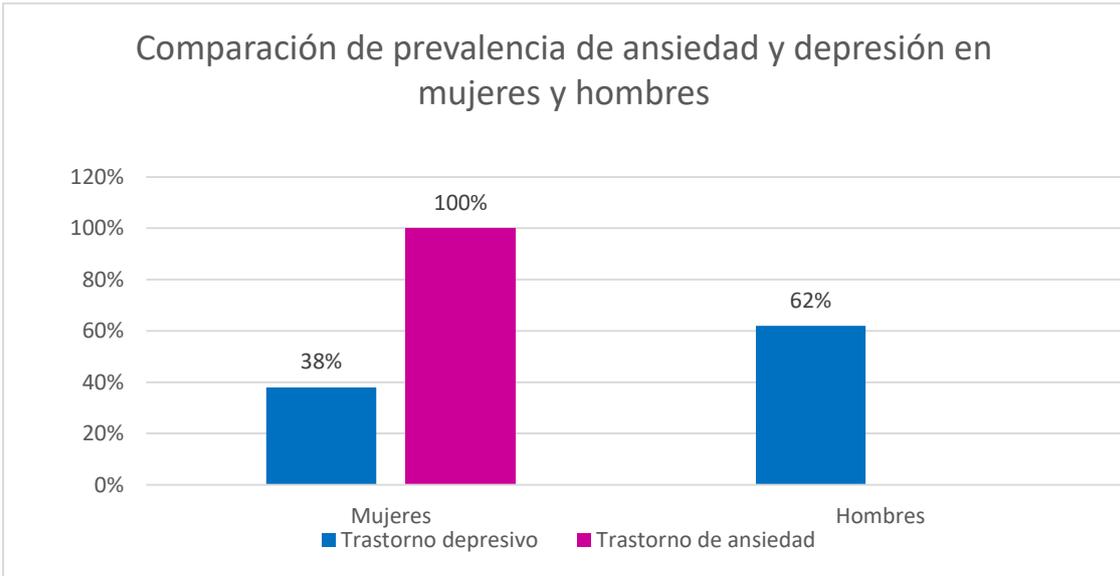
Gráfico 3. Detección de trastorno de ansiedad.



### 4.1.4 Comparar la prevalencia de trastorno de ansiedad en hombres y mujeres

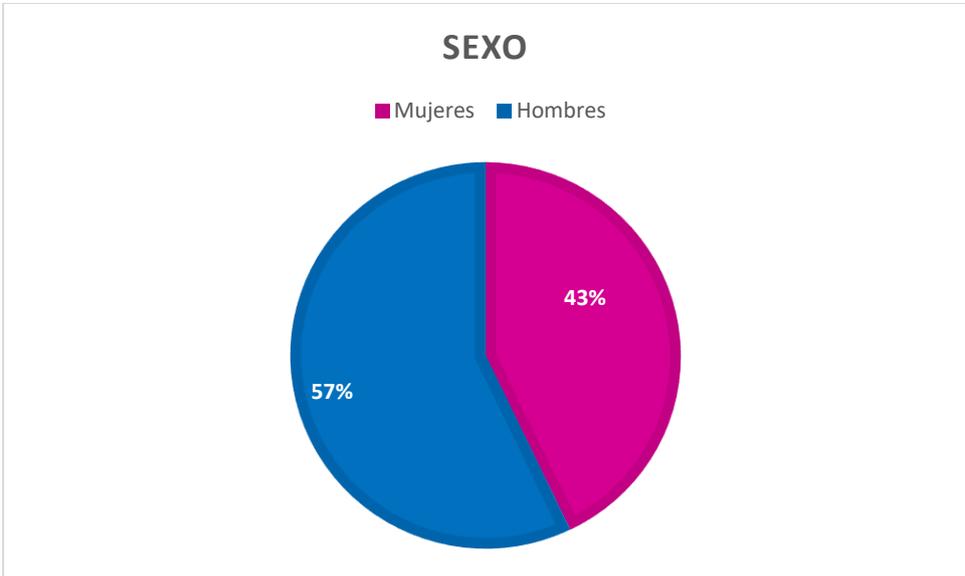
El gráfico 4 muestra que el trastorno de ansiedad prevalece en mujeres con 100%, mientras que los hombres no reportaron síntomas por ansiedad, en cuanto al trastorno depresivo prevalece en hombres con 62% y 38% en mujeres.

Gráfico 4. Comparación de prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres y hombres.



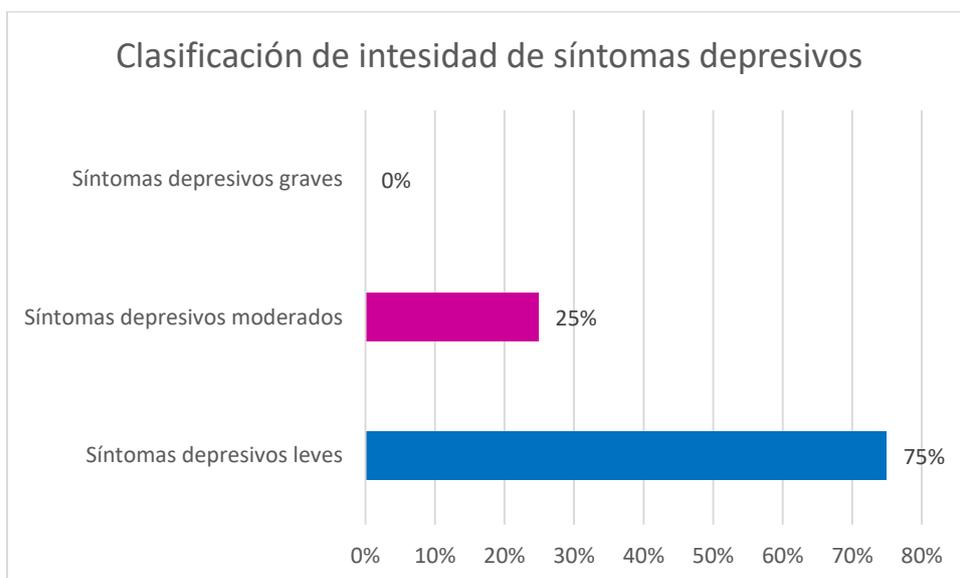
Otros datos de importancia para la investigación es distribución por sexo. El gráfico 5 muestra la distribución por sexo, el 57% de los residentes entrevistados son hombres, mientras que el 43% son mujeres, indicando una mayor prevalencia de hombres.

Gráfico 5. Distribución de por sexo



El grafico 6 muestra según la escala de Yesavage la severidad de los síntomas, el 75% presentó síntomas depresivos leves, 25% presentó síntomas moderados y ningún participante presentó síntomas depresivos graves.

Gráfico 6. Clasificación de intensidad de síntomas depresivos



#### 4.2 Discusión de resultados

Los resultados obtenidos en esta investigación reportaron 38% de prevalencia para trastorno depresivo en los adultos mayores del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe. Estos resultados se asemejan con datos reportados en México 26%- 66% de prevalencia en su población mayor (Calderon, 2018), cabe destacar que la prevalencia de este trastorno es elevada y puede verse influenciada por la discapacidad motora que presentan la mayoría de los entrevistados, el poco contacto con sus familiares y el aislamiento.

En cuanto a la prevalencia del trastorno de ansiedad fue de 5% en este estudio, sin embargo, la OMS reportó 14% (OMS, 2023), de igual forma una revisión sistemática reportó que la prevalencia en adultos mayores fue de 20,8% (Cisneros, 2019). En ambos estudios los reportes de prevalencia de ansiedad fueron elevados, no obstante, la prevalencia de este estudio fue baja probablemente por tener una menor muestra, no obstante, al momento de entrevistar a los residentes la mayoría refirió sentirse seguros y con apoyo de parte del personal del Asilo.

Al momento de comparar la prevalencia entre el trastorno de ansiedad y depresivo, fue mayor el trastorno de depresivo 38%, mientras que el trastorno de ansiedad 5%, sin embargo, la OMS nos dice que la ansiedad es el trastorno mental más común a nivel mundial (OMS, 2023). Algunas causas de porque puede ser mayor la prevalencia del trastorno depresivo en este estudio es debido a que los adultos mayores se encuentran

institucionalizados, presentan diferentes discapacidades, aislamiento y por falta de apoyo familiar.

La prevalencia de ansiedad fue baja de 5%, no obstante, es importante destacar que los residentes que presentaron ansiedad también presentaron síntomas por depresión. La literatura también nos dice que la ansiedad se asocia frecuentemente a la depresión, estudios reportan que el 50% de las personas mayores con trastorno de ansiedad generalizada presentan trastorno depresivo. (Jimenez, sf)

Al comparar la prevalencia de trastorno depresivo en hombres y mujeres, se destaca que la prevalencia en hombres fue mayor 62%, mientras que en mujeres fue de 38%. La OMS nos dice que la prevalencia de depresión es mayor en mujeres que en hombres. (OMS, 2023) Esta diferencia podría explicarse debido a que la mayoría de los entrevistados fueron hombres 57% y el 43% mujeres.

Mientras que la prevalencia del trastorno de ansiedad fue del 100% en mujeres. De igual forma la OMS dice que hay mayor afectación por este trastorno en mujeres que en hombres. (OMS, 2023)

La clasificación de los síntomas depresivos reportó que los residentes que presentaron trastornos depresivos el 25% reportó síntomas moderados, el 75% reportó síntomas leves y nadie presentó síntomas graves. Según el IMSS los trastornos depresivos leves pueden ser tratados con psicoterapia, mientras que residentes con síntomas moderados se debe iniciar tratamiento farmacológico. (IMSS, 2011)

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

- 5.1.1** La prevalencia del trastorno de ansiedad fue de 5% y el trastorno depresivo de 38% en los adultos mayores del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe. La prevalencia del trastorno de ansiedad no reportó datos significativos, mientras que el trastorno depresivo reportó alta prevalencia, los factores que pueden estar asociados a esta cifra son la discapacidad motora, aislamiento y falta de apoyo familiar.
- 5.1.2** La prevalencia del trastorno depresivo y del trastorno de ansiedad se determinaron por la escala de Yesavage y la escala breve de detección de ansiedad, fue mayor la prevalencia del trastorno depresivo 38% y el trastorno de ansiedad 5%, asimismo los residentes que presentaron depresión, 25% tenían síntomas moderados y 75% síntomas leves.
- 5.1.3** La detección de ansiedad se determinó por medio del instrumento geriátrico de ansiedad, el cual reportó baja prevalencia 5%, a su vez los adultos mayores refirieron sentirse seguros y apoyados por el personal del Asilo.
- 5.1.4** Los residentes que reportaron síntomas por ansiedad el 100% fue prevalente en mujeres, los hombres no reportaron síntomas por ansiedad. En cuanto al trastorno depresivo la prevalencia fue mayor en hombres con 62% y en mujeres con 38%, es importante mencionar que el 57% de los entrevistados fueron hombres y el 43% mujeres.

#### **5.2 Recomendaciones**

- 5.2.1** En futuras investigaciones es importante asociar factores biológicos y sociales con el trastorno depresivo y de ansiedad para comprender y abordar oportunamente los problemas que predisponen el desarrollo de estos trastornos mentales.
- 5.2.2** Debido al tamaño de la muestra de este estudio y por mayor prevalencia de hombres algunos resultados no coinciden con las referencias del marco teórico, por lo que se recomienda ampliar la investigación en otras residencias para adultos mayores.

**5.2.3** Realizar evaluaciones periódicas en los residentes del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe cada 6 meses o cuando exista cambios de la conducta en el adulto mayor con la finalidad de identificar síntomas depresivos y de ansiedad para intervenciones oportunas.

## CAPÍTULO VI

### BIBLIOGRAFÍA

- Academia Nacional de las Ciencias. (2015). *Envejecimiento Cognitivo*. sf: Academia Nacional de las Ciencias.
- Academia Nacional de las Ciencias. (s.f. de s.f. de 2015). *Envejecimiento Cognitivo*. a. Obtenido de <https://nap.nationalacademies.org/resource/21693/Action-Guide-for-Individuals-and-Families-ESPANOL.pdf>
- Barnhill, J. W. (sf de Agosto de 2023). *Introducción a los trastornos de ansiedad*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-ansiedad>
- Berghe, C. W. (2021). Valoración geriátrica integral. *SciELO*, 117-123.
- Brañas, S. F. (2001). Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *SciELO*, 78-79.
- Cabrera, I. (2009). Ansiedad y envejecimiento. *ELSEVIER*, 106.
- Calderon, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *SciELO*, 183.
- Casanovas, A. S. (2021). El Mini Nutritional Assessment. Veinte años de desarrollo ayudando a la valoración nutricional. *ELSEVIER*, 245-246.
- CEISAL. (9 de Junio de 2021). *Valoración geriátrica integral*. Obtenido de CEISAL: <https://ceisal.com/blog/2021/06/09/valoracion-geriatrica-integral/>
- Chacón, E. M. (2021). Evaluación psicométrica de la escala de depresión de Yesavage en adultos mayores latinoamericanos: Estudios SABE y CRELES. *Interdisciplinaria*, 103-115.
- Cisneros, G. E. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *ELSEVIER*, 34-48.
- Contreras, D. (2016). *Inventario de ansiedad geriátrica en una muestra chilena de adultos mayores autovalentes*. Valparaíso.
- Coryell, W. (sf de Octubre de 2023). *Trastornos depresivos*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>
- Data Commons. (s.f. de s.f. de sf). *Honduras*. Obtenido de Data Commons: [https://datacommons.org/place/country/HND?utm\\_medium=explore&mprop=content&popt=Person&hl=es](https://datacommons.org/place/country/HND?utm_medium=explore&mprop=content&popt=Person&hl=es)
- Delgado, E. C. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Cupula*, 30-31.
- Deloitte. (19 de Febrero de 2024). *Congreso Nacional aprueba reforma a “Ley de protección al adulto mayor y jubilados”*. Obtenido de Deloitte: <https://www2.deloitte.com/hn/es/pages/tax/topics/boletines-y-alertas-tributarias/2024/alerta/tax-flash-240219.html>

- Figuerola, E. B. (1997). El Hospital General de la República 115 años después. *Revista medica hondureña*, 45-47.
- Garcia, L. (13 de Octubre de 2023). *Cambios psicológicos en la vejez*. Obtenido de Cuidum La Alternativa a las Residencias: <https://www.cuidum.com/blog/cambios-psicologicos-en-la-vejez/>
- HondurasTips. (sf de sf de 2020). *El Hospital San Felipe refugiará a los adultos mayores sin hogar*. Obtenido de HondurasTips: <https://www.hondurastips.hn/2020/04/01/el-hospital-san-felipe-refugiara-a-los-adultos-mayores-sin-hogar/>
- Iglesia, J. M. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *SciELO*, 620-630.
- IMSS. (2011). *Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. México: IMSS.
- IMSS. (2019). *Diagnostico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor*. México, DF.: IMSS.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2021). *Caracterización de la Poblacion Adulta Mayor Hondureña (60 añosy más)*. Tegucigalpa: s.n.
- Jimenez, M. A. (sf). *Depresión y ansiedad*. sn. Obtenido de [https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2023\\_II.pdf](https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2023_II.pdf)
- Mar Navas. (sf de sf de 2020). *Cambios cognitivos en el envejecimiento-parte I*. Obtenido de Mar Navas Centro Integral de Desarrollo: <https://marnavas.com/cambios-cognitivos-en-el-envejecimiento-parte-i/6367/>
- Ministerio de Salud y Proteccion Social - Republica de Colombia. (s.f. de s.f de s.f). *Envejecimiento y Vejez*. Obtenido de GOV.CO: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- OMS. (31 de Marzo de 2023). *Depresion*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Generalidades,sobre%20el%20d%C3%ADa%20a%20d%C3%ADa>.
- OMS. (20 de Octubre de 2023). *Salud mental de los adultos mayores*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- OMS. (27 de Septiembre de 2023). *Trastornos de ansiedad*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- OMS. (27 de septiembre de 2023). *Trastornos de ansiedad*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- OMS. (s.f. de s.f. de s.f). *Envejecimiento*. Obtenido de OMS: [https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/ageing#tab=tab_2)

- Pérez, M. F. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas - Resultados del Estudio ELES. *SciELO*, 34-35.
- Ruiz, E. M. (2021). Personas mayores, participación y cambio social antes y después del COVID-19. *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 105. Obtenido de <https://revistas.um.es/areas/article/view/483961>
- Ruiz, E. M. (2021). Personas mayores, participación y cambio social antes y después del COVID-19. *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 105-107. Obtenido de <https://revistas.um.es/areas/article/view/483961/317981>
- Sawchuk, C. (14 de Octubre de 2022). *Depresión (trastorno depresivo mayor)*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007#:~:text=Situaciones%20traum%C3%A1ticas%20o%20estresantes%2C%20como,trastorno%20bipolar%2C%20alcoholismo%20o%20suicidio>
- Sawchuk, C. (14 de octubre de 2022). *Depresión (trastorno depresivo mayor)*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007#:~:text=Situaciones%20traum%C3%A1ticas%20o%20estresantes%2C%20como,trastorno%20bipolar%2C%20alcoholismo%20o%20suicidio>
- Secretaría de Bienestar e Igualdad Social. (s.f. de s.f. de 2024). *Quiénes son las personas mayores*. Obtenido de Secretaría de Bienestar e Igualdad Social: <https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>
- Secretaría de desarrollo e inclusión social. (2015). *Plan de acción para un envejecimiento activo y saludable Honduras*. Tegucigalpa.
- Sinoff, G. (1999). Short Anxiety Screening Test--a brief instrument for detecting anxiety in the elderly. *PubMed*, 1062.
- Soriano, R. M. (2023). Protocolo diagnóstico y terapéutico de los trastornos de ansiedad. *ELSEVIER*, 4965-4969.
- Sosa, L. (9 de septiembre de 2024). Misión y visión del Asilo de Ancianos del Hospital San Felipe. (S. Gómez, Entrevistador)
- Stefanacci, R. G. (s.f. de Abril de 2024). *Cambios corporales relacionados con el envejecimiento*. Obtenido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/cambios-corporales-relacionados-con-el-envejecimiento>
- studocu. (23 de abril de 2022). *Escala de Ansiedad SATS*. Obtenido de studocu: <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-galileo/medicina-del-deporte-i/23-4-2022-escala-de-ansiedad-sats/71553498?origin=search-results>

## CAPÍTULO VII

### ANEXOS

#### Anexo 1. Escala breve para detección de ansiedad en el adulto mayor (studocu, 2022)

Escala Breve para la detección de Ansiedad en el Anciano (SATS)

1. ¿Se siente como si estuviera al borde de una situación?	Siempre 4	Frecuente 3	Ocasional 2	Nunca 1
2. ¿Se siente que algo terrible puede pasarle?	Siempre 4	Frecuente 3	Ocasional 2	Nunca 1
3. ¿Se ha estado preocupando por su estado actual?	Siempre 4	Frecuente 3	Ocasional 2	Nunca 1
4. ¿Siente que tiene el control de su vida?	Siempre 1	Frecuente 2	Ocasional 3	Nunca 4
5. ¿Puede usted relajarse?	Siempre 1	Frecuente 2	Ocasional 3	Nunca 4
6. ¿Sufre usted de dolor en la parte baja de la espalda, cuello y/o cabeza?	Siempre 4	Frecuente 3	Ocasional 2	Nunca 1
7. ¿Suda usted mucho o sufre de palpitaciones?	Siempre 4	Frecuente 3	Ocasional 2	Nunca 1
8. ¿Ha estado irritable?	Siempre 4	Frecuente 3	Ocasional 2	Nunca 1
9. ¿Duerme usted bien?	Siempre 1	Frecuente 2	Ocasional 3	Nunca 4
10. ¿Sufre usted de mareo y desmayos?	Siempre 4	Frecuente 3	Ocasional 2	Nunca 1
* 22 puntos: negativo para ansiedad * 24 puntos: positivo para ansiedad.	Total			

#### Anexo 2. Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Iglesia, 2002)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	SI	<b>No</b>
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	SI	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	<b>No</b>
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	<b>No</b>
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	<b>No</b>
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	SI	<b>No</b>
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	No
PUNTUACIÓN TOTAL .....		
Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.		

### Anexo 3. Datos generales de historia clínica geriátrica

<b>HISTORIA CLINICA GERIATRICA</b>		<b>Médico entrevistador:</b> <b>Fecha:</b>
<b>DATOS GENERALES</b>	<b>Nombre:</b> <b>Fecha de nacimiento:</b> <b>Edad:</b> <b>Sexo:</b> <b>Estado Civil:</b> <b>Escolaridad:</b> <b>Religión:</b>	