

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA**



**INFORME FINAL  
“FACTORES INTERVINIENTES EN LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR,  
EN SAN LUIS DE LA REYNA, PANCHIMALCO Y LAS PILAS, JUNIO-JULIO-  
2015”**

Presentado por:  
Félix Eduardo Ramos Ramos  
Melvin Balmore Zelaya Martínez  
Roberto Alfredo Zelada Quan

Para optar al título de:  
**DOCTOR EN MEDICINA**

**ASESOR:**  
Dr. José Ricardo Antonio Méndez Flamenco

San Salvador, 28 de octubre 2015

## Índice

### Capítulo I

Dedicatoria	
Resumen	
Introducción.....	i
Planteamiento del problema.....	1
Objetivos.....	2
Marco teórico.....	3
Hipótesis.....	19
Diseño metodológico.....	20

### Capítulo II

Presentación de resultados.....	24
---------------------------------	----

### Capítulo III

Análisis y discusión de resultados.....	31
---	----

### Capítulo IV

Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	37
Referencias bibliográficas.....	38
Anexos.....	40

# Capitulo I

## Dedicatoria

A Dios: Por regalarnos la vida y poder hacer posible nuestro sueño de ser médicos y brindarnos la sabiduría para llegar el final de nuestra meta.

A nuestros padres: Por el apoyo incondicional que nos han brindado a lo largo de nuestra carrera y motivarnos a seguir siempre adelante y dar lo mejor de nosotros mismos.

A nuestro asesor: Por la dedicación y paciencia que nos ha tenido durante nuestra investigación, ya que sin su guía no nos hubiese sido posible culminar este proyecto.

A nuestra Alma Mater: Por habernos cobijado durante toda la carrera y habernos brindado la experiencia más grande de nuestras vidas.

## **Resumen**

El presente trabajo de investigación aborda los factores intervinientes en la depresión del adulto mayor en los municipios de San Luis de la Reyna, Panchimalco y las Pilas. Siendo una investigación descriptiva en la cual se tomo como muestra aleatoria a 30 adultos mayores que consultaron en cada unidad de salud en el periodo que se realizó la investigación. En el cual se conoció que la depresión es uno de los problemas de salud mental que más afectan a los adultos mayores, también se ha descubierto a través de una encuesta, elaborada por el grupo de investigación, algunos de los factores que intervienen en la depresión, como el cese de actividades económicamente productivas, la pérdida del cónyuge entre otros.

Se corrobora que el 74% de la población consultante es de sexo femenino y un 26% es de sexo masculino, de los cuales el 65% de las mujeres y el 35% de los hombres entrevistados resultaron poseer a 3 factores de riesgo, siendo el sexo femenino, el que según esta investigación, el más propenso a factores de riesgos para adolecer de depresión.

Al final de este trabajo de investigación se pudo constatar que buena parte de la población investigada posee factores de riesgo que podrían desencadenar un cuadro depresivo, así como sugerencias como programas de proyección social enfocados a los adultos mayores. Además al ministerio de salud a elaborar un test para identificar factores de riesgo, así como a las unidades de salud a hacer cronograma de actividades de salud.

## INTRODUCCION

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en las sociedades industrializadas. Se caracteriza por ser un estado en que la persona pierde la capacidad total y absoluta de sentir placer y de disfrutar. Desde el punto de vista del DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), esta anhedonia ha de durar al menos 2 semanas. Además, para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor, esta pérdida de interés debe ir acompañada de al menos 4 de los siguientes síntomas: cambio del apetito o en el peso, cambios en el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, dificultad de pensar, concentrarse o toma de decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, planes o intentos suicidas.

Estos síntomas deben mantenerse la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas y no deben ser explicados por los efectos farmacológicos de una droga o medicamento ni una enfermedad física. Según reportes de la OMS (Organización Mundial de la Salud) Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas de esa etapa de la vida. Ello supone crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el bienestar y propicien que las personas adopten modos de vida sanos e integrados. La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias conducentes a que los ancianos cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.

Por lo cual se ha decidido escoger la depresión en el adulto mayor como investigación, ya que como se ha expuesto con anterioridad es un problema de salud pública al cual no se le da la debida importancia, con lo que se espera fomentar cambios para que en el futuro el personal que brinda servicios de salud lo haga de manera más integral incluyendo este problema que es de vital importancia.

La depresión en el adulto mayor se ha ido incrementando en los últimos años, debido a múltiples factores, entre ellos en las mejoras diagnósticas, en la mayor capacitación del personal de salud, por la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas en la etapa adulta

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) daba la voz de alarma "los problemas mentales serán la plaga del siglo XXI", modificando los métodos que, hasta ahora, había utilizado para estimar la gravedad de una enfermedad. En este sentido, insisten los expertos, "el mayor problema de salud en el año 2020 en todo el mundo, países en vías de desarrollo incluidos, no serán las infecciones, las enfermedades cardiovasculares ni el cáncer. Lo que más hará sufrir a la humanidad serán las enfermedades mentales y la depresión estará a la cabeza". Al inicio de este siglo, la OMS emite un informe dedicado a la Salud Mental, centrado en la prevención de la patología psiquiátrica, destacando que la depresión, que actualmente es la quinta causa de discapacidad, será la segunda en el plazo de 20 años.

En los últimos 30 años se ha hecho mayor conciencia de su patología como de las implicaciones que esta puede tener en la salud de las personas. En el país ha cobrado mayor importancia desde la implementación de la nueva reforma de salud 2009-2014, por medio del lanzamiento del programa del adulto mayor, donde se hace hincapié a intensificar como manda la OMS la promoción en salud en este grupo de edad, el abordaje por medio de la integración de los adultos mayores a grupos de apoyo, como el club del adulto mayor, a la realización de actividades recreativas, reuniones, asignación de un día de consulta y la atención integral en los mismos.

La depresión es una patología que va a la alza en nuestro tiempo moderno, no tiene un grupo etario exclusivo al que afecte únicamente, pero es notable su incidencia en los adultos mayores que por distintos factores determinantes de salud se muestran más vulnerables, pero ¿A Qué se debe esta vulnerabilidad?, ¿Hay condiciones que favorecen el apareamiento de esta patología en este grupo etario? ¿Existen medidas para disminuir la incidencia de la depresión en el adulto mayor? Y si las hay, ¿en qué consisten? Y ¿Cómo llevarlas a cabo?

Por medio de esta investigación, analizado desde este enfoque, se plantea resolver estas interrogantes, así como también la formulación de nuevas, que puedan llevar a enriquecer los conocimientos que se tienen sobre la depresión en el adulto mayor y su mejor abordaje.

Una de las razones que nos motivo a realizar esta investigación, es el escaso conocimiento que se tiene de la misma, desde su definición, diagnóstico, evolución, tratamiento así como también la aceptación social de la misma patología como si esta fuese parte del proceso evolutivo del crecimiento y acompañante de la vejez, siendo totalmente distinta y que puede ocasionar serios daños físicos, psicológicos y sociales para aquellos que la padecen y quienes les rodean.

### **Planteamiento del problema.**

El problema al que se le pretendió brindar y aportar soluciones para un mejor abordaje y manejo una vez obtenido el diagnóstico es: la prevención de la depresión en el adulto mayor en los municipios de San Luis de La Reyna, en San Miguel, Las Pilas, Chalatenango y Panchimalco, San Salvador.

El objeto de estudio fueron las personas que sobrepasen los 60 años de edad, aquellos que están enmarcados en el grupo etario Adultos mayores, de sexo masculino y femenino, que consulten de forma habitual en los centros de salud de los municipios antes descritos y que preferentemente pertenezcan a los clubs del adulto mayor.

Al delimitar el objeto de estudio se intenta presentar una atención más integral, comprendiendo que los pacientes adultos mayores son personas con diagnósticos de patologías crónico degenerativas y que por lo tanto se ven inmersas en estados depresivos que deterioran más sus enfermedades de base y que silenciosamente demandan una atención más integral de parte de los que brindamos atención en salud en el primer nivel del sistema de salud nacional.



**Objetivo General:**

Determinar los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor en los municipios de San Luis de la Reyna, Las Pilas y Panchimalco de junio-julio de 2015.

**Objetivos Específicos:**

- 1- Identificar los factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor
- 2- Estudiar el impacto de los estilos de vida en la depresión del adulto mayor
- 3- Determinar si existe asociación entre adultez y depresión.

## MARCO TEORICO

El envejecimiento per se no es una enfermedad, es un periodo del ciclo vital, aunque hay una cierta asociación entre este proceso y un incremento en la incidencia y severidad de las enfermedades. En este aspecto Charles Minot, sostiene que el proceso de envejecimiento inicia desde el mismo nacimiento. El envejecimiento humano se asocia, generalmente, a pluripatología entendida como la concomitancia de varios síndromes o enfermedades en una misma persona. De esta manera, es frecuente que el proceso de envejecer se vea afectado, y en algunos casos acelerado, por las patologías o enfermedades asociadas.

Verwoerdt propone la existencia de dos tipos de envejecimiento: el primario que se refiere a los procesos biológicos dependientes del tiempo, claramente enraizados con los determinantes genéticos, que disminuyen la eficiencia de varias funciones físicas y mentales del organismo, deterioro que progresivamente incrementa la probabilidad de la muerte; y el envejecimiento secundario que está relacionado con las discapacidades originadas por el estrés, el trauma y la enfermedad.

La salud de una persona, ya sea psicológica o física, al igual que la longevidad es el resultado de interacción de múltiples factores, como lo explico Urie Bronfenbrenner, en su "Teoría ecológica". Según esta teoría cada persona es afectada de modo significativo por las interacciones de una serie de sistemas que se superponen

La teoría del "Reloj Celular" expone que nuestras células responden a un programa vital, cuya información se origina en el código genético, sin embargo factores químicos, físicos, biológicos y/o emocionales pueden interferir en el ciclo vital de las células con el consiguiente envejecimiento y deterioro

patológico. Del mismo modo que hay genes cuya expresión se produce de forma progresiva a lo largo del desarrollo y la fase de reproducción, esta teoría propone que el envejecimiento es el resultado de cambios en la expresión genética durante el envejecimiento como lo describió Von Hahn. El momento de la muerte es determinado por el mismo programa genético que determinó su inicio.

## **DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES**

Todos hemos experimentado síntomas de melancolía y tristeza, pero estos no deben suponer en la normalidad más que un periodo de tiempo transitorio y que no interfiera de manera significativa con nuestra vida diaria.

La depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental, caracterizados por la ausencia de afectividad positiva (una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras), bajo estado de ánimo y una serie de síntomas, emocionales, físicos, conductuales y cognitivos asociados.

Según La definición del DSM-V:

A. Se cataloga como trastorno depresivo mayor si 5 o más de los síntomas siguientes han estado presentes, durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es: (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer

-Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve llorando

-Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las

actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva de la observación)

-Pérdida importante de peso sin hacer dieta, o aumento de peso (p, ej modificación de más del 5% de peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (NOTA: En niños considerar el fracaso para aumento de peso esperado.)

- hipersomnia casi todos los días.

-Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros: no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento.)

-Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

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

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

-Pensamientos de muerte recurrentes (No solo 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 de una sustancia o de otra afección médica.

Cuando se habla de depresión en ancianos, se hace énfasis cuadros depresivos que se manifiestan por primera vez después de los 60 años, que en su mayoría corresponden a trastornos unipolares.

La depresión es más frecuentemente sub-diagnosticada y sub-tratada en ancianos que en poblaciones más jóvenes, porque el cuadro depresivo puede ser enmascarado por síntomas físicos o deterioro de la memoria.

Las depresiones geriátricas presentan una amplia gama de manifestaciones pero clínicamente difieren de las formas típicas que presentan las personas jóvenes. Los síntomas más frecuentes referidos por los ancianos deprimidos son: ansiedad, problemas de memoria y molestias físicas.

Es necesario el conocimiento de otras definiciones importantes en este contexto:

- Trastorno depresivo mayor: Se caracteriza por uno o más episodios depresivos afectando el estado de ánimo y pérdida de interés, el cual dura aproximadamente de una a dos semanas, y es acompañado por al menos otros cuatro síntomas de depresión.
- Trastorno distímico: Se caracteriza por su afección que es de tipo prolongada que dura aproximadamente dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivos que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- Trastorno depresivo no especificado: Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor.
- Trastorno bipolar I: Se caracteriza por uno a más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañado por episodio depresivos mayores.
- Trastorno bipolar II: Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos de un episodio hipomaniaco.

Cada uno de estos trastornos se desarrolla habitualmente de forma gradual a lo largo de días o semanas. Una persona que está entrando en una depresión puede aparecer lenta, triste, irritable o ansiosa, una persona que tiende a concentrarse en sí mismo, hablar poco, a dejar de comer o dormir poco, está presentando una depresión.

## **Depresión y Sus Síntomas**

La depresión tiene sistemas muy bien definidos; básicamente se caracteriza por

- Aspecto emocional o cognitivo: tristeza, irritabilidad y/o ansiedad, desánimo persistente o mal humor, pensamientos de muerte o suicidio, sentir cansancio frecuentemente, sentimiento de desesperanza, pesimismo e inutilidad, problemas alimenticios, presentando aumento de peso o disminución del mismo visiblemente, pérdida de la energía, fatiga, no se puede descansar o se está irritable, dificultad para concentrarse, recordar o para tomar decisiones, y incapacidad para disfrutar de la vida, incluso en actividades que eran placenteras para la persona tales como: convivencia familiares, entre amigos, disfrutar con los seres queridos y realizar actividades de esparcimiento.

- Aspectos orgánicos: Algunas de las causas orgánicas que pudiesen ocasionar que el adulto mayor o cualquier otra persona presente algún tipo de depresión: Enfermedades neurológicas; demencia, accidente cerebro vascular, enfermedades de párkinson, anemia, hipoglucemia, enfermedades endocrinas, hipotiroidismo, tumores, cáncer, enfermedades cardiovasculares.

Existe una disminución en el funcionamiento de diferentes sistemas, lo que hace que en alguna medida se vaya perdiendo la independencia, aumentando el aislamiento, lo que hace que pierda la confianza en sí mismo, albergando sentimientos de rechazo y abandono. La detección temprana de estos síntomas y su tratamiento contribuirá a mejorar el bienestar de los adultos mayores. Así mismo la depresión se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con frecuencia en una personas, tales como: angustia, agitación, desesperanza, trastorno del sueño, o cambios drásticos del humor.

Es una enfermedad como cualquier otra sin hacer distinción de edad, sexo o nivel social, esta enfermedad puede tener muchas causas que va desde un desorden orgánico afectivo. En ambos casos se puede hacer mucho, pues hay

diversos tratamientos que ayudan a dicho padecimiento; una de los grupos más afectados por procesos depresivos en la tercera edad. Debido a que este grupo tiende a sentirse más cercano a la muerte, además de no sentirse útil tanto en la familia como en la sociedad. En ocasiones la sociedad al igual que la familia tiende a hacerlos a un lado.

### **DEPRESION DEL ADULTO MAYOR EN LA ATENCION PRIMARIA**

Es caracterizada por síntomas somáticos o cognitivos prominentes sin manifestaciones afectivas obvias, situación que hace que no se reconozca la depresión y que el anciano permanezca sin tratamiento por largo tiempo. La depresión enmascarada se presenta con mayor frecuencia después de la media mitad de la vida. Según la guía práctica de atención primaria de la depresión, una de las formas más comunes de manifestación de la depresión en la atención primaria son las consultas excesivamente frecuentes a los establecimientos de salud, múltiples síntomas inexplicables, fatiga crónica y alteraciones del sueño. En principal medida la fatiga crónica, de la cual al menos un 39 % de quienes la padecen tienen como base algún cuadro depresivo (eliminando la posibilidad antes de un cuadro orgánico de base)

El NIMH (National Institute of Mental Health), sostiene que entre algunos de los síntomas de depresión más comunes Sentirse triste o “vacío”, Sentirse sin esperanza, irritable, ansioso o culpable, Pérdida de interés en actividades favoritas, sentirse muy cansado, No poder concentrarse o recordar detalles, No poder dormir o dormir demasiado, comer demasiado o no querer comer de todo. Pensamientos de suicidio, intentos de suicidio, Dolores o malestares, dolores de cabeza, cólicos o problemas digestivos. A pesar de que la mayoría de estos aparentan ser síntomas “vagos” deben siempre alertar al profesional de la salud a cargo. En base a las proyecciones del CDC, para el año 2020, La depresión será la segunda causa de morbilidad a nivel mundial, solamente por detrás de las enfermedades cardiacas, radicando en esto la importancia de su diagnóstico

temprano y oportuno

Uno de los últimos estudios acerca del tema y de mayor relevancia, lo llevo a cabo Elaine Murphy (1983), quien durante un año siguió a un grupo de 124 pacientes ancianos deprimidos, encontrando que solo una tercera parte de los pacientes se recuperó al cabo de ese tiempo.

Estos ponen de manifiesto, la necesidad de un enfoque interdisciplinario en el tratamiento de los ancianos deprimidos y la necesidad implícita del trabajo conjunto con los distintos sectores para un abordaje objetivo de este problema de salud.

### **Causas que predisponen la depresión en la vejez.**

Según algunos autores, existen factores de riesgo para el apareamiento de la depresión en el adulto mayor, entre ellos: divorcio o estado de separación marital, enfermedades medicas asociadas, enfermedad medica incapacitante reciente, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño(insomnio), abatimiento funcional, duelo económico o familiar, deterioro cognoscitivo, dependencia de sustancias como alcohol o benzodiazepinas

- Jubilación: es un proceso que lo lleva a su vez a otras perdidas; como el poder, autonomía económica y de rol que venía ocupando dentro de la sociedad. En la actualidad es muy recomendable que todo individuo se prepare anticipadamente a vivir este proceso de cambio en la vida. Si la persona no se prepara para este evento tan impactante con un nuevo plan de vida que le proporcione satisfacciones y le permita seguir participando activamente en la sociedad sin ser segregado, posiblemente se encuentre un tanto desconcertado al llegar el tiempo de su jubilación. Es por eso que se recomienda la participación de las redes para evitar el aislamiento, la soledad y la depresión, que pudieran inclusive llevarlo a la muerte.



- Muerte del cónyuge: Con mayor frecuencia vamos a observar la muerte del esposo de tal forma que hay más viudas que viudos. En el caso de que ocurra primero la muerte de la esposa existen estudios que han reportado la mayor dificultad de los varones para adaptarse a vivir solos.

Si esto sucede en edades tempranas de la vejez, el hombre se casa nuevamente o vive frecuentemente en soledad y depresión.

Si esto ocurre en edad más avanzada, la depresión lo puede llevar a la muerte, sobre todo si no recibe atención o apoyo por parte de la familia y de la red de apoyo, y ayuda profesional.

- Pérdida de los hijos: En caso de muerte de alguno de los hijos, significa una pérdida muy significativa, donde los sentimientos son devastadores. Los padres esperan morir antes que sus hijos, es el orden natural de la vida, cuando la situación se revierte y el hijo muere primero que los padres, parecería que algo está equivocado.

- Soledad: A muchos les resulta difícil estar solos, sobre todo cuando perdieron a su pareja y los hijos se van del hogar lo importante que no continúe en la cadena de la soledad que los lleva al aislamiento y posteriormente a la depresión de ahí la importancia del apoyo que brindan las redes sociales.

- Falta de oportunidades: al adulto mayor muchas veces ya no se le hace partícipe de muchas actividades , dentro del grupo familiar como fuera de ella, lo que le afecta en forma importante ya que el no hacerlo sentirlo útil y el no ocupar un papel significativo dentro del grupo tiende a disminuir su autoestima.

- Frustración de toda la vida: El adulto mayor en ocasiones ve en su vida pasada un mundo gris lleno de vacíos y con pocas satisfacciones. Por lo tanto

se tiene que trabajar en un sentido de vida que le ayude a lograr un cambio en su vida presente y en lo que falta por vivir, aunque sea poco tiempo.

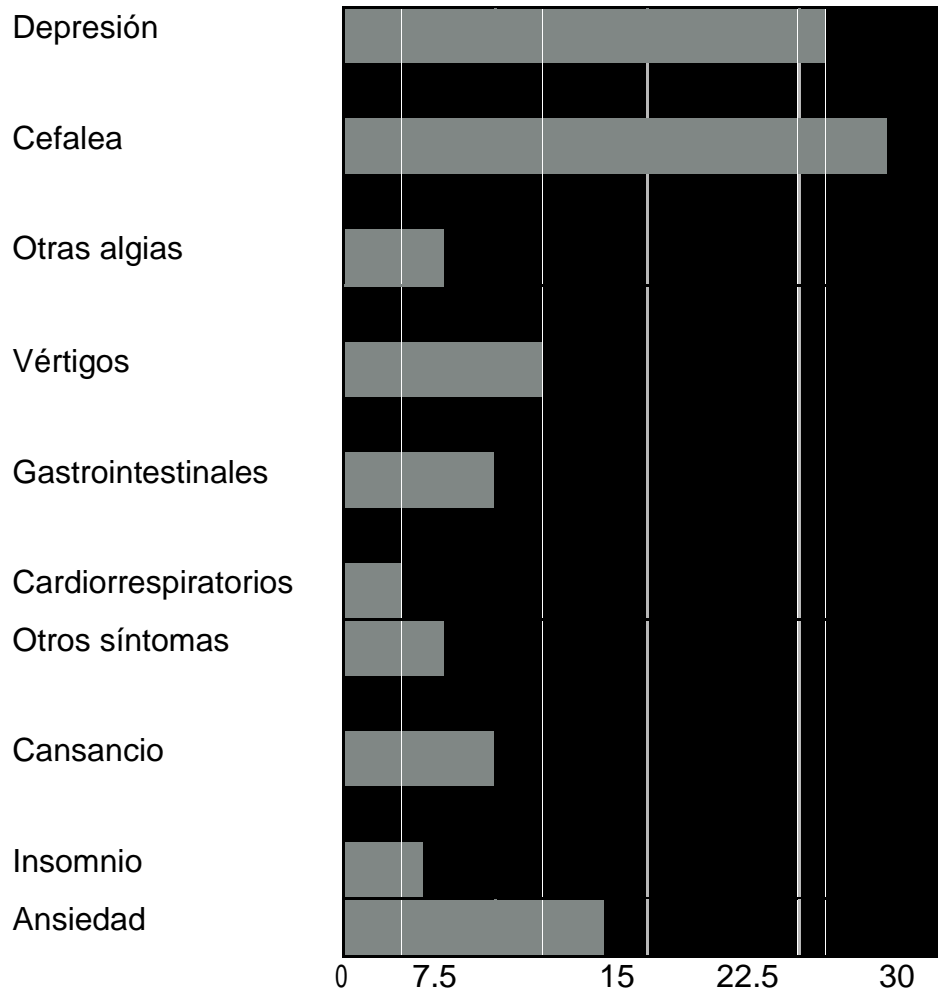
Cuando el adulto mayor ha tenido una pérdida significativa, que afecta a su estilo de vida. Posiblemente lo va a mantener por un tiempo callado, sin poder hablar incluso no participar en su mundo. Hasta que llegue el día en que se pueda adaptar a dicha perdida y acepte lo ocurrido, es entonces cuando comenzara a vivir un mundo más organizado, pero esto lo lograra solo con la ayuda y participación de la familia, y de los seres que lo rodea así como la red de apoyo sociales.

### **Enfermedad física-Depresión**

El desarrollo simultáneo de depresión y enfermedad médica no es accidental. La mala salud física crónica los trastornos depresivos, disminuye la probabilidad de recuperación y aumenta la probabilidad de recaída en los pacientes geriátricos deprimidos.

Según Gómez-Feria La depresión en el adulto mayor con frecuencia está relacionada a enfermedades musculo esqueléticas, cardiovasculares, endocrinas enterales, oftalmológicas, urogenitales, neurológicas, entre otras. Es de destacar que los pacientes deprimidos mayores de 60 años han demostrado estar más enfermos a la exploración física inicial y de seguimiento que los pacientes geriátricos con cuadros depresivos de inicio temprano, Alexopoulos sugiere en sus estudios que los pacientes con déficit sensorial, en especial pérdida de la agudeza auditiva, se asocia más frecuentemente a depresiones tardías y depresiones delirantes

Figura 1. Motivo de consulta de pacientes deprimidos.



### **Asociación de la depresión con las enfermedades crónico-degenerativas**

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las

cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad.

Las enfermedades crónicas provocan cambios significativos en la vida de los pacientes que afectan la calidad de vida y el bienestar y requieren la aplicación de estrategias de afrontamiento que permitan superar la nueva situación. Lamentablemente, cerca del 30% de los individuos no logran adaptarse al padecimiento de una enfermedad crónica. La acomodación exitosa requiere que el paciente sea capaz de desempeñarse de manera adaptativa.

Además, es necesaria la ausencia de trastornos psicológicos, la presencia de un nivel bajo de sentimientos negativos y alto de sentimientos positivos y de un funcionamiento adecuado y la satisfacción y bienestar respecto de otros dominios vitales.

### **Las enfermedades físicas más frecuentemente asociadas a la aparición de depresión en ancianos**

El trastorno depresivo mayor está asociado con un aumento de diez veces mayor de riesgo de una discapacidad clínica significativa

- Enfermedades cardiovasculares: La depresión está asociada con un mayor riesgo de padecer enfermedades coronarias, con aumento de riesgo de mortalidad tras un infarto de miocardio de hasta cuatro veces más, en comparación con aquellos pacientes no depresivos, no solo en el periodo inmediatamente posterior sino también al año siguiente. El ictus puede asociarse con trastorno depresivo mayor hasta en un 33%
- Enfermedades endocrinas: niveles altos de glucocorticoides circulantes puede causar depresión (el 86% de los pacientes con síndrome de Cushing tienen

síntomas de depresión) y el hipotiroidismo que es frecuente en anciano, se suele presentar con síntomas depresivos.

- Enfermedades neoplásicas: es claro que la presencia de un cáncer pueda causar como reacción psicológica una depresión, pero algunas neoplasias como los tumores pancreáticos generan cuadros depresivos no explicables por factores psicológicos. Existe una relación estadísticamente significativa entre depresión y aparición ulterior de cáncer. Se ha notificado la presencia de depresión de aproximadamente un 20% en pacientes diagnosticados con cáncer desde hace un año.

- Deficiencias vitamínicas: una amplia gama de síntomas neuropsiquiátricos incluyendo depresión y demencia están asociados a la deficiencia de la vitamina B12. La deficiencia de ácido fólico está asociada también a trastornos depresivos. Las dietas bajas en ácido fólico ocasionan insomnio, irritabilidad, fatiga y olvidos. Además las deficiencias vitamínicas tienen el efecto en el paciente de ocasionar pobre respuesta al tratamiento con antidepresivos

El Padecer un episodio depresivo mayor aumenta el riesgo de sufrir Demencia por Alzheimer

En consecuencia la depresión genera problemas tanto físico y psicológicos y las consecuencias de estas tienden a generar cambios en su estado de ánimo y fundamentalmente deterioran el desempeño de las actividades diarias en el adulto mayor.

La ansiedad la depresión y otras emociones negativas son características habituales en pacientes con enfermedades crónicas. El modo de afrontamiento de dichas emociones influye sobre la adaptación a la enfermedad. La regulación de las emociones incluye dos categorías. En primer lugar, se menciona la evitación y la inhibición de las emociones, que resulta mal adaptativa y puede empeorar el curso de la enfermedad. En cambio, la expresión y el conocimiento

de las emociones pueden permitir una adaptación adecuada a la nueva situación. No obstante, también es posible que la experimentación de malestar afecte la regulación de las emociones.

La expresión de las emociones puede mejorar la adaptación a la enfermedad crónica. El efecto negativo de la evitación y la falta de expresión de las emociones responde a mecanismos fisiológicos y psicológicos.

La falta de resolución de las emociones generadas por el padecimiento de una enfermedad crónica puede afectar la salud de forma negativa mediante la activación del sistema nervioso simpático, entre otros mecanismos. Además, la inhibición de las emociones retrasa la búsqueda de atención y afecta la comunicación con el profesional y la adhesión al tratamiento.

El beneficio relacionado con el conocimiento y la expresión de las emociones requiere un cierto nivel de procesamiento. La habituación y la reestructuración cognitiva son mecanismos positivos que pueden lograrse mediante la expresión de las emociones negativas. Además, la expresión emocional puede disminuir el malestar, permitir la recuperación del equilibrio psicológico y fisiológico y favorecer la interacción social con los demás. De acuerdo con lo antedicho, las intervenciones destinadas a mejorar el estilo de regulación de las emociones resultan beneficiosas para que el paciente se adapte al padecimiento de una enfermedad crónica.

### **Tratamiento de la Depresión**

Según algunos estudios, La depresión es tratable en el 65-75% de los casos, donde el manejo efectivo requiere un abordaje biopsicosocial, combinado con farmacoterapia y psicoterapia, Los resultados deben ser evidentes a las 2 semanas de haber iniciado la terapia antidepresiva, mejorando la calidad de vida y de la capacidad funcional, así como la salud, longevidad y disminución en los costos de servicios de salud.

Los factores más frecuentemente asociados a resultados pobres en el tratamiento de pacientes ancianos deprimidos son:

• Compromiso cognitivo
• Enfermedad física concomitante.
• Severidad del episodio inicial

Mientras que los factores predictivos positivos de una respuesta óptima al tratamiento antidepresivo son:

- Primer episodio depresivo
- Nivel de estudio elevado
- Ingresos económicos altos
- Funcionalidad física y mental normal
- Depresión de corta duración

El tratamiento se debe instaurar según la gravedad del episodio depresivo:

-Si se trata de un cuadro depresivo leve puede ser tratado con psicoterapia o consejería en el primer nivel de atención, por un psicólogo, médico general, o médico de familia con entrenamiento en salud mental

-En el caso de un cuadro moderado-grave generalmente se usan fármacos y psicoterapia, por lo que debe de ser referido a nivel de atención donde se cuente con los servicios de un psiquiatra.

-En un episodio depresivo grave debe de valorarse el riesgo suicida y en caso de existir se debe referir al nivel de atención que cuente con psiquiatra

## **Fármacos:**

### *Antidepresivos tricíclicos:*

Amitriptilina (25mg tableta) 50-100 mg día, en los hospitalizados se pueden manejar dosis de 200-300

Imipramina: (25mg tableta) 50-100 mg día, dosis máxima 300 mg/día

Clomipramina: (25mg tableta) 100-150 mg día. Dosis máxima 250mg/día

### *Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina:*

Paroxetina: (20mg tableta) 20-60 mg día

Sertralina: (50mg tableta) 50-100 mg día. Dosis máxima 200mg día.

En caso de buena respuesta al tratamiento los fármacos deberán mantenerse un mínimo de seis a doce meses luego de la remisión de la sintomatología

## **Tratamiento no Farmacológico:**

El potencial beneficio de la psicoterapia no disminuye con la edad, Los mayores de edad con depresión han demostrado una mejor respuesta a la psicoterapia con baja frecuencia de recaídas que adultos jóvenes.

Entre ellas, una de las más usadas, la terapia cognitivo conductual disminuye la severidad de la depresión en pacientes que ya han tenido más de tres episodios depresivos.

*Terapia interpersonal:* consiste en un enfoque de las relaciones interpersonales y la solución de estas

*Terapia por resolución de problemas:* Consiste en el manejo de eventos potencialmente depresivos (Duelo, divorcio, condición médica seria).



Esta ha mostrado mejores resultados en algunos estudios aleatorizados

*Terapia de Reminiscencia:* Técnica que involucra los recuerdos de días o eventos especiales en la vida, ha mostrado una buena efectividad en el tratamiento de la depresión.

Otros elementos de la terapia no farmacológica como el ejercicio han mostrado una notable mejoría en el curso de la patología en este grupo etario.

La musicoterapia, la mesoterapia y la terapia luminosa, aun se siguen estudiando pero hasta la fecha no hay estudios que puedan respaldar su uso como elementos en la terapia antidepresiva.

### **Hipótesis.**

Los estilos de vida, las exigencias laborales y la preocupación de procurar una vida económicamente estable predisponen a la aparición cada vez más frecuente de depresión en el adulto mayor

### **Hipótesis nula.**

Los estilos de vida, las exigencias laborales y la preocupación de procurar una vida económicamente estable no predisponen a la aparición cada vez más frecuente de depresión en el adulto mayor

## Diseño metodológico.

Tipo de investigación: Descriptiva

Periodo de investigación: junio-julio 2015

Universo: adultos mayores que residen en los municipios San Luis de la Reina, San Miguel, Panchimalco, San Salvador y Las Pilas, San Ignacio, los cuales son 163, 292 y 305 respectivamente. Haciendo un universo de 760 adultos mayores.

Muestra: Aleatoria, pacientes adultos mayores de 60 años consultantes en las unidades de salud correspondientes en el periodo comprendido entre junio y julio 2015

Tamaño de la muestra: la muestra se ha tomado a conveniencia de los investigadores, llegando a común acuerdo de 30 pacientes por municipio.

Operacionalización de variables

Objetivo	VARIABLES	Definición Operacional	Valor/Indicador	Instrumento
1 Identificar los <b>factores de riesgo</b> asociados a la <b>depresión en el adulto mayor</b>	<b>Factores de Riesgo</b>          <b>Depresión</b>	Condiciones interna o externas al adulto mayor que influyen en su estado emocional          Trastorno depresivo único, leve de al menos dos semanas de duración de cambios en el estado de animo	Internas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoestima</li> <li>• Autocuidado</li> <li>• Enfermedades</li> </ul> Externas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociales</li> <li>• Ambientales</li> <li>• Desempleo</li> <li>• Familiares</li> </ul> Valoración: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Con Trastorno depresivo leve</li> <li>• No compatible</li> </ul>	Tamizaje para detectar depresión en el adulto mayor MINSAL          Evaluación clínica psicológica

		<p>Conjunto de características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres, diferencias que se hacen evidentes a través de los genitales externos o sistemas reproductores masculino y femenino.</p> <p>Hace referencia a las últimas décadas de la vida. En esta etapa del ciclo vital, se presenta un declive de todas aquellas estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, con lo que se dan cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social</p>	<p>con trastorno depresivo</p> <p>Masculino</p> <p>Femenino</p> <p>Menor de 60 años</p> <p>Mayor de 60 años</p>	Evaluación clínica
2	Analizar el impacto de los estilos de vida en la depresión del adulto mayor	<b>Estilos de vida</b>	<p>Conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas. Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir</p> <p>Estilo de vida saludable</p> <p>Estilo de vida no saludable</p>	Evaluación clínica Entrevista
3	Determinar si existe asociación entre adultez y depresión	<b>Asociación</b>	<p>Relación funcional que se forma entre estímulo y respuesta como resultado de la experiencia</p> <p>Perdida de cónyuge o familiar</p> <p>Autoestima</p>	Evaluación clínica

### Cruce de variables

Depresión	Adulto mayor
Depresión	Sexo
Adulto mayor	Estilos de vida
Estilos de vida	Depresión
Alternativas de tratamiento	Depresión
Sexo	Factores de riesgo
Factores de riesgo	Sexo

#### **Fuentes de información:**

Primaria: paciente adulto mayor que consulte en el periodo que se realice el estudio. Secundaria: expediente clínico

**Técnica de obtención de información:** cuestionario PQH-9 y entrevista clínica

Herramientas para la obtención de la información: consulta médica

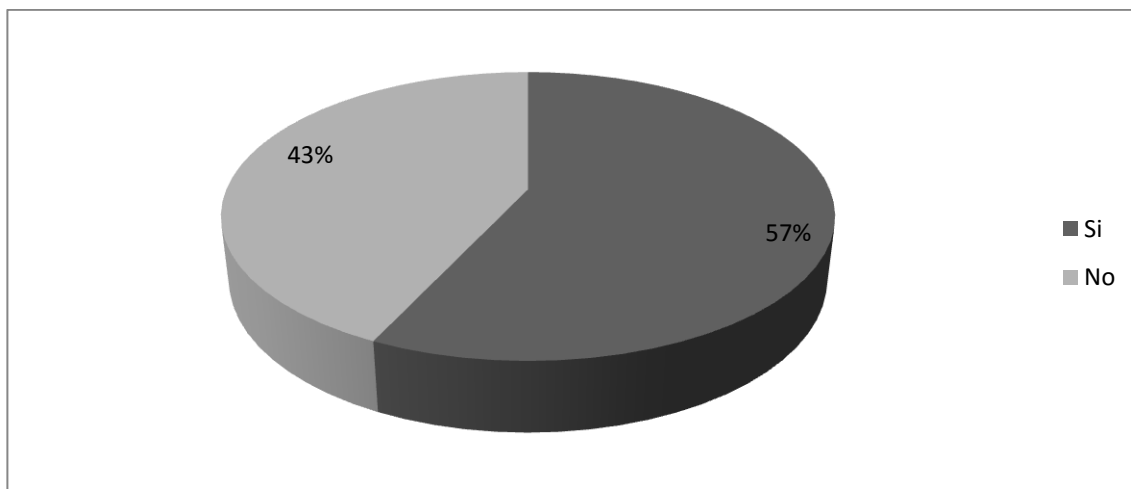
Mecanismos de confidencialidad y resguardo de los datos: consentimiento informado  
Procesamiento y análisis de información: tabulación de datos a través del programa epi info(aprobado por el CDC).

# Capitulo II

## Presentación de Resultados

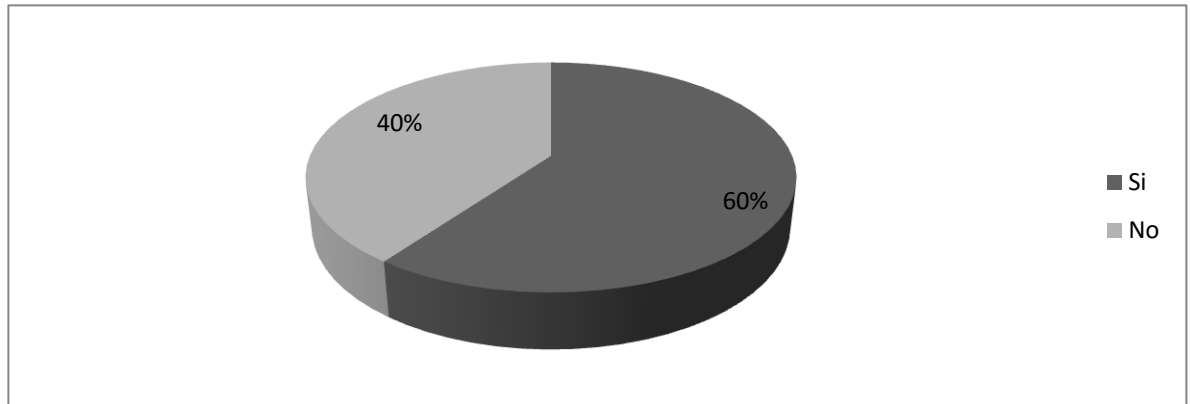
Se ha tomado como tamaño de la muestra, un total de 90 pacientes mayores de 60 años, consultantes de la unidad de salud, de los cuales son 30 encuestados por cada municipio en donde se encuentran laborando los integrantes del grupo de investigación, siendo estas tres unidades de salud comunitarias

1. Grafico (1) Distribución de adultos mayores que consultan en las unidades de San Luis de la Reina, Panchimalco y Las Pilas que expresan preocupación por haber alcanzado la etapa de adulto mayor.



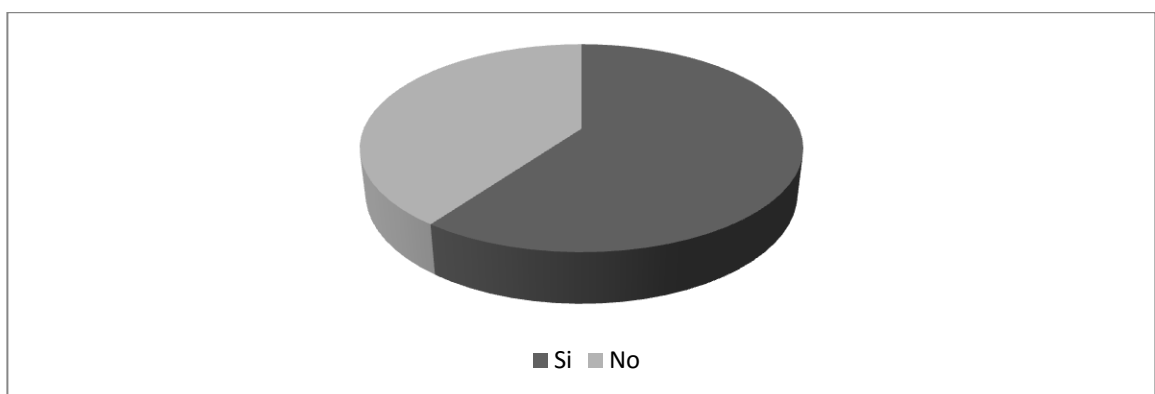
**Fuente:** datos obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores, encuestados en los municipios de San Luis de La Reina, Panchimalco y Las Pilas.

2. Grafico (2) Porcentaje de adultos mayores que consultan en las unidades de San Luis de la Reina, Panchimalco y Las Pilas que han perdido el interés de las actividades que realizaba en su juventud.



**Fuente:** datos obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores, encuestados en los municipios de San Luis de La Reina, Panchimalco y Las Pilas

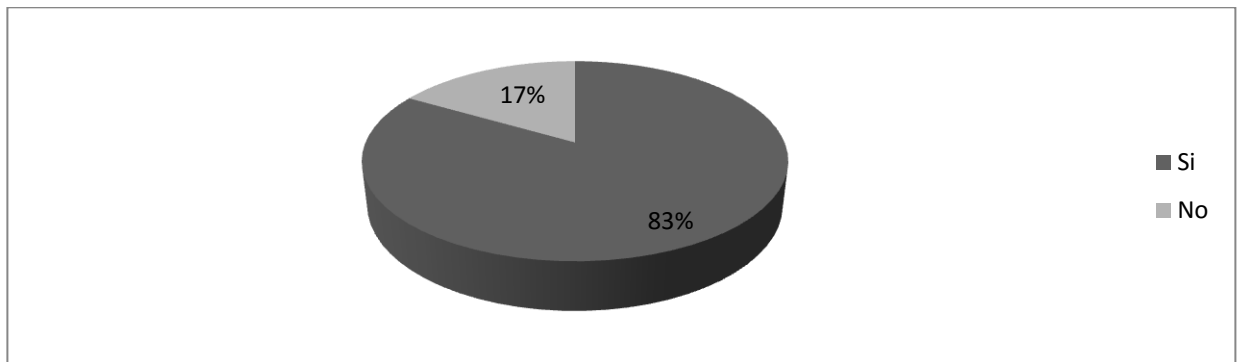
3. Grafico (3) Incidencia en adultos mayores que consultan en las unidades de San Luis de la Reina, Panchimalco y Las Pilas que notaron disminución de la capacidades físicas y mentales en el estado de ánimo.



**Fuente:** datos obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores, encuestados en los municipios de San Luis de La Reina, Panchimalco y Las Pilas

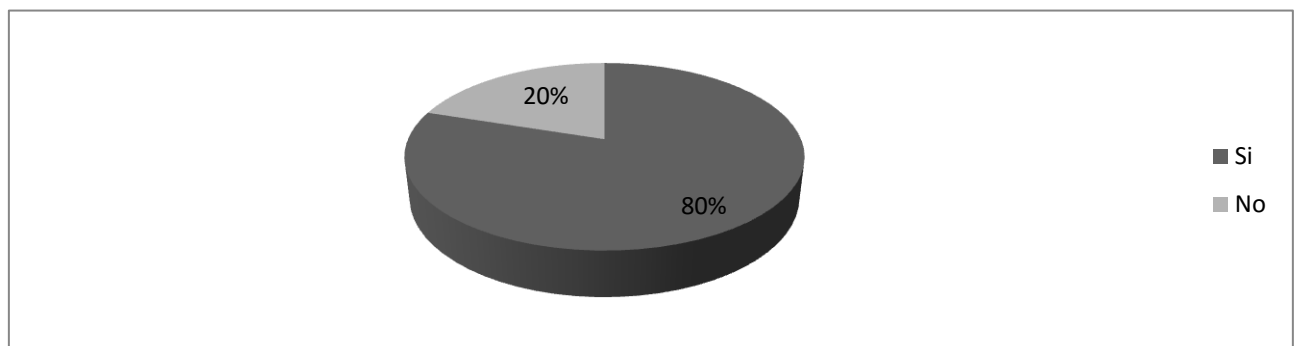


4. Grafico (4) Proporción de adultos mayores que consultan en las unidades de San Luis de la Reina, Panchimalco y Las Pilas que han presentado ideas de desesperanza y tendencia al llanto y cómo su desenvolvimiento y vida personal afecta su percepción del presente o del futuro cercano



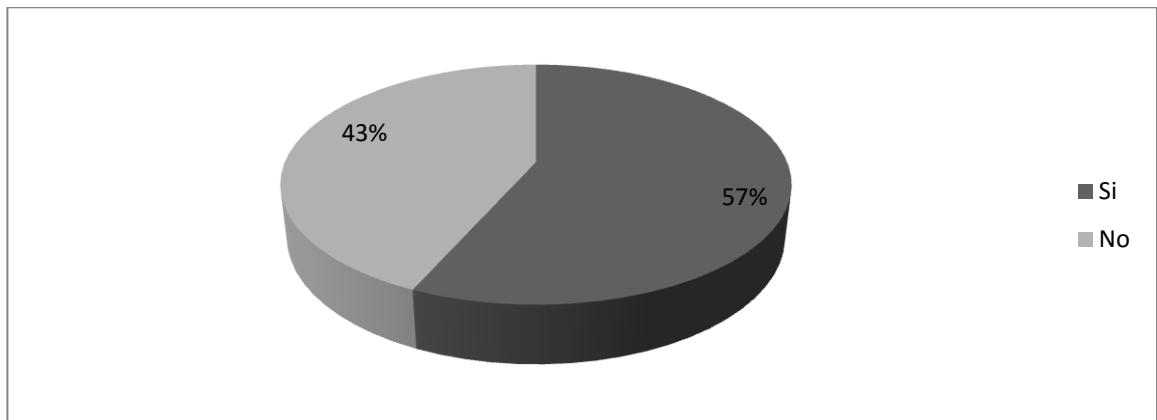
**Fuente:** datos obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores, encuestados en los municipios de San Luis de La Reina, Panchimalco y Las Pilas.

5. Grafico (5) Distribución de adultos mayores que consultan en las unidades de San Luis de la Reina, Panchimalco y Las Pilas que han notado una alteración de patrón de sueño



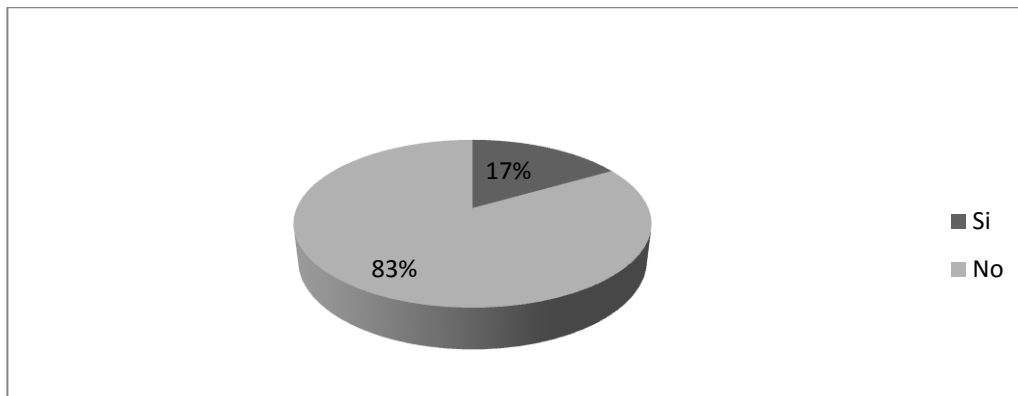
**Fuente:** datos obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores, encuestados en los municipios de San Luis de La Reina, Panchimalco y Las Pilas.

6. Grafico (6) Porcentaje de adultos mayores que consultan en las unidades de San Luis de la Reina, Panchimalco y Las Pilas que tienen sentimientos de inutilidad y reproche debido a su condición biopsicosocial.



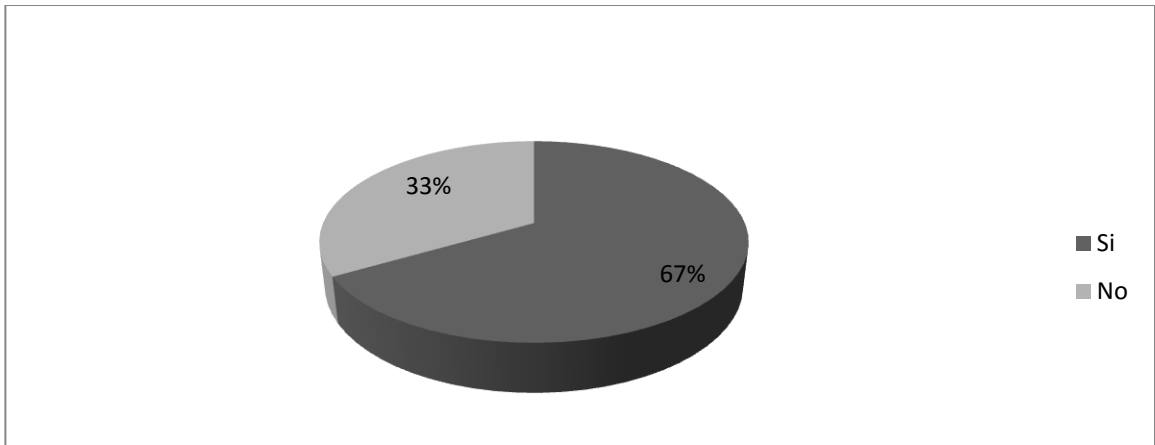
**Fuente:** datos obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores, encuestados en los municipios de San Luis de La Reina, Panchimalco y Las Pilas.

7. Grafico (7) Distribucion de adultos mayores que consultan en las unidades de San Luis de la Reina, Panchimalco y Las Pilas que presntan sentimientos de tristeza o melancolía con respecto a la muerte.



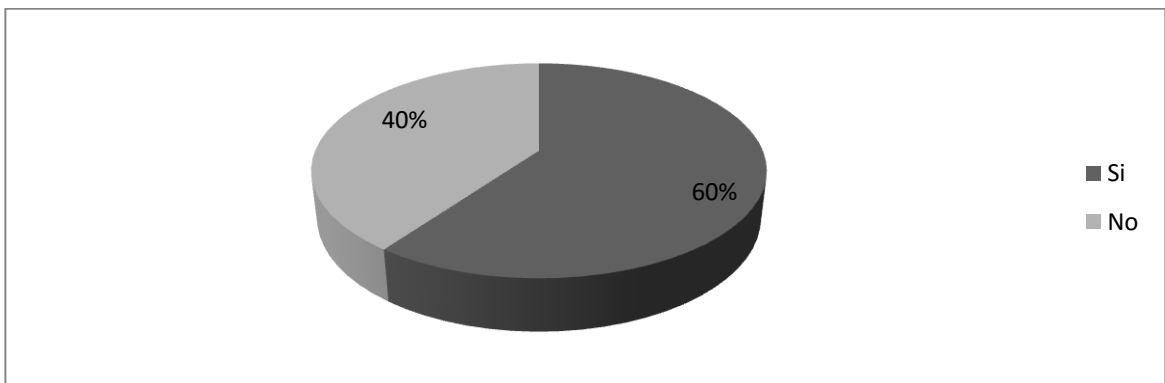
**Fuente:** datos obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores, encuestados en los municipios de San Luis de La Reina, Panchimalco y Las Pilas.

8. Grafico (8) Proporción de adultos mayores que consultan en las unidades de San Luis de la Reina, Panchimalco y Las Pilas que acusan tristeza por falta de autonomía económica.



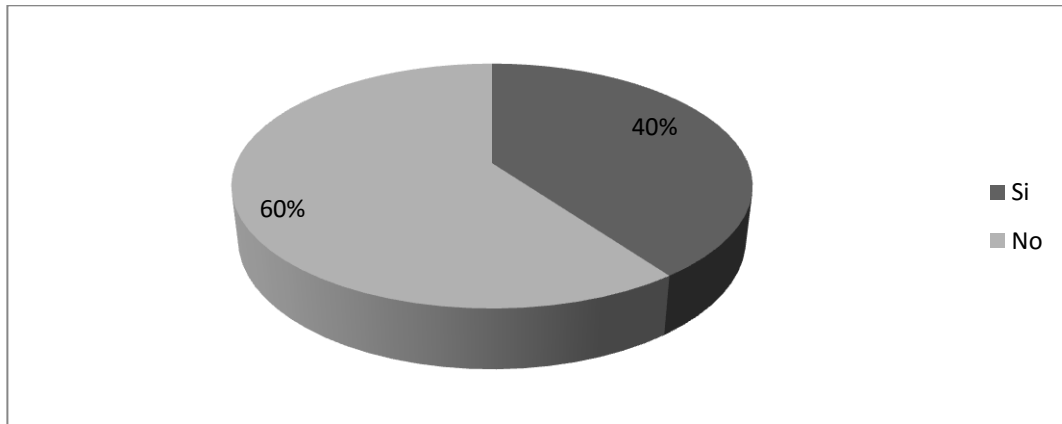
**Fuente:** datos obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores, encuestados en los municipios de San Luis de La Reina, Panchimalco y Las Pilas.

9. Grafico (9) Cantidad de adultos mayores que consultan en las unidades de San Luis de la Reina, Panchimalco y Las Pilas que se adaptaron a la falta de conyugue



**Fuente:** datos obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores, encuestados en los municipios de San Luis de La Reina, Panchimalco y Las Pilas.

10.Gráfico (10) Porcentaje de adultos mayores que consultan en las unidades de San Luis de la Reina, Panchimalco y Las Pilas que presentaron afectación por la muerte de un ser querido en la vida cotidiana



**Fuente:** datos obtenidos de la encuesta realizada a los adultos mayores, encuestados en los municipios de San Luis de La Reina, Panchimalco y Las Pilas.

# Capitulo III

### **Análisis y discusión de resultados.**

En el gráfico 1, correspondiente a la primera interrogante de nuestra encuesta, 51 personas encuestadas, correspondiente al 57% del total, expresaron que les ocasionaba preocupación haber alcanzado la etapa de adulto mayor. Mientras que 43% de los encuestados refirieron que no les ocasionaba preocupación haber alcanzado la etapa de adulto mayor. Como se observa en el grafico es una mayoría leve. De lo cual se puede concluir que el simple hecho de ser un adulto mayor es un factor que, basados en la investigación, afecta la auto percepción y predispone en cierta manera a la depresión en esta etapa de la vida.

En el gráfico 2, un 60% de las personas encuestadas, refirieron haber perdido interés con respecto a las actividades que les interesaban en su juventud. Mientras que el 40% de los encuestados expresaron conservar el interés por las actividades físicas que se realizaban en la juventud. De lo cual se puede evidenciar que la mayor parte de personas investigadas ha cambiado su percepción de la realidad en tanto confiere a los intereses o ambiciones de su juventud, así como las actividades que en algún momento fueron importantes en su vida

En el gráfico 3, se observa que el 60% del total de los encuestados, manifestaron que la disminución de las actividades físicas y mentales ha afectado su estado de ánimo. Mientras que el 40% opinaron que la disminución de las actividades físicas y mentales no afectaba su estado de ánimo. Se puede resaltar que el desgaste tanto físico como mental propio del envejecimiento afecta a gran parte de la población en lo que concierne a la cantidad o el deseo de realizar actividades físicas, siendo este un factor que cause su auto aislamiento o el aislamiento por parte de su familia.

En El gráfico 4, donde se expone la cuarta interrogante de la encuesta, del total de los encuestados, el 83% manifestaron, haber presentado ideas de desesperanza, tendencia al llanto o aislamiento. Mientras que el 17% no expresaron esta sintomatología. Se puede observar que más de 4/5 partes de los encuestados han experimentado estos sentimientos de labilidad afectiva, lo cual es preocupante ya que la salud mental de la gran mayoría de este grupo etario se ve afectada, lo cual es uno de los principales elementos que conllevan a la depresión.

En el gráfico 5, con respecto a la alteración del patrón de sueño normal, 80% del total de encuestados, refirieron tener una alteración del patrón de sueño normal ya sea este por un aumento, por una disminución o por irregularidades en el mismo. No obstante en la interrogante está sujeta a que haya otras condiciones médicas subyacentes que puedan alterar el patrón de sueño normal. Es de recalcar que 4/5 partes de los encuestados refirieron experimentar, la alteración del patrón de sueño, mientras que solo 1/5 parte de los encuestados no han referido alteraciones en el mismo.

En el Gráfico 6, donde se expone la presencia de sentimientos de inutilidad y reproche ocasionados por la condición biopsicosocial de los encuestados, el 57% del total de los encuestados, expresaron la presencia de estos sentimientos en función de su condición biopsicosocial, Mientras que el 43% opinó lo contrario. Se puede apreciar que la disminución de la capacidad de realizar actividades físicas exigentes, aunado a la apreciación de su familia o las personas que conviven, provoca en los adultos mayores un sentimiento de no ser útil.

En el gráfico 7, 83% de las personas de las encuestadas, han experimentado sentimientos de melancolía y tristeza con respecto a la muerte, Mientras que solamente 17% refirieron no haber experimentado estos sentimientos. Se observa que más de 4/5 partes de los encuestados han experimentado estos

sentimientos con respecto a la muerte, lo cual se puede asociar a la creencia social de que “por ser adultos mayores están más cerca de la muerte” como lo expresa una de las personas entrevistadas.

En el gráfico 8, 67% de las personas encuestadas expresaron que el no contar con una forma de autonomía económica les ocasionaba tristeza. Mientras que un 33% refirieron que no les ocasionaba tristeza la falta de autonomía económica, ya sea por diversas situaciones medicas o discapacidades propias de la edad dependen del apoyo económico de sus hijos, lo que los hace sentir que valen poco o nada al no ser económicamente productivos. Estos sentimientos se ven en mayor proporción en hombres que han sido el sostén del hogar a lo largo de su vida.

En el gráfico 9 de la encuesta, 60% de los encuestados expresaron que habían logrado adaptarse a la pérdida de su conyugue, en dado caso de haber sufrido la pérdida del mismo. El 40% refirieron no haberse adaptado a la perdida. En esta interrogante influye también el tiempo en el que ha ocurrido la misma, y si se cuenta con un grupo de apoyo, idealmente primario como la familia.

En gráfico 10, correspondiente a la décima pregunta de la encuesta, donde se cuestiona si la muerte de un ser querido ha afectado en el desempeño de su vida cotidiana, 60% personas de los encuestados expresaron no haber sido afectados en su desempeño cotidiano, mientras que 40% de los encuestados, si refirieron haber sido afectados. En este gráfico se observa que 3/5 partes han sabido continuar con normalidad en su vida cotidiana, mientras que 2/5 partes no se han adaptado con normalidad a las actividades de la vida cotidiana. Al igual que en otras interrogantes, la adaptación a un trauma, como la pérdida de un ser querido siempre se verá influenciada por la presencia de grupos de apoyo, el tiempo de evolución de la misma y otros múltiples factores. En esta pregunta algunos de los entrevistados expresaron una profunda tristeza, en algunos casos llanto, debido a que algunos de ellos han perdido a nietos,



sobrinos o hijos en el actual contexto de pandillas, y algunos de ellos solamente los han catalogado como desaparecidos.

# Capitulo IV

## Conclusiones

A través de la realización del presente trabajo de investigación se concluye

- La depresión es un problema a la que se enfrenta gran parte de la población de adultos mayores de los municipios en lo que se realizó el estudio, por tanto es un potencial problema de salud mental del país.
- A pesar de que al mayor porcentaje de las personas entrevistadas no le preocupa el haber alcanzado la edad actual las afectaciones físicas y mentales propias de la edad le han producido un cambio en su estado de ánimo.
- Se puede notar que la mayoría de personas no han perdido las aspiraciones e interés en las actividades que tenían en la juventud pero han aparecido ideas de desesperanza o aislamiento por su condición actual.
- Se nota que a pesar de la buena salud mental que las personas aparentan han notado un cambio en el patrón de sueño debido a la preocupación por familiares a los cuales son indiferentes.
- Independiente del tiempo de la pérdida del cónyuge las personas incluidas en este estudio no han podido adaptarse a la pérdida así como dificultad a adaptarse a la pérdida de un ser querido.
- el hecho de no ser un ente productivo ha mostrado ser una de las variables que más ha mostrado afectar el estado de ánimo de las personas encuestadas.

## **Recomendaciones**

Posterior a la realización del trabajo de investigación se puede recomendar

-A las autoridades competentes formulen un programa de salud que pueda ahondar en la búsqueda preventiva de adultos mayores que sean propensos a adolecer depresión en algún momento de su vida.

-A las unidades de salud que se establezca un cronograma de campañas de salud enfocado a la población de adultos mayores.

- A las alcaldías municipales que constituyan programas de inclusión que ayuden a los adultos mayores a ser productivos económicamente respetando las limitantes propias de estos.

- A los actores sociales que puedan organizar actividades para sana recreación y esparcimiento, arte y cultura en cuyo eje fundamental sea el adulto mayor.

## Bibliografía

### Textos

- Hayflick, L. 1985. Theories of biological aging. *Experimental gerontology*, 20, 145-159
- Manual DSM-5, American Psychiatric Association, 2014, p 103-105
- Ramírez, Mariano. *La Depresión como Superarla*. 2ª Edición. Edimat Libros. 2000. pág. 34, 35
- Toro Ricardo José Greiffenstein, Yepes Luis Eduardo Roldan. *Corporación para Investigaciones Biológicas*, 2004
- Urie Bronfenbrenner, *Bronfenbrenners ecological systems theory*. Berk Roberts, 2009, p.2
- Verwoerd, A. *Clinical geropsychiatry*. Williams & Wilkins. Baltimore, Second edition. 1981.
- Von Hann, *Primary causes of ageing: a brief review of some modern concepts and theories and concepts*, *Mechanism of ageing and development* 2, 245-250.

### Revistas

- *Depresión en el adulto mayor en el primer Nivel de Atención*, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, México, Secretaría de Salud 2011. P23-25
- *Depression as a major component of Public Health for older Adults*, Daniel P. Chapman, Vol 5:Nº1
- *Diagnostico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención*, México, Secretaría de salud 2011, P.28
- *Guías clínicas de psiquiatría*. Ministerio de Salud de El Salvador. Febrero 2013
- *Guía clínica de Psiquiatría*, MINSAL, Dra Ileana Callejas Coord, 2011, San Salvador, P. 28-29

- [Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB](#); The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001 Sep;16(9):606-13
- La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. Revista electrónica de psicología Itzcala Vol.16 N2
- Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013 Fecha 2ª Edición y publicación: 2013
- Tratamiento de la depresión en la atención primaria, Servicio Andaluz de Salud, Málaga P.19
- Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria, García-Herrera, Málaga 2011, P45
- Trastornos mentales – prevención y control. Medicina basada en evidencia. Elaboración de Políticas I. Organización Mundial de la Salud II. Universidades de Nijmegen y Maastricht. Centro de Investigación de Prevención. 2004

**Internet:**

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), *Depresión en el adulto Mayor*, Preguntas Salud, 13/10/2014, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
- National Institute of Mental Health (NIH), *Personas Mayores y la Depresion*, Institutos Nacionales de la Salud Publicación de NIH Núm. SQF 11-7761  
Dirección: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresi-n/index.shtml>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *La salud mental y los adultos mayores*, Nota descriptiva N°381, Septiembre 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

# AneXOS

## **Consentimiento informado**

Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades otorgo mi expreso consentimiento para que se me realicen los cuestionamientos que los médicos de acuerdo a sus conocimientos consideren necesarios hacer, con el solo objetivo de obtener valiosa información que posteriormente será analizada en su tesis de investigación.

Aceptando desde este momento responder de la forma más sincera y honesta a las preguntas que el médico considere pertinentes.

Manifiesto haber comprendido lo anteriormente descrito y firmo de acuerdo a total conformidad y entendiendo que habrá discreción de la información que yo proporcione.

Nombre del paciente:

Firma:



## GUIA DE ENTREVISTA

1.- ¿Le causa a usted preocupación haber alcanzado la etapa de adulto mayor?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

2.- ¿Ha perdido el interés en las actividades favoritas que usted realizaba cuando era joven?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

3.- ¿La disminución en sus capacidades físicas y mentales, le han afectado su estado de ánimo?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

4.- ¿Han surgido ideas de desesperanza, de aislamiento o de tendencia al llanto?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

5.- ¿Ha notado una alteración en su patrón normal de sueño?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

6.- ¿Ha tenido usted sentimientos de inutilidad o reproche debido a su condición biopsicosocial?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

7.- ¿Ha tenido sentimientos de tristeza o de melancolía en respecto al momento de morir?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

8.. ¿El no contar con una forma de autonomía económica le produce tristeza?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

9.- Si usted ya no posee la compañía de su conyugue, ¿Se ha adaptado ya a esta situación?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

10.- ¿La muerte de un ser querido le ha afectado en su desempeño de actividades en la vida cotidiana?

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_