

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

TEMA:

“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL APARECIMIENTO DE TRASTORNO
DEPRESIVO UNIPOLAR EN LOS ENFERMOS CRÓNICOS EN LAS EDADES
ENTRE 50 Y 90 AÑOS, DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR
BÁSICA “LAS LAJAS” EN EL CANTÓN EL TANQUE, MUNICIPIO DE
CHALCHUAPA, DEPARTAMENTO DE SANTA ANA DURANTE LOS MESES DE
MARZO A AGOSTO DEL AÑO 2016”

PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR

ALVARADO ESTRADA, MIGUEL ÁNGEL.
ARÉVALO ORTIZ, STEPHANIE JEAMILETH.
HERRERA ROMERO, FREDY RODRIGO.

DOCENTE DIRECTOR

DRA. KATTYA ELIZABETH CIENFUEGOS IBARRA.

NOVIEMBRE DE 2016.

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES CENTRALES

LICDO. JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN

RECTOR INTERINO

MSc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICE-RECTOR ACADÉMICO INTERINO

ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DRA. ANA LETICIA ZAVALITA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL INTERINA

Mdh. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDA. NORA BEATRIZ MELÉNDEZ

FISCAL GENERAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES

ING. JORGE WILLIAM ORTÍZ SÁNCHEZ

DECANO INTERINO

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

VICE-DECANO INTERINO

LICDO. DAVID ALFONSO MATA ALDANA

SECRETARIO INTERINO DE LA FACULTAD

DR. NELSON EMILIO MONTES

JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Índice.

Contenido.	Página.
1 Antecedentes Del Problema.	1
2 Planteamiento Del Problema.	4
3 Justificación.	6
4 Objetivos De La Investigación.	9
5 Consideraciones Éticas.	12
6 Resultados Esperados.	15
7 Marco Teórico.	17
1. Antecedente Histórico.	18
2. Desarrollo Humano.	19
2.1. El Desarrollo Humano En La Actualidad.	19
2.2. El Enfoque Del Desarrollo Del Ciclo Vital De Paul B. Baltes.	20
2.3 Envejecimiento.	22
3 Efectos Sistémicos Del Envejecimiento.	22
3.1 Composición Corporal.	24
3.2 Equilibrio Entre Disponibilidad Y Demanda De Energía.	25
4 Redes De Señalización Que Mantienen La Homeostasis.	26
4.1 Neurodegeneracion.	26
4.2 Fragilidad.	27
5 Consecuencias De Los Procesos De Envejecimiento.	28
5.1 Baja Resistencia Al Estrés.	28
5.2 Morbilidad Múltiple Y Polifarmacia.	29
5.3 Discapacidad Y Recuperación Alterada De La Discapacidad De Inicio Agudo.	30
6 Hipertensión Arterial Crónica.	31
6.1 Epidemiología.	32
6.2 Patogenia.	33
6.3 Detección Y Diagnostico De La Hipertensión Arterial.	34
6.4 Objetivos Del Tratamiento.	34
6.5 Tratamiento Sin Fármacos.	35
6.6 Tratamiento Farmacológico.	36
7 Diabetes Mellitus.	37
7.1 Definición.	37
7.2 Epidemiología.	37
7.3 Diagnostico.	38
7.4 Factores De Riesgo.	38
7.5 Fisiopatología.	38
7.6 Complicaciones Agudas.	39
7.7 Complicaciones Crónicas.	40
7.7.1 Complicaciones Microvasculares.	41
7.7.1.1 Nefropatía Diabética.	42
7.7.1.2 Retinopatía Diabética.	41
7.7.1.3 Neuropatía Diabética.	43
7.7.2 Complicaciones Macrovasculares.	43
7.7.2.1 Pie Diabético.	43

7.8 Farmacología.	44
7.8.1 Insulina.	44
7.8.2 Análogos De La Insulina.	44
7.8.3 Hipoglicemiantes Orales.	45
8 Depresión Unipolar.	45
8.1 Epidemiología.	45
8.2 Correlatos Sociodemográficos.	46
8.3 Clasificación.	47
8.4 Etiología.	47
8.4.1 Causas Primarias.	47
8.4.1.1 Bioquímicos Cerebrales.	47
8.4.1.2 Neuroendocrinos.	48
8.4.1.3 Neurofisiológicos.	48
8.4.1.4 Genéticos Y Familiares.	49
8.4.1.5 Factores Psicológicos.	49
8.4.2 Causas Secundarias.	49
8.5 Presentaciones Clínicas.	50
8.5.1 Episodio Depresivo Mayor.	50
8.5.2 Melancólica.	50
8.5.3 Atípica.	51
8.5.4 Distimia.	51
8.6 Diagnostico.	51
8.7 Predictores De Nuevos Episodios.	52
8.8 Tratamiento.	52
8.8.1 Terapia Electroconvulsiva (TEC).	53
8.8.2 Psicoterapia.	53
8.8.3 Farmacoterapia.	53
9 Factores Culturales Que Influyen En La Aparición De Depresión Del Anciano Con Enfermedades Crónicas.	53
9.1 Depresión, No Es Exclusiva Del Adulto Mayor.	54
9.2 La Importancia De La Cultura Y La Historia.	56
9.3 ¿Qué Hacer?	61
10 Factores Relacionados A La Atención En Salud Que Influyen En La Aparición De Trastornos Depresivos En Los Enfermos Crónico.	62
10.1 Principales Dificultades De La Población En Cuanto Al Acceso A La Atención Médica.	64
10.1.1 Distancia Y Difícil Acceso.	64
10.1.2 Discapacidades Físicas.	64
10.1.3 Abandono.	65
10.1.4 Recursos Económicos.	66
10.1.5 Desabastecimiento De Medicamentos.	67
10.1.6 Escases De Personal Y Sobresaturación De Centros De Salud.	68
11 Factores Sociales Asociados A Aparecimiento De Depresión En Ancianos Que Sufren Enfermedades Crónicas.	69
12 Factores Geográficos Y Demográficos Que Influyen En La Aparición De Depresión En Ancianos Que Sufren Enfermedades Crónicas.	75

8	Diseño Metodológico.	79
8.1	Tipo De Estudio.	80
8.2	Universo De Estudio Y Determinación De La Muestra.	80
8.3	Instrumentos De Recolección De Datos.	81
8.4	Criterios De Inclusión.	82
8.5	Criterios De Exclusión.	82
8.6	Recursos Usados Para La Investigación.	82
8.7	Plan De Análisis.	83
8.7.1	Sistema De Ponderaje Y Diagnostico.	83
9	Análisis De Resultados.	86
10	Anexos.	94

1. Antecedentes Del Problema.

Durante las 3 ó 4 últimas décadas, las enfermedades crónicas no transmisibles han emergido de tal manera que constituyen en la actualidad un grave problema de salud para la humanidad, sobre todo en países en vías de desarrollo.

Patologías tales como la hipertensión arterial crónica y la diabetes mellitus, que datan la primera desde hace aproximadamente un siglo, desde la invención del esfigmomanómetro por Riva Rossi en 1895 y los estudios hechos por Korokoft y la segunda que fue descrita por Thomas Willis en 1675, son ahora en día unas de las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Desde los modelos de medicina actual, se considera que cualquier trastorno físico está asociado de forma más o menos directa a la aparición de trastornos psicológicos, lo cual ha puesto de manifiesto la necesidad de abordar el estudio de las enfermedades orgánicas desde un modelo biológico, psicológico social y espiritual.

La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de toda la historia de la humanidad sin embargo en las últimas décadas se ha experimentado un notable incremento. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad que algunos autores no han dudado en señalar esta como la “era de la depresión”.

Este término se conoce desde la antigüedad y muchos términos que hoy denominamos afectivos pueden encontrarse en muchos documentos de siglos anteriores. La depresión representa el 80% de todos los diagnósticos psiquiátricos en asistencia primaria.

La depresión es una de las principales cargas sanitarias como consecuencia del impacto social que provoca, del elevado precio del tratamiento, del alto índice de suicidios (12% a 15%) y del incremento de la mortalidad debido a la asociación con enfermedades médicas.

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión es la primera causa de discapacidad. En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. La Organización Mundial de la Salud advierte que 1 de cada 5 personas llegara a desarrollar un cuadro depresivo en su vida y este número aumentara si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés.

A nivel mundial la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres.

El conocimiento de la regularidades y cambios en los estados psíquicos que se dan en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, cobra una importancia extraordinaria no solo para proporcionarle una atención integral en el tratamiento de esta enfermedad, sino con para desarrollar estrategias preventivas, así como favorecer, el diagnóstico, seguimiento y rehabilitación de dichos pacientes.

Muchas investigaciones han sido llevadas a cabo con el fin de demostrar qué papel desempeña los factores psicológicos y psicosociales en la etiología de las enfermedades crónicas degenerativas.¹

Según el Plan Operativo Anual de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica “Las Lajas” del año 2016 existen 156 adultos mayores proyectados para la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica “Las Lajas”, de los cuales 69 son pacientes que padecen de enfermedades crónicas degenerativas y pertenecen a los caseríos el Tanque y el Amatón.²

En la Unidad de Salud Comunitaria Familiar Básica “Las Lajas” existen un club de adultos mayores donde se brinda apoyo a las personas que padecen estos trastornos el cual tiene aproximadamente 8 años de estar funcionando. Dicho club realiza actividades para garantizar la atención integral de pacientes adultos mayores que padecen enfermedades crónicas degenerativas.³

¹ Misleidy Vallejo Leiva. Estudio de la depresión en pacientes con hipertensión arterial esencial Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Santa Clara, Cuba. 2007.

² Plan Operativo Anual de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Lajas, año 2016, ministerio de salud.

³ Plan Operativo Anual de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Lajas, 2016. Ministerio de Salud.

2. Planteamiento Del Problema.

La depresión en pacientes con enfermedades crónicas, es de vital importancia puesto a que es un proceso complejo que puede verse influido por factores nutricionales, herencia, salud y otros diversos factores.

Los estados depresivos son los grandes causantes de reacciones suicidas ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia. Se dice que hay depresión siempre que aparezca un fallo en el tono neuropsíquico sea este pasajero o perdurable. Se trata de un estado sintomático y no de una situación inherente. La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales en la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena y el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer de un sufrimiento físico y emocional.

Los datos relativos a la influencia de los factores emocionales, específicamente la depresión, en el proceso de salud-enfermedad. Se han asociado con las enfermedades crónicas como variables influyentes en el inicio, desarrollo y mantenimiento. Se hace referencia a la influencia de la depresión en la conducta, de manera que interfieren en los hábitos saludables y fomentan el desarrollo de conductas inadecuadas que ponen en peligro la salud y la repercusión de la activación psicofisiológica en los sistemas orgánicos.

Las dolencias corporales tales como la cefalea, la fatiga, falta de apetito, constipación y otras son muy comunes, así como el insomnio, ideas de culpa y autoacusación, y aparece la idea del suicidio.

No es raro que junto a la tristeza la persona deprimida note una sensación de inutilidad y baja autoestima por lo que piensa que no merece la pena pedir ayuda o que el médico y la familia pueden ocupar su tiempo en cosas mejores.

3. Justificación.

La depresión y la relación que tiene con padecimientos crónicos, es un tema muy importante que a lo largo de los años se ha convertido en un elemento que se ha visto subdiagnosticado, infradimensionado e ignorado al momento de evaluar desde el diagnóstico de una enfermedad, su curso y desenvolvimiento por parte del paciente y el tratamiento.

El padecer una enfermedad no se limita a sufrir los síntomas que la caracterizan, significa además la vivencia personal de quien la padece y en la que están implicados factores de la personalidad, estado de ánimo, del estilo de vida y del entorno. Esto influye en el inicio, la exacerbación de síntomas y en la poca respuesta a tratamientos instaurados y son tema de interés de la medicina psicosomática. No prestarles interés en el proceso de atención a pacientes aumenta la posibilidad de una asistencia inadecuada con conductas iatrogénicas.

De manera equivocada la población adulta mayor está asociada con inactividad, incapacidad y descanso forzoso esta condición se relaciona con la pérdida de la posición social, poder económico, afecto, memoria y habilidades físicas regulares; atributos poco valorados en el marco de los valores dominantes.

La subvaloración social de la población mayor y la falta de espacios y alternativas para su despliegue pleno, hacen necesaria la incorporación de medidas y alternativas de atención y de transformaciones culturales que la revaloricen. La Organización Mundial de la Salud propone el enfoque del envejecimiento activo como un paso más allá del envejecimiento saludable, este enfoque requiere de la implicación continua de los ancianos en la vida social, económica, espiritual, cultural y cívica de sus comunidades en desarrollo de sus principios de independencia, participación, cuidado y autorrealización.

El conocimiento acerca del envejecimiento se desarrolla alrededor de enfermedades específicas asociadas con la edad, este hecho lleva a la creencia de que envejecer es sinónimo de enfermedad y a considerar que cualquier enfermedad del anciano, en especial a los trastornos mentales como una manifestación normal del envejecimiento que no requiere tratamiento.²

Con esta investigación se pretende demostrar el apareamiento de la depresión en pacientes con enfermedades crónicas y los factores asociados a su ocurrencia y la influencia que tiene en el desarrollo de la enfermedad y la efectividad y cumplimiento del tratamiento, también se pretende abordar los beneficios de un diagnóstico temprano, Se dirige al personal tanto

medico como estudiantes de medicina motivando al abordaje de pacientes crónicos de una forma más humana buscando cambiar el enfoque de atención hacia el grupo de pacientes en cuestión con el objetivo de brindarles las pautas para mejorar su calidad de vida ofreciéndoles una luz de esperanza para que se desenvuelvan en una de las etapas más importantes de la vida de una forma digna gozando de las condiciones de salud que se merecen.

4. Objetivos De La Investigación.

4.1 Objetivo General.

- Determinar cuáles son los factores que influyen en el apareamiento de trastornos depresivos en los enfermos crónicos en las edades entre 50 a 90 años de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar Básica “Las Lajas” en el Cantón El Tanque, Municipio de Chalchuapa, Departamento de Santa Ana durante los meses de Marzo a Agosto de 2016.

4.2 Objetivos Específicos.

- Explicar los factores culturales que influyen en la aparición de trastorno depresivo en los enfermos crónicos en las edades entre 50 a 90 años de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar Básica “Las Lajas” en el Cantón El Tanque, Municipio de Chalchuapa, Departamento de Santa Ana durante los meses de Marzo a Agosto de 2016.
- Determinar los factores sociales que influyen en la aparición de trastornos depresivos en los enfermos crónicos en las edades entre 50 a 90 años de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar Básica “Las Lajas” en el Cantón El Tanque, Municipio de Chalchuapa, Departamento de Santa Ana durante los meses de Marzo a Agosto de 2016.
- Indicar cuáles son los factores geográficos que influyen en la aparición de trastornos depresivos en los enfermos crónicos en las edades entre 50 a 90 años de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar Básica “Las Lajas” en el Cantón El Tanque, Municipio de Chalchuapa, Departamento de Santa Ana durante los meses de Marzo a Agosto de 2016.

- Determinar los factores relacionados a la atención en salud que influyen en la aparición de trastornos depresivos en los enfermos crónicos en las edades entre 50 a 90 años de la Unidad Comunitaria en Salud Familiar Básica “Las Lajas” en el Cantón El Tanque, Municipio de Chalchuapa, Departamento de Santa Ana durante los meses de Marzo a Agosto de 2016.

5. Consideraciones Éticas.

La ética es la base principal de las buenas relaciones interpersonales humanas y esta es de vital importancia para llevar investigaciones hasta el punto de no violentar derechos inherentes al ser humano básicamente estamos hablando de una serie de regulaciones establecidas y avaladas por la ley y por el sentido común con el fin de obtener los datos necesarios que contribuyen al desarrollo de la ciencia y los avances de cualquier otra investigación de campo, en este caso la ética es meramente respetada para implicaciones investigativas en humanos de donde se deduce su basta importancia, muchos investigadores incluso la valoran tanto como su faro de iluminación en el campo que desean explorar dentro de lo cual este trabajo de investigación de campo no se queda atrás, para que se convierta en un trabajo integral y humanista se deben respetar todas estas regulaciones, esto no significa que no se pueden explorar campos de los participantes y exponer y tabular sus opiniones pero como se ha dicho antes, se pretende hacerlo cumpliendo con los derechos de cada participante de la prueba dejando de lado los prejuicios y sin hacer excepciones.

Basándose en el hecho de que todos los seres humanos somos iguales de donde se deduce que no se puede infravalorar a una persona basándose en su edad, sexo, religión o posición económica debiéndoseles a todos y cada uno respeto por igual no divulgando datos innecesarios.

Debido a que este trabajo de investigación está situado en el ámbito médico no se deben dejar por un lado la ética profesional de donde se es consciente que todos los datos personales de los pacientes así como su condición médica, posibles complicaciones y tratamiento, están bajo la confidencialidad de la relación médico paciente por lo cual los datos personales y las identidades de nuestros participantes se verán excluidos de toda la información con la cual se trabajara usando los datos de interés investigativo como denominador común y tabulados tanto grupal como individualmente para ser analizados e incluso presentados a un jurado profesional previamente capacitados y a una posible audiencia e incluso al lector, todo esto sin romper el derecho de la confidencialidad, secreto médico y el derecho de los mismos a resguardar su identidad y otros datos que restan de importancia en el marco de esta investigación recalcando el punto de ser un proyecto de carácter descriptivo con lo cual se pretende exponer los resultados y conclusiones de importancia para el ámbito médico.

6. Resultados Esperados.

Las enfermedades crónicas en un buen porcentaje afectan a la población adulta de la tercera edad, de los cuales muchos ya presentan otros factores de riesgo, siendo uno de ellos su edad y todas las implicaciones de salud y sociales que esto implica, basándonos en esta teoría, es valedero pensar, que no solo sufren de enfermedades meramente físicas sino también son humanos, lo que significa que son seres biopsicosociales, y por lo tanto se merecen el cuidado físico, psicológico e incluso social, algo que en esta sociedad está infravalorado y olvidado, con el sentido equivoco que la salud se limita a las afecciones físicas, con la presente investigación se pretende demostrar a base de datos reales que gran parte de los pacientes adultos entre las edades de 50 a 90 años que habitan el Cantón El Tanque y que están bajo la responsabilidad de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica “Las Lajas” que sufren enfermedades crónicas presentan ya trastornos depresivos y toda la gama de sintomatología que dicha afección implica.

Gran parte de los comportamientos humanos vienen derivados de factores que rigen a su propia sociedad y cultura, los cuales se heredan de generaciones en generaciones y que en muchas poblaciones es realmente complejo de modificar, la sociedad salvadoreña no queda excluida de este comportamiento de sobrevivencia instintiva humana, y al cumplirse hay muchos de estos comportamientos que terminan afectando a las poblaciones más vulnerables, no solo los efectos propios del desgaste físico y como consecuencias comunes enfermedades crónicas, sino también aspectos sociales que deterioran la psique de los paciente y el desamparo social al que muchos de los adultos con dichas enfermedades se ven sometidos, todo esto sin mencionar las implicaciones geográficas y el difícil acceso y movilización de adultos enfermos, con la presente se describirá como todos estos elementos en conjunto y no solamente su condición médica, empujan a los pacientes a desarrollar trastornos depresivos.

7. Marco Teórico.

1. Antecedente Histórico

La Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica “Las Lajas”, ubicada en el cantón El Tanque, en el municipio de Chalchuapa, del departamento de Santa Ana es una unidad de salud que surge en el ámbito de los equipos comunitarios de salud familiar con la reforma de salud impulsada por el expresidente de la Republica de El Salvador, Mauricio Funes, dicha unidad tiene bajo su territorio de cobertura 2 cantones: el cantón El Tanque y parte del cantón El Paste.

Al cantón El Tanque pertenecen 3 caseríos: El Tanque, El Amatón, El Llano Largo y del cantón El Paste, pertenece al territorio de la unidad de salud “Las Lajas” los caseríos: San Isidro y El Sauce.

Durante el proceso de dispensarización, proceso básico de la reforma que divide los habitantes según grupos de riesgo, el territorio fue dividido en dos zonas: zona A (comprende el caserío El Tanque y El Amatón) vigilados por la promotora Eunice Cerón y la zona B (comprende los caseríos llano largo, San Isidro y El Sauce) vigilados por el promotor Wilfredo Lima.

La población total cubierta por la Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica “Las Lajas” es en total 1804 habitantes, de los cuales 1388 habitantes pertenecen al cantón El Tanque, de los cuales un total de 279 son adultos entre 50 y 90 años de edad.

Según las zonas de dispensarización existe un total de 46 pacientes que padecen enfermedades crónicas en la zona A y 48 en la zona B.

El ingreso monetario de esta población está basado en la agricultura y la crianza de animales y una gran parte de población vive en condiciones de extrema pobreza y factores de vivienda desfavorable tales como inaccesibilidad a servicios básicos como letrinas, agua potable y luz eléctrica.

Para efectos de investigación la muestra será tomada específicamente de los caseríos pertenecientes al cantón El Tanque.

2. Desarrollo Humano.

La historia de un ser humano empieza desde la concepción, si bien es cierto que todos los seres humanos cruzamos por ciertas fases de desarrollo, hay q tener presente que ciertos rasgos se conservan, pero aun teniendo el factor de conservación de estos rasgos es notable

recordar que la vida humana es un trayecto lleno de cambios, vaivenes, altibajos...el ser humano no presenta estaciones en la vida, sino que es un ciclo dinámico, con cambio constante, pero es un cambio sistemático, organizado y coherente con el desarrollo de la persona.

2.1 El Desarrollo Humano En La Actualidad.

El desarrollo humano es estudiado desde el punto científico, incluyendo ítems como la descripción, explicación, predicción e intervención, por ejemplo en el ámbito del lenguaje, se han realizado estudios en niños talento, donde primero se observa el inicio de su vocabulario o del lenguaje y luego se intenta explicar cómo los niños asimilan las palabras y aprenden a usarlas en el momento indicado, después de haber realizado el estudio se realizó un pronóstico sobre comportamientos futuros y las posibilidades de apareamiento de dificultades del habla siendo criterios positivos para este último, se continua con la intervención por ejemplo, la terapia de lenguaje, orientada a mejorar el desarrollo del menor y evitar de esta forma cualquier déficit probable en el futuro, concluyendo así, estudio e y manejo de algunos ámbitos del desarrollo del ser humano, incluyendo tres de los más importantes, que son el ámbito físico, cognoscitivo y psicosocial. Tabla 1.

Tanto el crecimiento del cuerpo como de la mente y su desarrollo son de importancia médico y psicológica, cito literal “Nuestro cerebro funciona mejor, nuestro razonamiento es más agudo, nuestro ánimo es más luminoso y nuestra vulnerabilidad a las enfermedades disminuye si estamos en buena condición física”.

2.2 El Enfoque Del Desarrollo Del Ciclo Vital De Paul B. Baltes.

Paul B. Baltes y sus colegas delimitaron siete principios fundamentales de un enfoque del desarrollo del ciclo vital en los que resume muchos conceptos de estudio para el desarrollo del ciclo vital, dichos conceptos expuestos a continuación:

- 1- El desarrollo dura toda la vida: la vida no es un cumulo de estaciones, sino un viaje continuo que pasa por varias estaciones sin quedarse por completo en una de ellas, sino tomando influencias y aprendiendo lecciones de cada paso, así pues, va buscando nuevas metas y nuevos objetivos usando para conseguirlos, las

herramientas y las enseñanzas que va aprendiendo de las experiencias pasadas en etapas anteriores de su vida, siendo cada estación un eslabón que va construyendo su futuro.

- 2- El desarrollo es multidimensional: como se ha mencionado en incontables ocasiones, el ser humano es un ser biopsicosocial, lo que implica que su crecimiento y su desarrollo deben ser integrales y no limitarse a uno de esos aspectos, dado que van cada uno tomado de la mano con el otro, si se obvia un aspecto y no se trabaja como es debido, este hará que los otros dos ámbitos también sufran las consecuencias de su descuido, de donde es importante cultivar los tres ámbitos del desarrollo al mismo tiempo y con igual atención y cuidado, cada cual a su ritmo, siempre teniendo en cuenta las leyes sociales del ciclo vital adaptándolas a cada escalón del desarrollo individual.
- 3- El desarrollo es multidireccional: los seres humanos hemos aprendido a adaptarnos a la sociedad para poder sobrevivir, esta adaptación se ha logrado con un sin número de habilidades, destrezas y aptitudes, mismas que se desarrollan con el paso del tiempo, pero que también disminuyen, por ejemplo, para un infante es más accesible aprender un idioma nuevo, pero se le dificulta resolver problemas cotidianos que resultan ser sencillos para un adulto, en contraste de la dificultad que significa para este el aprendizaje de un nuevo idioma, lo que no significa que se dejen de cultivar las habilidades sino que cada etapa conlleva habilidades diferentes en diversos ámbitos de la vida.
- 4- La influencia relativa de la biología y la cultura durante el ciclo de vida: según los criterios expuestos por Baltes, hay un equilibrio inversamente proporcional entre el desarrollo biológico y el desarrollo cultural, si bien es cierto que durante la juventud se tienen sentidos biológicamente más agudizados, también es cierto que durante la edad adulta se tiene mejor control de las bases del desarrollo que sentó su cultura como la educación, los comportamientos, los modales, las relaciones interpersonales compensando así, de cierta forma, la disminución de la agudeza de los sentidos.
- 5- El desarrollo implica modificar la distribución de los recursos: los seres humanos disponemos de diversos recursos, no solo materiales como la fuerza física, la economía, etc., sino que también recursos intangibles como la inteligencia la

memoria, la capacidad de resolver problemas, etc. Todos estos recursos son empleados a lo largo de toda la vida para su crecimiento y su desarrollo, como ya es sabido por el lector, cada etapa de la vida engloba diversidad fortalezas y debilidades que deben ser cultivadas y mejoradas en diferentes formas y con diferentes necesidades según la etapa en la que se presente, no es lo mismo lo que necesita un infante que lo que necesita un adulto mayor, por ejemplo, un anciano ya no prioriza el crecimiento como en un infante por lo que sus energías ya no se enfocan a crecer o a subir de peso sino a sustentar algunas áreas del desarrollo que se han visto deterioradas.

- 6- El desarrollo es plástico: Muchas capacidades, como la memoria, la fuerza y la resistencia, mejoran de manera notable con el entrenamiento y la práctica, incluso a edades avanzadas. Sin embargo, aun en los niños la plasticidad tiene límites que dependen en aporte de las influencias que se ejercen sobre el desarrollo. Una de las tareas de la investigación del desarrollo es descubrir en qué medida clases particulares del desarrollo se modifican a diversas edades.
- 7- El contexto histórico y cultural influyen en el desarrollo: el ser humano no se desarrolla espontáneamente ni de forma común para todos, sino que cada persona se ve influenciada por otras personas, y por otras circunstancias como la época, lugar o sociedad en la cual viva, pero además de verse influenciado también se convierte en una influencia, se convierte en un ciclo del cual todos van tomando el lugar de sus antecesores para guiar y dirigir el desarrollo de las generaciones menores para de esta forma encarrilarlos sobre el desarrollo que para sus circunstancias se consideren aceptables y necesarias, no solo es una etapa del desarrollo sino en todo el desarrollo a través de su vida juegan un papel de influidos e influencia a repetición, forjando así a las personas hasta el deceso.⁴

2.3 Envejecimiento.

⁴Elisa Dulcey Ruiz , Cecilia Uribe Valdivieso. *Sicología Del Ciclo Vital: Hacia Una Visión Comprehensiva De La Vida Humana*. Revista Latinoamericana De Psicología, 34 (1-2), 17-27. 2012.

Los problemas funcionales con dificultad o necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria (ADL, activities of daily living) básicas (Tabla 2) aumenta con la edad y son más frecuentes en mujeres. En las últimas décadas, disminuyó la prevalencia de la discapacidad específica por edad, sobre todo entre los más viejos.

3. Efectos Sistémicos Del Envejecimiento

Las consecuencias sistémicas del envejecimiento son extensas, pero pueden agruparse en cuatro procesos principales (fig. 1): 1) composición corporal; 2) equilibrio entre disponibilidad y demanda de energía; 3) redes de señalización que mantienen la homeostasis, y 4) neurodegeneración.

Cuando los clínicos intentan separar el "envejecimiento normal" de la enfermedad, se enfrentan a una situación confusa pues los gerontólogos a nivel mundial lo definen en términos de deterioro gradual de estructura y función y dicho conocimiento se desarrolla alrededor de enfermedades específicas asociadas a el avance de la edad. Este hecho conlleva a la creencia de que envejecer es sinónimo de enfermedad y a cualquier enfermedad del anciano en especial a los trastornos mentales como una manifestación del envejecimiento y tiene reacciones menos satisfactorias a noxas y cada vez más dificultad para mantener la homeostasis fisiológica; por lo tanto, es cada vez más sensible a desajustes ambientales.⁵

La longevidad de una especie es la edad máxima más allá de la cual no se conoce que haya sobrevivido un individuo. La longevidad humana es la resultante de varios factores interactuantes, que incluyen la configuración genética y los factores ambientales y nutricionales, así como las influencias psicológicas, sociales y económicas. El aumento del promedio de la expectativa de vida en general se debe en gran parte a la disminución de las muertes atribuibles a las enfermedades infecciosas, y al mejoramiento de las condiciones de

⁵T. R. Harrison (2012), Principios de Medicina Interna. 18^o edición, volumen 1. Estados Unidos. McGrawHill

vida, que ha elevado el promedio de 40 años en la época precolombina, a los 72 años para las mujeres y 68 años para los hombres, de la actualidad.

En la actualidad la hipótesis genética, que señala que el envejecimiento está genéticamente programado, es la hipótesis que tiene un mayor peso para explicar el fenómeno del envejecimiento. Las células humanas tienen una vida limitada por el número de divisiones celulares posibles en tanto que otras teorías hacen referencia a la vulnerabilidad a una determinada enfermedad relacionada con la edad; ambos tipos de cambios son probablemente determinados genéticamente. Por otro lado, la comprensión de la psicología de la edad avanzada, por consiguiente, requiere de una perspectiva longitudinal. El anciano es producto de su pasado, así como de su presente. Por esta razón, es mejor hablar de una psicología del envejecimiento, que de una psicología de la vejez.

En esta perspectiva, Erik Erikson enmarca la psicología del adulto en el contexto de un desarrollo dinámico. En contraste con otros modelos que ven los esfuerzos y conflictos del adulto como producto de una personalidad estática, formada exclusivamente en la niñez, Erikson nos propone un modelo epigenético con ocho fases de un desarrollo continuo desde el nacimiento hasta la senescencia.

En la madurez, el logro es obtener un sentido de cuidado y preocupación por las generaciones siguientes. El individuo sano ve como su identidad se prolonga en el éxito de las generaciones siguientes. Sin embargo, la conciencia de su propia muerte, puede generar confusión en la persona, y el temor lo puede conducir al aislamiento y al ensimismamiento.

La etapa final del desarrollo, la vejez, se caracteriza por el conflicto entre la noción de integridad o la desesperación. La ecuanimidad del individuo requiere de la aceptación de la responsabilidad por lo hecho en su existencia y la evidencia de que ya nada puede cambiarse. La desesperación nace de la frustración y de la culpa porque los logros no fueron los esperados y el aceptar que es muy tarde para comenzar de nuevo.

Por estas razones, hablamos de curso vital y no de “ciclo vital”, porque en la senescencia no podemos retornar a una etapa anterior y comenzar de nuevo. En todas las etapas del desarrollo el individuo encuentra modelos a seguir en el logro de las metas, pero en la vejez, para alcanzar el logro de la integridad no existen estos recursos, porque el siguiente paso es la muerte, vivencia que hace que la tendencia a la desesperación sea más probable, y que el anciano presente sentimientos de desconfianza, aislamiento, vergüenza y minusvalía. Socialmente los intereses y capacidades de la persona mayor no tienen valor, y de esta manera se ve amenazada por la más fuerte de las pérdidas, la pérdida del respeto de los otros.

3.1 Composición Corporal.

Los cambios profundos en la composición corporal pueden ser el efecto más evidente e inevitable del envejecimiento. A lo largo de la vida, el peso corporal tiende a aumentar en la infancia, pubertad y adultez hasta la edad madura. El peso tiende a disminuir en los varones entre los 65 y 70 años, y esto ocurre un poco más tarde en las mujeres. La masa corporal magra, compuesta sobre todo por músculo y vísceras, disminuye en forma constante después del tercer decenio de edad.

En el músculo, esta atrofia es mayor en las fibras de contracción rápida que en las de contracción lenta. La masa adiposa tiende a aumentar en la madurez y luego disminuye a edad avanzada, reflejo de la trayectoria del cambio ponderal.

El hueso experimenta desmineralización progresiva y modificación estructural, lo que reduce la fuerza ósea; esto eleva el riesgo de fracturas.

3.2 Equilibrio Entre Disponibilidad Y Demanda De Energía.

En la actualidad no hay un método que mida el "acondicionamiento físico" real, que es la energía máxima que puede generar un organismo por periodos prolongados. La velocidad del declive aumenta en personas sedentarias y las que padecen enfermedades crónicas. Un

alto porcentaje de la energía se consume en la "tasa metabólica en reposo" (RMR, resting metabolic rate), que es la cantidad de energía gastada en reposo en un ambiente térmico neutral y en estado posterior a la absorción de nutrientes. En personas saludables, la RMR disminuye con el envejecimiento, sobre todo por la disminución de los tejidos con actividad metabólica intensa que conforman la masa corporal magra.

Sin embargo, las personas con inestabilidad homeostática a causa de enfermedad requieren energía adicional para los mecanismos compensatorios. De hecho, una RMR demasiado alta es un marcador de enfermedad, un factor de riesgo independiente para la mortalidad y podría contribuir a la pérdida de peso que acompaña a menudo a la enfermedad grave.

Por último, por razones que aún no se aclaran del todo, la edad avanzada, la enfermedad y el daño físico aumentan el costo energético de actividades motoras como caminar. En general, los ancianos con múltiples enfermedades crónicas tienen un bajo nivel de energía disponible y necesitan más energía, tanto en reposo como durante la actividad física. Por tal razón, es probable que los ancianos enfermos consuman toda su energía disponible en las actividades más básicas de la vida diaria, lo que genera fatiga y limitación a una existencia sedentaria.

4. Redes De Señalización Que Mantienen La Homeostasis.

Las principales vías de señalización que controlan la homeostasis incluyen hormonas, mediadores inflamatorios y antioxidantes.

Las concentraciones de hormonas sexuales, como la testosterona, disminuyen con la edad tanto en varones como en mujeres; otros sistemas hormonales presentan cambios más sutiles (Tabla 3). La mayor parte de los ancianos, incluso los sanos y funcionales, tiende a desarrollar un estado que favorece una inflamación ligera, también se cree que el envejecimiento se acompaña de aumento en el daño por estrés oxidativo, ya sea por aumento en la síntesis de especies de oxígeno reactivas o porque los amortiguadores antioxidantes son menos efectivos.

La presencia de tales redes de señalización y ciclos de retroalimentación podría ayudar a explicar por qué el "tratamiento de restitución" de una sola hormona ha mostrado poco beneficio en problemas del envejecimiento. Ahora, el centro de la investigación en esta área se encuentra en la disregulación hormonal múltiple. Por ejemplo, considerados de manera individual los niveles de testosterona, dehidroepiandrosterona (DHEA) y el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1) no predicen la mortalidad, pero combinados tienen un valor predictivo elevado de longevidad. Este efecto combinado alcanza una importancia particular en caso de insuficiencia cardíaca congestiva.

4.1 Neurodegeneración.

Las neuronas dejan de reproducirse poco después del nacimiento y su cantidad disminuye durante toda la vida. Existe atrofia cerebral con el envejecimiento después de los 60 años de edad. La atrofia avanza a distinta velocidad en diferentes partes del cerebro y a menudo se acompaña de una respuesta inflamatoria y activación de la microglia. La atrofia cerebral relacionada con el envejecimiento podría contribuir al declive de las funciones cognitivas y motoras observadas con el paso de los años. Existen otros cambios neurofisiológicos cerebrales con el envejecimiento que podrían contribuir al deterioro cognitivo. Consideradas en conjunto, las tendencias de los cambios cerebrales por el envejecimiento sugieren que algunas manifestaciones neurofisiológicas son adaptaciones compensadoras, no contribuyentes primarios a los deterioros vinculados con la edad. Como el cerebro tiene capacidad para reorganización y compensación, es probable que no haya evidencia clínica de la neurodegeneración extensa. Las neuronas motoras que sobreviven compensan 'mediante un incremento en la complejidad de sus ramificaciones y en la cantidad de unidades motoras' a las que sirven. Conforme las unidades motoras se vuelven más grandes, disminuyen en cantidad a una velocidad aproximada de 1% por año, a partir de la tercera década de edad.

Aunque los cambios sistémicos vinculados con la edad se describen en forma individual, ocurren en paralelo y se afectan unos a otros a través de muchos ciclos de asas de retroalimentación positiva y negativa.

El fenotipo resultante del proceso de envejecimiento se caracteriza por mayor susceptibilidad a las enfermedades, riesgo alto de múltiples enfermedades coexistentes, respuesta alterada al estrés (incluida capacidad limitada para curarse o recuperarse de un trastorno agudo), surgimiento de "síndromes geriátricos" (caracterizados por manifestaciones clínicas estereotipadas pero de origen multifactorial), respuesta alterada al tratamiento, riesgo alto de discapacidad y pérdida de la autonomía personal con todas sus consecuencias psicológicas y sociales.

Cuando los individuos se presentan con problemas obvios en varios aparatos y sistemas a causa del envejecimiento, tienden a mostrar un grado extremo de susceptibilidad y pérdida de resistencia, un trastorno que en conjunto se conoce como "fragilidad".

4.2 Fragilidad.

La fragilidad se ha descrito como un síndrome fisiológico caracterizado por reducción de la reserva y menor resistencia a los factores estresantes, resultado del deterioro acumulado en múltiples sistemas fisiológicos, lo que causa vulnerabilidad a resultados adversos y riesgo elevado de muerte. Una definición propuesta que tiene consistencia interna adecuada y gran validez predictiva es la que incluye pérdida de peso, fatiga, fuerza de prensión disminuida, actividad física reducida y marcha lenta.

El concepto de la fragilidad con base en los cuatro procesos subyacentes deriva de evidencia acumulada y reconoce la heterogeneidad y naturaleza dinámica del fenotipo del envejecimiento. El envejecimiento es universal, pero avanza a ritmos muy distintos, el surgimiento del fenotipo de vejez ocurre en formas muy diversas. Por tanto, la pregunta no es si un paciente anciano es frágil, sino si la gravedad de la fragilidad rebasa el límite de la relevancia clínica y conductual.

La comprensión de la fragilidad a través de la perspectiva de los cuatro procesos subyacentes interactivos también proporciona una interfase que, como el envejecimiento mismo afecta al "fenotipo de la vejez".

5. Consecuencias De Los Procesos De Envejecimiento.

Aunque la fisiopatología de la fragilidad aún está en proceso de aclararse, sus consecuencias se han caracterizado bien en estudios prospectivos.

Existen cuatro consecuencias principales para la práctica clínica: 1) respuesta homeostática incompleta o ineficaz ante el estrés; 2) múltiples enfermedades coexistentes (morbilidad múltiple) y polifarmacia; 3) discapacidad física, y 4) los llamados síndromes geriátricos. A continuación, se presenta una descripción breve de cada uno.

5.1 Baja Resistencia Al Estrés.

La fragilidad puede considerarse la pérdida progresiva de múltiples actividades fisiológicas. En una etapa temprana y en ausencia de estrés, los ancianos con fragilidad ligera pueden parecer normales. Sin embargo, tienen menor capacidad para enfrentar algunos desafíos, como enfermedades agudas, traumatismos, procedimientos quirúrgicos o quimioterapia. La enfermedad aguda que obliga a la hospitalización, se relaciona con desnutrición e inactividad, que a veces pueden ser de tal magnitud que la masa muscular residual no cumple el requerimiento mínimo para caminar. Incluso cuando se recupera la nutrición, a veces las reservas energéticas son insuficientes para recuperar la masa muscular.

5.2 Morbilidad Múltiple Y Polifarmacia.

La vejez se acompaña de tasas elevadas de enfermedades crónicas. Por tanto, no resulta inesperado que el porcentaje de personas afectadas por múltiples enfermedades (morbilidad múltiple) también aumente con la edad. En los ancianos frágiles, la morbilidad múltiple alcanza tasas más altas de las esperadas con base en la probabilidad combinada de los trastornos presentes. Es probable que la fragilidad y la morbilidad múltiple influyan una en la otra, por lo que las enfermedades contribuyen a la fragilidad y ésta aumenta la susceptibilidad a las mismas. La planificación del tratamiento farmacológico se vuelve más

compleja porque los trastornos concurrentes podrían afectar la absorción, el volumen de distribución, la unión con proteínas y en especial, la eliminación de muchos fármacos, lo que produce fluctuación de las concentraciones farmacológicas y aumenta el riesgo de administración excesiva o insuficiente.

La excreción de los fármacos se altera por los cambios renales y hepáticos del envejecimiento que podrían pasarse por alto con los exámenes habituales. Existen fórmulas para calcular la tasa de filtración glomerular en personas de edad avanzada, pero aún no es posible estimar los cambios en la excreción hepática. A los pacientes con diversas enfermedades casi siempre se les prescriben múltiples fármacos, sobre todo cuando son atendidos por varios especialistas que no se comunican.

El riesgo de reacciones e interacciones farmacológicas y cumplimiento deficiente crece en forma geométrica con el número de medicamentos prescritos y la gravedad de la fragilidad. Algunas reglas generales para disminuir la probabilidad de efectos farmacológicos adversos son: a) siempre pedir a los pacientes que traigan todos sus fármacos, incluidos los prescritos, disponibles en mostrador, complementos vitamínicos y preparaciones herbales (la "prueba de la bolsa de papel"); b) detectar los fármacos innecesarios, los que no tienen una indicación clara deben suspenderse; c) simplificar el régimen en términos del número de fármacos y horarios, intentar evitar los cambios frecuentes y usar regímenes con una sola dosis al día siempre que sea posible; d) cuando sea factible, evitar fármacos costosos o no cubiertos por el seguro; e) disminuir el número de fármacos a los esenciales y revisar siempre la posibilidad de interacción; f) asegurar que el paciente o un cuidador disponible comprenda el régimen de administración y entregar instrucciones escritas legibles, y g) programar revisiones periódicas de los fármacos.

5.3 Discapacidad Y Recuperación Alterada De La Discapacidad De Inicio Agudo.

La prevalencia de discapacidad para el cuidado personal y de la casa aumenta con rapidez durante el envejecimiento y tiende a ser mayor en mujeres que en varones. La función física

y cognitiva de los ancianos refleja su estado de salud general y predice con más exactitud el uso de recursos de atención a la salud, internamiento en instituciones y mortalidad que cualquier otra medida biomédica conocida.

Como regla práctica, la valoración de las causas contribuyentes y el diseño de las estrategias de intervención para la discapacidad en ancianos siempre deben considerar los cuatro procesos de envejecimiento principales que contribuyen a la fragilidad. Una de las estrategias más usuales para medir las discapacidades una modificación de la International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1980) propuesta por el Institute of Medicine (IOM, 1992). Esta clasificación infiere una vía causal de cuatro pasos: patología (enfermedades), daño (manifestación física de las enfermedades), limitación funcional (funciones generales, como caminar, sujetar, subir escaleras) y discapacidad (capacidad para cumplir los roles sociales en el ambiente).⁶

6. Hipertensión Arterial Crónica.

La hipertensión arterial es una enfermedad cardiovascular de origen complejo que se diagnostica por un signo clínico, la elevación de la presión arterial.

El criterio más habitual para hipertensión arterial toma como límite una presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg de forma sostenida. Puesto que el riesgo cardiovascular se incrementa conforme lo hace la presión del paciente este es un valor arbitrario que se basa en el mayor incremento de riesgo a partir de este valor de presión en la población general y en el equilibrio entre los beneficios obtenidos del tratamiento y el riesgo de no realizar dicho

⁶Dennis Kasper, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo Harrison. Principios de Medicina Interna, 19 edición. Estados Unidos. McGrawHill.

tratamiento. En consecuencia, en ciertas poblaciones especiales el tratamiento puede ser necesario en valores inferiores de presión arterial.

En los ancianos hipertensos, la presión sistólica y la presión de pulso (diferencia entre la presión sistólica y la presión diastólica) son marcadores del riesgo cardiovascular más importantes que la presión diastólica.

La hipertensión sistólica aislada (Presión sistólica superior a 140 mm Hg con presión diastólica igual o inferior a 90 mm Hg) es frecuente en los ancianos y más en ancianas. Su importancia radica en la comprobación de que la aparición de accidentes cerebrovasculares, cardiovasculares y el deterioro renal es de dos a cuatro veces superior que en la población normal.⁷

6.1 Epidemiología.

El envejecimiento de la población, la relación presión arterial/Riesgo cardiovascular y la modificación de las reglas de juego que fijan los límites diagnósticos, ha multiplicado la prevalencia de HTA en las personas de edad avanzada. Las tasas absolutas de ancianos hipertensos han pasado de una nada desdeñable tasa porcentual del 40 % hasta cifras absolutas en torno al 60-70 % de esta población, con progresiva mayor prevalencia en función de los sucesivos tramos de edad.⁸

La elevación de las cifras de presión arterial es una constante con el paso de los años. Sin embargo, tal aserto necesita ser matizado:

⁷Belza JM, Quiroga J, Beland F, Zunzunegui MV. La hipertensión en las personas ancianas: prevalencia, conocimiento, tratamiento y control. *Atención primaria* 19 (7) 367-371, 1997.

⁸A Gutiérrez-Misis, M T Sánchez-Santos, J R Banegas, M V Castell, J I González-Montalvo and A Otero. Walking speed and high blood pressure mortality risk in a Spanish elderly population. *Journal of Human Hypertension* 29 (9) , 566-572 .September 2015.

- a) La elevación de las cifras de presión arterial en función de la edad es muy evidente en los países con mayor desarrollo, pero existen comunidades con formas de vida muy primitivas en las que no se produce este hecho. Ello permite, cuando menos, tener ciertas dudas sobre el carácter fisiológico del incremento de los niveles de presión arterial en los diferentes segmentos de edad.
- b) El aumento de las cifras de presión arterial es muy evidente para los niveles sistólicos y notoriamente más acusado en las mujeres.
- c) En los tramos de edades más avanzadas, el hecho no se produce, manteniéndose e incluso descendiendo los niveles de presión arterial. El dato es más claro para la presión arterial diastólica, que desciende ligeramente a partir de los 60-65 años, que para la presión sistólica que, sin embargo, también sigue la misma tendencia a partir de los 80 años.⁹

6.2 Patogenia.

En el hombre aparecen modificaciones de la función y estructura del árbol vascular, del sistema cardiovascular y renal con la edad, cuya intensidad aumenta con la presencia de hipertensión arterial.

En el individuo anciano se observa disminución de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona. La disminución de secreción de renina se cree que es secundaria a la nefroangioesclerosis renal, sea cual fuere su origen, apreciándose además de niveles basales bajos de renina una escasa respuesta tras cambios de posición o administración de diuréticos pese a que se ha demostrado en condiciones experimentales un aumento de los receptores de angiotensina 1 en los órganos diana. La noradrenalina plasmática aumenta a

⁹Guillén Llera F. Envejecimiento poblacional e hipertensión arterial. En: Avances en el manejo de la hipertensión arterial en el anciano. JM Ribera Casado (1 Edición). Barcelona. Editoriales Glosa. 2005.

medida que lo hace la edad lo que se acompaña de disminución de la sensibilidad del vaso a las catecolaminas por la disminución del número y funcionamiento de los receptores beta1; igualmente se constata una disminución de la actividad de los barorreceptores. Por ello en el anciano la adaptación frente a cambios posturales, pequeñas pérdidas de volumen plasmático o cambios bruscos de presión arterial es más lenta y menos efectiva que en los jóvenes y por ello es frecuente la hipotensión ortostática.¹⁰

El aumento de las cifras de presión arterial se ha considerado durante mucho tiempo como un mecanismo compensador tendente a mantener la adecuada perfusión de los órganos. Sin embargo, más de la mitad de la población anciana presenta hipertensión arterial pero el resto son normotensos.

Cuando se comparan estas dos poblaciones ancianas se comprueba que, aunque los ancianos normotensos tienen más riesgo que los jóvenes normotensos, los ancianos hipertensos presentan un riesgo de complicaciones cardiovasculares superior en 2-3 veces al de los ancianos normotensos de similar edad y similares factores de riesgo asociados.

6. 3 Detección Y Diagnostico De La Hipertensión Arterial.

El procedimiento básico de detección de la hipertensión arterial es la medición protocolizada de esta en todos los enfermos que acuden a consulta médica puesto que este es un proceso frecuentemente asintomático. En los pacientes ancianos este procedimiento requiere especial cumplimiento dada la elevada prevalencia de hipertensión arterial en este grupo de población, su bajo coste y su elevado rendimiento.

Puesto que la población anciana está registrada dentro de las historias clínicas de los centros de salud debería programarse al menos una visita para la medición de la presión arterial en todos los pacientes ancianos cuando no existan registros previos o cuando estos hayan sido negativos.

¹⁰Messerli FH, Ventura HO, Glade LB, Sundgaard K, Dunn FG, Frohlich ED. Essential hypertension in the elderly: hemodynamics, intravascular volume, plasma renin activity, and circulating catecholamine levels. *The Lancet* 2 (19) 983-986, 1983.

6.4 Objetivos De Tratamiento.

No existen evidencias definitivas sobre el nivel de presión arterial a alcanzar en el tratamiento de la hipertensión arterial esencial en el anciano. Conforme la edad del sujeto se aproxima a la expectativa máxima media de vida, la competencia por la mortalidad adquiere su máxima expresión y las posibilidades de disminuir la mortalidad son progresivamente menores. Así, se ha observado que el tratamiento antihipertensivo en sujetos mayores de 80 años disminuye la morbilidad cardiovascular pero no la mortalidad cardiovascular ni total. Por lo tanto, mientras que el objetivo del tratamiento antihipertensivo en el adulto se plantea en términos de disminución de la morbimortalidad cardiovascular y renal, el objetivo prioritario en el anciano ha de ser el mantenimiento de la expectativa de vida libre de discapacidad o, en su defecto, la maximización de la función.

Diversos estudios han acreditado que pequeñas reducciones (5-6 mmHg) de la presión diastólica reducen de forma significativa la morbimortalidad cardiovascular, por tanto un nivel de presión de < 140/90 parece adecuado también en ancianos.

En grupos especiales de población (diabéticos, cardiopatas, enfermos renales) pueden ser adecuados objetivos menores de presión arterial.

6.5 Tratamiento Sin Fármacos.

Está probado que la presión arterial es susceptible de control mediante modificaciones en el estilo de vida. Así en el ensayo TONE (Trial of Nonpharmacologic interventions in the elderly), sobre un total de 975 hipertensos entre 60 a 80 años con presiones arteriales controladas en monoterapia se valoró el grado de control tras la retirada del fármaco hipotensor. El número de personas con presión arterial controlada fue del 43.6% en el grupo tratado con dieta hiposódica y pérdida de peso, 35% en los aquellos que hicieron sólo una de estas medidas y 16% en los tratados convencionalmente. Estas reducciones de

presión arterial se consiguieron con restricción moderada del aporte de sal (media 40 mmol/día) o pérdida de 4.7 Kg. de peso.

Por tanto, sería conveniente realizar las siguientes medidas previas o conjuntamente al tratamiento con fármacos:

1.- Ingesta de sodio alrededor de 100 mmol/día mediante supresión de la utilización del salero en la mesa y evitando tomar alimentos precocinados, enlatados y embutidos. Se podrá utilizar 1,5 gr de sal al día y es preferible su utilización sobre la comida una vez cocinada, en vez de utilizarla durante la cocción.

2.- Aumento del consumo de potasio (frutas frescas, vegetales y cereales).

3.- Aumento de la ingesta dietética de calcio (100 gr de queso proporcionan entre 700 y 1.180 mg de calcio dependiendo del tipo).

4.- Andar diariamente más de ½ hora al día, preferiblemente entre 1 y 2 horas. En los sujetos no entrenados, el objetivo se debe alcanzar de forma paulatina.

5.- No ingerir más de 30 gr de alcohol/día (equivalente a 300 ml de vino, 500 de cerveza o una copa de licor).

6.- La indicación de las medidas no farmacológicas debe tener en cuenta las condiciones socio-económicas del paciente.

7.- La aplicación simultánea y moderada de varias medidas no farmacológicas suele dar un resultado terapéutico superior a la aplicación estricta de una sola de ellas.

8.- Valorar juiciosamente la relación beneficio terapéutico/ perjuicio de la calidad de vida antes de comenzar en el anciano cambios en su dieta y estilo de vida.

6.6 Tratamiento Farmacológico.

En vista de la experiencia acumulada en los diversos ensayos clínicos publicados diversos fármacos pueden estar indicados para el comienzo del tratamiento de la hipertensión arterial

esencial en el anciano puesto que reducen no sólo la presión arterial sino la mortalidad y la morbilidad cardiovasculares.

Los diuréticos tiazídicos pueden considerarse como fármacos de primera elección basándose los resultados de diversos estudios aleatorizados donde se demostró una reducción significativa de la morbimortalidad cardiovascular.

El uso de bloqueantes de los canales del calcio como opción terapéutica en pacientes ancianos está apoyado también en estudios aleatorizados y controlados que demuestran una reducción de la mortalidad y morbilidad de origen cardiovascular tanto frente a placebo como a otros fármacos.

Los inhibidores del enzima conversora de la angiotensina se evaluaron de forma específica en el anciano en el estudio Australian National Blood Pressure 2 demostrando una eficacia similar a los diuréticos para reducir la aparición de muerte y eventos cardiovasculares. Lo mismo ocurrió en el estudio STOP2. Aunque el estudio HOPE no se dirigió específicamente a enfermos ancianos la edad media de la muestra fue superior a 65 años y atestigua el efecto reductor de la mortalidad cardiovascular de los IECA en pacientes ancianos con riesgo cardiovascular elevado. La conclusión es que deben ser recomendados como fármacos antihipertensivos de primera elección en este grupo de pacientes. Los antagonistas de los receptores de la angiotensina demostraron ser superiores a los betabloqueantes en el objetivo compuesto de reducción de la mortalidad cardiovascular global en el estudio LIFE (edad media de los pacientes, 72 años). Deben ser considerados también para tratamiento de la hipertensión arterial en el anciano en el primer escalón.¹¹

7. Diabetes Mellitus.

7.1 Definición.

La Diabetes mellitus no es una entidad patológica aislada, sino un grupo de trastornos metabólicos crónicos cuya característica común es la hiperglicemia. La hiperglicemia en la diabetes mellitus es la consecuencia de defectos en la secreción, en la acción de la misma o

¹¹Angelica Riveros, J. Cortazar Palapa, F. Alcazar L., J. J. Sanchez Sosa. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la Calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 5 (3), 445-462. 2005.

lo más frecuente en ambas. La hiperglicemia crónica y la disregulación crónica concomitante se asocian a lesiones secundarias en múltiples órganos especialmente los riñones, ojos, nervios y vasos sanguíneos.

7.2 Epidemiología.

La diabetes mellitus en el mundo tiene una estimación actual de 220 millones y se espera que para el año 2025 sea de 300 millones de personas afectadas con diabetes mellitus. La prevalencia de la diabetes mellitus es estimada en la población actual en un 2.3-5% por 750,000 habitantes.

La diabetes mellitus tiene mayor prevalencia en mujeres (4.5%) que en hombres (3.25%).

Se da dos veces más en población urbana que en población rural.

Está relacionado con un alto riesgo de mortalidad, siendo entre 2-4 veces mayor el riesgo por complicaciones cardiovasculares.

7.3 Diagnóstico.

- HBA1c \geq 6.5%.
- glicemia en ayuno de 8 horas \geq 126 mg/dl.
- test de tolerancia oral a la glucosa con glicemia \geq 200 mg/dl.
- Glicemia en cualquier momento del día \geq a 200 mg/dl con síntomas clásicos de hiperglicemia (polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso) o síntomas de crisis hipoglucémicas.

7.4 Factores De Riesgo.

- Obesidad (IMC $>$ 25 Kg/m²).
- Edad.
- Antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 (abuelos, padres y hermanos).
- Sedentarismo.
- Raza o etnia.
- Trastorno de la glucosa en ayunas o trastorno de tolerancia a la glucosa previamente identificado.
- Antecedentes de diabetes mellitus gestacional o peso al nacer mayor a 4 kg.
- Hipertensión arterial.

- Trastornos en el metabolismo del colesterol y triglicéridos.
- Antecedentes de enfermedad vascular.
- Síndrome de ovarios poliquísticos.
- Tabaquismo.

7.5 Fisiopatología.

En el páncreas las células beta de los islotes pancreáticos son los encargados de sintetizar insulina, hormona encargada de mantener los niveles de glicemia dentro de un valor normal, siempre hay una secreción basal de insulina que nos mantiene en euglicemia, oponiéndose a la acción de las hormonas contrarreguladoras. En los casos en que la glicemia alcanza un valor mayor a 100 mg/dl, por ejemplo, cuando comemos, las células beta son capaces de aumentar hasta 20 veces la secreción de insulina normal con el fin de mantener la glicemia en un rango de normalidad.

La función que cumple la insulina es captar la glucosa extracelular y transportarla a intracelular, manteniendo de esta manera la glicemia en valores normales.

Cuando hablamos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 hay dos factores fisiopatológicos involucrados:

a) Resistencia a la insulina: se define como la resistencia a los efectos de la insulina sobre la captación, metabolismo o almacenamiento de la glucosa. Este es un hallazgo casi universal en pacientes obesos diabéticos. El papel de la resistencia a la insulina e la patogenia de la diabetes mellitus tipo 2 puede demostrarse por los siguientes hallazgos: la resistencia a la insulina se detecta en los pacientes de 10 a 20 años antes del inicio de la diabetes en los individuos predispuestos y la resistencia a la insulina es el mejor predictor de la progresión de la diabetes. La resistencia conduce a un descenso en la captación de glucosa en los tejidos periféricos y a una incapacidad de la hormona de suprimir la neoglucogénesis hepática.

b) Disfunción de la célula beta: la disfunción de la célula beta comprende a los pacientes con respuesta insuficiente ante niveles específicos de glucosa, tanto en la secreción basal como en la secreción estimulada, por lo que hay una capacidad secretora disminuida. Este defecto por la hiperglicemia, gatillándose un círculo vicioso que perpetua la hiperglicemia

y disminución continua de la secreción de insulina, lo que se denomina glucotoxicidad que está en función de la duración y la magnitud de la hiperglicemia.

7.6 Complicaciones Agudas.

La diabetes mellitus, como se ha descrito, es una enfermedad de carácter crónico que requiere de un estricto control médico, y a falta de éste, se presentan complicaciones tanto agudas como cónicas.

Las complicaciones agudas son a causa de alteraciones abruptas del nivel de glicemia, ya sea con un aumento notable como sucede en cetoacidosis diabética, más característica de diabetes tipo1, donde se encuentra un aumento de los niveles de glicemia acompañado de disminución del nivel de Ph sérico; al hablar de cetoacidosis diabética, no se puede pasar por alto el coma hiperosmolar, su característica principal radica en la deshidratación del paciente y un aumento de la osmolaridad sérica. Dentro de las complicaciones agudas también se incluye, el coma hipoglicémico, que se caracteriza por alteración de la conciencia y signología focal neurológica. Complicación frecuente del tratamiento hipoglicémico del diabético en pacientes insulino dependientes con niveles menores de 50 mg/dl el cerebro.

7.7 Complicaciones Crónicas.

Las complicaciones crónicas de esta enfermedad se han agrupado clásicamente en dos grandes categorías: microvasculares y macrovasculares; no toda complicación pertenece puramente a una de las clasificaciones propuestas, este es el caso del pie diabético el cual además de tener los componentes macrovascular y microvascular tiene un tercer componente el infeccioso por lo cual se agrega una tercera categoría: otras complicaciones crónicas de la diabetes mellitus.

Estas complicaciones son el factor principal de morbimortalidad en pacientes diabéticos, siendo la enfermedad vascular difusa por lejos la más importante; la enfermedad cardiovascular la primera causa de muerte en pacientes con diabetes mellitus alcanzando un 75% de los decesos.

La diabetes mellitus genera daño circulatorio y orgánico sistémico, el cual se puede apreciar histológicamente ya a los 5 años de evolución de la enfermedad, mientras que a los 10 años se hacen clínicamente manifiesto, esto debido a la larga fase asintomática de la evolución natural de esta enfermedad, pudiéndose encontrar ya complicaciones crónicas al

momento del diagnóstico. La progresión tiene relación con el control metabólico, pero en etapas avanzadas el proceso es independiente, su principal factor involucrado: la hiperglicemia, quien es el principal actor de la génesis de las complicaciones crónicas.

7.7.1 Complicaciones Microvasculares.

La hiperglicemia es el factor etiológico fundamental de estas complicaciones, produce gran variedad de daño celular y tisular; se han postulado 4 teorías para explicar este fenómeno:

a) Aumento del flujo de la vía del poliol: participa en la patogenia de las complicaciones de distintos tejidos como la membrana basal glomerular, cristalino, retina y mielina estos tejidos toman glucosa no mediada por insulina y poseen la enzima aldosa reductasa que cataliza reacciones de reducción de una amplia gama de compuestos carbonados incluyendo la glucosa la cual es transformada en sorbitol, el cual finalmente es oxidado a fructosa, en hiperglicemia se produce un aumento de la concentración intracelular de glucosa por lo que aumenta la metabolización por esta vía, trayendo como consecuencia una disfunción celular principalmente por alteración del equilibrio oxido-reductor.

b) Glicosilación no enzimática de proteínas: el aumento de la concentración intracelular de glucosa genera “productos terminales avanzados de la glicosilación” por una vía no enzimática de glicosilación, este proceso también ocurre a nivel extracelular pero en menor cantidad, esto crea un enlace cruzado entre proteínas que genera un cambio físico químico en las enzimas generando una disfuncionalidad de estas; además hay daños de las proteínas estructurales de la matriz extracelular induciendo transcripción de genes lo cual se traduce en aterosclerosis, disfunción glomerular, etc.

c) Aumento de la actividad de la proteincinasa C: el aumento de la glucosa intracelular aumenta la producción de diacilglicerol en algunos tipos celulares, el diacilglicerol activa la enzima proteincinasa C, lo cual trae muchas complicaciones como oclusión capilar y vascular.

d) aumento del flujo de la vía de la hexosamina: en esta vía se desvía la fructosa 6 fosfato de la glucolisis hacia la formación de proteoglicanos y glucoproteínas ligadas a oxígeno lo

cual induce la expresión de genes que inhiben la sintetasa de oxido nítrico endotelial y promover la formación e radicales libres.

7.7.1.1 Nefropatía Diabética.

Al comienzo de la diabetes y en periodos de descompensación se observa hipertrofia renal e hiperfiltración en paralelo a vasodilatación aferente glomerular, en esta etapa una ecografía renal demostraría riñones de mayor tamaño que lo normal, esta hipertrofia ocurre en 40% de diabéticos tipo 2. En la segunda etapa la velocidad de filtración permanece elevada, la presión es normal y no existe albuminuria en esta etapa que dura de 5 a 15 años es donde se producen las alteraciones histopatológicas propias de la diabetes mellitus (engrosamiento de la membrana basal glomerular y expansión de la matriz mesangial) suele aparecer hipertensión arterial, más bien asociada a la activación hipertensogena de la resistencia a la insulina, en esta etapa debe de realizarse el control metabólico y de la presión arterial. En la tercera etapa aparece una nefropatía insipiente o aparición de microalbuminuria ocurre de 6 a 15 años de comenzada la diabetes en esta etapa empeora el daño histológico y se eleva la presión arterial. En la cuarta etapa la microalbuminuria progresa a proteinuria manifiesta hasta desarrollarse síndrome nefrótico y deterioro progresivo de la filtración glomerular prácticamente en todos estos casos existe hipertensión arterial derivada de la insuficiencia renal. La etapa cinco es la insuficiencia renal terminal sobreviene aproximadamente 7 años después de detectad la proteinuria.

7.7.1.2 Retinopatía Diabética.

Es la causa principal de ceguera en personas en edad productiva (entre 20 y 65 años) a nivel mundial. El primer signo de la retinopatía diabética son los microaneurismas se observa como pequeños puntos rojos en la retina, se desconoce su mecanismo de formación, pero dentro de las posibilidades se incluye la liberación de un factor de crecimiento vascular en el endotelio, debilidad de la pared capilar y anormalidades de la retina.

Permeabilidad vascular: con la formación de microaneurismas se puede producir un exceso de permeabilidad vascular, llevando al desarrollo de edema retinal, generalmente en el área macular. Los depósitos de lípidos al centro de la mácula se asocian con un daño retinal y pérdida visual

Cierre capilar y neovascularización: una de las consecuencias más serias es la obliteración de los capilares retíales. A medida que el cierre capilar se hace más extenso, es común ver hemorragias intraretíales, lo que se relaciona directamente con la magnitud del déficit de perfusión y la isquemia resultante.

A los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 se les recomienda su primer examen oftalmológico a los 5 años después del diagnóstico.

7.7.1.3 Neuropatía Diabética.

Las neuropatías son un grupo de afecciones del sistema nervioso periférico, los cuales ocasionan una combinación variable de síndromes dolorosos, atáxicos, paréticos y de disautonomía.

7.7.2 Complicaciones Macrovasculares.

En esta complicación se agrupan todos los eventos derivados del proceso aterosclerótico, los vasos más afectados son las arterias coronarias, carótidas tibiales anteriores y posteriores y fibular, esta complicación es la responsable de la mayoría de muertes viéndose un aumento de 2 a 6 veces mayor que en pacientes no diabéticos. En esta categoría de complicaciones podemos enumerar: la coronariopatía, la enfermedad vascular cerebral y la enfermedad vascular periférica.

7.7.2.1 Pie Diabético.

Alteración clínica de base etiopatogénica neuropática, inducida por una hiperglicemia sostenida, en la que con o sin isquemia y previo a un desencadenamiento traumático se produce una lesión o ulceración del pie que tiende a infectarse con facilidad, principalmente infecciones polimicrobianas. Es importante prevenir el pie diabético y las amputaciones, y para ello es necesario la identificación temprana de pacientes en riesgo, la amputación conlleva un gran daño psicosocial a los pacientes.

7.8 Farmacología.

7.8.1 Insulina.

Preparados:

- Estándar: son las más utilizadas debido a su bajo costo.

- **Cristalina:** fue la primera insulina utilizada es de acción rápida, es inyectada subcutánea 30 minutos antes de las comidas.
- **NPH:** insulina de acción intermedia que es suspendida en la solución insoluble en combinación con protamina y iones de zinc a pH neutro
- **Insulina lenta:** insulina insoluble que se prepara mediante la adición de un exceso de iones Zinc, lo que otorga menor hidrosolubilidad lo que favorece una mayor vida media.
- **Insulina ultralenta:** variante de la insulina lenta, que posee cristales de mayor tamaño que a su vez son menos solubles lo que le concede duración mayor a 24 horas

7.8.2 Análogos De La Insulina.

Son moléculas estructurales muy parecidas a la molécula de insulina regular pero que poseen mínimas modificaciones en su estructura, que le confiere la capacidad de generar esquemas flexibles durante las comidas en poblaciones con alto riesgo de hiperglicemia. Se dividen en dos grandes grupos:

- **De acción rápida:** presentan rápida disociación en el tejido subcutáneo, destacan la insulina Lispro y la insulina Aspart.
- **De acción lenta:** insulina menos soluble que forman depósitos en tejidos subcutáneos que aseguran una liberación constante de insulina, manteniendo una concentración constante en el plasma, la más destacada es la insulina glargina.

7.8.3 Hipoglicemiantes Orales.

- **Biguanidas (metformina):** reduce las glicemias matutinas y reduce los niveles de LDL, de los triglicéridos y del factor activador del plasminogeno, disminución del riesgo cardiovascular.
- **Sulfonilureas (glipizida, glimepirida, glicazida, glibenclamida):** la acción principal de estos fármacos es provocar el aumento de la secreción de insulina. Existen diferencias según sean de primera o segunda generación.

- Tiazolidinedionas (rosglitazona, pioglitazona): estimulan los receptores de superficie nuclear, aumentando el transporte de glucosa, disminuyendo la producción de enzimas glucogénicas.
- Inhibidores de la alfa glucosidasa (acarbosa y miglitol): inhiben la alfa glicosidasa intestinal enzima necesaria para la absorción de monosacáridos estos fármacos reducen la glicemia en 30-54 mg/dL. ¹²

8. Depresión Unipolar.

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar.

8.1 Epidemiología.

Las depresiones son tan prevalentes en la población general (3% a 5%) y tan comunes en la consulta médica (12,2% al 25% de todos los pacientes), que es imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que las sufren. Más aún, según Watts solo un 0,2% de los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica.

La depresión es el fenómeno psiquiátrico más frecuente diagnosticado; y diferentes estudios demuestran que, de todo el público de los médicos, entre el 12,2% y el 25% sufren predominantemente un cuadro depresivo. Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino (2:1) y esto se debe a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad. En relación con la edad,

¹²T. R. Harrison (2012), Principios de Medicina Interna. 17° edición, volumen 2. Mexico. McGrawHill

aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. El máximo de frecuencia en las mujeres está entre 30 y 60 y en los hombres entre 40 y 70 años. La alta frecuencia en la edad madura y en la vejez se atribuye primordialmente a los factores psicosociales propios de esas etapas.

8.2 Correlatos Sociodemográficos.

Los datos de las características sociodemográficas asociadas a la depresión mayor en los adultos de la población general han sido relativamente coincidentes en los distintos estudios.

- a. Edad: Los resultados de los estudios revelan sistemáticamente que la edad media en el inicio de la depresión se sitúa a principios de la edad adulta. Numerosas investigaciones observaron una edad de inicio de la depresión mayor a los 29.9 años y la edad de inicio era inferior en las mujeres que en los varones.
- b. Sexo: La depresión mayor tiene una frecuencia dos veces mayor en las mujeres adultas que en los varones adultos. Este es uno de los datos más homogéneos de los estudios epidemiológicos de los trastornos del estado del ánimo.
- c. Estado Civil: En general, los estudios epidemiológicos han hallado que las tasas de depresión son más elevadas entre los solteros y divorciados que entre las personas casadas.
- d. Raza/grupo étnico: La asociación entre raza/grupo étnico sigue sin estar clara y precisa de nuevos estudios. En el estudio NCS, Kessler y colaboradores observaron una tasa ligeramente más elevada de la depresión entre los miembros de minorías raciales.
- e. Posición económica: Los estudios epidemiológicos han arrojado resultados relativamente homogéneos entre posición socioeconómica baja y aumento en las tasas de depresión.
- f. Residencia urbana o rural: Los datos son contradictorios, si bien la mayoría apuntan a que la depresión mayor es menos frecuente en el ámbito rural que en el urbano.

8.3 Clasificación.

Las clasificaciones actuales dividen la depresión de acuerdo con su patrón de presentación (episodio único o recurrente, y trastorno persistente). Posteriormente las subdividen o

califican de acuerdo con la intensidad en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos) (tabla 3).

Las depresiones según Robins, se dividen en dos grandes grupos: “primarias”, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo, y “secundarias”, en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental (por ejemplo, esquizofrenia, alcoholismo) o un trastorno orgánico que explica la depresión (por ejemplo, hipotiroidismo, cáncer del páncreas).

8.4 Etiología.

8.4.1 Causas Primarias.

8.4.1.1 Bioquímicos cerebrales.

La teoría más popular postula cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). La teoría de las catecolaminas en su forma más simple postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas.

A pesar de todas estas hipótesis y hallazgos, el papel que las monoaminas juegan en los trastornos afectivos no está esclarecido. Postular que la depresión se debe a la deficiencia de un solo neurotransmisor es simplista, posiblemente existen desequilibrios entre varios de ellos. Además de la noradrenalina y la serotonina, se involucran el ácido gamma aminobutírico (GABA), el glutamato, la dopamina y la acetilcolina.

8.4.1.2 Neuroendocrinos.

Múltiples estudios demuestran anomalías en el eje hipotálamo pituitario adrenal (HPA) en los trastornos depresivos. Existe aumento del factor liberador de la corticotrofina (en inglés, CRF) en plasma y en LCR, curva plana de producción de hormona adrenocorticotrópica (en

inglés, ACTH) al estimular con CRF, aumento del cortisol, y no respuesta a la prueba de la supresión del cortisol con la dexametasona, en muchos pacientes deprimidos y sobre todo en aquellos con depresión psicótica. Con el tratamiento estos hallazgos generalmente se normalizan.

8.4.1.3 Neurofisiológicos.

Uno de los hallazgos más consistentes en el electroencefalograma (EEG) del paciente deprimido es el del acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño. También se han reportado, disminución de los estadios 3 y 4 del sueño no MOR, aumento de la actividad física MOR, etc. Estos y otros hallazgos tales como la mayor incidencia de las crisis depresivas en la primavera y el otoño, sugieren alteraciones patológicas de los ritmos crono fisiológico cerebrales.

8.4.1.4 Genéticos Y Familiares.

El trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general. La concordancia en gemelos monocigóticos es de 37% en hombres y 31% en mujeres, en los dicigóticos es de 23% y 25% respectivamente.

8.4.1.5 Factores Psicológicos.

Muchos autores postulan que, en las depresiones, sobre todo en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales. Freud estudió las diferencias entre el duelo normal y el anormal. En el duelo normal la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia ideológica, se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar nada.

8.4.2 Causas Secundarias.

Muchas drogas de uso común (hipotensores), enfermedades médicas (cáncer del páncreas) y psiquiátricas (alcoholismo), pueden ser la causa de una depresión. Se han descrito más de 200 medicamentos que pueden causar depresión como por ejemplo: Analgésicos y antiinflamatorios, antibióticos, hipotensores, antipsicóticos. La supresión de ciertos medicamentos como las anfetaminas, pueden producir cuadros depresivos. Lo mismo sucede con la cocaína. Cualquier enfermedad, puede causar una depresión como reacción psicológica, pero existen ciertos cuadros que con mayor frecuencia se acompañan de un trastorno depresivo, y que posiblemente afectan los mecanismos íntimos responsables de esta enfermedad. Otros trastornos de vital importancia son los que producen degeneración neuronal tanto de la corteza como de las estructuras subcorticales (Alzheimer, Huntington, Parkinson), y lesiones focales que comprometen el sistema límbico y sus proyecciones corticales. Entre otros trastornos asociados se incluyen los trastornos tiroideos, especialmente el hipotiroidismo.

8.5 Presentaciones Clínicas.

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo con la sintomatología que los lleva a consultar. El primero está constituido por los pacientes que manifiestan predominantemente síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc.). Estos son diagnosticados con más facilidad tanto por el psiquiatra como por el médico general.

8.5.1 Episodio Depresivo Mayor.

La característica fundamental del episodio depresivo mayor (EDM) es un período de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido, o la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades. (Tabla 4)

El ánimo deprimido se manifiesta por sentirse triste, desesperanzado, desanimado. La tristeza se manifiesta en la expresión facial. Es generalizada y atenaza al sujeto, quien no puede liberarse de ella, es diferente de la tristeza como reacción normal psicológica porque esta última es más limitada e interfiere menos con la vida del sujeto.

8.5.2 Melancólica.

Se caracteriza por pérdida del placer en todas o casi todas las actividades, falta de reactividad a estímulos que son usualmente placenteros, es decir, que el ánimo no se mejora ni aun temporalmente cuando sucede algo bueno. Además, presenta por lo menos tres de los siguientes síntomas: una calidad diferente del ánimo (distinto de la tristeza normal), depresión peor en la mañana, despertarse en la madrugada, retardo o agitación psicomotora, anorexia o pérdida de peso significativo, y culpa excesiva o inapropiada. Este subtipo que correspondería a “la depresión endógena” tiene una tendencia mayor a responder a los antidepresivos y a la terapia electroconvulsiva. También es más frecuente que muestren anormalidad en pruebas como la supresión de la dexametasona, aumento de la latencia del sueño MOR, etc.

8.5.3 Atípica.

Se caracteriza por la presencia de reactividad anímica, es decir, el ánimo se mejora cuando le sucede algo placentero al paciente. Esta mejoría puede persistir durante períodos largos si las circunstancias placenteras persisten. Deben estar presentes, además, por lo menos dos de los siguientes síntomas: aumento de apetito o peso significativos, hipersomnia, parálisis de plomo, es decir, sensación de pesantez en los brazos o piernas, y un patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal que resulta en menoscabo social u ocupacional.

8.5.4 Distimia.

La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de dos años, y no puede tener un período mayor de dos meses seguidos libre de sintomatología. Durante los períodos de depresión ocurren por lo menos dos de los siguientes síntomas: anorexia o hiperfagia, insomnio o hipersomnolia, baja energía o fatiga, baja autoestima, concentración mala o dificultad para tomar decisiones y sentimiento de desesperanza.

8.6 Diagnóstico.

Los cuadros con sintomatología predominantemente depresiva son identificados con mayor facilidad, pero en aquellos pacientes que consultan por síntomas somáticos, el profesional movido por una formación organicista, utiliza su tecnología médica o refiere al paciente a otros especialistas de acuerdo con la sintomatología (internista, cardiólogo, neurólogo, etc.). Sin embargo, estos cuadros predominantemente orgánicos, en la mayoría de los casos, presentan los síntomas depresivos (tristeza, decaimiento, debilidad, ideación suicida, etc.) y sus acompañantes (anorexia, pérdida de peso, insomnio o somnolencia, pérdida de la libido, constipación, etc.).

8.7 Predictores De Nuevos Episodios.

Los datos de la predicción de nuevos episodios son contradictorios y probablemente en la mayoría de casos dependientes de la muestra. Son múltiples los factores involucrados en la aparición de nuevos episodios. Entre ellos destacamos:

- El número de episodios pasados predice la frecuencia de episodios futuros. Cada episodio incrementa la posibilidad de un nuevo episodio y disminuye el periodo interepisódico. Hay una especial vulnerabilidad para la aparición sintomática en los dos años que siguen a un primer episodio depresivo (especialmente en los 4-6 primeros meses) y en los tres años posteriores a cualquier remisión.
- La utilización de un tratamiento inadecuado o insuficiente se relaciona con una recuperación incompleta.

- Los pacientes con síntomas residuales tras la mejoría del episodio depresivo (incluso del primer episodio de su historia) presenta un curso tórpido con reapariciones más tempranas y con mayor número de recidivas.

8.8 Tratamiento.

El tratamiento de la depresión es complejo, implica un abordaje multidisciplinario en donde se puede utilizar una gama de psicofármacos en conjunto de terapias alternas y la inclusión del núcleo familiar y grupos de apoyo buscando mejorar las condiciones de vida de la persona.

8.8.1 Terapia Electroconvulsiva (TEC).

La TEC está indicada en las depresiones psicóticas, cuando existe un riesgo alto de suicidio y en aquellos casos que no responden de manera adecuada a los tratamientos farmacológicos y psicológicos. Estos casos que requieren hospitalización y TEC deben ser referidos al psiquiatra.

8.8.2 Psicoterapia.

El uso exclusivo de diferentes psicoterapias en el tratamiento de la depresión era recomendado en el pasado. La tendencia actual favorece la combinación de psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión. Estas psicoterapias deben ser realizadas por el especialista. Las psicoterapias mejor estudiadas en el tratamiento de la depresión son la cognoscitiva y la interpersonal.

8.8.3 Farmacoterapia.

La historia farmacológica del paciente es un predictor de respuesta no sólo para este tipo de drogas sino para los psicofármacos en general. Si en un episodio anterior mejoró con un antidepresivo específico, éste será el medicamento de escogencia para iniciar el tratamiento en el episodio actual. La tolerancia previa es también otro factor importante, si el paciente tuvo efectos secundarios severos con un fármaco determinado, éste no debe ser prescrito. (Tabla 5)

9. Factores Culturales Que Influyen En La Aparición De Depresión Del Anciano Con Enfermedades Crónicas.

El ser humano es un ser de relaciones y emociones, por lo tanto, tiene la posibilidad de expresar de diversas formas cómo asimila todos los aspectos circunstanciales que lo rodean. Esta expresión varía en duración e intensidad según la naturaleza de la contingencia; la cual, si es muy intensa y poco manejable para el individuo, especialmente sujeto a cambios de gran magnitud a lo largo de su vida, incluyendo patologías físicas como enfermedades crónicas, degenerativas, cambios en su estructura familiar, social y cultural, esto puede conducir a que lo normal se torne patológico, donde la incapacidad de asimilación es cada vez mayor. Cuando esto ocurre, puede aparecer un trastorno del estado del ánimo, cuya principal característica es la alteración del humor, compuesta por distintos episodios afectivos, que por su presencia o ausencia ayudan al diagnóstico adecuado de trastornos psiquiátricos.

9.1 Depresión, No Es Exclusiva Del Adulto Mayor.

La depresión es el trastorno que ha sido ampliamente estudiado por distintos autores, donde la mayoría de ellos coinciden en afirmar su importancia dentro de los trastornos del estado de ánimo. En la depresión existe una sensibilidad excesiva para percibir eventos negativos o displacenteros, mientras que los placeres de la vida pasan por desapercibidos.

Ya es bien sabido que en la edad adulta mayor se presentan diversos cambios displacenteros para el ser humano, la mayoría presenta debut de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoartritis, cáncer, entre otras, dichos padecimientos ponen en tela de juicio su futuro y la noticia afecta sobremanera su estilo de vida, además su posición sociocultural cambia de forma radical, pasando de ser un anciano saludable a convertirse en una persona adulta mayor con riesgo, en la comunidad salvadoreña es bastante común encontrar ancianos con riesgo, pero también es muy común, dado los niveles de educación y estratos sociales, que se les discrimine y se les prohíba llevar a cabo algunas actividades de las cuales antes formaban parte y que incluso disfrutaban realizar, este cambio de rutina afecta de forma directa a su psique, causando que cambie su perspectiva de su propio entorno, viendo a los demás como enemigos de su bienestar y de su disfrute.

Se plantea que los síntomas centrales de la depresión son la tristeza, el pesimismo, el descontento con sí mismo; junto con la pérdida de energía, motivación y concentración. Sin embargo, existen otros planteamientos y herramientas diagnósticas, que ayudan a identificar otros síntomas de la depresión

Diferentes estudios han profundizado en la presencia o ausencia de la depresión en cada uno de los periodos del ciclo vital en un estudio de Caracterización de la Depresión en Jóvenes Universitarios, encontraron presencia significativa de depresión, con un 30%. En este estudio se resaltan las diferencias entre los niveles de depresión en términos de frecuencia e intensidad de la sintomatología. Se describe de igual manera, los eventos estresores específicos para jóvenes, así como el déficit en estrategias de afrontamiento. De igual manera, afirma que el trastorno psicológico más frecuente en el mundo actual es la depresión, y de toda la población, los adolescentes y adultos mayores son hoy por hoy los grupos más vulnerables a padecer este tipo de trastorno.¹³

¹³Diana Maria Agudelo V., Claudia P. Casadiegos G., D. Lucia Sanchez O. Carteristicas de Ansiedad y Depresion en Estudiantes Universitarios. International Journal of Psychological Research. 1 (1) 2008

Por otra parte, sobre la estructura diferencial de la depresión en ancianos, se muestra la complejidad de la sintomatología depresiva asociada al contexto cultural y a la edad de las personas, con lo cual no sólo se han puesto de manifiesto variables esencialmente influyentes en la depresión, sino que de esta forma se ha logrado ampliar la perspectiva para la valoración y comprensión integral del ser humano y su complejidad anímica.¹⁴

Socialmente se ha concebido a la adultez mayor como una “etapa” de la vida independiente, cargada de sufrimientos, inactividad, soledad y pérdidas, siendo esto causa de vulnerabilidad a trastornos afectivos, enunciándolos como factores que contribuyen a la aparición de síntomas depresivos, dando una mayor importancia a las vivencias relacionadas con pérdidas físicas y psicosociales. Considerando a la adultez mayor como uno de los fenómenos epidemiológicos del naciente siglo XXI, enmarcando en el envejecimiento poblacional y comprendido como una transición demográfica, social y cultural que aumenta dada la proporción de las personas de edad avanzada y sus cuidados médicos ante las adversidades, que cada vez son mayores los avances en el área de la medicina que les ayudan a sobrellevar todos sus padecimientos físicos.

Es preciso insistir en que la depresión es una problemática de salud mental que hace que muchos individuos cataloguen a la adultez mayor como el estado que posee los mayores signos depresivos, puesto que vivir muchos años implica vivir siendo viejo, y este fenómeno, a su vez, supone el desarrollo de alteraciones afectivas, como es el caso de la depresión. Asimismo, el estrés puede formarse por la preocupación por no tener las habilidades necesarias para hacer frente a las amenazas, la influencia de los sucesos pasados o presentes significativos; así como la manera de vivir las pequeñas irritaciones diarias y la predisposición biológica.

9.2 La Importancia De La Cultura Y La Historia.

¹⁴A. Riquelme Marin, J. Buendia Vidal, J. A. Ruiz Hernandez. Estructura Diferencial de la Depresion en Ancianos. *Psiquis*, 25 (3) 2004.

En la visión tradicional del desarrollo, se le hacía equivalente a únicamente crecimiento y lo restringía a las primeras fases del ciclo vital, este proceso estaba relacionado con (y, en último término, causado por) la maduración biológica. Si trasponemos este esquema a las últimas etapas de la vida, el proceso de envejecimiento se asociaría al de declive biológico caracterizado por enfermedades crónicas y otras afecciones clásicas del adulto mayor, enfatizando exclusivamente su carácter de pérdida. Sin embargo, más allá de las influencias biológicas, desde el enfoque del ciclo vital se entiende que la cultura es otra fuente de influencias que configuran de manera decisiva el tipo o tipos de trayectorias evolutivas posibles a lo largo de toda la vida. El individuo se desarrolla inevitablemente en un escenario sociocultural que coexiste con el biológico y que, al igual que este, proporciona al individuo una serie de restricciones, pero también de oportunidades, que influyen de manera directa sobre la psique de cada persona, ya sea alimentando su tristeza y haciéndolo caer en trastornos psiquiátricos como la depresión o brindándole un propósito de vida más claro, evitando así que el adulto mayor caiga en trastornos psicológicos.

Entre las restricciones culturales que afectan a nuestra trayectoria evolutiva, cabe destacar la idea de tarea evolutiva, entendida como “las metas a conseguir en determinados momentos de la vida”.

Las diferentes culturas proporcionan guiones que especifican cómo ha de ser un ciclo vital normativo, guiones que incluyen tanto elementos descriptivos (lo que es y sucede en diferentes fases de la vida) como prescriptivos (lo que deberíamos tener, cómo deberíamos ser, etc).

Así, los individuos pertenecientes a una misma cultura comparten ciertos esquemas sobre cómo es o debería ser el desarrollo evolutivo en sus diferentes momentos, las metas que deberíamos conseguir o a las que deberíamos aspirar. Estas metas comprenderían diferentes dominios evolutivos (familia, trabajo, salud, formación, etc.) y estarían vinculados, de manera más o menos estricta, a ciertas edades o periodos de edad. Una vez asumidos y elaborados personalmente, estos esquemas sirven de guía de comportamiento que va a configurar las decisiones que tomemos. Estas metas culturales nos servirán, además, como

patrón de comparación para valorar nuestro propio desarrollo personal. Estos guiones culturales influyen en el desarrollo, pero no lo determinan. Por una parte, son guiones flexibles (aunque en ciertas culturas más que en otras), abiertos a cierta variabilidad y con trayectorias alternativas posibles. En ocasiones, la transformación personal que supone interiorizar esas metas evolutivas puede implicar conflictos entre el individuo en desarrollo y su ecología cultural. Por ejemplo, el individuo puede querer conseguir metas no normativas, o puede aspirar a metas relevantes culturalmente, pero no contempladas para determinado momento evolutivo. En ocasiones, a partir de estos conflictos los esquemas culturales sobre el ciclo vital pueden a su vez cambiar históricamente, como producto de las propias acciones intencionales, personales o colectivas, de los miembros de la cultura. De hecho, se argumenta que estos esquemas están cambiando de manera acelerada en los últimos años, cambio que se dirige a una mayor apertura y flexibilidad: actualmente en nuestra cultura existiría una mayor diversidad de trayectorias evolutivas contempladas y unas normas menos estrictas respecto al devenir evolutivo del ser humano. Por ejemplo, la gran diversidad actual de formas familiares posibles en la edad adulta era algo no contemplado hace tan sólo unas décadas, cuando únicamente era aceptable una sola forma de familia. De esta manera, los límites y las trayectorias posibles del desarrollo humano están constantemente abiertas a discusión y son renegociadas culturalmente generación tras generación.

Pero la cultura no proporciona sólo normas y límites al desarrollo, facilitando ciertos cursos evolutivos y dificultando otros. También ofrece instrumentos y posibilidades que nos permiten ampliar nuestro horizonte evolutivo, nuestra potencialidad como seres humanos compensando o superando ciertas restricciones biológicas. Esta idea de la cultura como elemento superador de limitaciones es especialmente relevante en el caso del proceso de envejecimiento: los grandes avances en cantidad y calidad de vida en las últimas décadas de la vida están íntimamente vinculados a innovaciones culturales. Desde este punto de vista, avances culturales como los cuidados médicos, ciertos instrumentos tecnológicos (las gafas, los marcapasos, etc.) o incluso instituciones como los mecanismos de protección social cumplen este papel de sustitución y apoyo que ayuda a mantener el funcionamiento cotidiano ante situaciones de riesgo o limitadoras. Por ello, los recursos culturales son cada

vez más necesarios a medida que nos hacemos mayores y sólo a partir del uso extensivo de instrumentos culturales podemos concebir el mantenimiento (o incluso la mejora en algunas facetas) de nuestro funcionamiento a medida que pasan los años, no hay que dejar pasar por alto, que si bien es cierto, los aspectos culturales pueden beneficiar al anciano y ayudan a mejorar su cantidad y su calidad de vida, también hay ciertos aspectos culturales que negativizan su bienestar, dichos aspectos culturales suelen ser influenciados por los modelos de vida aceptables en la sociedad en la que se desenvuelve la persona, y a la vez es indirectamente afectada por las problemáticas de salud inherentes al paciente que las padece, la unión de todos estos factores, son lo que al final marcan la pauta sobre las actitudes que toman los afectados ya sea positivamente como negativamente, salvaguardando su bienestar psicológico o por el contrario siendo factores contribuyentes al apareamiento de problemas psiquiátricos como depresión o ansiedad. Desgraciadamente, si bien la necesidad de la cultura es cada vez mayor a medida que envejecemos, también parece claro que la efectividad de los artefactos culturales en el mantenimiento o promoción de nuestro funcionamiento tiende a ser cada vez menor a medida que pasan los años, y especialmente en la vejez muy avanzada.

Esta importancia de los contextos culturales durante todo el ciclo vital y su estrecha relación con los procesos biológicos de maduración y declive hace que los autores del ciclo vital opten por superar la dicotomía tradicional entre biología-cultura para entender las influencias que experimenta el curso de nuestras vidas desde un nuevo punto de vista. En concreto, consideran un modelo multicausal en el que se pueden diferenciar tres conjuntos de factores antecedentes que influyen en la producción de procesos de cambio evolutivo:

a. Influencias normativas relacionadas con la edad: hacen referencia a factores biológicos o sociales que muestran una alta relación con la edad de los individuos. Es decir, aparecen generalmente a una edad determinada. Dentro de este grupo caben tanto las tradicionales influencias biológico-madurativas, como otros factores sociales (p. ej., la escolarización en la infancia o la jubilación en la vejez) que muestran una gran homogeneidad interindividual en la forma y momento de aparición.

Son responsables de los grandes rasgos en los que se parece el desarrollo de todas las personas.

b. Influencias normativas relacionadas con la historia: hacen referencia a factores también de tipo biológico o social, pero que son específicos de cierto momento histórico y afectan a personas de diferentes edades (generaciones) de manera diferenciada. Pueden incluir tanto influencias lentas o a largo plazo (como p. ej. el proceso de cambio tecnológico, el cambio de valores respecto a la vida en pareja, etc.) como otras más puntuales y específicas (por ejemplo, una guerra, una epidemia o la invención de un electrodoméstico). Se suele hacer referencia a este tipo de determinantes como factores generacionales o de cohorte. Son los responsables de que los miembros de una determinada generación, por el hecho de haber vivido las mismas experiencias históricas, muestren cierto parecido.

c. Influencias no-normativas: se refieren a factores biológicos o sociales que afectan a individuos o grupos sociales muy concretos en un momento dado de sus vidas, sin seguir patrones ni secuencias fijas. Por ejemplo, este tipo de eventos pueden afectar a la esfera laboral (cierre de la empresa en la que se trabaja), familiar (divorcio, orfandad) o de la salud (accidente grave, enfermedades crónicas). Como representantes de las experiencias vitales únicas, estos factores son responsables de gran parte de las diferencias interindividuales, sobre todo en personas de la misma generación. La importancia de cada uno de estos tipos de influencias, sin embargo, no es la misma en todos los puntos del ciclo vital. En concreto, se argumenta que durante la infancia los factores más relevantes son aquellos normativos relacionados con la edad, precisamente aquellos que enfatizan la regularidad y homogeneidad de los cambios. Estos factores son relativamente poco importantes durante la vida adulta, y únicamente en la vejez (y debido al declive biológico o la pérdida de ciertos roles sociales) vuelve a aumentar su influencia. En cuanto a los factores normativos relacionados con la historia, son especialmente importantes para la persona en la adolescencia y juventud, momentos en los que ciertos hechos históricos pueden marcarlos para toda la vida. Las influencias no normativas, por su parte, incrementan su importancia a medida que pasan los años. En el caso de la vejez, se relacionan por ejemplo con el riesgo de enfermedades o de pérdida inesperada de personas

queridas, aspectos que pueden determinar el modo en el que se vive esta etapa. De hecho, si bien los tres tipos de factores pueden actuar como facilitadores de ganancias o como provocadores de pérdidas, a medida que envejecemos la probabilidad de esto último crece.

En suma, podemos decir que el enfoque del ciclo vital no únicamente aspira al estudio de un individuo que cambia a lo largo de la vida, sino a entender este cambio como un fenómeno intrínsecamente vinculado a un entorno biosocial también en transformación.¹⁵

Todas estas influencias afectan de forma directa a la psique de las personas, y si a las exigencias culturales por sociedad, se le suma las patologías físicas, se obtiene un factor complejo muy importante que si bien, puede mejorar el ánimo de las personas o puede hacerlo decaer causando signos y síntomas que al final son asociados con depresión, diagnosticándoles dicho trastorno psiquiátrico, entre otros. Las personas deprimidas de la tercera edad también experimentan índices más altos de insomnio y pérdida de memoria. También tienen tiempos de reacción más prolongados que lo normal, lo que aumenta los riesgos asociados con cocinar, conducir, automedicarse y otras tareas que requieren una atención completa.

9.3 ¿Qué hacer?

Si bien envejecer es una parte inevitable de la vida, la depresión no debe formar parte de ella. Los investigadores están de acuerdo en que el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento tempranos pueden contrarrestar y prevenir las consecuencias emocionales y físicas de la depresión.

Estos son algunos aspectos a tener en cuenta al tratar la depresión en una persona mayor:

- Sea consciente de las limitaciones físicas. Aliente a una persona mayor a consultar con un médico antes de hacer cambios en su dieta o emprender una nueva actividad que pueda estresar su resistencia.

¹⁵Sacramento Pinazo Hernandez, Mariano Sanchez Martinez. Gerontologia Actualizacion, innovacion y propuestas. Barcelona. Pearson Prentice Hall.

- Respete las preferencias individuales. Debido a que las personas mayores tienden a ser menos dóciles a los cambios de estilo de vida, pueden ser reacias a adoptar nuevos hábitos o a hacer cosas que otras personas de su edad disfrutaban mucho. Un psicólogo que se especialice en problemas de la tercera edad puede ayudar a desarrollar una estrategia individual para combatir la depresión.
- Sea diplomático. Una persona mayor con una autoestima frágil puede interpretar expresiones de aliento y estímulo bien intencionadas como una prueba más del deterioro de su estado. Otros pueden molestarse ante cualquier intento de intervención. Un psicólogo puede ayudar a sus amigos y familiares a desarrollar tácticas positivas para lidiar con estos y otros problemas delicados.¹⁶

10. Factores Relacionados A La Atención En Salud Que Influyen En la Aparición De Trastornos Depresivos En Los Enfermos Crónicos.

El incremento de la población adulta mayor consecuencia del aumento en la esperanza de vida llega a involucrar una serie de cambios a nivel biológico y psicosocial, que se evidencia por la modificación en el funcionamiento general del cuerpo y el apareamiento las enfermedades crónicas; en el aspecto psicosocial el adulto mayor experimenta la pérdida de amigos y del cónyuge, cambios en el rol dentro de la familia y en la sociedad afectando su autopercepción y autovaloración.

Este menoscabo del aspecto afectivo implica que la persona adulta mayor se retraiga, se aleje de las funciones y roles que puede desempeñar en la sociedad, provocando una alteración de su bienestar físico y emocional y No es raro, por lo tanto, que algunas personas adultas mayores, sufran depresión en esta etapa de vida y acudan al personal de salud en busca de ayuda.

Contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento. La depresión a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede disparar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, y provocar un aumento del uso de la atención médica. Frente a esta realidad es que surge la necesidad de diseñar intervenciones

¹⁶Susan Silk. La Tercera Edad y la Depresión. American Psychological Association. Washington D.C. Estados Unidos.

preventivo, promocionales, curativas y rehabilitadoras en la población adulta mayor que promueva un envejecimiento activo y saludable; por ello La atención en salud constituye el pilar fundamental al momento de la interacción con la población, siendo el nexo existente entre el usuario de los servicios de salud y el médico, dependiente de múltiples elementos pero de manera imprescindible de la forma en que está estructurado el sistema de salud salvadoreño.

El sistema de salud salvadoreño está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público incluye el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación a los Inválidos (ISRI), la Sanidad Militar, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), que guarda una estrecha relación con el MSPAS. Las fuentes de financiamiento del MSPAS son el Estado y la cooperación internacional. El ISSS, el ISRI, Sanidad Militar y el ISBM se financian con contribuciones de los patrones, los trabajadores afiliados y el Estado. Cada una de estas instituciones cuenta con su propia infraestructura (hospitales, centros de salud) y sus propios recursos humanos, excepto el ISBM. El ISSS atiende a los trabajadores del sector formal y a los pensionados, y sus respectivas familias. El ISRI cubre a las personas con discapacidad y a los adultos mayores. El ISBM cubre a los educadores y sus familias. Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y a particulares que pagan por sus servicios. Finalmente, el MSPAS cubre a toda la población no asegurada, en su mayoría trabajadores del sector informal, desempleados y personas en condición de pobreza. En el sector privado están las entidades privadas lucrativas y no lucrativas. Las primeras se financian sobre todo con pagos de bolsillo y atienden a las personas con capacidad de pago. Las entidades privadas no lucrativas incluyen a las iglesias y organizaciones no gubernamentales, y se financian principalmente con donaciones. Estas entidades atienden a la población sin acceso a los servicios de salud. El MSPAS es el ente rector del sistema de salud de El Salvador, encargado de dirigir las políticas de salud y normar el sistema.¹⁷

¹⁷Acosta M, Sáenz MR, Gutiérrez B, Bermúdez JL. Sistema de salud de El Salvador. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S188-S196.

En El Salvador sigue habiendo importantes rezagos en materia de salud, siendo un sistema eminentemente mixto y fragmentado provee a los usuarios dependiendo de su condición social y económica, acceso a diversos servicios que en su medida varían en su capacidad de atención, complejidad, y oferta de servicios. No sorprende, por lo tanto, que la mayor parte de población este limitado a la demanda de atención en el sector público.

El sistema salvadoreño de salud ha logrado progresos importantes que se reflejan en no solo el aumento en la esperanza de vida, también ampliar las coberturas de servicio de salud entre otras. Estas mejoras, sin embargo, no han beneficiado por igual a todos los grupos poblacionales, por lo que siguen existiendo brechas muy importantes en los principales indicadores de salud

10.1 Principales Dificultades De La Población En Cuanto Al Acceso A La Atención Medica.

10.1.1 Distancia y Difícil Acceso.

Si bien es cierto en los últimos años con la implementación de estrategias de acercamiento y la creación de las unidades comunitarias de salud familiar con las cuales se ha buscado descentralizar el sistema de salud y concomitantemente evitar la saturación de hospitales y centros de salud de mayor complejidad, existen grupos poblacionales predominantemente en regiones rurales en donde se enfrentan a largas distancias para acudir a los centros de salud.

Sumado a eso, la dificultad de transporte o la carencia de dicha alternativa, territorios de difícil acceso o por motivos de inseguridad, se convierten en factores importantes que dificultan el acceso a centros de salud, prolongando o en algunos casos imposibilitando la realización de un diagnóstico oportuno y el inicio de tratamiento; lo cual provoca en los pacientes, sensaciones de desesperanza y minusvalía contribuyendo al apareamiento del trastorno depresivo.

10.1.2 Discapacidades Físicas.

A lo largo de la vida, el ser humano está expuesto a sufrir diversas enfermedades, todas asociadas a su etapa del ciclo de vida, hay padecimientos propios de la etapa infantil, que dificultan una vida sana, así también en la edad adulta hay muchos padecimientos que

afectan la calidad de vida del paciente, y la mayoría de estas enfermedades causan repercusión en su vida como adulto mayor.

La mayoría de personas que como adultos debutan como hipertensos crónicos o como pacientes diabéticos, presentan complicaciones en su tercera edad, y muchas de esas complicaciones afectan incluso su capacidad de desplazamiento, si bien es cierto, no todas las complicaciones de enfermedades crónicas se ven presentes en los adultos mayores, muchos adultos mayores, además de sufrir estas complicaciones sufren de otros padecimientos, de cierta forma independientes de las enfermedades crónicas

El envejecimiento se ha asociado históricamente al apareamiento de muchas enfermedades que dificultan su capacidad de movilización y desplazamiento a centros de salud dentro de las cuales figuran la osteoartritis, lumbociática, antecedentes de traumas o lesiones corporales, todas estas limitantes dificultan en gran medida que al paciente se le pueda brindar una atención básica de servicios de salud y mucho menos llevar un control médico de sus padecimientos crónicos, lo cual culmina en que dichos pacientes llevan una vida cargada de enfermedades crónicas y complicaciones sin ningún control médico ni terapéutica adecuada a sus necesidades, disminuyendo su calidad y cantidad de vida, estos pacientes son conscientes de su situación, haciendo repercusión sobre su psique y sobre su ánimo, afectando de cierta forma a su salud física y psicológica.

10.1.3 Abandono.

El envejecimiento implica la pérdida de capacidades para efectuar las actividades de autocuidado y se vuelve necesario el apoyo por parte de la familia o los amigos para lograr disfrutar de salud. El núcleo familiar y el círculo social comprenden uno de los ejes fundamentales en el desenvolvimiento de las personas a lo largo de la vida. Al envejecer las personas se enfrentan al duelo. La pérdida del conyugue o la pérdida de miembros de la familia, y poco a poco reduce el entorno social en que se está inmerso; Lo cual conlleva a la soledad y al retraimiento, empobrecen las actividades de autocuidado y disminuye gradualmente el interés por mantenerse saludable.

Hay que recordar que el ser humano es un ser biopsicosocial, lo que implica que no estamos hablando solamente de un cumulo de carne y hueso que no siente ni piensa ni socializa, sino que se trata de un ente complejo, que tiene muchas necesidades más que solamente materiales, todas las personas somos un universo complejo, todos razonamos

diferente, tenemos opiniones e ideas variadas, esto ha permitido que vivamos en un mundo con opciones, no en un mundo monótono, así como las personas hacen cambiar el mundo, también hacen cambiar el mundo interno de un solo ser humano, todos tenemos necesidades básicas de cariño y compañía, y en el caso expuesto, los ancianos también necesitan apoyo para continuar con su vida integral, son personas de riesgo a quienes se les debe brindar más atención y cuidado, pero que paradójicamente en nuestra sociedad es a quienes más abandonados se tienen, no solo por sus familiares, que ven a los ancianos como una carga y deciden dejarlos viviendo solos, lo cual implica un deterioro mayor de su salud física y mental, sino también por parte del sistema de salud, que muy poco interés pone en fortalecer programas de atención a adultos mayores, en nuestro país es extremadamente raro contar con clubes de adultos mayores que cultiven sus valores como personas, así que en conclusión, esta población, a pesar de ser población en riesgo, está en su mayor parte abandonada, lo que al final hace que los adultos mayores continúen padeciendo enfermedades crónicas sin manejo adecuado y sin la vigilancia que merecen, además de hacer sus vidas, en cierta forma más complicada y triste, afectando tanto su salud física como su salud emocional y psicológica, esto se dificulta al tener un diagnóstico de enfermedades incurables y que requieren de medicación permanente, empeorando el cumplimiento de regímenes de tratamiento, la omisión de síntomas nuevos y por ende, limitando la asistencia a centros de salud.

10.1.4 Recursos Económicos.

la sociedad en la actualidad, está dividida por estratos sociales, muchos de los cuales se encuentran separados por una inmensa brecha, encontrándose familias tan acomodadas en el UpperSite, así como familias que viven en extrema pobreza, estas diferencias no han nacido en los últimos años, sino que han sido heredadas por la sociedad desde los inicios de la civilización humana, muchos autores enmarcan esta distribución como una forma de organización antropológica propia de la raza humana, y lo exponen como una forma de subsistencia de todas las sociedades, sin lo cual se verían en un caos total y su autodestrucción, otros autores opinan que la división social en estratos económicos no es más que una forma arcaica de satisfacer el ego de las personas del UpperSite a base de la subvaloración de las personas de estratos menores y así continuar cultivando sus fortunas monetarias.

Luego de expuestas estas teorías se concluye que en todos los países se cuenta con esta estratificación, y El Salvador, en este caso, no es la excepción. Muchas familias están en el medio, son las llamadas de clase media, y que para efectos de salud y economía cuentan con capacidad de pago de atención medica privada, pero un gran porcentaje de la población salvadoreña se encuentra en el estrato bajo, un 40% de los hogares viven en pobreza extrema.

Esta realidad incide dramáticamente en las condiciones de salud, que se caracterizan por la persistencia de las enfermedades crónicas, esto genera altos niveles de desigualdad en relación al acceso a servicios de salud en función de atención médica, debido a su falta de recursos económicos, estas familias dependen del sistema público de salud y de los servicios que pueden ser ofertados por este, que en El Salvador, válgase mencionar, no están del todo completos y muchos, como el apoyo farmacológico, no está en sus mejores condiciones, esto limita una buena terapéutica de los pacientes y dificulta su atención médica, ya que, tanta es la población que demanda atención en los establecimientos públicos de salud, que algunas veces estos establecimientos no dan abasto para cubrir las exigencias de la población y se ven en la necesidad de priorizar las atenciones de salud.

Otro aspecto importante y que es muy influenciado por la capacidad económica es la accesibilidad geográfica a los servicios de salud, muchas poblaciones viven en una pobreza tal, que para ellos es muy difícil contar con los centavos necesarios para pagar un medio de transporte público que los acerque hasta los establecimientos de salud, estas personas inician su ahorro con semanas de anticipación, lo que implica que, para esta población sería un serio problema poder buscar ayuda médica en un caso de emergencia, lo que de igual forma convierte su atención de salud en un lujo que no muchos se pueden dar, en vez de considerarlo como lo que en realidad es, una necesidad básica y un derecho humano, subvalorando de cierta manera su bienestar físico y degradándolo de su lugar de prioridades.

10.1.5 Desabastecimiento De Medicamentos.

Un paciente cuando solicita la ayuda médica, se le debería, idealmente proporcionar una atención integral, y con esto no se refiere únicamente a una atención medica con calidad y calidez, sino que los recursos del establecimiento de salud deberían cumplir las necesidades para lo cual están predestinados, en ese contexto se incluyen que para un establecimiento de

salud de atención primaria debería brindar su atención medica básica, ofertar sus exámenes básicos de laboratorio, los cuales en muchos casos no cuenta con tal anexo, y además, por último, pero no por eso menos importante, brindar la ayuda farmacológica, los medicamentos son un pilar base en el proceso de curación o sostén de muchas enfermedades, no se puede hablar de medicina sin incluir la farmacología.

Muchos países desarrollados e incluso algunos en vías de desarrollo cuentan con una carta básica de medicamentos que nunca faltan en sus establecimientos de salud comunitaria, pero el salvador, actualmente puede catalogarse como una excepción.

Al momento de acudir a un centro de salud la realidad de la población salvadoreña es muy lamentable. El desabastecimiento de medicamentos vuelve imposible el inicio de una adecuada terapéutica, lo que obliga al médico a prescribir medicamentos de venta particular.

Un paciente no en una enfermedad, sino que es una persona a quien se le debe brindar un manejo integral, no solo tratarlo como una patología aislada, de donde, un médico puede establecer un coctel farmacológico que cubra estas necesidades básicas, pero no es de mucha utilidad que el paciente, debido a la falta de medicamentos en las unidades de salud, no inicie su terapia farmacológica y continúe con su problema médico, esto además de afectar su salud física, afecta también su bienestar emocional y psicológico, pues el paciente pierde las esperanzas de mantener una vida plena y baja sus expectativas de una vida saludable, terminando en una subvaloración de sí mismo, y es así como un factor, para muchas personas secundario y nada importante, termina destruyendo las esperanzas de vida de muchos pacientes.

10.1.6 Escases De Personal Y Sobresaturación De Centros De Salud.

La atención de salud integral es idealmente manejada por un personal multidisciplinario, lo que implica que se necesita una cantidad de personal adecuada a la demanda de los usuarios para tener la capacidad de brindar una atención completa, llena de calidad y calidez, es menester tomar en cuenta que no se está hablando de tratar con seres inconscientes sino que son personas que tienen sentimientos, que tienen una psique que se puede ver afectada por una atención medica fría y sin interés en sus problemas, y aunque el médico o la enfermera tuviesen la buena intención de tratar a sus pacientes con esa calidad y esa calidez que se

merecen, el sistema de salud presenta un déficit gigantesco que obstaculiza que dicho ideal se cumpla.

Uno de los principales problemas es la demanda de atención en salud que en la mayoría de los casos supera a la capacidad del personal en cuestión de recursos, lo cual conlleva a lapsos prolongados de espera, tiempos de atención escasos e inadecuado forzando al médico a solicitar atención especializada lo cual no se dispone en todos los centros de salud.

El conjunto de estos elementos, forma parte de la realidad diaria de las personas, generando sensación de desesperanza e insatisfacción. La falta de calidez en la atención médica es consecuencia de muchas de las debilidades del sistema de salud. La sobresaturación de centros de salud y la escasa cantidad de tiempo de consulta dificulta establecer un rapport con los usuarios. La confianza recíproca es clave para la detección temprana de la depresión. Son necesarias la toma de muchas medidas e implementación de planes de acción, nuevas reformas y una reingeniería del sistema de salud buscando una atención integral y óptima para la detección y diagnóstico de la depresión.

11. Factores Sociales Asociados A Aparecimiento De Depresión En Ancianos Que Sufren Enfermedades Crónicas.

Existen factores derivados del orden social vigente que afectan a todos los integrantes de la sociedad en su conjunto, produciendo en cada persona distintos efectos en función de su capacidad personal de adaptación a los mismos.

Aspectos económicos, políticos y culturales se transforman en un todo que también tiene influencia en el proceso de construcción de la personalidad. Se entiende que todo aquello que impide la armónica expresión del ser, se transforma en un factor que puede desequilibrar la psiquis y que necesita procesarse adecuadamente, superándolo mediante el adecuado entendimiento y posiblemente con apoyo psicoterapéutico.

El clima en el que estamos inmersos en los distintos ámbitos en que interactuamos provoca un impacto en nosotros. Compartir parte del tiempo con situaciones críticas obliga a vivir una realidad que no es quizás la que necesitamos internamente y eso entraña un esfuerzo y necesidad de adaptación.

La socialización implica compartir la cultura y subculturas que se conforman en un ámbito específico y actualmente vivimos inmersos en una cultura agresiva y contingente, con un clima plagado de factores de estrés y desequilibrantes para todo ser humano.

Pero para una persona con alguna patología psiquiátrica o rasgo patológico se le hace mucho más cuesta arriba ya que lleva consigo una carga adicional que es el desprecio y discriminación que lo aísla, porque la sociedad en general supone que no puede en ciertas circunstancias estar a la altura de los recursos psíquicos necesarios para ciertas actividades y situaciones, generándose hacia la persona factores que agravan su situación, su aislamiento e incluso su patología.

Aun siendo real en muchísimos casos la incapacidad a esta se le suman críticas, informaciones descalificantes y hasta maltratos, es muy común ver el hecho de no tratar con el debido respeto y comprensión a la persona afectada psiquiátricamente. Esto no es algo actual, desde los orígenes de la humanidad las personas con afectaciones mentales eran castigadas y segregadas e incluso tomadas como peligrosas y encarceladas con castigos.

En la sociedad actual, dentro de un marco de exigencias sociales materialistas e intelectuales, dentro de un marco económico y de realización personal sumamente exigente se ven segregados y aislados también e incluso bajo tratamientos incompletos o deficientes. Muchas veces esos tratamientos están orientados a atenuar exclusivamente síntomas mediante medicación sedante o estabilizante, sin apoyo psicoterapéutico, partiendo del precepto de que el paciente está tipificado de por vida dentro de una psicopatología irreversible.

Así mismo quienes llegan a estados críticos y son hospitalizados en centros de salud mental públicos, se encuentran en verdaderos depósitos de seres humanos con vivencias similares a las unidades carcelarias, las que obviamente nadie cree o terminan siendo delirios, alucinaciones o fantasías de los enfermos.

Todos estos factores agravan las patologías y retardan o llegan a impedir la reinserción social en gran cantidad de casos, haciendo que el camino de la enfermedad mental sea un camino sin retorno que termina con la destrucción de la persona. Si somos seres bio-psico-sociales los problemas en la parte psíquica tienen la misma implicancia en la vida que un

problema o patología física, ya sea un problema cardiaco, diabetes, hipertensión, etc. El estigma que tiene la enfermedad mental desde el inicio de la humanidad se debe a la interpretación que la sociedad da en la actualidad a este tipo de enfermedades.

Como analizamos en otros documentos vivimos en una sociedad exigente, pero esta exigencia no es explícita y quizás tampoco consciente sino esta en lo inconsciente, la aceptación en determinados grupos de personas, es en base a ciertos criterios exigentes que no es la finalidad de este documento analizar, pero que no pueden dejar de ser citados.

Estas exigencias están relacionadas con poseer una inteligencia sobresaliente e incluso hasta a veces se exige brillantes, con tener un desenvolvimiento agradable de la personalidad, buena apariencia física y forma de expresión, ser moderno en el estilo de vestir y muchas veces, por lo menos, aparentar un buen pasar económico y donde no deja de estar presente la falta de interés, la discriminación y el desprecio de aquellos que carecen de estos atributos. Incluso a veces tiene mayor peso la apariencia física y el buen pasar económico que la inteligencia, a todos nos ha pasado seguramente, toparnos dentro de organizaciones y distintos ámbitos con ignorantes inoperantes bastante simpáticos o simpáticas, que ocupan un lugar relevante, porque le cayeron bien a alguien o por el buen pasar económico de su familia.

Obviamente una persona con problemas psíquicos queda totalmente limitada a ningún tipo de oportunidad de ninguna clase en ámbitos de esta característica que son muchos en la actualidad, quedando muchas veces inducidos a modos de vida cuyo objetivo primordial es sobrevivir.

Por lo tanto, podemos concluir que tiene muchísima relevancia la existencia de mecanismos sociales de reinserción que incluyan ámbitos a través de los cuales se reduzca el aislamiento de la persona con problemas psíquicos con el objetivo de encontrar un lugar en la sociedad.

La enfermedad es un proceso biopsicosocial por lo cual es importante hacer un recuento de los factores sociales que tienen influencia directa en la aparición de depresión en los enfermos crónicos.

Múltiples factores sociales han sido relacionados a la enfermedad mental muchos de ellos presentes en la población del cantón el tanque los cuales se enumeran a continuación:

1. Enfermedad del cónyuge: en la vejez muchas personas tienen que lidiar con enfermedades físicas o psicológicas, el hecho de estar dando cuidado a una pareja con algún tipo de enfermedad resulta desgastante para los adultos mayores lo cual puede dejarlos predispuestos a presentar algún tipo de trastorno mental.

El impacto es mucho mayor en personas con alto nivel de dependencia, tal es el caso cuando el enfermo es la persona que era el sostén económico de la familia.

2. Relación amorosa conflictiva: conflictos continuos, riñas, frustraciones, o problemas de una relación pueden desencadenar depresión, sobre todo al sentirse dependiente de los demás.

Personas que sufrieron procesos tales como divorcios o abandono de su pareja están más expuestas a los síntomas depresivos. Ha sido estudiado que el divorcio es el segundo estresor más importante solo superado por la muerte del conyugue.

3. Muertes y duelos: los ancianos están expuestos a un mayor número de duelos de personas significativas y consecuentemente realizan de procesos de duelo. Aunque cada fallecimiento concreto tiene una significación particular, la pérdida del cónyuge y aún más las pérdidas no esperables, en concreto la de los hijos, suelen provocar un impacto de enorme intensidad. Respecto a su propia muerte los ancianos hablan muy a menudo de ella lo cual no es un fenómeno patológico, sino que la mayoría de veces tiene un sentido adaptativo.¹⁸

El negarse a lidiar con la pérdida con la pérdida de un ser querido puede desatar la depresión.

Es común que en la vejez la muerte del cónyuge signifique la pérdida de la única compañía de una persona, por lo que esto podría significar para un adulto mayor quedar en total abandono, combinando todos estos factores podríamos tener cuadros depresivos severos que podría desencadenar en intentos suicidas.

¹⁸Manual de psiquiatría de Tomas Palomo y Miguel Ángel Jiménez-Arriero, Ene Life publicidad S.A y editores, Madrid 2009.

4. Jubilación: en algunos casos supone un factor estresante importante. Afecta, sobre todo, a personas para las que el trabajo ha sido un eje principal de su vida, por necesidad de reconocimiento y éxito.

En nuestro medio la jubilación significa una disminución considerable de la entrada monetaria de lo cual podría derivar situaciones económicas desfavorables, es común que muchos adultos mayores tengan que acudir a realizar diversas actividades para obtener dinero tras su jubilación.

El estrés que genera los problemas económicos es muy grande en cualquier persona y sobre todo en los adultos mayores, donde ya las oportunidades de obtener ingresos económicos son muy bajas.

5. Institucionalización: aunque no es algo común en la zona rural, pero es otro de los factores sociales desencadenantes de depresión.

Es importante que durante el periodo previo al ingreso al asilo se explique al anciano cómo será la vida en el nuevo lugar, evitando así fantasías negativas y anticipaciones que producen constantes niveles de ansiedad o cuadros de tristeza debido a la vivencia de abandono que esto provoca.

6. Dinero, finanzas y pensiones: en la vejez los aspectos económicos tienen mucha trascendencia ya que, en la mayoría de los casos, los ingresos no dependen del esfuerzo personal, sino de decisiones que toman poderes políticos y que no pueden controlar.

Tener problemas financieros puede ser una causa de depresión al ser parte de los eventos estresantes de la vida y al estar relacionado con la supervivencia.

El desempleo, los bajos ingresos, limitaciones de acceso a la educación, condiciones de trabajo inseguras y estresantes, discriminación de género y violación de los derechos humanos son parte de los problemas económicos que podrían presentarse.

Un análisis de diferentes estudios publicados a partir de 1990 permitió destacar la asociación entre pobreza y trastornos mentales en países de bajos ingresos, factores tales como inseguridad y la desesperanza los cambios sociales rápidos, el riesgo de violencia y los problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad de los pobres a sufrir trastornos mentales.

7. Robos, delitos y agresiones callejeras: es uno de los estresantes más característicos hoy en día en nuestra sociedad sobre todo al ver los altos índices delincuenciales sobre todo tras el apareamiento de las pandillas.

Aunque se sabe que un adulto mayor no está expuesto a agresiones más que otros grupos de edad, ellos presentan más temor debido a que se ven indefensos ante tales situaciones.

8. Problemas en la familia: en la edad avanzada, la relación con la familia tiene especial relevancia. Se puede observar en casos que los ancianos constantemente son rechazados por su familia ya que devengan cuidado sobre todo si estos ya presentan enfermedades crónicas, en muchos casos la familia los deja en condiciones de abandono lo cual podría terminar en un desenlace fatal para un adulto mayor.

9. Problemas en la vivienda y mudanzas: en la comunidad observamos múltiples problemas tanto sanitarios y la falta de servicio básicos, a pesar de todo ello un anciano se encuentra muy arraigado a su hogar, durante la vejez puede ser necesario que la persona necesite vivir con alguno de sus hijos y dejar su hogar de origen lo cual genera una condición de estrés al adulto mayor.

El anciano suele envejecer en su casa y se da un proceso de identificación con ella. Las obras y reparaciones, tanto en su domicilio habitual como en el de origen pueden producir gran estrés. También supone gran impacto la costumbre o necesidad de pasar temporadas en casa de diferentes hijos.

10. Creencias religiosas: los niveles más altos de la práctica religiosa se asociaron positivamente con una mejor salud, independientemente de la edad, personas con altos niveles de participación religiosa en general, participación religiosa organizacional, relevancia religiosa y motivación religiosa intrínseca están en menor riesgo de mantener y desarrollar síntomas depresivos.

Gran parte de la población adulta mayor en nuestro medio dedica parte de su tiempo a participar en actividades de carácter religioso lo cual resulta en beneficio para su salud tanto mental como social.

11. Diferencias culturales: aunque no parezca probable, el modo en que hemos sido enseñados a ver el mundo es decir el contexto cultural en el que crecimos. No solo esto nos afecta sino además los roles de género impuestos a hombres y a mujeres y el hecho de no querer cumplir con esos estándares, nuestra raza, la influencia de la sociedad y sus reglas.

Además, nuestra clase social y la educación influyen no solo en la aparición de la depresión sino en cómo esta se manifiesta en cada persona. Así mismo, culturalmente hablando sino alcanzamos las metas o los estándares que la sociedad nos ha impuesto o aquello que es esperado para las personas de nuestra edad, probablemente seamos más propensos a desarrollar depresión.

12. Estrés o eventos estresantes: el estrés en la vida adulta puede llegar a desencadenar depresión sobre todo aquellas personas expuestas a eventos de estrés prolongados, muchas personas pueden llegar a desarrollar síntomas de agotamiento vital debido a las altas cantidades de estrés que manejan en su vida diaria, esto puede llegar a desencadenar depresión e incluso ideación suicida en casos más serios. Cabe mencionar que es más probable desarrollar una depresión si tiene un estresor severo y constante que varios pequeños.

12. Factores Geográficos Y Demográficos Que Influyen En La Aparición De Depresión En Ancianos Que Sufren Enfermedades Crónicas.

La unidad comunitaria de salud familiar básica las lajas ubicada en el catón el tanque, perteneciente al municipio de Chalchuapa, la cual tiene bajo cobertura sanitaria 2 cantones: cantón el tanque y cantón el Paste, a los cuales pertenecen 3 y 2 caseríos respectivamente, de los cuales los caseríos el Tanque, el Amatón y llano largo son pertenecientes al cantón el tanque. La extensión territorial perteneciente a de dicha unidad comunitaria de salud comprende zonas en las cuales el acceso a los servicios de salud es sumamente difícil debido a la mala disponibilidad de transporte público, mal estado de las calles, la lejanía de algunos de los caseríos con respecto a la unidad comunitaria de salud, el poco interés de la población hacia la búsqueda de atención sanitaria entre otros factores.

La mayoría de familias de familias que viven en el territorio de cobertura de la unidad viven en condiciones de pobreza, los cuales no le permiten tener accesos a los servicios básicos tales como lo son electricidad, sistemas de alcantarillados y aguas potables. La principal fuente de ingresos de estas familias deriva de trabajar la tierra y la crianza de animales de corral, el nivel educativo que alcanza la población en promedio es muy bajo debido a que no todos los caseríos cuentan con centro educativo y hay mucha lejanía para trasladarse entre un caserío y otro:

Los principales factores geográficos y demográficos implicados en el apareamiento de depresión en enfermos crónicos de la unidad comunitaria de salud familiar las lajas son los siguientes:

1. Condiciones de vivienda y calidad de vida: la mayoría de viviendas en el cantón son elaboradas con materiales como adobe, bajareque, lámina, cartón y la mayoría no cuenta con los servicios vitales básicos tales como letrinas, sistema de aguas negras y aguas potable, energía eléctrica, la mayoría se encuentran en condiciones de hacinamiento en viviendas con habitación única que aloja hasta 10 personas en los peores casos, dichas condiciones podrían ser un desencadenante de enfermedad mental.

Uno de los problemas sanitarios más importantes que sufre la comunidad es la falta de agua potable por lo que están propensos a muchos problemas de salud.

El hecho de brindar mejores condiciones de vivienda y el abastecimiento de servicios básicos, puede tener un gran impacto sobre la salud mental de la población, poder mejorar las condiciones de extrema pobreza mediante políticas que favorezcan a las clases marginales expuestas a condiciones miserables de vida representaría uno de los más grandes logros en la historia del proceso salud-enfermedad.

2. Deterioro ambiental: un ambiente deteriorado enferma, los diversos riesgos ambientales que aún no saben manejarse, sumados a condiciones de pobreza extrema y de marginación brindan un complejo panorama de cómo se afecta la salud humana. Las personas y comunidades más pobres y marginadas, que son objeto de mayor discriminación enfrentan las consecuencias directas de la destrucción local del medio ambiente que por lo general se derivan de prácticas empresariales de explotación y procesos de desarrollo destructivo, los que están en peores condiciones pagan con su salud la destrucción de su entorno.

El medio ambiente juega un papel crucial en el binomio salud y enfermedad la población de la unidad comunitaria de salud, los habitantes del cantón El Tanque han construido sus viviendas en las faldas de volcán chingo lo cual los mantiene propensos a cualquier tipo de desastre natural como podría ser deslave, derrumbes y en el peor de los casos ser víctima de una erupción volcánica.

3. Cobertura sanitaria: uno de los principales factores de riesgo en la salud de la población del cantón el tanque es la dificultad de la población para desplazarse hacia la unidad de salud, debido a que no se cuenta con un buen sistema de transporte público y la mayoría de

caseríos se encuentran en zonas muy remotas y que sus rutas de llegada son muy difíciles. Esto de igual manera dificulta realizar las visitas domiciliarias de seguimiento.

El tener políticas asistenciales, preventivas y sociales, incrementando los servicios comunitarios, poner en marcha programas de apoyo a personas con dificultades económicas básicas como condiciones de vivienda deplorables reduce el impacto de la crisis en salud mental. Grandes poblaciones marginales presentan grandes dificultades para acceder a un establecimiento de salud debido a los grandes recorridos desde su vivienda hasta el centro de salud más cercano o la falta de transporte hacia los mismos.

4. Densidad de población: el incremento de la población en las últimas décadas a traído nuevos problemas para la cobertura sanitaria, uno de ellos es el hacinamiento sobre todo en zonas marginales donde encontramos hasta 10 personas viviendo en una habitación de cuatro paredes, lo cual pone a estas familias en condiciones deplorables.

Se observa familias numerosas debido en algunas ocasiones a que hay varias generaciones familiares habitando la misma vivienda y también observamos mucha paciente que es renuente a la planificación familiar y tienen hasta 5 hijos.¹⁹

¹⁹OMS. Promoción de la salud mental. Conceptos evidencia emergente y práctica. Informe compendiado. 2004.

8. Diseño Metodológico.

8.1 Tipo De Estudio.

El estudio realizado en el presente informe es un estudio descriptivo cualicuantitativo, donde la información que se recolecta no está modificada por ningún entorno ni contexto, es decir no está sujeta a manipulación, en las investigaciones humanas, un estudio de este tipo puede brindar información del estado de salud, comportamientos, actitudes u otras características de un grupo particular. Siendo un estudio cualitativo, busca adquirir información en profundidad para poder comprender el comportamiento humano y las razones que gobiernan tal comportamiento humano, buscando explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal y como la experimentan los protagonistas.

Este tipo de estudio también suele ser empleado para correlacionar o asociar entre diversos criterios del entorno, en este caso, entre las enfermedades crónicas y la depresión unipolar.

Además de ser un estudio descriptivo, es un estudio del tipo transversal, donde la interacción entre el criterio estudiado y el grupo de personas se evalúa en una sola ocasión, no se sigue modificaciones dentro de las actitudes y comportamientos de las personas al incluir o excluir aspectos de su entorno.

8.2 Universo De Estudio Y Determinación De La Muestra.

Datos demográficos UCSF-B Las Lajas Cantón El Tanque

Cantones: 2 (El Tanque, El Paste)

Caseríos: 5 (los caseríos El Tanque, El Amatón y Llano Largo pertenecientes al cantón El Tanque y los caseríos San Isidro y El Sauce pertenecientes al cantón El Paste)

Población total: 1804 habitantes

Población total del cantón El Tanque: 1388 habitantes

Población por caseríos: El Tanque 622 El Amatón 457 Llano Largo 309 San Isidro 121 El Sauce 295

Población total entre 50 y 90 años: 279 masculino: 128 femenino: 169

Total, de población crónica:

Por dispensarización el territorio se encuentra dividido en 2 zonas:

Zona A (caseríos El Tanque y el Amatón)

Zona B (caseríos Llano Largo, San Isidro, El Sauce)

Total, de pacientes crónicos zona A: 46 Hipertensos 30 diabéticos 16

Total, de pacientes crónicos zona B: 48 hipertensos 42 diabéticos 6

Detección anual de hipertensos: 8

Detección anual de diabéticos: 6

La muestra para la realización de la investigación será escogida por el criterio de caso tipo, seleccionando para ello a tres personas que cumplan las especificaciones de inclusión, siendo entrevistada una persona de la muestra por cada integrante del grupo de investigación.

8.3 Instrumentos De Recolección De Datos.

Entrevistas

Se realizarán entrevistas de carácter investigativo y humano, siguiendo un cuestionario guía para que el entrevistador sea quien maneje y lleve el control de la temática orientada a la búsqueda de rasgos depresivos en pacientes adultos entre las edades de 50 a 90 años que sufran de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus.

Estas entrevistas se realizarán previa cita con el paciente y serán de carácter individualizado y en persona, siendo preguntas con respuestas libres, donde el entrevistado encuentre la comodidad de expresar sus opiniones en su propio lenguaje y de forma familiar, estableciendo un ambiente de cordialidad y calidez, esperando ganar con esta técnica, la confianza del entrevistado y ahondar más en su psique.

Las entrevistas serán dirigidas por parte del equipo que desarrolla la investigación a 3 pacientes que cumplan con criterios de inclusión, lo cual garantiza una mejor inversión de tiempo en cada entrevista, calidad al momento de la ejecución de la misma, mayor control y organización de datos obtenidos y una mayor trascendencia e impacto para fines de la investigación.

8.4 Criterios De Inclusión

- Personas adultas entre los 50 y 90 años de edad cronológica.
- Personas adultas que sufren una de las siguientes enfermedades hipertensión arterial crónica y/o diabetes mellitus tipo 2.
- Personas entre 50 y 90 años que pertenecen a la población vigilada por el equipo comunitario de salud familiar básico “Las Lajas” en cantón “El Tanque”.
- Adultos de ambos sexos, entre las edades cronológicas de 50 a 90 años.

- Adultos entre 50 y 90 años de edad que presentan signos y síntomas asociados a depresión unipolar.

8.5 Criterios De Exclusión

- Adultos menores de 50 años de edad cronológica.
- Adultos mayores de 90 años de edad cronológica.
- Adultos que no padezcan ninguna enfermedad crónica.
- Personas que sufran alguna enfermedad crónica que no incluya hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2.
- Personas adultas que no pertenezcan a la población vigilada por el equipo comunitario de salud familiar básico “Las Lajas” en cantón “El Tanque”.
- Personas entre los 50 y 90 años de edad que no sufren signos ni síntomas asociadas a depresión unipolar.

8.6 Recursos Usados Para La Investigación.

Recursos humanos:

Docente asesor en el trabajo de investigación en cada paso y avance de redacción, investigación, recolección y análisis de resultados.

Recursos materiales:

Libros y revistas científicas que incluyen temas sobre enfermedades crónicas y depresión unipolar.

Tres computadoras con sistema informático administrativo actualizado y sistemas de edición de documentos y bases de datos que sean capaces de soportar y reproducir dichos documentos.

Un impresor con tinta a colores para reproducir al físico los documentos virtuales de avances de la investigación.

Un vehículo para transporte de los integrantes del grupo de investigación hacia el cantón “El Tanque” para realizar trabajo de campo.

8.7 Plan De Análisis.

El equipo de investigación realizara un modelo de entrevista la cual se efectuarán preguntas abiertas y cerradas, relacionadas con la sintomatología y contexto individual de cada paciente orientadas a la detección del trastorno depresivo otorgándole valor ponderal a cada pregunta que se considere como un hallazgo positivo del trastorno depresivo, la entrevista se realizara de forma verbal y personal y será registrada en formato de audio por medio de dispositivo multimedia.

8.7.1 Sistema De Ponderaje Y Diagnostico

Para hacer el diagnóstico del trastorno depresivo unipolar se utilizará la clasificación sugerida en DSM V.

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular Trastornos depresivos un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

9. Análisis de Resultados.

Explicar factores culturales que influyen en la aparición del trastorno depresivo en los enfermos crónicos en las edades entre 50 a 90 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica 'Las Lajas' en el cantón 'El Tanque' municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana durante los meses de marzo a agosto de 2016.

Paciente Criterio	Rosa Margarita Valladares Martínez.	Gregoria Elvira Valladares.	Guillermo Valladares Moran.
Creencia de un ser supremo.	Creencia absoluta en un ser supremo.	Creencia absoluta en un ser supremo omnipotente.	Afirma la creencia firme en un ser superior a quien encomienda su persona y su enfermedad.
Influencia de Dios en su enfermedad.	Dios ejerce influencia de compañía y protección de familiares.	Dios ejerce sanidad por medio de intermediarios humanos que intervienen en oración por ella.	Manifiesta la influencia positiva de su vivencia de fe pues le ayuda a sobrellevar sus enfermedades y sus problemas personales.
Opinión sobre la muerte.	Aceptación ante la muerte.	Aceptación de su propia muerte sin preocupaciones de pendientes en vida, "...ya no tengo chiquitos, a quien voy a dejar llorando..."	Muestra una franca aceptación como una realidad inevitable.
Búsqueda de	Ayuda alternativa brindada por hijo	No busca otras ayudas alternas,	Ha buscado ayuda en el hospital en

ayuda en caso de tristeza o angustia.	“Teodoro”.	solamente música y gritos a Dios	donde se la recetado medicamento cuyo nombre no recuerda.
--	------------	----------------------------------	---

*Datos extraídos de preguntas 26, 27, 28 y 37 de Entrevista utilizada como método de recopilación de datos.

Análisis.

La creencia en un ser superior es un factor común entre los habitantes de la población, quienes manifiestan influencia positiva en su enfermedad, sea de forma directa al momento de sobrellevarla o por medio de personas o situaciones a lo largo del curso natural de su enfermedad. Los pacientes sometidos al estudio hacen hincapié en mejorías clínicas o al simple hecho de mantenerse con vida gracias a la intervención divina; sin embargo, en algunas ocasiones esta creencia firme desplaza la aceptación de la necesidad de tratamiento y seguimiento médico lo cual retrasa el diagnóstico y manejo oportuno incrementando el apareamiento de complicaciones. De igual forma, es importante señalar que se ha llegado a una aceptación de la enfermedad como tal por parte de los pacientes en cuestión y la necesidad de atención médica en conjunto con la influencia de Dios formando parte del pilar por medio del cual los pacientes logran sobrellevar su enfermedad.

La muerte es una realidad humana, un hecho inminente, inevitable, y la conciencia propia por parte de los pacientes sobre el hecho de padecer una enfermedad que dure para toda la vida genera el pensamiento que su estancia en este mundo será más breve de lo que se esperaba, dejando atrás a sus familias, amigos, conyugues, etc. La idea de la muerte como una realidad se vuelve más marcada con el apareamiento de comorbilidades y el deterioro paulatino que han venido sufriendo a lo largo de los años y la necesidad de atención medica que aumenta en frecuencia y complejidad acorde pasan los años, representando así un elemento del cual están conscientes y que es una realidad de la que nadie puede escapar.

La naturaleza social es uno de los pilares más importantes de nuestra investigación, pues es común la búsqueda de apoyo en la familia, la iglesia, la comunidad al ser diagnosticado con alguna de las enfermedades crónicas como diabetes mellitus o hipertensión arterial

crónica. La comunidad y el círculo social de los pacientes son de vital trascendencia pues pueden representar influencias positivas tanto en el desenvolvimiento de la enfermedad representando apoyo y motivación que encamine a la mejoría o, como catalizadores del deterioro fomentando creencias falsas, generando mitos, motivando a etnoprácticas y empobrecer la confianza que se tiene en el médico. La falta de interés o la mala información por parte de la familia y amigos genera sensaciones de infravaloración, minusvalía e impotencia ante la enfermedad lo cual deteriora el curso de la misma, empeora el autocuidado y aumenta las posibilidades de ocurrencia de desenlaces ominosos para los pacientes.

Determinar los factores sociales que influyen en la aparición del trastorno depresivo en los enfermos crónicos en las edades entre 50 a 90 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica ‘Las Lajas’ en el cantón ‘El Tanque’ municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana durante los meses de marzo a agosto de 2016.

Paciente Criterio	Rosa Margarita Valladares Martínez.	Gregoria Elvira Valladares.	Guillermo Valladares Moran.
Apoyo Familiar	Paciente cuenta con apoyo familiar de hijos, no otras redes de ayuda.	Apoyo familiar por parte de dos hijos, hijas no brindan ningún tipo de ayuda.	Recibe apoyo de su familia y que no representan un obstáculo en el abordaje de su enfermedad
Rol dentro de la familia.	Ningún rol desempeñado “...solo ella me ayuda...” *refiérase a hija.	Paciente vive sola. Dos hijos habitan en las cercanías, pero con familias independientes y paciente no representa ningún rol para ellos.	Es tomado en cuenta en todo aspecto y es responsable de proveer el aporte económico.
Relaciones interpersonales en la comunidad.	Vecinos de la comunidad considerados como amigos.	Relaciones posiblemente condicionadas ante necesidades mutuas, sin intimar relaciones.	Considera relaciones interpersonales saludables y afirma no tener enemigos
Relaciones interpersonales	Paciente refiere relaciones de	Paciente refiere mantener relaciones	Tiene familia y amigos tanto dentro

fuera de la comunidad.	amistad con personas ajenas a su comunidad.	de amistad con personas de otras comunidades “...bastantes tengo...”	como fuera de la comunidad, manifiesta le han brindado apoyo en momentos de necesidad
Afectividad.	Problemas confidenciales, no los comparte con ninguna persona.	Problemas confidenciales, no los comparte ni aun con sus supuestos amigos “...amigo solamente Dios...”	No teme compartir lo que piensa con personas de confianza, pide consejo y discute de los aspectos más relevantes de la actualidad con libertad.

*Datos extraídos de preguntas 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 21 y 22 de Entrevista utilizada como método de recopilación de datos.

Análisis.

La sociedad juega un rol muy importante en el desarrollo psicológico de todas las personas, tanto desde la infancia hasta la edad adulta, al nacimiento las personas contamos con un círculo social muy diminuto, pero esos círculos se van ampliando, van aumentando en número a lo largo del tiempo con el nacimiento y cuidado de relaciones interpersonales, se sabe que los círculos sociales pueden llegar a ser muchos, en algunos casos, pero, que así como evolucionan también involucionan, como el cuerpo físico del mismo, los pacientes que entran en la tercera edad suelen disminuir su círculo social no solo por decisión propia sino porque muchas de las personas que influyeron en su vida y que se ganaron el derecho de pertenecer a ellos mueren antes de acompañarlos en su última etapa de la vida, de aquí que el círculo más fuerte y que más apoyo brinda es el círculo familiar, pero así como es el círculo social más fuerte, es también el que suele dar más problemas, hace cuestionar más a los ancianos sobre su capacidad de realizar actividades cotidianas e incluso su capacidad de tomar decisiones, no solo por sus comentarios que a veces suelen ser crueles aunque no

todas las ocasiones malintencionados sino también por el abandono relativo, si bien es cierto pueden los hijos y nietos estar al pendiente de sus necesidades básicas como casa, comida, agua, luz, etc. también es menester recordar que el anciano no se convierte en un ser biológico plenamente sino que sigue y seguirá siendo un ser biopsicosocial por lo tanto la interacción de los tres aspectos es básico para su salud, además de una relación sana de atención por parte de su familia también existen algunos ancianos que sufren de infravaloración por parte de sus hijos que se refleja en el despojo de sus roles y en la insinuación de su incapacidad de tomar decisiones, una situación que para una persona que ha sido independiente y principalmente si ha sido líder de su familia, suele afectar en gran manera su psique y sus ánimos, causando de manera directa sentimientos de tristeza desolación interior, culminando en depresión, en pacientes que además sufren enfermedades crónicas como diabetes mellitus o hipertensión arterial, eso suele presentarse más vívidamente llegando a casos extremos en que hogares culpan a su padecimiento como culpables de su senectud, pero como se expuso, no solo existe el círculo familiar, sino también hay otros círculos sociales de amigos y conocidos, todos con un grado de cercanía diferentes, el sesenta y seis por ciento de los datos de la presente investigación refleja que a pesar de tener relaciones interpersonales tanto con vecinos como por personas lejanas no comparten información, son considerados “amigos” solamente de nombre porque según sus confesiones no son personas en quienes se pueda confiar, lo que provoca que esos pacientes no puedan expresar sus sentimientos y emociones con nadie, eso a su vez los orilla a sentirse solos y deprimidos por deterioro de sus relaciones sociales que afecta su salud psicológica, solamente un treinta y tres por ciento cuenta con personas de confianza y con una mente abierta para poder expresar sus problemas y sus opiniones con libertad.

Conocer cuáles son los factores geográficos que influyen en la aparición del trastorno depresivo en los enfermos crónicos en las edades entre 50 a 90 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica ‘Las Lajas’ en el cantón ‘El Tanque’ municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana durante los meses de marzo a agosto de 2016.

Paciente Criterio	Rosa Margarita Valladares Martínez.	Gregoria Elvira Valladares.	Guillermo Valladares Moran.
Dificultades Geográficas.	Hay dificultades de movilización por “no puedo andar” pero ambos hijos tienen vehículo y están prestos a servirle a paciente.	Difícil acceso por falta total de transporte “... sé que tengo que venir desde allá hasta aquí, aunque sea de a pie como me toque...”	Hace énfasis en el hecho que debe viajar para recibir atención por el médico especialista en hospital de Chalchuapa. Los cupos para consulta son asignados a tempranas horas de la mañana.

*Datos extraídos de pregunta 38 de Entrevista utilizada como método de recopilación de datos.

Análisis

El acercamiento a los centros de salud es uno de los mayores problemas que representa la atención en salud. A lo largo de los años se han planteado diversos programas y estrategias dirigidas a facilitar la atención médica a los pacientes, sin embargo pese a las múltiples estrategias no se ha logrado solventar al cien por ciento las necesidades de la población. La zona geográfica al tener tendencias rurales o rurales-urbanizadas sufre de múltiples impases dentro de los cuales los pacientes hacen referencia a las dificultades de acceso en relación del terreno lo cual aunado al deterioro físico obligan a los pacientes a recurrir a alternativas que hagan posible el acceso al centro de salud. Las inclemencias climáticas juegan un rol muy importante empeorando las condiciones de terreno volviendo aun más difícil el desplazamiento de los pacientes desde sus hogares hacia el centro de salud más cercano.

Las largas distancias para acceder a los centros de salud constituyen una dificultad importante puesto que condicionan a los pacientes a buscar alternativas de transporte,

sumando a la falta de transporte público afectando de manera negativa la salud física y mental de las personas sometiéndolos a un estresante extra que en ocasiones los condiciona a invertir de sus bolsillos para lograr acceder al centro de salud.

Determinar factores relacionados a la atención en salud que influyen en la aparición del trastorno depresivo en los enfermos crónicos en las edades entre 50 a 90 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica ‘Las Lajas’ en el cantón ‘‘El Tanque’’ municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana durante los meses de marzo a agosto de 2016.

Paciente Criterio	Rosa Margarita Valladares Martínez.	Gregoria Elvira Valladares.	Guillermo Valladares Moran
Búsqueda de servicios de salud alternos.	Paciente atendida por médico especialista los días designados en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica ‘‘Las Lajas’’	Paciente no busca más atención alterna que su consulta básica en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica ‘‘Las Lajas’’	Acude tanto a la UCSFB ‘‘Las Lajas’’ como al hospital de Chalchuapa en búsqueda de atención especializada.
Dificultades para pasar consulta.	‘‘No puedo andar’’	Dificultad de acceso a centro de salud ‘‘...desde allá en las últimas casas vivo... Tengo que venir yo solita...’’	El principal problema es la demanda excesiva de pacientes y falta de recursos.
Calidad de atención médica.	‘‘me atienden bien’’	Se recibe atención con calidez humana ‘‘...todas estas muchachas mayores de blanco toda la vida ella me ha querido me mira con amor...’’	Recibe una buena atención medica
Abastecimiento	Abastecimiento	Abastecimiento	Ha tenido

de medicamentos.	completo de medicamentos, jamás ha existido necesidad de comprar medicamentos extras.	completo de medicamentos indicados por el médico.	dificultades en el reabastecimiento de medicamentos de especialidad y refiere debe comprarlo para mantenerse controlado.
Recomendaciones para mejorar la atención médica.	Paciente se abstiene de responder pregunta.	Aclaración de conceptos y criterios médicos sobre manejos de hipertensión arterial crónica “...algunos doctores me dicen que ya no me cae bien esa pastilla que me están dando... si me la dan ustedes es porque saben que me va a caer bien a mí... pero como yo que voy a hacer pues...”	Hace énfasis en la atención de calidad que se le brinda, sin embargo, Manifiesta su inconformidad con el actual gobierno para suplir las demandas de la población
Acceso de servicios de salud.	Ayuda económica en efectivo.	Visitas domiciliarias para control de enfermedades crónicas	En relación a UCSFB “Las Lajas” no hace referencia a dificultades respecto a largas distancias. Sin embargo, respecto

			a sus citas con especialista en hospital de Chalchuapa debe procurar transporte y alojamiento aparte.
--	--	--	---

*Datos extraídos de preguntas 24, 25, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 y 39 de Entrevista utilizada como método de recopilación de datos.

Análisis.

Los cambios en el sistema de salud han formado parte de los múltiples momentos políticos de El Salvador y las diferentes administraciones de los servicios de salud. Se han realizado una inmensa cantidad de estrategias que van encaminadas a mejorar la calidad de la atención médica, sin embargo es notoria la fragilidad que afecta muchos aspectos de la atención en salud y que empobrece sin mayor remedio la calidad de la misma. El apareamiento de las UCSF ha buscado la descentralización de los servicios de salud de los hospitales de mayor complejidad por medio de la creación de centros de salud de primer nivel cerca de zonas rurales o rurales urbanizadas para facilitar el acceso de la población, sin embargo una de las debilidades ha sido que no se ha logrado abarcar al cien por ciento de la población quienes manifiestan la dificultad para trasladarse de sus hogares a los centros de salud. Siendo la población en cuestión caracterizada por el padecimiento de enfermedades crónicas y múltiples comorbilidades no es raro que estas les dificulten la asistencia a sus controles médicos o a la consulta en general lo cual genera frustración y sentimientos de minusvalía haciéndolos caer en la desesperanza y la resignación. La complejidad de las enfermedades, el empeoramiento de condiciones clínicas de algunos pacientes o la necesidad de medicamentos fuera del cuadro básico hacen necesaria la atención por médico especialista en hospital de Chalchuapa o con la visita del especialista a la sede requiriendo en el mejor de los casos citar nuevamente a los pacientes en UCSF o con cita a hospital de Chalchuapa a tempranas horas de la mañana con cupos limitados de atención. El abastecimiento de medicamentos es una de las principales problemáticas

respecto a la atención en salud puesto a que las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial requieren de manejo terapéutico multidisciplinario siendo uno de los componentes fundamentales el manejo farmacológico. Al no tener un tratamiento médico los pacientes manifiestan desesperanza y pensamientos negativos sobre la muerte y la enfermedad, los pacientes deben obtener los medicamentos de forma ambulatoria para evitar progresos en la enfermedad y evitar posibles complicaciones en ocasiones sin tener los recursos monetarios para suplir sus necesidades.

Muchas son las virtudes que, desde los orígenes de la medicina, forman parte del perfil de un profesional de la salud. La calidez de la atención médica y la voluntad de servir al prójimo en un mundo utópico van de la mano con el enriquecimiento intelectual, el conocimiento y los avances científicos cuyo primer fin debería ser destinado a mejorar la calidad de vida de las personas, a que gocen de sus familias, amigos, conyugues de una forma plena destinándonos a todos a disfrutar de un envejecimiento digno lejos de la miseria, la apatía y el dolor. El grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud es el reflejo de las bondades y carencias del sistema de salud, un sistema de salud empobrecido y fragmentado, desabastecido, saturado y severamente juzgado, criticado y en ocasiones ridiculizado, cuyos recursos humanos son explotados y cuyas estrategias carecen del impacto necesario en la población y donde solo quienes gozan de una buena situación económica reciben atención médica de primera calidad. Sin embargo pese a las múltiples negativas lamentables que hieren profundamente y repercuten de formas atroces en la salud de la población es de mayor trascendencia que la atención que se brinda depende predominantemente de la calidad humana, imprescindible al momento de la interacción medico paciente, quien con sus defectos y sus virtudes personales, con su condición social, son merecedores de la máxima expresión bondad de quienes han sido bendecidos con el don de la medicina intentando superar todas las carencias y limitantes buscando la ayuda necesaria para solventar los problemas de salud de la población.

10. Anexos.

Tabla 1: Comparación del desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial en los periodos de la vida del ser humano promedio.

Periodo	Desarrollo físico	Desarrollo cognoscitivo	Desarrollo psicosocial
Prenatal (concepción al nacimiento)	<p>Se produce la concepción por fecundación natural o por otros medios.</p> <p>La dotación genética interactúa con las influencias ambientales desde el principio.</p> <p>Se forman las estructuras y órganos básicos del cuerpo, comienza el crecimiento acelerado del cerebro.</p> <p>Ocurre el mayor crecimiento físico de la vida.</p> <p>Gran vulnerabilidad a las influencias ambientales.</p>	<p>Se desarrollan las capacidades de aprender, recordar y responder a la estimulación de los sentidos.</p>	<p>El feto responde a la voz de la madre y siente preferencia por ella.</p>
Lactancia e infancia (nacimiento a tres años)	<p>Al nacer, operan en diversa medida todos los sentidos y sistemas del cuerpo.</p> <p>Se incrementa la</p>	<p>Están presentes las capacidades de aprender y recordar incluso en las primeras semanas.</p>	<p>Apego a padres y otros.</p> <p>Se desarrolla la autoconciencia.</p> <p>Se produce el cambio</p>

	<p>complejidad del cerebro, que es muy sensible a las influencias ambientales.</p> <p>Rápido crecimiento físico y desarrollo de las destrezas motrices.</p>	<p>Hacia el final del segundo año se desarrolla la capacidad de usar símbolos y de resolver problemas.</p> <p>Aparece rápidamente la comprensión y uso del lenguaje.</p>	<p>de la dependencia a la autonomía.</p> <p>Aumenta el interés en otros niños.</p>
<p>Niñez temprana (tres a seis años)</p>	<p>El crecimiento es constante; el aspecto en más esbelto y las proporciones son más parecidas a las del adulto</p> <p>Se reduce el apetito y son comunes los problemas de sueño.</p> <p>Aparece la preferencia por una de las manos; aumentan las destrezas motrices gruesas y finas y la fuerza.</p>	<p>En alguna medida el razonamiento es egocéntrico, pero aumenta la comprensión del punto de vista de los demás.</p> <p>La inmadurez cognoscitiva produce ideas ilógicas sobre el mundo.</p> <p>Se consolidan la memoria y el lenguaje.</p> <p>La inteligencia se hace más previsible.</p> <p>Se generaliza la experiencia preescolar, y más aún la preprimaria.</p>	<p>El auto concepto y la comprensión de las emociones se hacen más complejos; la autoestima es global.</p> <p>Aumentan la independencia, iniciativa y el autocontrol.</p> <p>Se desarrolla la identidad sexual.</p> <p>Los juegos son más imaginativos y elaborados, y, por lo común, más sociales.</p> <p>Son comunes el altruismo, la agresión y la temeridad.</p> <p>La familia todavía es el centro de la vida social, pero otros niños cobran más</p>

			importancia.
Niñez media (seis a once años)	<p>El crecimiento se hace más lento.</p> <p>Aumentan la fuerza y las capacidades deportivas.</p> <p>Son comunes las enfermedades respiratorias, pero la salud en general es mejor que en cualquier otra época de la vida.</p>	<p>Disminuye el egocentrismo, los niños comienzan a pensar de forma lógica pero concreta.</p> <p>Se incrementa las habilidades de memoria y lenguaje.</p> <p>Los avances cognoscitivos permiten a los niños beneficiarse de la escuela formal.</p> <p>Algunos niños revelan necesidades y dotes educativos especiales.</p>	<p>El auto concepto de hace más complejo e influye en la autoestima.</p> <p>La co-rregulación refleja el cambio gradual del control de los padres al hijo.</p> <p>Los compañeros adquieren una importancia central.</p>
Adolescencia (11 a alrededor de 20 años)	<p>El crecimiento físico y otros cambios son rápidos y profundos.</p> <p>Se presenta la madures reproductiva.</p> <p>Los principales riesgos de salud se deben a problemas de conducta como trastornos alimentarios y drogadicción.</p>	<p>Se desarrolla la capacidad del pensamiento abstracto y del razonamiento científico.</p> <p>Persiste la inmadurez del pensamiento en algunas actitudes y conductas.</p> <p>La educación se enfoca en la preparación para la universidad o el trabajo.</p>	<p>La búsqueda de identidad, incluyendo el sexual, es un objetivo central.</p> <p>En general la relación con los padres es buena.</p> <p>El grupo de amigos ejerce una influencia positiva o negativa.</p>
Adultez temprana	La condición física	El pensamiento y los	Los rasgos y estilos de

(20 a 40 años)	<p>alcanza su máximo nivel y luego disminuye ligeramente.</p> <p>Las afecciones de estilo de vida influyen en la salud.</p>	<p>juicios morales adquieren mayor complejidad.</p> <p>Se llevan a cabo elecciones educativas y laborales, a veces después de un periodo de exploración.</p>	<p>personalidad se estabilizan, aunque las etapas y sucesos de la vida generan cambios de personalidad.</p> <p>Se establecen relaciones íntimas y estilos personales, pero no siempre duraderos.</p> <p>Casi todos se casan y muchos tiene hijos.</p>
Adulthood media (40 a 65 años)	<p>Puede iniciarse un deterioro lento de las capacidades sensoriales, así como de la salud, el vigor y la resistencia, pero las diferencias entre individuos son vastas.</p> <p>Las mujeres sufren la menopausia.</p>	<p>Las facultades mentales llegan a su máximo; se eleva la competencia y capacidad práctica para resolver problemas.</p> <p>La producción creativa declina, pero es de mejor calidad.</p> <p>Algunos alcanzan el éxito profesional y su poder de generar ganancias entra en la cúspide; otros experimentan agotamiento y cambio de profesión.</p>	<p>Prosigue el desarrollo del sentido de identidad; se produce la transición de la mitad de la vida.</p> <p>La doble responsabilidad de cuidar a los hijos y a los padres causa tensiones.</p> <p>La partida de los hijos deja el nido vacío.</p>
Adulthood tardía (65 años en adelante)	<p>La mayoría de las personas son sanas y activas, aunque en</p>	<p>Casi todas las personas son mentalmente alertas.</p>	<p>El retiro, cuando ocurre, abre nuevas opciones para</p>

	<p>general disminuyen la salud y las capacidades físicas. La disminución de los tiempos de reacción afecta algunos aspectos del funcionamiento.</p>	<p>Aunque algunas áreas de la inteligencia y la memoria se deterioran, la mayoría de las personas encuentran la forma de compensarlas.</p>	<p>aprovechar el tiempo. Las personas trazan estrategias más flexibles para enfrentar las pérdidas personales y la inminencia de la muerte. Las relaciones con familiares y amigos cercanos proporcionan un apoyo importante. La búsqueda del significado de la vida asume una importancia central.</p>
--	---	--	---

Tabla 2 Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria.
<p>Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ADL, Activities of Daily Living) consisten en estas tareas de cuidado personal.</p> <ul style="list-style-type: none">• Higiene personal.• Colocación y retiro de ropa.• Alimentación.• Traslado de la cama a una silla y de regreso.• Control voluntario de la evacuación urinaria e intestinal.• Uso del inodoro.• Desplazamiento por el entorno (a diferencia del confinamiento en cama)
<p>Actividades Instrumentales De La Vida Diaria. No Son Necesarias Para El Funcionamiento Fundamental, Pero Permiten Al Individuo Vivir De Manera Independiente En Una Comunidad.</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar trabajo doméstico ligero.• Preparación de comidas.• Toma de medicamentos.• Hacer compras de alimentos y ropa.• Uso de teléfono.• Manejo de dinero.• Uso de tecnología (es probable que las generaciones previas no sean muy avezadas en el manejo de las nuevas tecnologías, ya que no estuvieron expuestas a ellas)

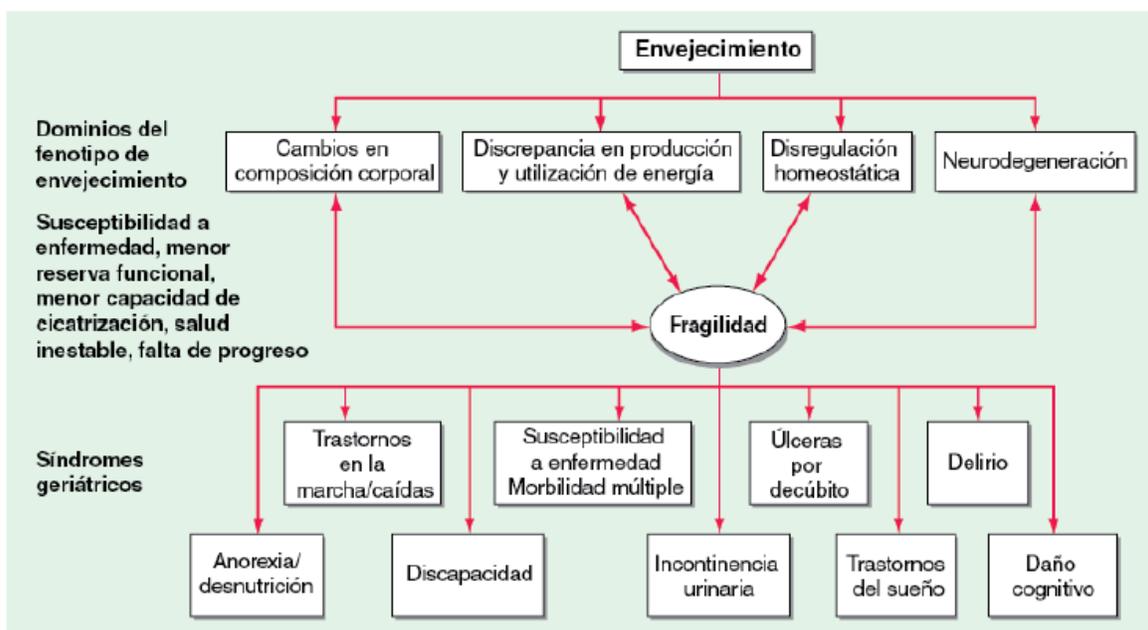


Fig. 1 procesos del envejecimiento.

Tabla 3. Hormonas que disminuyen, permanecen estables o aumentan con el envejecimiento.

Hormonas Que Disminuyen, Permanecen Estables O Aumentan Con El Envejecimiento.		
<p>Disminuyen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hormona del crecimiento. • Hormona luteinizante (varones). • Factor de crecimiento-1 similar a insulina. • Testosterona. • Estradiol. • DHEA y DHEAs. • Pregnenolona. 	<p>Sin cambio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prolactina. • Tirotropina. • Adrenalina. • Hormonas tiroideas. • Peptido-1 similar a glucagón. • Polipéptido inhibidor gástrico. 	<p>Aumentan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colecistocinina. • Hormona Luteinizante (mujeres). • Hormona estimulante del folículo. • Cortisol. • Insulina. • Hormona paratiroidea.

<ul style="list-style-type: none"> • 25 (OH) Vitamina D. • Aldosterona. • Péptido intestinal vasoactivo. • Melatonina. 		
--	--	--

Tabla 3: Clasificación de Depresión.

CIE-10	DSM-IV
Trastorno depresivo mayor	
Episodio único	Episodio depresivo
Recurrente	Trastorno depresivo recurrente
Trastorno distímico	Trastorno persistente del ánimo (distimia)
Otros trastornos depresivos	Otros trastornos depresivos

Tabla 4: Criterios diagnósticos del episodio mayor según CIE-10.

Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor CIE-10.
• El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
• No han existido síntomas maníacos o hipomaniacos en ningún período de la vida.
• No es atribuible a consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.
• Deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:
▪ Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades normalmente placenteras para el sujeto.
▪ Ausencia de reacciones emocionales ante situaciones que normalmente las producen.
▪ Despertarse por la mañana dos horas antes de lo habitual.
▪ Empeoramiento matutino del humor depresivo.

▪ Objetivamente enlentecimiento motor o agitación.
▪ Pérdida marcada del apetito.
▪ Pérdida marcada de peso.
▪ Notable disminución de la libido.

Tabla 5: Escogencia del antidepresivo.

Medicamentos Utilizados En El Tratamiento De La Depresión.	
<p>Tricíclicos y Tetracíclicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imipramina • Amitriptilina • Butriptilina • Doxepina • Clomipramina • Desipramina 	<p>Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina (ISRS).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetina • Sertralina • Fluvoxamina • Paroxetina • Citalopram
<p>Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Noradrenalina (ISRNA)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reboxetina 	<p>Efecto Dual Sobre La Noradrenalina Y La Serotonina (Duales)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxina • Mirtazapina • Milnaciprán
<p>Inhibidores De La Recaptación De Dopamina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bupropión 	<p>Inhibidores De La Monoaminoxidasa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fenzelzina • Isocarboxacida • Tranilcipromina • Selegilina • Almozatona

Anexo 6

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ENTREVISTA



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

Dirigido a: _____ Edad: _____

Expediente: _____ Ocupación: _____

Grado de escolaridad: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____

Dispensarización: III

Diagnóstico(s): _____

INSTRUCCIONES: Se realizarán una serie de preguntas cerradas y abiertas de forma verbal en búsqueda de crear un marco explicativo estableciendo una relación entre la depresión y las enfermedades crónicas en donde se incluye la diabetes mellitus y la hipertensión arterial crónica, partiendo de la experiencia individual de cada paciente, inmersa en el impacto de elementos sociales, culturales, geográficos y relacionados a la atención en salud.

La siguiente entrevista será registrada de forma escrita y en formato de audio en dispositivo móvil previo la autorización del entrevistado por medio de consentimiento informado de forma escrita.

Bienvenida.

1. Buenas tardes, señor(a), ¿cuál es su nombre?
2. ¿Cómo está?
3. ¿Tengo entendido que usted padece de una enfermedad conocida como _____, como se siente con eso?
4. ¿Qué piensa usted de su enfermedad?
5. ¿Sigue tomando el medicamento?
6. ¿Si su respuesta es sí: ha notado mejoría con el medicamento?
7. ¿Si su respuesta es no: porque no lo está tomando?
8. ¿Cómo se siente al respecto?

9. ¿Alguna vez se ha sentido triste y sin ganas de hacer sus tareas del día a día?
10. Si su respuesta es sí: profundizar sobre los síntomas y signos de depresión y la duración estos.
11. ¿Qué hace usted cuando esta triste?
12. Si su respuesta es no: siente usted que su familia lo apoya y que le ayuda a sobrellevar su enfermedad.
13. Si la respuesta es sí: en que formas le ayuda su familia?
14. Si la respuesta es no: conoce la razón porque su familia no lo apoya ?
15. ¿Qué problemas económicos afronta?
16. ¿De qué forma es tomado en cuenta usted en su familia?
17. ¿Las actividades que usted realiza cada día le generan satisfacción?
18. Como se lleva con las personas de la comunidad?
19. ¿Podría decir usted que son sus amigos?
20. ¿Tiene amigos fuera de la comunidad?
21. ¿Qué piensa usted sobre compartir sus sentimientos con los demás?
22. ¿Con quien comparte usted sus problemas?
23. ¿Se siente usted satisfecho con lo que ha hecho en su vida?
24. ¿Aparte de la unidad de salud, usted busca ayuda en otros lados?
25. ¿Donde busca esa ayuda extra?
26. ¿Cree usted en Dios?
27. ¿De qué forma le ayuda Dios en su enfermedad?
28. ¿Qué opina usted de la muerte?
29. ¿Alguna vez ha pensado en quitarse la vida?
30. ¿Alguna vez ha pensado buscar atención médica por especialista?
31. ¿Cuáles son las principales dificultades que se le presentan para pasar consulta?
32. ¿Qué me puede decir de la atención medica que usted recibe?
33. ¿Recibe usted todos los medicamentos que se le indican para el tratamiento de su enfermedad?
34. Si la respuesta es sí: pasar a la siguiente pregunta.
35. Si la respuesta es no: ¿cómo obtiene usted el medicamento faltante?
36. ¿Cómo cree usted que se le puede mejorar la atención medica que se le brinda?

37. ¿Si usted se sintiera triste o angustiado, donde acudiría usted en busca de ayuda?
38. ¿Cuáles son las dificultades que usted encuentra para transportarse de su comunidad a la unidad de salud?
39. ¿Cómo puede ayudarle el sistema de salud a mejorar el acceso a los servicios de salud?

Síntoma	Presente	Ausente	Duración
Estado de ánimo deprimido			
Perdida de interés o placer			
Pérdida de peso mayor al 5%			
Disminución de apetito			
Aumento de apetito			
Fatiga o pérdida de energía			
Dificultad para concentrarse o tomar decisiones			
Pensamientos de muerte recurrentes ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado			
Intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.			
Ideas delirantes			
Deterioro social o laboral y malestar significativo			
Historia de episodio maniaco o hipomaniaco			
Trastorno esquizofrenico			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo: _____ de ____ años de edad, con expediente clínico numero: _____; habiéndose explicado las implicaciones y finalidades, autorizo en uso de todas mis facultades la ejecución de la presente entrevista, así como el registro escrito y en formato de audio para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Santa Ana, a los ____ días del mes de ____ del año 2016.

Autoriza:

F: _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ENTREVISTA



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

Objetivo

- Identificar síntomas depresivos o factores relacionados a la aparición de depresión unipolar, en pacientes con enfermedades crónicas entre las edades de 50 a 90 años que pertenecen a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Lajas, en el cantón El Tanque, Municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana, en los meses de Marzo a Agosto del año 2016.

Fecha: 01 de agosto de 2016

Dirigido a: R. M. V. M. Edad: 85 años

Expediente: 02-03-R-02-B-71-63-01 Ocupación: Ama de casa

Grado de escolaridad: Analfabeta Estado civil: viuda

Dirección: Cantón al tanque, calle al Amatón, Chalchuapa

Dispensarización: III

Diagnostico(s): Hipertensión Arterial

INSTRUCCIONES: Se realizaran una serie de preguntas cerradas y abiertas de forma verbal en búsqueda de crear un marco explicativo estableciendo una relación entre la depresión y las enfermedades crónicas en donde se incluye la diabetes mellitus y la hipertensión arterial crónica, partiendo de la experiencia individual de cada paciente, inmersa en el impacto de elementos sociales, culturales, geográficos y relacionados a la atención en salud.

La siguiente entrevista será registrada en formato de audio en un dispositivo móvil previo la autorización del entrevistado por medio de consentimiento informado de forma escrita y luego las respuestas serán transcritas de la nota de audio a una hoja de respuestas.

Bienvenida.

40. Buenas tardes, señor(a), ¿cuál es su nombre?

41. ¿Como esta?

42. Tengo entendido que usted padece de una enfermedad conocida como hipertensión arterial, ¿cómo se siente con eso?

43. ¿Qué piensa usted de su enfermedad?
44. ¿Está tomando algún medicamento?
45. ¿Si su respuesta es sí: ha notado mejoría con el medicamento?
46. ¿Si su respuesta es no: porque no lo está tomando?
47. ¿Cómo se siente al respecto?
48. ¿Alguna vez se ha sentido triste y sin ganas de hacer sus tareas del día a día?
49. Si su respuesta es sí: profundizar sobre los síntomas y signos de depresión y la duración estos.
50. ¿Qué hace usted cuando esta triste?
51. Si su respuesta es no: siente usted que su familia lo apoya y que le ayuda a sobrellevar su enfermedad.
52. Si la respuesta es sí: ¿en qué formas le ayuda su familia?
53. Si la respuesta es no: ¿conoce la razón porque su familia no lo apoya?
54. ¿Qué problemas económicos afronta?
55. ¿De qué forma es tomado en cuenta usted en su familia?
56. ¿Las actividades que usted realiza cada día le generan satisfacción?
57. ¿Cómo se lleva con las personas de la comunidad?
58. ¿Podría decir usted que son sus amigos?
59. ¿Tiene amigos fuera de la comunidad?
60. ¿Qué piensa usted sobre compartir sus sentimientos con los demás?
61. ¿Con quien comparte usted sus problemas?
62. ¿Se siente usted satisfecho con lo que ha hecho en su vida?
63. ¿Aparte de la unidad de salud, usted busca ayuda en otros lados?
64. ¿Donde busca esa ayuda extra?
65. ¿Cree usted en Dios?
66. ¿De qué forma le ayuda Dios en su enfermedad?
67. ¿Qué opina usted de la muerte?
68. ¿Alguna vez ha pensado en quitarse la vida?
69. ¿Alguna vez ha pensado buscar atención médica por especialista?
70. ¿Cuáles son las principales dificultades que se le presentan para pasar consulta?
71. ¿Qué me puede decir de la atención medica que usted recibe?

72. ¿Recibe usted todos los medicamentos que se le indican para el tratamiento de su enfermedad?
73. Si la respuesta es sí: pasar a la siguiente pregunta.
74. Si la respuesta es no: ¿cómo obtiene usted el medicamento faltante?
75. ¿Cómo cree usted que se le puede mejorar la atención medica que se le brinda?
76. ¿Si usted se sintiera triste o angustiado, donde acudiría usted en busca de ayuda?
77. ¿Cuáles son las dificultades que usted encuentra para transportarse de su comunidad a la unidad de salud?
78. ¿Cómo puede ayudarle el sistema de salud a mejorar el acceso a los servicios de salud?

HOJA DE RESPUESTAS

1. Rosa Margarita Valladares Martínez.
2. Pues mal, porque no me compongo, tengo tiempos de estar así.
3. Mal porque no puedo, voy donde del doctor que viene ahí, pero no me caen bien los remedios, ya tengo tiempos de estar yendo.
4. Que me siento triste, porque digo yo que ya me voy a morir.
5. Sí, pero ya no tengo nada ya se me termino, me hecho en las canillas, si pastillas que me da el doctor, solo eso.
6. Poquito, si poquito.
7. -----
8. -----
9. Ya no las hago yo, ella me las hace, ¿y se siente triste en algunas ocasiones? si, ¿por qué se siente triste? por que no puede hacer nada ya, antes yo hacía todo, ahora no puedo, ¿tiene algún problema para dormir? No, para dormir no ¿duerme bien toda la noche? Si, toda la noche, ¿siente usted que no disfruta de las cosas de la vida de algún paseo o alguna comida? Nada, ¿no siente placer con las cosas que hace? No, ¿problemas del apetito que este comiendo poco? Si porque antes me comía dos o tres tortillas ahora una ¿no le da hambre? No. ¿llora usted con facilidad, llora seguido? Fíjese que no lloro, porque mi hija me trae pastillas, me tomo una cada tres horas, tres días. Si por eso no lloro ¿usted ya toma pastillas para la tristeza? Si ¿sabe como se llaman las pastillas que toma? No ¿Quién le da esas pastillas? ¿se las receta algún médico? Un médico se las receto a mi hija en Guatemala, de allá las trae, ¿pero esas se las recetaron a usted o su hija solo se las da? No, a ella se las recetaron para que me las trajera ¿y esas pastillas son para cuando usted se pone

triste? Si, ¿usted personalmente nunca ha pasado consulta por la tristeza? No ¿nunca ha pasado con un psicólogo? No, ¿ni ha ido a consultar por eso mismo ni la unidad de salud ni en otro lado? No.

10. -----

11. Llorar, ¿además de llorar? Nada ¿no busca ayuda? ¿no busca distraerse? No ¿no va a la iglesia? a la iglesia si iba pero a la católica, por eso ya no voy porque no puedo.

12. -----

13. El que me ayuda mas es este, este muchacho que esta hay, ¿en qué forma le ayuda él? El me ayuda a hacer mis trabajos porque yo tengo un pedacito de finca, hoy ya la repartí, ya no tengo nada, pero él me ayuda así en alguna cosa también, así que él hace. ¿en cuanto a su enfermedad en qué forma lo ayuda él? El me ayuda así a alguna cosita que me lleve, pero que no tenga una cosa, en me la trae ¿por ejemplo para llevarla a pasar consulta o para conseguirle medicina él le ayuda? El me ayuda o si no me ayuda un hijo que esta con una tienda allí en El Tanque, se llama José Manuel, ese me viene a traer y me viene a dejar, usted

14. -----

15. No, ¿no tiene problemas económicos, no le hace falta dinero? pues bien porque no tengo, ¿tiene suficiente dinero como para comer, para pagar las cosas necesarias? No ¿no le ayuda nadie con dinero? Quien me ayuda a veces es mi hija que vive en Guatemala, allá vive, allá vi ella, ella me ayuda con unos mis cien pesos, unos mis cuarenta, así me ayudan ellas son las únicas.

16. No, ¿por qué no? Porque a mi solo ella me ayuda, ¿más personas de su familia no le ayudan? no le voy a decir que no porque no me ayudan ¿no le ayudan? No me ayudan.

17. No le entiendo, ¿si se siente bien con las cosas que hace día a día? Si ¿en qué sentido en que forma? En forma que, no hago nada usted, yo no hago nada.

18. Si

19. Amigos, si

20. También en otro lugar tengo bastantes pero lejos en chalchuapa, en el tablón, el coco.

21. Si pero ellos no vienen.

22. Ninguna, ¿sus hijos? Mis hijos no les cuento.

23. Eso sí, ¿se siente bien con las cosas que ha logrado en su vida que ha logrado hacer? Si que he logrado hacer.

24. Pues no, solo ahí.

25. -----

26. Creo pues ja, diocuarde él es el que me ayuda.

27. Porque fíjese que yo tengo días que estoy solita, hay Diosito lindo ayúdame, mamayita linda ayúdame, fíjese que en la noche le digo yo Diosito lindo cuídame porque yo estoy solita, mis cipotes no han venido, por que los hijos de él, ellos duermen aquí ellos están trabajando.

28. Ja cállese, ¿qué opinión tiene acerca de la muerte? Que el día que me toque me voy a ir.
29. No, diocuarde nunca, nunca usted que me la quite Diosito el día que él quiera pero yo no.
30. El que viene de san salvador él es el que me mira a mí.
31. Que no puedo andar, ¿Qué no puede caminar bien? Si ¿y le ayuda alguien la lleva? Manuel, José Manuel que tiene tienda ahí en el tanque el me lleva.
32. Me cae bien la medicina, ¿y la atienden bien? me atienden bien.
33. Si, ¿nunca la han mandado sin pastillas? No nunca. ¿siempre se las han dado toditas las pastillas que necesita, siempre toditas? Si ¿nunca ha tenido que comprar medicina? No.
34. -----
35. -----
36. Eso no le puedo decir ¿Por qué? No sé ¿qué cree que necesitaríamos hacer mejor nosotros para que usted fuera atendida de mejor manera? Pues fíjese que no le puedo decir.
37. A yo, a él le digo a Teodoro es mi hijo ¿y el que hace, la lleva a consultar, le compra algo, que hace? Si me lleva, solo acá a donde un doctor a Chalchuapa.
38. Ahí al tanque, a como no puedo andar es lo que me molesta. ¿le molesta que no pueda caminar? Si ¿Cuándo la llevan, como la llevan? En carro ¿no hay ningún problema en que valla en carro desde aquí hasta allá? No. Tiene el y tiene Manuel.
39. Pues fíjese que con dinero, porque como yo no tengo ¿pero alguna otra forma en que pudiera por ejemplo el gobierno a ayudarle de alguna otra forma? Que me de dinero es lo único porque como yo no tengo ellos ponen para pasaje y todo ¿es lo único? Si es lo único.

Tabla de identificación de signos y síntomas de depresión.

Síntoma	Presente	Ausente	Duración
Estado de ánimo deprimido	x		Más de un año
Perdida de interés o placer	x		Más de un año
Pérdida de peso mayor al 5%		x	
Disminución de apetito	x		Más de un año
Aumento de apetito		x	
Fatiga o pérdida de energía	x		Más de un año
Dificultad para conciliar el sueño		x	
Dificultad para concentrarse o tomar decisiones	x		No especificado
Pensamientos de muerte recurrentes ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado		x	
Intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.		x	
Ideas delirantes		x	
Deterioro social o laboral y malestar significativo		x	
Historia de episodio maniaco o hipomaniaco		x	
Trastorno esquizofrenico		x	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

ENTREVISTA



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

Objetivo

- Identificar síntomas depresivos o factores relacionados a la aparición de depresión unipolar, en pacientes con enfermedades crónicas entre las edades de 50 a 90 años que pertenecen a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Lajas, en el cantón El Tanque, Municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana, en los meses de Marzo a Agosto del año 2016.

Fecha: 01 de agosto de 2016

Dirigido a: G. E. V.

Edad: 73 años

Expediente: 02-03-R-02-B-162-144-01 Ocupación: Ama de casa

Grado de escolaridad: tercer grado Estado civil: divorciada

Dirección: Cantón al tanque, ultimas casas, Chalchuapa

Dispensarización: III

Diagnostico(s): Hipertensión Arterial

INSTRUCCIONES: Se realizaran una serie de preguntas cerradas y abiertas de forma verbal en búsqueda de crear un marco explicativo estableciendo una relación entre la depresión y las enfermedades crónicas en donde se incluye la diabetes mellitus y la hipertensión arterial crónica, partiendo de la experiencia individual de cada paciente, inmersa en el impacto de elementos sociales, culturales, geográficos y relacionados a la atención en salud.

La siguiente entrevista será registrada en formato de audio en un dispositivo móvil previo la autorización del entrevistado por medio de consentimiento informado de forma escrita y luego las respuestas serán transcritas de la nota de audio a una hoja de respuestas.

Bienvenida.

1. Buenas tardes, señor(a), ¿cuál es su nombre?
2. ¿Como esta?
3. Tengo entendido que usted padece de una enfermedad conocida como hipertensión arterial, ¿cómo se siente con eso?

4. ¿Qué piensa usted de su enfermedad?
5. ¿Está tomando algún medicamento?
6. ¿Si su respuesta es sí: ha notado mejoría con el medicamento?
7. ¿Si su respuesta es no: porque no lo está tomando?
8. ¿Cómo se siente al respecto?
9. ¿Alguna vez se ha sentido triste y sin ganas de hacer sus tareas del día a día?
10. Si su respuesta es sí: profundizar sobre los síntomas y signos de depresión y la duración estos.
11. ¿Qué hace usted cuando esta triste?
12. Si su respuesta es no: siente usted que su familia lo apoya y que le ayuda a sobrellevar su enfermedad.
13. Si la respuesta es sí: ¿en qué formas le ayuda su familia?
14. Si la respuesta es no: ¿conoce la razón porque su familia no lo apoya?
15. ¿Qué problemas económicos afronta?
16. ¿De qué forma es tomado en cuenta usted en su familia?
17. ¿Las actividades que usted realiza cada día le generan satisfacción?
18. ¿Cómo se lleva con las personas de la comunidad?
19. ¿Podría decir usted que son sus amigos?
20. ¿Tiene amigos fuera de la comunidad?
21. ¿Qué piensa usted sobre compartir sus sentimientos con los demás?
22. ¿Con quien comparte usted sus problemas?
23. ¿Se siente usted satisfecho con lo que ha hecho en su vida?
24. ¿Aparte de la unidad de salud, usted busca ayuda en otros lados?
25. ¿Donde busca esa ayuda extra?
26. ¿Cree usted en Dios?
27. ¿De qué forma le ayuda Dios en su enfermedad?
28. ¿Qué opina usted de la muerte?
29. ¿Alguna vez ha pensado en quitarse la vida?
30. ¿Alguna vez ha pensado buscar atención médica por especialista?
31. ¿Cuáles son las principales dificultades que se le presentan para pasar consulta?
32. ¿Qué me puede decir de la atención medica que usted recibe?

33. ¿Recibe usted todos los medicamentos que se le indican para el tratamiento de su enfermedad?
34. Si la respuesta es sí: pasar a la siguiente pregunta.
35. Si la respuesta es no: ¿cómo obtiene usted el medicamento faltante?
36. ¿Cómo cree usted que se le puede mejorar la atención medica que se le brinda?
37. ¿Si usted se sintiera triste o angustiado, donde acudiría usted en busca de ayuda?
38. ¿Cuáles son las dificultades que usted encuentra para transportarse de su comunidad a la unidad de salud?
39. ¿Cómo puede ayudarle el sistema de salud a mejorar el acceso a los servicios de salud?

HOJA DE RESPUESTAS

1. Elvira Gregoria valladares.
2. Bien mal porque me agarra un gran dolor de aquí de las rodillas para abajo y hay veces que no puedo dar pasos y así no me puedo sentar porque no me puedo parar y hay veces que me hincó y quiero hacer fuerzas así y apuras apenas agarrándome así del pasamano me logro levantar, viera como sufro del dolor de mi cuerpo. Lo que más me molesta es que me lloran agua los ojos, si y quizás es de las mismas cosas de la presión será o será de la alergia, porque parezco de alergia.
3. De la presión, al no tomar las pastillas caigo cuando acuerdo hay veces que así voy aquí caminando cuando el trastabilleo como que desde aquí me hacen así y cuando acuerdo caigo y me llevado unos matones de Dios que cuando voy revirando hay Cristo bendito y le hago así, cuando caigo así pongo mis brazos, me quebrado de un mi brazo de obra de Dios, porque de un brazo y una canilla nunca he padecido que me he quebrado.
4. Yo no pienso nada mas solo en la muerte que se que es lo que me espera.
5. No solamente las pastillas de la presión ¿sabe el nombre las pastillas que toma? Esas ahí cargo la cajita ¿no conoce el nombre? Ahí cargo la cajita son unas rosadas que me dan para el mes, ¿rosadas? si es una rosadita que para el mes me las dan.
6. Cuando tomo la medicina, ¿se siente mejor cuando toma la medicina? Si es que cuando me toma las pastillas que dos diarias me han dejado una en la mañana y una en la noche antes de acostarme, entonces donde estoy tomando la pastilla no me agarra eso de que caigo solamente que deja de tomarla pero mire, a los dos días de no tomarla si ayer me tome el última, si por eso vine hoy.

7. Es que perdí la tarjeta, hoy me la hizo la Niche, es que perdí la tarjeta y yo la buscaba y la buscaba no la pude hallar se me extravió y decía yo que tal vez por eso no me iban a querer dar por la tarjeta grande, es que me habían dado una chiquitilla amarilla, que no se cómo se me perdió de la casa y alzada donde solo yo la hallara, iba venir la sacaba de la cajita llegaba la volvía a hechar en la cajita y de ahí se me desapareció porque la cajita sola esta a saber cómo se cayó o se la llevaron.
8. -----
9. Si, bastantes días paso bien triste, como solo solita paso.
10. ¿sola pasa? Si, sola, sola ¿llora usted? ¿a veces llora usted cuando se siente solita? A veces lloro de verme sola ¿en la casa vive usted únicamente? ¿no vive otra persona con usted? Si tengo nietos ahí cerquita usted pero no llegan, miren que me estaban dando las tortillas porque no las puedo hechar, pero a veces tortillas de un día antes me llevaban si de frías, frías de un día antes no me la podía comer, me quedaba sin comer, no me las podía comer lo que hacia se las tiraba a unos animalitos que tengo pollos, las tortillas duras no las puedo masticar, y las encías de aquí la placa, tengo placa pero yo no me encasilla, de algo se me cayo pero no me la pongo, ocupo la de arriba. ¿tiene dificultades al momento de dormir? Noches que duermo noches que no duermo usted se me quita todo el sueño y me duerme sola ¿nunca usted ha pensado en quitarse la vida? No ¿nunca? No. ¿con las actividades de la vida con las cosas que generan placer como salida a un paseo o salir a una comida usted siente placer con eso o no siente que disfrute las cosas buenas que tiene la vida? No ¿Por qué no? Que puedo hacer yo solita así, vienen las hijas a verme y traen ellas cosas, hay veces que se me olvida ahí dentro de la refri se me olvida que ahí las tengo y paso el día sin comer usted, si porque no hay quien me diga toma come. ¿y de problemas del apetito sufre bastante que no le da hambre? Se me quita el hambre y el sueño fíjese, y padezco de un gran calor que días me debo de bañar a veces dos veces al día me baño.
11. Llorar, ¿nada más llorar no busca ayuda en alguien no le cuenta problemas a alguien? Si
12. Sí, todos me quieren pero como ahí solamente dos varones están tienen que trabajar, las hembras las cuatro están lejos no porque son ocho de familia y tuve veinte po Dios y doce enterrados ¿doce hijos fallecidos? Si.
13. Ellos me traen toda cosa cuando vienen ahí, traen toda cosa de comida ahí en la refri pero no es igual como que estuviera conmigo consolándome. ¿con respecto a la enfermedad le ayuda alguno le ayudan a venir a pasar consulta? A si cuando estoy enferma que me agravo de alguna enfermedad si están las dos hijas que ellas me llevan al hospital no ve que yo estuve un montón de veces hospitalizada con un asunto que me dio una llaga que me pica y donde me rasco se me hace una gran llaga y me sale en todito el cuerpo y me han llevado al hospital, montón de veces me han llevado ellas y allá me han asistido, porque son dos hijas las que tengo que ellas tienen maneras como vivir y ellas me llevan al hospital y me están yendo a ver

y me compran medicina y todo, me compran mis alimentos así voy pasando, yo ya no puedo trabajar.

14. -----
15. Si hay veces que no tengo ni cinco, pero mire que yo por eso no me aflijo, porque no tenga como, una moneda que diga que voy a comprar un mi pan, a mi eso no me preocupa, no si puedo como y si no, no como, si me traen que me traigan y si no me traen que no me traigan, yo por eso vivo la vida feliz a mi no me preocupa eso.
16. Como de todas maneras todas están a parte para donde agarro tengo estar sola. ¿siente usted que su familia no la toma en cuenta que no la apoya como debería de ser? La nuera que tengo ahí tengo dos nueras cerquita y los que tienen que una me habla y la otra esta de enemiga mía y cómo voy a hacer yo para estar de enemiga con ninguna de ella, siendo hijos los dos yo no puedo como les digo yo quisiera que ellas las dos se hablaran pero ellas se llevan así viven, y como están una aquí y la otra allá las dos en el mismo solar ellas no tienen buena vida.
17. Yo no me preocupa eso hay que vean ellas como hacen sus vidas eso a mí no me ocupa en nada la mente hay que vean ellas como salen yo no le hago lado ni una ni a la otra, ni le digo a una lo que dijo la otra, ni le digo a la otra lo que dice la otra, porque para que las voy a poner en eso, no mejor yo aquello lo guardo en mi corazón y lo dejo a Dios, dios es el que manda todo, hay que vean ellas de hoy en adelante como les va. ¿Las cosas que usted realiza las tareas que hace a usted le generan satisfacción? No hay que vean ellas como salen.
18. Con los vecinos yo no me meto con ellos, ni ellos conmigo.
19. Bien porque con ellos, con todos ellos nos llevamos, claro que todos sí, yo no peleo con ninguno de ellos porque de todas maneras y para que en esta tierra somos una sombra, si sabemos que el día de mañana vamos a entregar cuentas con el señor y para que andar uno de enemigo con la gente, yo si una gente me hace mal que me haga yo Dios le dedico todo de ahí para allá, no es bueno para mí.
20. Ha bastantes tengo en El Coco, en El Coco son montones de amigos y familia que tengo bastante también, allá bastante familia que por días cierro la puerta y le hecho llave y me voy a pasar un mi rato y de ahí me voy para donde la otra y de ahí en la tarde me vengo para arriba.
21. -----
22. No ¿no tiene amigos que le puede contar usted sus problemas? No, yo no le cuento mis problemas a nadie porque sé que es por gusto ¿por qué cree que es por gusto? Porque le gente le dice a usted mire no agravado lo presente, la gente le dice a uno que le tiene amistad y que lo quiere, mentira ahora, amigo solamente Dios y Cristo y no hay otro, le hacen a uno así la lavia pero por no dejar es mentira, vivimos una vida seria
23. Si yo no le hago mal a nadie, pero como no les hago mal yo no me hacen a mí. ¿pero con todo lo que usted ha logrado en su vida no se siente bien? No lo que paso, paso todo y se quedo en el olvido, si porque solamente Dios es el que me ayuda.

24. No, porque al coco una vez el doctor que se fue, me dijo que no tenían pastillas y no tenía la hermana Eunice entonces toco ir al Coco y lo que me dijeron allá, es la última vez que te vamos a dar esta medicina aquí para la presión, porque allá, tenes vos tu medicina allá tenes que ir porque allá te la van a dar, ya no volví a ir, pero ya hace quizás como unos cinco meses, ya no volví a ir como dijo que era la última vez que daban
25. -----
26. Si, si no hay como Dios de lindo que es, mire se hay veces que de la cocina para adentro voy a traer una cosa y de ida se me olvida, y le digo Cristo bendito acuérdeme que venía traer y me quedo ahí parada al ratito me acuerdo lo que iba a traer
27. Cuando no si solamente Dios es el gran amigo que tenemos en este mundo, el nos ayuda de todo y no dice su palabra clama a mí en horas de angustia, que yo te responderé y le digo yo que no solo en horas de angustia te necesitamos sino que en todo momento, queremos que tu nos ayudes, solamente Dios me ayuda y con que no ve que ahorita puedo caminar porque hay vinieron unos gringos hace como dos semanas dieron medicina y logre venir como a las dos de la tarde y andaba una ancianita fíjese que era gringa y tenia don de sanidad dijo ella y venia un muchacho como de 15 años y me vio que manqueando que por ahí me iba a regresar, en eso como que Dios me dijo levántate que ahí te van a dar tu sanidad y vine yo cuando llegue manqueando apuras penas cuando dice la ancianita me dice hermana y usted es cristiana si por la gracia de Dios y tantea que Dios va a hacer la obra ahorita, si hermana yo tengo fe, a pues vamos a orar me dijo la hermana, y oro por mí, mire que sentí alivio y le dijo hijo vení vos tenes don de sanidad vamos orar por la hermana y llego el muchacho y me sentaron así y se pusieron los dos a los lados a orar, mire que de ahí Dios es tan lindo que de ahí me levanto, pero yo me sentía bien tranquila y para la casa ya no sentí todo el camino, de aquí para acá yo he sentido bastante alivio en mis canillas que ya puedo caminar no porque yo no podía ni dar paso, y llegue y de allí me iba a regresar y como que dios me dijo levántate y ándate que ahí te van a recibir tu sanidad.
28. Y de todas maneras para todos a establecido Dios la muerte, yo la espero el momento que me quiera llegar si y de todas maneras para donde agarra uno es cosa que Dios ha asignado, tenemos que esperarla, si eso a mí no me preocupa que me vaya a morir ya no tengo ni chiquitos a quien voy a dejar llorando, a mi eso eso no me preocupa.
29. No.
30. Unos tiempos si me tuvieron en control en santa ana con especialista me examino de la vista y me dijo que tenía tataratas y carnosidad y que me iban a operar pero en eso que me agrave más me operaron y que me iba ir a Guatemala me iba a llevar la hija a Guatemala a la frontera y como me caí otra vez de la grada no me volvieron a

operar. ¿Con algún especialista que la vea por la presión o por la tristeza que a veces presenta, por eso nunca ha pasado? No, nunca he pasado con ni uno.

31. Las tenía cuando me dolían las canillas, pero hoy temor de Dios no me duelen tanto, porque hoy logre llegar feliz desde allá en las últimas casas vivo y desde allá alcance a llegar aquí y no sentí que me dolían tanto las canillas. ¿su casa está bastante lejos? Si hasta allá en el tope donde agarra así para abajo para lado la vuelta así del coco allá en las últimas casas es que vivimos nosotros ¿algún otro tipo de dificultad que encuentra para venir? Me toca venir porque para donde como no tengo quien me traiga. Tengo que venir yo solita, si hay tengo unas tres nietas, arribita de donde mi viven, ya son muchachas pero a ellas no les importa mi vida.
32. Si por eso vengo que caen bien las pastillas que me dan aquí y que todas estas muchachas mayores de blanco toda la vida ella me ha querido me mira con amor, que dendioy que está trabajando ella aquí ella me da la medicina y eso que me habían dado para un mes y alla en el coco la hija que vive allí me consiguió con una muchacha que dice que ella las va a sacar de allá y se las dan para la presión que le dicen que está padeciendo de la presión y como disque son mentiras me las regala, las viene a sacar y las regala me había regalado solo para un mes por eso fue que yo no había venido aquí ya tenía dos meses de no venir a pedir las aquí, porque me habían dado aquí para un mes y ella me regalo para el otro mes hacía dos meses que yo no venia aquí, a pedir unas pastillas.
33. Todas me las tomo, ¿y se las dan todas? Sí, me dan de tres clases de pastillas y me las tomo, ¿siempre le dan pastillas? Hay unas que dicen yo tres pastillas pruebo, sino me compongo las aviento, a mi me da lástima botar una pastilla porque si no se las toma uno como se va a curar. ¿ siempre le han dado pastillas? Si me han dado.
34. -----
35. -----
36. Como ustedes quieran porque como ahí ustedes mandan porque a ustedes Dios les ha dado su ciencia que han aprendido yo tengo que tomar la medicina que me den. ¿en qué cree que podríamos mejorar nosotros para darle mejor atención? Cambiando la medicina porque ahí algunos doctores me dicen que ya no me cae bien esa pastilla que me están dando pero como solo Dios lo sabe, porque si me la dan ustedes es porque saben que me va a caer bien a mí, hay doctores que me dicen que ya esa pastilla no me hace nada, pero como yo que voy a hacer pues.
37. Lo que hago es ponerme a cantar alabanzas y grito, y cuando le canto a mi Dios se me van todos aquellos malos pensamientos ¿usted no busca ayuda en la unidad de salud? No yo lo que hago es ponerme a cantar en mi casa.
38. No, no hay motivo, como se que solita soy, sé que tengo que venir desde allá hasta aquí aunque sea de a pie como me toque, yo hoy venia porque las muchachas esas de blanco me ha dicho que cuando venga a traer las pastillas que me debo de venir temprano para tomarme ellas la presión y hoy no me la han tomado la presión y todo ahí me tiene el cuadro, pero como ya tenía dos meses de no venir.

39. Como ustedes quieran, ahí como de todas maneras me toca venir aquí, porque cuando ustedes se van, ya van recto y no quieren pasar ahí a mi casa, tengo que venir yo aquí ¿cree usted que sería bueno que se le visitara en su casa? Hay vean ustedes si quieren ir allá.

Tabla de signos y síntomas de depresión.

Síntoma	Presente	Ausente	Duración
Estado de ánimo deprimido	x		Más de un año
Perdida de interés o placer	x		Más de un año
Pérdida de peso mayor al 5%		x	
Disminución de apetito	x		Más de un año
Aumento de apetito		x	
Fatiga o pérdida de energía		x	
Dificultad para conciliar el sueño	x		No especificado
Dificultad para concentrarse o tomar decisiones	x		
Pensamientos de muerte recurrentes ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado		x	
Intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.		x	
Ideas delirantes		x	
Deterioro social o laboral y malestar significativo	x		Más de un año
Historia de episodio maniaco o hipomaniaco		x	
Trastorno esquizofrenico		x	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



Universidad de El Salvador
Hacia la libertad por la cultura

ENTREVISTA

Objetivo

- Identificar síntomas depresivos o factores relacionados a la aparición de depresión unipolar, en pacientes con enfermedades crónicas entre las edades de 50 a 90 años que pertenecen a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Las Lajas, en el cantón El Tanque, Municipio de Chalchuapa, departamento de Santa Ana, en los meses de Marzo a Agosto del año 2016.

Fecha: 13 de Agosto del 2016

Dirigido a: G. V. M. Edad: 85 años

Expediente: 02-03-R-02-B-52-41-01 Ocupación: Agricultor

Grado de escolaridad: cuarto grado Estado civil: casado

Dirección: Cantón al tanque

Dispensarización: III

Diagnostico(s): Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2

INSTRUCCIONES: Se realizaran una serie de preguntas cerradas y abiertas de forma verbal en búsqueda de crear un marco explicativo estableciendo una relación entre la depresión y las enfermedades crónicas en donde se incluye la diabetes mellitus y la hipertensión arterial crónica, partiendo de la experiencia individual de cada paciente, inmersa en el impacto de elementos sociales, culturales, geográficos y relacionados a la atención en salud.

La siguiente entrevista será registrada en formato de audio en un dispositivo móvil previo la autorización del entrevistado por medio de consentimiento informado de forma escrita y luego las respuestas serán transcritas de la nota de audio a una hoja de respuestas.

Bienvenida.

40. Buenas tardes, señor(a), ¿cuál es su nombre?
41. ¿Como esta?
42. Tengo entendido que usted padece de una enfermedad conocida como hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, ¿cómo se siente con eso?
43. ¿Qué piensa usted de su enfermedad?

44. ¿Está tomando algún medicamento?
45. ¿Si su respuesta es sí: ha notado mejoría con el medicamento?
46. ¿Si su respuesta es no: porque no lo está tomando?
47. ¿Cómo se siente al respecto?
48. ¿Alguna vez se ha sentido triste y sin ganas de hacer sus tareas del día a día?
49. Si su respuesta es sí: profundizar sobre los síntomas y signos de depresión y la duración estos.
50. ¿Qué hace usted cuando esta triste?
51. Si su respuesta es no: siente usted que su familia lo apoya y que le ayuda a sobrellevar su enfermedad.
52. Si la respuesta es sí: ¿en qué formas le ayuda su familia?
53. Si la respuesta es no: ¿conoce la razón porque su familia no lo apoya?
54. ¿Qué problemas económicos afronta?
55. ¿De qué forma es tomado en cuenta usted en su familia?
56. ¿Las actividades que usted realiza cada día le generan satisfacción?
57. ¿Cómo se lleva con las personas de la comunidad?
58. ¿Podría decir usted que son sus amigos?
59. ¿Tiene amigos fuera de la comunidad?
60. ¿Qué piensa usted sobre compartir sus sentimientos con los demás?
61. ¿Con quien comparte usted sus problemas?
62. ¿Se siente usted satisfecho con lo que ha hecho en su vida?
63. ¿Aparte de la unidad de salud, usted busca ayuda en otros lados?
64. ¿Donde busca esa ayuda extra?
65. ¿Cree usted en Dios?
66. ¿De qué forma le ayuda Dios en su enfermedad?
67. ¿Qué opina usted de la muerte?
68. ¿Alguna vez ha pensado en quitarse la vida?
69. ¿Alguna vez ha pensado buscar atención médica por especialista?
70. ¿Cuáles son las principales dificultades que se le presentan para pasar consulta?
71. ¿Qué me puede decir de la atención medica que usted recibe?

72. ¿Recibe usted todos los medicamentos que se le indican para el tratamiento de su enfermedad?
73. Si la respuesta es sí: pasar a la siguiente pregunta.
74. Si la respuesta es no: ¿cómo obtiene usted el medicamento faltante?
75. ¿Cómo cree usted que se le puede mejorar la atención medica que se le brinda?
76. ¿Si usted se sintiera triste o angustiado, donde acudiría usted en busca de ayuda?
77. ¿Cuáles son las dificultades que usted encuentra para transportarse de su comunidad a la unidad de salud?
78. ¿Cómo puede ayudarle el sistema de salud a mejorar el acceso a los servicios de salud?

HOJA DE RESPUESTAS

1. Guillermo Valladares.
2. Un poco bien, un poco bien de salud.
3. Me siento bien como por las medicinas que estoy tomando va.
4. Pues fíjese que a veces me da tristeza pero como así va pasando con la medicina, ¿Por qué le da tristeza? Por el asunto del corazón, tengo tiempo de padecer va.
5. Si, ¿Qué medicinas toma? Tomo enalapril, atenolol y aspirina.
6. -----
7. -----
8. Cuando me las tomo me siento bien, a veces al no tomarlas, me siento mal.
9. Si, el año pasado si me sentía bien triste, no me daban ganas de hacer nada.
10. ¿y eso porque? Por el asunto del corazón, la tristeza. ¿y esa tristeza cuanto tiempo usted se mantiene triste? Fui donde el médico y me dio medicina, a Chalchuapa, ¿le dio medicina para la tristeza? Para la tristeza, ¿y qué medicamento era el que le daba? No recuerdo hay tengo la caja, ¿no recuerda el nombre de las pastillas? No recuerdo el nombre. ¿Y esa medicina le ayudo para aliviar los síntomas de la tristeza? Si aliviar tristeza. ¿además de tristeza qué otros síntomas estaba presentando porque el doctor le dejo pastillas? O sea que cuando me agacho, siento como si se me termina la vida, cuando me agacho así va de repente, siento que me

va dar algo que me sube a la cabeza. ¿y por ejemplo problemas para dormir no ha tenido? No solo en la madrugada que casi no duermo, ¿casi no duerme en la madrugada? Si, ¿se despierta en la madrugada? Si, ¿y no siente algún otro tipo de síntomas como ansiedad o temor? No, eso no, ¿no siente usted a veces que no tiene sentido la vida? No, en la madrugada, cuando despierto no siento nada, bueno que no puedo dormir ¿y problemas al momento de comer, que usted este comiendo menos, que no le de hambre? Todos somos casi iguales con cosas buenas casi a todos nos da hambre, y digamos que cuando no hay cosas buenas poco come uno. ¿pero no es que se le haya quitado el hambre? No. ¿en ningún momento se le ha quitado el hambre? No, hay veces me como hasta cuatro tortillas. ¿En cuanto a la tristeza, era mucho tiempo que usted pasaba tristeza era mucho tiempo que usted pasaba triste? Si, antes que me operaran la cabeza, es que de la cabeza soy operado, entonces tenía depresión, entonces se me quito la tristeza. ¿le dieron pastillas y se le quito la tristeza? No, me operaron ¿después de la operación? Es que me sacaron un coagulo de sangre ¿ese coagulo le ocasionaba que usted le ocasionara tristeza? O sea que me previno de estar pensando mucho, una deuda que tenía estaba pensando mucho, pa' pagarla va, y hoy después que me operaron se me quito. ¿o sea que la causa que le diera tristeza fueron problemas económicos? Eso económicos, ¿y logro solventar esos problemas económicos o simplemente después que recibió el tratamiento? Si pues como hicimos la finca, hemos ido pagando poco a poco.

11. Pues a veces tomar las pastillas, enalapril, atenolol y se me alivia un poco aspirina también, ¿siente que esas pastillas le ayudan a usted a aliviar la tristeza también? Pues sí, uno que padece del corazón con poquito se pone bien feo todo el cuerpo.
12. Si, bien me cuida.
13. Alimentación, no me dan problemas, no me enoja, ni nada de eso.
14. -----
15. No ahorita no, ¿no está pasando ningún? El molino da algunos centavitos para ir pasándola, el molino da para los asuntos de la casa.
16. Si, como yo soy el dueño de aquí, yo soy el mero jefe.

17. Fíjese que yo hago masa y algunos problemas que tengo se me van, como llega la gente del molino hay platico con ellas, se va la tristeza o algún problema que uno tenga.
18. Con todas, primeramente con los vecinos todos nos queremos.
19. Si son amigo, pues yo no tengo enemigos, el modo de ser de uno va.
20. A si bastantes en el Amatón, en el tablón tengo familias también.
21. A las particulares, ¿por ejemplo a sus amigos, que piensa usted de compartir sus sentimientos con otras personas? Pues si pues que como, fíjese que uno a veces da consejos cuando hay algunas cosas, digamos como las maras verdad, uno la gente, los amigos da buenos consejos verdad como la familia de nosotros nunca ha andado en problemas, nunca hemos estado presos, ni nada.
22. Sí, tengo una. ¿y esta persona siente que le ayuda por ejemplo si usted se sentía triste le contaba los problemas? o sea que un amigo con los asuntos de las religiones con el platicamos bien nosotros porque como nos entendemos bien digamos que cuando le ponen un alto volumen al aparato es prohibido verdad de noche, y por eso platicamos con él, y digamos por ejemplo cuando alguien dice una palabra que no es correcta la corregimos entre nosotros.
23. Si porque he comprado unos terrenitos. ¿ha logrado hacer sus cosas? Si.
24. En el hospital, ¿en el hospital de Chalchuapa? Si.
25. ¿Y allí que tipo de ayuda busca, lo ven especialistas o cómo? Pues ahí está el doctor que nos da el control el cada tres o cuatro meses nos ve, por eso es que nos otros venimos aquí, como aquí es más frecuente la visita, como fíjese que allá la atenolol no me dan más que una lamina me dan de todo, ¿siente que se le da más medicina acá? Si siento más, fíjese que siento que la atenolol me cae más bien que la enalapril, fíjese que la dejo de tomar unos días que me da tos.
26. Si
27. Porque noche a noche le pedimos y todo lo que le pedimos nos lo ha concedido.
28. A como eso estamos conforme como a todos nos tiene que llegar, no hay quien se salve, con lo que Dios manda esta correcta verdad.
29. No, eso no, tristeza pero no tristeza de irse uno para el otro lado ni de pelear uno con la familia y esos periodos de tristeza cuanto le duraban? A veces hasta un mes.

- ¿Y en esos periodos usted nunca sintió la idea esa de quitarse la vida? No, lo que hacía era platicar con los amigos que divertirme algo.
30. Yo fui una vez a la clínica que venía un especialista pero me dijo, va la aspirina me dijo da sangramiento me dijo, los sangramientos dan al tomarla uno, hasta tres y cuatro al día va, ya una diaria no me da eso.
31. Fíjese que como allá en la clínica llega más gente de San Isidro que de aquí, y a veces está bien lleno, a veces voy mas tarde para no tener tanto problema, porque la gente de ahí es la que se aprovecha más que nosotros, ¿y cuándo va a pasar a Chalchuapa no le cuesta porque por ejemplo que desde aquí está lejos hasta ahí? No como tenemos casa en Chalchuapa nosotros, mañanemos, allá dormimos en veces, si voy allá tengo la paciencia que como estoy lejos de mi casa, no tengo paciencia de estar esperando.
32. Aquí si porque fíjese me atienden bien, porque lo que yo les pido me lo dan, nunca me han dicho no hay medicina ni nada, siempre me atienden, hasta mas antes cuando no estaba usted, me la mandaban con la Emma cuando no tenia, tenia algún problema para ir me la mandaban.
33. Si siempre.
34. Allá en Chalchuapa allí casi no hay medicina, Chalchuapa si casi no, ¿el hospital casi no le dan medicina, aquí casi siempre? Aquí casi siempre, fijese que allá de la tarjeta dos medicinas me dan no mas, y veces que hay y veces que no hay.
35. Hay que comprarlo.
36. Que como aquí no hay otra forma, fíjese que necesito un examen de sangre puedo ir ahí, y me lo hacen, necesito algún problema de exámenes y además que cuando yo fui una vez pasada que fui me tomaron examen de sangre y me salí bien en todo. Aquí el personal que viene es suficiente para el tratamiento de nosotros, mejor medicina no puedo decirle, por lo comprada verdad.
37. Aquí a la clínica.
38. A la clínica de aquí. ¿bueno aquí está cerca, pero por ejemplo para ir allá a Chalchuapa donde a veces pasa encuentra alguna dificultad? No ninguna en bus nos vamos. Si no duermo allá ya sabemos la hora que pasa el bus, ¿no siente que le

cueste? No, no cuesta nada. Al contrario nos esperamos a que llegue la demás gente porque todavía no han llegado.

39. Como entonces dan mensual los que está programado en la tarjeta ya los otros medicamentos nunca los he tenido yo, ¿pero no cree que el sistema de salud o sea el gobierno le pudiera ayudar a tener mejor acceso a los servicio de salud? A con este gobierno que esta, feo estamos porque antes se pagaban dos dólares y habían medicina, y hoy que no se paga no hay nada en Chalchuapa, este gobierno nos esta matando.

Tabla de signos y síntomas de depresión.

Síntoma	Presente	Ausente	Duración
Estado de ánimo deprimido.	x		Más de un año
Perdida de interés o placer.	x		Más de un año
Pérdida de peso mayor al 5%.		x	
Disminución de apetito.		x	
Aumento de apetito.		x	
Fatiga o pérdida de energía.	x		Más de un año
Dificultad para conciliar el sueño.	x		Más de un año
Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.		x	
Pensamientos de muerte recurrentes ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado.		x	
Intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.			
Ideas delirantes.		x	
Deterioro social o laboral y malestar significativo.		x	
Historia de episodio maniaco o hipomaniaco.		x	
Trastorno esquizofrénico.		x	

Cronograma de actividades

Actividad	Fecha programada
Reuniones grupales para diseño de tema de trabajo de grado	13 y 20 de febrero de 2016
Inscripción de trabajo de grado	26 de febrero de 2016
Reuniones grupales para diseño de primera etapa de trabajo de grado	12 y 19 de marzo de 2016
Visita al campo de investigación	01 de abril de 2016
Consolidación de primera etapa de trabajo de grado	02 y 09 de abril de 2016
Presentación de primera etapa de trabajo de grado	15 de abril de 2016
Reuniones grupales para redacción de segunda etapa de trabajo de grado	23, 30 de abril de 2016
Elaboración de marco teórico	7,14 21 de mayo de 2016.
Visitas al campo de investigación	28 de mayo y 4 de junio de 2016
Elaboración de instrumento de investigación	11 y 18 de junio de 2016
Aplicación de instrumento de investigación	25 de junio de 2016
Análisis y tabulación de resultados de recolección de datos	2, 9, y 16 julio de 2016
Consolidación de segunda etapa de trabajo de investigación	23 y 30 de julio de 2016
Presentación de segunda etapa de trabajo de grado.	12 de agosto de 2016
Reuniones grupales para diseño de informe final	5 de septiembre de 2016
Presentación de informe final	7 de septiembre de 2016
Reuniones con asesor de trabajo de grado	08 de abril de 2016 06 de mayo de 2016

	10 de junio de 2016
	15 de julio de 2016
	19 de agosto de 2016
Defensas	3 de noviembre de 2016