

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



“TRASTORNOS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES QUE CONSULTAN EN LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR DE COLON Y SAN ISIDRO LEMPA DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL DEL DEPARTAMENTO DE CUSCATLAN, JULIO 2017”.

PRESENTADO POR:

Xiomara Emelina Flores Escalante.
Marvin David Enmanuel Godoy Guerrero.
Gerardo Andrés Reyes Chicas.

PARA OPTAR POR EL TITULO DE:

Doctor en Medicina.

ASESORA:

Dra. Ana Concepción Polanco.

San Salvador, 11 de septiembre del 2017

CONTENIDO

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCION.....	5
3. OBJETIVOS	11
3.1 GENERAL.....	11
3.2 ESPECIFICOS.....	11
4. MARCO TEORICO.....	12
-ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA:.....	20
-ESCALA DE ZUNG:.....	20
-ESCALA DE HAMILTON:	20
-ESCALA DE KATZ:	20
-MINI EXAMEN COGNITIVO DE FOLSTEIN:	20
5. DISEÑO METODOLOGICO.....	23
5.1 TIPO DE ESTUDIO:	23
5.2 UNIVERSO:	23
5.3 MUESTRA:	23
5.4 UNIDADES DE ANÁLISIS:	23
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	23
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
5.7 TÉCNICA E INSTRUMENTOS:.....	23
ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA:	24
ESCALA DE KATZ:	24
5.8 PROCEDIMIENTOS:	25
5.9 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	25
5.10 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	26
5.11 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	26
5.12 ANÁLISIS DE DATOS:	26
5.13 MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	27

6. RESULTADOS.....	30
7. DISCUSION	35
8. CONCLUSIONES	39
9. RECOMENDACIONES	40
10. BIBLIOGRAFIA	42
11. ANEXOS	44

1. RESUMEN

La presente investigación se efectuó en los Equipos Comunitarios de Salud Familiar Básicos de Colon, San Isidro Lempa del Departamento de La Libertad y San Cristóbal del Departamento de Cuscatlán, su elaboración inicia en enero del 2017 y los datos fueron obtenidos durante el mes de julio del año 2017.

El objetivo principal era la obtención de datos estadísticos que determinaran la presencia de trastornos depresivos en los adultos mayores de 60 años que consultaron por cualquier motivo durante el mes de julio del 2017 en los establecimientos anteriormente descritos.

Se utilizó la Escala para Depresión del Adulto mayor de Yesavage abreviada, reconocida internacionalmente a la que se le adjudica una sensibilidad mayor del 90% para identificar casos de depresión en los adultos mayores.

Los pacientes que aceptaron participar en el estudio, respondían además un cuestionario investigando datos socio-económicos y biológicos, y la escala de KATZ para determinar la dependencia en la realización a las actividades de la vida diaria.

La metodología utilizada fue descriptiva, transversal, cuantitativa, y la muestra se determinó de manera no probabilística, como serie de casos consecutivos, que conformaron 150 pacientes.

De estos se identificaron 27 de Depresión Establecida del adulto mayor, que nunca habían sido diagnosticados antes; 16 correspondían al sexo masculino, siendo este el género que más casos de depresión establecida presentó, a pesar de que el sexo femenino consultó con una frecuencia ligeramente mayor, con un 59.33 % de atenciones.

La población estudiada mostro características sociodemográficas y económicas particulares; una población exclusivamente ubicada en el área rural, con deficiencias en los servicios de apoyo en salud mental y un empleo formal remunerado.

A pesar de que el estudio demostró que la mayoría pertenecía a un grupo familiar completo, no percibían un apoyo familiar adecuado, las viviendas de los participantes se caracterizaron por la precariedad y el hacinamiento, y la ausencia o desinterés de pertenecer a los clubes de adulto mayor que cada establecimiento de salud proporciona; debido a la importancia que marcan los datos que dicho estudio nos proporcionó, pretende ser incluido como un tema constante en los programas de educación continua de los ECOSF investigados.

2. INTRODUCCION

La presente investigación fue realizada por los médicos en Servicio Social, Coordinadores de los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B) de los Municipios de Colon y San Isidro Lempa ambos del Departamento de La Libertad y San Cristóbal del Departamento de Cuscatlán, durante el año 2017 y es parte de los requisitos de graduación a cumplir durante este año. En ella se buscó documentar la presencia de casos de depresión detectados en el grupo de adultos mayores que consultaron por diversas causas en los centros asistenciales antes mencionados, durante julio del 2017.

Durante la elaboración de esta investigación se presentaron diversas dificultades para la obtención de resultados, como la participación reservada de los adultos mayores, el limitado tiempo del que se disponía para realizar las entrevistas a los participantes y la prioridad que estos daban a la causa física de consulta, algunas preguntas del instrumento incluso fueron cuestionadas por los adultos mayores y se obtuvieron respuestas emocionales diversas de parte de los participantes como el enojo, el llanto y el resentimiento hacia sus familiares que en varios casos hizo muy difícil continuar con la aplicación del instrumento de investigación.

Una de las principales deficiencias del área de Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud, es que no está diseñada para que el personal reconozca los problemas de salud mental como relevantes en la oferta diaria de servicios integrales, porque se privilegian ciertas patologías y grupos etarios en prevención y curación.

En El Salvador la población de adultos mayores de 60 años según datos del último censo nacional (2007) representan el 11% de la población, en su mayoría con padecimientos crónicos degenerativos y muchos otros síntomas somáticos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión se ha convertido en la segunda causa de discapacidad en población adulta. Además de aumentar la mortalidad de pacientes que padecen de enfermedades crónicas, lo que reviste la importancia de estudiar dichos casos.

Utilizando metodología del tipo cuantitativa, descriptiva de corte transversal y con una muestra obtenida a conveniencia, se procedió a la aplicación un instrumento elaborado para cumplir los objetivos planteados, apoyados en la escala Yesavage abreviada, para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor en los pacientes en estudio.

Se detectaron casos de Depresión establecida en los adultos mayores y además de los factores biológicos, psicológicos y sociales presentes en este grupo poblacional que cumplía los criterios de trastornos depresivos del adulto mayor, además se empleó la escala de KATZ para categorizar la dependencia para la realización de las actividades diarias del adulto mayor.

Se contó con la participación del personal de salud de los Equipos Comunitarios de Salud para la detección de los adultos mayores de 60 años durante los días de consulta general y el posterior llenado de los consentimientos informados, además de la importante participación de los adultos mayores en la respuesta a las entrevistas realizadas quienes participaron de manera activa e interactiva para la obtención de los resultados esperados. Los problemas de salud mental se encuentran entre las causas principales de discapacidad y pobre calidad de vida en el adulto mayor, la depresión es la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. América Latina está en un proceso de envejecimiento, con un aumento de la franja poblacional mayores de 60 años que es una constante especialmente en los países en desarrollo según datos de la comunidad económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Para El Salvador la población mayor de 60 años representaba el 21.2% del total poblacional para el año 2016¹, según el estudio de proyección global de la mortalidad y carga de la enfermedad financiado por la OMS se concluyó que la depresión unipolar será la cuarta causa de discapacidad ajustada por años de vida en el mundo y en los países en desarrollo será la tercera causa.²

En toda Latinoamérica se han realizado una cantidad extensa de investigaciones relacionadas con la depresión del adulto mayor de 60 años, en el año 2001 en la ciudad de México un estudio relacionando al adulto mayor reflejo que la depresión estaba relacionada a diferentes variables: sexo, edad, situación laboral, dependencia económica, función familiar, pluripatología, polifarmacia y actividad física.³ A estos problemas se agregan las imágenes y códigos socioculturales que tienden a representar a la vejez como un universo limitado en sus capacidades y potencialidades que complican las expectativas de los adultos mayores.

La depresión es incapacitante en la vejez en particular para aquellos individuos con enfermedades físicas concomitantes, es un factor de riesgo para sufrir otras enfermedades médicas o empeora los desenlaces médicos de individuos con enfermedades con-mórbidas lo cual vuelve su pronóstico menos favorable, se asocia con elevados costes sociales en salud.

La suposiciones ampliamente mantenida de que la depresión es intrínseca al proceso de envejecimiento no son válidas, la mayoría de los ancianos no están clínicamente deprimidos, anteriormente se pensaba que la incidencia de depresión aumentaba con la edad, pero se demostró que el adulto mayor sano no tiene mayor riesgo de desarrollar depresión que otros grupos de edad, es decir que aquellos adultos mayores sanos y con

¹ [A] CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Base de datos de población. Revisión 2016. - http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.html

² OMS "Datos interesantes acerca del envejecimiento (internet). (Citado 14 de enero de 2015). Recuperado a partir de: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

³ E. Márquez Cardoza, S. Soriano Soto, A. García Hernández y M.P. Falcón García a Unidad de Medicina Familiar. Estado de México. México

factores protectores no necesariamente padecerán del desarrollo de depresión a pesar de su edad.⁴

La mayoría de estudios revelan tasas más elevadas de depresión en mujeres que en varones, relación que aumenta en la edad más adulta la relación entre la depresión y la edad no está muy definida, aunque se demostró una relación inversamente proporcional entre autoestima y edad.⁵

Los principales factores de riesgo para depresión relacionados con el estado físico son: la salud física en sí, la gravedad de las enfermedades, el grado de incapacidad, el deterioro cognoscitivo coexistente, la presencia de deterioro sensorial y la historia de enfermedad psiquiátrica previa.

Los trastornos del sueño, el deterioro cognoscitivo, la demencia y demás padecimientos que generen dependencia y pérdida de la autonomía con declinación funcional, especialmente en la locomoción, son los más asociados con el desarrollo de depresión.

Se ha demostrado en estudios que la baja capacidad funcional en actividades de la vida diaria y la institucionalización es considerada uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo de depresión, según el National Institutes Consensus of Depression se señaló una prevalencia del 5% de depresión entre las personas de más edad en las clínicas de atención primaria y una prevalencia del 15-25% entre las personas mayores que viven en hogares en Estados Unidos, la incapacidad física está particularmente asociada a depresión en las instituciones sanitarias.⁶

Los ancianos que con menos frecuencia presentan sintomatología depresiva son los que se evalúan en un contexto médico privado, pues representan una población sobreviviente más sana, contrario a los que viven en asilos, en reclusión o forman parte de las comunidades más pobres caracterizados por alta morbilidad, mayor vulnerabilidad y menos redes de apoyo social.

⁴ Salazar A. Reyes, M. Plata, S. Galvis, Montalvo C. "Prevalencia y Factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá". Acta neurológica Colomb. Junio del 2015; pág. 31.

⁵ Estrada-Restrepo A, Cardona Arango D., Segura Cardona A. "Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Univ. Psychol 2013, pág. 81-94.

⁶National Institutes Consensus of Depression "Incidencia de depresión en una población de adultos mayores hospitalizados" (internet) (citado el 20 de febrero del 2007) Recuperado a partir de: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/413593>.

Otros factores relacionados con el desarrollo de depresión son aquellos que involucran la vulnerabilidad social: la pobreza, la inequidad, el desempleo y la improductividad, las bajas condiciones socioeconómicas, las adversidades sociales, las enfermedades crónicas y discapacitantes y las relaciones familiares disfuncionales.

No se realizan evaluaciones psicológicas en los pacientes pues los síntomas depresivos en pacientes no son de apareamiento reciente según un estudio realizado en el Hospital Nacional San Rafael, pues son diagnosticados de manera tardía en sus servicios de hospitalización, pues primero se da prioridad a los padecimientos de tipo físico esta conclusión llevo a la propuesta de implementar programas en el primer nivel de atención o en lugar en donde se lleve el control subsecuente del paciente para la detección de trastornos depresivos en pacientes vulnerables utilizando instrumentos de fácil utilidad, siendo esto positivo, incluir la interconsulta pertinente con el departamento de salud mental del hospital para poder dar soporte y apoyo psicológico a los pacientes y de esa forma mejorar la calidad de vida de los usuarios.⁷

Dos problemáticas frecuentes pueden influir en el apareamiento de depresión, como el sub diagnóstico y la falta de tratamiento adecuado, el sub diagnóstico es muy frecuente ya que solo un pequeño porcentaje de la población con trastornos afectivos y de edad más avanzada son diagnosticados y tratados, solo 4 de cada 5 pacientes de enfermos con trastornos mentales en países en desarrollo no reciben tratamiento, y de este porcentaje solo un 10% de adultos mayores que lo precisan reciben tratamiento según la OMS.⁸

En un estudio transversal realizado a 462 individuos de 60 años residentes de instituciones de larga estancia en Brasil, las variables asociadas con síntomas depresivos fueron: la mala auto percepción de salud y la falta de amigos en la institución, la presencia de depresión se relacionó con la elevada mortalidad total en adultos mayores, una rehabilitación física pobre, recuperación lenta, mayor número de admisiones y mayor consumo de recursos de salud con más probabilidad de institucionalización posterior.⁹ En el año 2014 fue realizado un estudio descriptivo de corte transversal por médicos optando por un postgrado en salud pública con un universo de 200 adultos mayores del área de consulta externa de medicina interna del ISSS en la unidad médica de Ilopango para evaluar la calidad de vida del adulto mayor, este trabajo concluyo que la mayoría de los adultos

⁷ Quezada y Recinos "Factores de riesgo y detección de trastorno depresivo en el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital Nacional San Rafael". 2016.

⁸ Olarte A. R. "Análisis de la depresión en el adulto mayor en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010". Universidad CES- Universidad Del Rosario, 2012.

⁹ Friedhoff AJ. "Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life." JAMA J Am Med Assoc. 26 de agosto de 1992; pág. 268

mayores tenían patologías asociadas al síndrome metabólico y con sus estilos de vida y que los estados depresivos se acentuaban en esta etapa por la falta de apoyo familiar.¹⁰

En la presente investigación se realizó un tamizaje de los pacientes adultos mayores con trastornos depresivos, obtenidos entre los pacientes que asistieron a la consulta en los Equipos Comunitarios de Salud Familiar de Colon y San Isidro Lempa ambos municipios del Departamento de La Libertad, y San Cristóbal en el Departamento de Cuscatlán por cualquier motivo de consulta.

Estas poblaciones no contaban, hasta la realización de esta investigación con cifras estadísticas que indicaran la presencia de depresión en los adultos mayores de 60 años. Por lo que, a partir del estudio, se determinó la presencia de trastornos depresivos en los usuarios de los establecimientos de salud mencionados previamente. Y consecuentemente, se evidencio el sub diagnóstico de trastornos depresivos en el adulto mayor.

Se realizó con el apoyo de escalas internacionales, utilizándose la escala de Yesavage abreviada como herramienta de tamizaje para los trastornos depresivos seniles; fáciles de aplicar, comprensible para el adulto mayor y con una sensibilidad mayor del 90%. Y que de igual manera no representó riesgo alguno para la integridad física, mental y social de los participantes, dándoles libertad de decisión en la participación del proceso de investigación, sin ninguna clase de cohesión.

Con la existencia de registros pertinentes, la importancia de esta investigación radico entonces, en su impacto social y en la salud que tiene a un futuro; a partir del conocimiento de la relación cuantitativa entre aquellas personas diagnosticadas como casos de Depresión establecida del adulto mayor.

La edad avanzada es un término que se atribuye a las personas que han alcanzado una edad cronológica mayor de 60 años; edad avanzada o adulto mayor es de los principales sustantivos con los que se denomina a personas que han llegado a la vejez, ancianidad y posiblemente a la jubilación.

La población de adultos mayores de 60 años es según los datos del sistema SIMMOW que agrupa la morbimortalidad más estadísticas vitales de la red unidades comunitarias de salud familiar y hospitales que conforman el sistema nacional de salud, son usuarios importantes en los equipos comunitarios de salud incluidos en la investigación y representan el 35% de consultas preventivas y cerca del 45% de las curativas en tales instituciones de salud, esto demuestra la importancia que tiene el brindar una atención integral a este segmento poblacional.

La presencia de trastornos depresivos en los adultos mayores de los equipos comunitarios de salud familiar contemplados en esta investigación nunca fue determinada , se realizó una revisión bibliográfica en línea sin resultados y se consultó con los comités de salud

¹⁰ Gálvez y Henríquez “Calidad de vida del adulto mayor de la unidad médica de Ilopango en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social en el periodo de septiembre 2013 a marzo del 2014”. Universidad de El Salvador. (2014).

de estas instituciones que aseguran nunca han sido contactadas por ningún equipo de investigación acerca de este tema, por lo que la cantidad de pacientes en la edad de adulto mayor que presenten trastornos depresivos no se conocía, tampoco se conocía la influencia que estos trastornos pueden representar para la salud y bienestar físico, mental y social de los adultos mayores que los padezcan.

Al no contar con datos sobre la presencia de trastornos depresivos en estos adultos mayores era difícil la realización de intervenciones de prevención secundaria (incluyendo el diagnóstico de nuevos casos y el tratamiento adecuado para los pacientes que ya padecen estos trastornos depresivos), se hacía complicada la selección de los adultos mayores que podrían formar parte de los comités de salud mental que se conformaran en las instituciones involucradas en la institución y por último imposible la selección de pacientes que requerían un manejo por la especialidad de psiquiatría debido a lo avanzado del trastorno depresivo o las consecuencias que este tenga en la calidad de vida del usuario mayor de 60 años con depresión.

Existe un gran interés de parte de los comités de salud que integran estos centros de salud de conocer la cifra exacta de adultos mayores con trastornos depresivos para iniciar verdaderos cambios en las atenciones hacia el anciano.

Por todo lo mencionado anteriormente el grupo investigador se planteó la siguiente pregunta que sirvió para el desarrollo de la investigación:

¿CUÁNTOS PACIENTES CUMPLIAN LOS CRITERIOS DE TRASTORNOS DEPRESIVOS DEL ADULTO MAYOR SI SE REALIZABA UN TAMIZAJE DE ESTOS PADECIMIENTOS EN LOS PACIENTES DE 60 AÑOS QUE ASISTIERON A LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR DE COLON Y SAN ISIDRO LEMPA DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD Y SAN CRISTÓBAL DEL DEPARTAMENTO DE CUSCATLÁN?

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Evidenciar la presencia de trastornos depresivos en los adultos mayores de 60 años que consultan a los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B) de los Municipios de Colon y San Isidro Lempa del Departamento de La Libertad y San Cristóbal del Departamento de Cuscatlán, en Julio de 2017.

3.2 ESPECIFICOS

- Establecer las características sociodemográficas, económicas y biológicas presentes en los adultos mayores que consultan a los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B).
- Verificar el diagnóstico de Depresión utilizando la escala Yesavage en los adultos mayores que consultan a los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B).
- Establecer las condiciones de dependencia en la realización de actividades de la vida diaria y cuidado, utilizando la escala de KATZ en los adultos mayores que consultan a los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B).
- Verificar cuales son los factores presentes en el diagnóstico de Depresión establecido por tamizaje en los en los adultos mayores que consultan a los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B), comparando con los encontrados en el grupo de pacientes que resultaron como no Deprimidos

4. MARCO TEORICO

Depresión.

La depresión (del latín depressus o abatimiento) es definida por la Real Academia Española (RAE) como “un estado psíquico de abatimiento y en ocasiones de postración que suele acompañarse en el aspecto somático de astenia”, es de los padecimientos más antiguos de los cuales se tiene constancia.

Está relacionada con emociones de duelo y tristeza, la cual no remite cuando la causa externa desaparece. En algunas ocasiones, ni siquiera hay un factor notable que la precipite. El diagnóstico propiamente dicho de depresión requiere de cambios en el estado de ánimo, caracterizados por la tristeza y la irritabilidad. Existen además trastornos del sueño, del apetito, desinterés sexual, estreñimiento, pérdida de interés laboral, labilidad al llanto, pensamientos suicidas y bradilalia.¹¹

Los episodios depresivos no suelen venir solos, están acompañados por otro tipo de trastornos psiquiátricos como ansiedad, trastorno bipolar y manía. Esta entidad está muy relacionada con cambios en la rutina de los pacientes y con la dependencia para realizar las actividades de la vida cotidiana.¹²

Según numerosos estudios el trastorno depresivo mayor se acompaña con desorden bipolar en el 75 al 85% de los casos. El 10 -30% de pacientes que reciben tratamiento tienen una recuperación incompleta, por lo cual posteriormente muestran síntomas depresivos residuales o en la mayoría de casos desarrollan distimias. Se ha visto que los pacientes que adolecen enfermedades como diabetes mellitus, epilepsia, enfermedad isquémica cardiaca tienen un peor pronóstico si el paciente también presenta un cuadro depresivo mayor. El adecuado manejo de los trastornos depresivos, reduce la mortalidad y mejora los resultados después de un infarto agudo al miocardio, evento cerebrovascular y además reduce la tasa de suicidios que es muy alta entre los adultos mayores.

Hasta el nacimiento de la psiquiatría científica en el siglo XIX, se dio a conocer el origen y tratamiento de los trastornos depresivos, como el resto de los trastornos mentales las explicaciones fluctuaban entre la magia y las terapias ambientalistas de carácter empírico, con el advenimiento de la bio psiquiatría y el despegue exitoso de la farmacología paso a formar parte de una lista de enfermedades más comunes.

Con el éxito de los antidepresivos (especialmente la Fluoxetina en ese tiempo más conocida como Prozac o píldora de la felicidad) se reforzó el mito de este fármaco en la sociedad occidental del siglo XX.

¹¹ Belmarker, R. H. M. D. and AGAM G, PhD. Major Depressive Disorder- New England Journal of Medicine. (Internet). Enero 3, 2008. 358: 55-68 (Citado el 36 de mayo 2015). Recuperado a partir de <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra73096>

¹² John Man, J.M.D. The Medical Management of Depression. New England Journal of Medicine. Octubre 27, 2005, 353:1819-1834 (internet) (Citado el 25 de mayo de 2015). Recuperado a partir de: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra50730>

Envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso universal pues todos y cada uno de los seres humanos estamos expuestos a este desde el momento de nuestro nacimiento, declinante pues progresivamente se van perdiendo capacidades adquiridas durante el desarrollo, progresivo a pesar de los avances científicos que no han logrado parar el proceso de envejecimiento por lo que también puede agregarse el adjetivo de irreversible.

Se ha determinado que el proceso de envejecimiento inicia desde los 20 a los 30 años, cuando los sistemas del organismo ya han alcanzado la total madurez a nivel tisular, celular, orgánico y funcional. No debe catalogarse al envejecimiento como una enfermedad, pues como se mencionó anteriormente es parte del proceso evolutivo del ser humano.

En El Salvador existe la “Ley de atención integral para la persona adulta mayor”, decreto legislativo aprobado el 23 de enero del año 2002 y publicado el 25 de febrero del mismo año en tal publicación el objetivo principal reza de la siguiente manera: **“La presente Ley tiene por objeto garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia”**.

El anterior decreto consta de nueve capítulos denominados:

- I. Objeto de ley, derechos y deberes.
- II. Atención Integral.
- III. Financiamiento.
- IV. Salud y nutrición.
- V. Régimen de seguridad y previsión social.
- VI. Beneficios.
- VII. Educación, recreación, cultura y deporte.
- VIII. Disposiciones generales.
- IX. Disposiciones transitorias, derogatorias y vigencia.

Las consideraciones principales de este decreto fueron que la Constitución de la República, reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, debiendo éste implementar las providencias necesarias para la consecución de la justicia, la seguridad jurídica y el bien común, además asegurar a sus habitantes el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Que en el ámbito internacional se reconocen los aportes que las personas adultas mayores han brindado a sus respectivas sociedades; tomándose en consideración principios fundamentales, entre ellos la independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

Que el Código de Familia en sus disposiciones regula aspectos esenciales de protección integral a las personas adultas mayores, a través del establecimiento de sus derechos humanos fundamentales.

Que las personas adultas mayores requieren consideración y atención especial de la familia, la Sociedad y del Estado, estando este obligado a garantizar el cumplimiento de las Leyes que para tal efecto se emitan.

Que de conformidad con lo antes expuesto es necesario que se legisle a favor de las personas adultas mayores, a fin de que gocen de todos los derechos establecidos esta ley. En el año 1880 Otto Von Bismarck, príncipe de Bismarck y príncipe de Lauenburgo, un estadista y político alemán creó el concepto de adulto mayor a la persona mayor de 60 años que recibe beneficio social, persona que presenta cambios biológicos y cronológicos acorde a su edad, pero que se mantenga mentalmente sano. El envejecimiento conlleva una gran serie de cambios y adaptaciones que vuelven al ser humano progresivamente vulnerable y dependiente.

Hay números factores que influyen en el proceso del envejecimiento y que afectan ámbitos del desarrollo humano como la parte biológica, psicológica y social.

Cambios Fisiológicos.

La parte biológica se relaciona con los procesos fisiológicos celulares. En la especie humana se puede distinguir una serie de cambios que son similares:

Hay cambios a nivel molecular y celular, pues disminuye el ritmo de renovación de estos, el sistema inmune es de los más afectados y hay gran disminución de su capacidad, las infecciones en la etapa del adulto mayor son más frecuentes debido a que la cantidad de anticuerpos y su capacidad se vuelve insuficiente comparados con lo que poseía en edades más tempranas.

El sistema óseo disminuye en su consistencia y en su capacidad para generar fuerza, afecta el ritmo y coordinación de los movimientos (tienden a la osteoporosis). Muchos adultos mayores pierden su capacidad de mover libremente sus extremidades superiores e inferiores, comienzan a arrastrar sus pies y puede que se auxilien de un bastón para movilizarse, es decir; hay disminución de la capacidad de desplazamiento y de su función locomotora.

Hay reducción de la capacidad visual y auditiva, lo que predispone a temor al ambiente, desconfianza y aislamiento por miedo a los accidentes, además les genera vergüenza mostrar estos defectos a su comunidad.

Existe una menor oxigenación cerebral que genera trastornos de la memoria inmediata, las primeras alteraciones a nivel de receptores sensoriales engendran dificultades para la

concentración, conceptualización y función amnésica, como la atención y la memoria. Presentan alteraciones circulatorias; en el adulto mayor es frecuente la arteriosclerosis, la hipertensión arterial o su contraparte una disminución excesiva de la presión sanguínea que puede conllevar a lesiones cerebrales.

En el aparato gastrointestinal es frecuente la aparición de estreñimiento pues hay menos irrigación intestinal y alteraciones de la motilidad gástrica. Es frecuente la alteración del ritmo del sueño como el insomnio o el sueño interrumpido

Otro factor que se les presenta son problemas de equilibrio y orientación donde existe una disminución de elasticidad lo que aminora la realización psicomotriz, tanto en el plano cualitativo como cuantitativo.

Su piel esta arrugada y seca, su musculatura flácida; las uñas se vuelven quebradizas y secas y sus cabellos encanecen y caen fácilmente.

Cambios sociales.

El adulto mayor tiene grandes cambios en su estilo de vida, en algunos llega la jubilación que en algunos adultos mayores causa sentimientos de incapacidad y de pérdida de sus capacidades sociales, hay gran pérdida de su rol social, pues ya no son miembros activos o productivos de la sociedad, empiezan a experimentar la pérdida de sus amigos o de su pareja por el envejecimiento, además se enfrentan a una desvalorización de sus capacidad productiva, de sus creencias y de sus tradiciones que ya no son tan aceptadas por los miembros jóvenes de la comunidad que tienden a ver sus opiniones como anticuadas o fuera de época.

Cambios psicológicos.

La adaptación a la etapa de adulto mayor es muy dependiente de las características particulares del desarrollo del individuo y de sus herramientas para enfrentar los nuevos desafíos, de sus aprendizajes, su estilo de vida en años previos, de sus expectativas para esta etapa de la vida.

Existen numerosos cambios en sus procesos emocionales, existe disminución de la fluidez de los procesos del pensamiento muy variables de persona a persona, hay una dificultad acrecentada para adquirir nuevos aprendizajes, pero pueden solidificarse los conocimientos ya logrados, es un poco más lenta la creatividad, pero cuando está presente es más elaborada y enriquecida por la experiencia adquirida.

La afectividad se modifica de manera muy variable, algunos adultos mayores muestran más irritabilidad, otros se vuelven egoístas, mientras que en otros se desarrolla mucho más la tolerancia.

Factores de riesgo para depresión.

La salud mental es un concepto que va más allá de la ausencia de los trastornos mentales, en la cual debe estar presente un bienestar individual, la auto eficacia percibida, la dependencia intergeneracional y la capacidad de competencia. El informe mundial para Salud del año 2001 hace énfasis en que el cerebro es un órgano que es influido desde el desarrollo fetal por diversos factores ambientales, nutricionales y maternos que influyen por completo en el desarrollo, a través de los nuevos avances tecnológicos su estudio es cada vez más profundo caracterizando su infinita complejidad.

La depresión como parte de los desórdenes mentales está delimitada por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. El sexo y la edad son factores biológicos que se encuentran involucrados en el riesgo de desarrollar un episodio depresivo, siendo más frecuente en mujeres que en hombres con una prevalencia de proporción 2:1 y esto se debe según la OMS en el año 2000 a que el entorno femenino está sometido a más altos niveles de tensión y la alta tasa de violencia contra este género.¹³

Los episodios de depresión están presentes en los pacientes de edad avanzada, por lo que su detección se ve afectada por confundirse con la sintomatología propia de la vejez. El componente genético es un factor aún no determinado por las neurociencias, hay otros factores que generan estrés como es la ingesta de sustancias psicoactivas, desnutrición, infecciones y trauma.

La relación padre-hijo o cuidador – niño es un factor psicológico que tiene gran importancia en el trastorno depresivo. La falta de relación por motivos de ausencia causados por enfermedad, muerte o separación desencadena un inadecuado desarrollo de las funciones normales de la niñez como el lenguaje, la regulación emocional y por tanto culminara en la aparición de trastornos mentales en la etapa adulta.

En la sociedad existen diferentes segmentos que poseen consecuencias para el desarrollo de trastornos mentales, en los factores sociales se analizan según la naturaleza de su entorno, que afecta en el desarrollo de los trastornos mentales desde el factor estrés o los acontecimientos adversos como la sobrepoblación o la pobreza.

Un factor social que está presente en la sociedad es que los servicios de salud mental conservan todos sus recursos en las áreas urbanas y dejando a los habitantes de las áreas rurales con pocas posibilidades de recibir atención.

Fisiopatología de la depresión.

Independientemente de la amplia sintomatología de un trastorno depresivo, todos poseen un a causa de base. Todos los síntomas son resultado de anomalía en los patrones de neurotransmisores en diferentes áreas del cerebro. Estos trastornos incluyen la deficiencia

¹³ OMS "A public health approach to mental health", chapter 1 World Health Organization. Pág. 3-17 (internet). (Citado el 2 de agosto del 2015) Recuperado a partir de: [Http //www.who.int/whr/2001/en/whro1_ch1_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whro1_ch1_en.pdf?ua=1)

de muchos neurotransmisores como dopamina, GABA, factor neurotrópico y también la alteración en la actividad de otros neurotransmisores en los que se contempla acetilcolina, factor liberador de corticotropina y la sustancia p.

Se han identificado anomalías genéticas que controlan las vías de los neurotransmisores de depresión. Se ha detectado que la depresión mayor es más propensa en los pacientes que tienen una variante en la región reguladora del gen que codifica la proteína transportadora de serotonina conocida como (5-HTT).

La imagenología cerebral ha identificado alteraciones estructurales en diferentes regiones del cerebro en pacientes con depresión. Esta anomalía en el circuito neural se encuentra en numerosas regiones del cerebro en pacientes con depresión. Las anomalías se encuentran en la corteza pre-frontal ventral, medial y dorso lateral, la ínsula, el cuerpo estriado ventral, el hipocampo, el tálamo medio, la amígdala, el bulbo raquídeo las cuales generan respuestas emocionales, cognitivas, autónomas, de sueño y de estrés que están descritas en los trastornos del ánimo.

La depresión y las enfermedades sistémicas.

Toda persona afectada por una enfermedad sistémica experimenta cambios psicológicos, cada paciente tiene una respuesta individual dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, tipo de personalidad y otros factores de riesgo. Los pacientes con enfermedades crónicas están expuestos a numerosos ingresos hospitalarios, que causan grandes modificaciones a los estilos de vida, estos pacientes tienden a desarrollar numerosos trastornos psicológicos entre los cuales se encuentra la depresión, que debe ser diagnosticada de forma correcta y no ser confundida con otros síntomas como la tristeza que por sí misma no es depresión.

Tener una enfermedad crónica causa un gran impacto en la vida de un paciente debido a que es difícil la aceptación de esta y su adaptación al estilo de vida, cambiando la manera en la que estaba acostumbrado a vivir.

Estas enfermedades crónicas involucran enfermedades cardiacas, que pueden lograr que el paciente desarrolle miedo a la muerte de forma constante, algunas de estas incluyen el síndrome coronario agudo o arritmias, en las personas con antecedentes de infarto agudo al miocardio se evidencia alta prevalencia de depresión, además de tener evolución desfavorable.¹⁴

Se revelan estudios que muestran que 6 meses posteriores a ser intervenidos por un procedimiento quirúrgico el porcentaje de pacientes con depresión tuvieron un riesgo más alto de re intervención por causas cardiacas y una mayor dificultades para regresar al trabajo

¹⁴ Romero, EC. "Depresión y enfermedad cardiovascular". Rev. Uruguay de Cardiología 2007; Vol. 22 Núm. 2 (internet) julio 12, 2007, (citado el 18 de agosto de 2015). Recuperado a partir de: [Http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688).

que los pacientes sin depresión, el estado de ánimo es fundamental para la recuperación de los pacientes.

La insuficiencia renal, diabetes mellitus son afectadas por los trastornos depresivos, en los cuales se evidencia una dificultad para la aceptación de la enfermedad que puede concluir en el abandono del tratamiento.

Las neoplasias de tipo gástrica y pancreática, causan trastornos del tipo depresivo debido a lo estrepitoso de sus síntomas y rápido desarrollo.

Sintomatología de los trastornos depresivos.

La depresión a diferencia de otras enfermedades no es fácil de diagnosticar, ni por clínica, ni por análisis de laboratorio. El diagnóstico se hace por medio de la sintomatología y el tiempo de evolución de la misma, la Asociación Americana de Psiquiatría propone para complementar el diagnóstico se debe contar con un apareamiento de un estado de ánimo deprimido por la mayor parte del día, puede tener inicio como insomnio y fatiga, con pérdida de interés o del placer en la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana, síntomas que deben estar presentes al menos por 2 semanas consecutivas. Mas otra sintomatología como: disminución o aumento del apetito o del peso, energía disminuida, sentimientos de inutilidad y culpa, dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones y pensamientos o intentos suicidas.

Criterios para el trastorno depresivo mayor.

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas por un periodo mayor de dos semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad de sentir placer.

Nota: no se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o a ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo que indica el propio sujeto (p, ej. Se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej. Llanto). En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto o la observación de los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes) o pérdida del aumento del apetito casi cada día. (Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de la energía casi cada día.
 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autor reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.¹⁵
- B. Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto.
 - C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga o medicamento) o una enfermedad médica (p.ej. hipotiroidismo).
 - E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de duelo (p. ej. Después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicológicos de enlentecimiento psicomotor.

Según el DSM V en ocasiones el trastorno depresivo mayor puede prolongarse y transformarse en lo que se conoce como un trastorno depresivo persistente o distimia, que se caracteriza por lo menos por uno de los síntomas antes mencionados en un periodo de dos años.

Depresión en ancianos.

El trastorno depresivo es una patología que frecuentemente prevalece en las personas de la tercera edad, siendo estos frecuentemente sub diagnosticados por los médicos del primer nivel de atención, alterando la posibilidad de lograr un tratamiento eficaz. Entre los trastornos psiquiátricos la depresión es uno de los padecimientos más prevalentes en los adultos mayores de 65 años, se ha estudiado si la depresión es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas como la Diabetes mellitus tipo 2 y que, si esta es o no diagnosticada, el pronóstico de la enfermedad puede volverse de difícil manejo.¹⁶

Escalas para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor.

Para hacer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, se puede hacer uso de escalas avaladas por la asociación americana de psiquiatría como: La escala de Beck, Hamilton y Zung. También esta una escala específica para la detección de depresión en pacientes geriátricos llamada escala de Yesavage. (Anexo 1)

¹⁵ DSM IV. "Diagnóstico y manual estadístico de las enfermedades mentales" pág. 323 Trastornos del estado de ánimo. (internet). (citado 5 de agosto del 2015). Recuperado a partir de: [Http://data.edras.cl/resources-files-repository/dsmiv_castellanocompleto.pdf](http://data.edras.cl/resources-files-repository/dsmiv_castellanocompleto.pdf)

¹⁶ Bello, m, Lic. Psic, Puentes Rosas, E M en C, Medina Mora, M. Dra. En Psic, Lozano R. Mc. "Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México, Salud Publica México 2005.

-Escala de Yesavage abreviada: es una escala de depresión geriátrica que consta de 15 preguntas cerradas que tienen relación con los síntomas depresivos, 10 de los 15 puntos de la escala indican depresión si la respuesta es afirmativa, los 5 restantes indican depresión si la respuesta se responde negativamente.

El puntaje de 0 a 4 es un resultado normal; de 5 a 8 indica depresión leve; 9 a 11 indica depresión moderada y del 12 al 15 indica depresión severa. Herramienta sumamente fácil y rápida para utilizar y que no se ve afectada si el paciente tiene demencia leve a moderada. Tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89%.

- Escala de Beck abreviada: Escala útil para la población con trastornos psicóticos con riesgo suicida, la escala es auto administrada para dar respuestas verdaderas y falsas, en la que se obtiene un puntaje final en el que nos indica alteración con un puntaje mayor de 8 puntos que equivale a un alto grado de desesperanza.

-Escala de Zung: esta escala evalúa la severidad de depresión en que se encuentra un paciente. Se basa en una encuesta que se administra al paciente, consta de 20 preguntas que indican 4 características más comunes, efecto dominante, equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones psicológicas y otras actividades psicomotoras. Dependiendo de los puntajes que se obtengan, se totaliza el puntaje para obtener un resultado: rango normal, ligeramente deprimido, moderadamente deprimido y severamente deprimido.

-Escala de Hamilton: escala útil para la evolución de los síntomas depresivos en un paciente con diagnóstico de depresión. La versión resumida de la escala tiene 17 ítems que es la que en usa el Instituto de la Salud Mental de los Estados Unidos, la cual tiene buena sensibilidad para detectar cambios en pacientes hospitalizados y en pacientes ambulatorios.

Otras escalas de evaluación geriátrica.

-Escala de Katz: Esta escala nos ayuda a valorar la dependencia de un paciente tanto hospitalizado como ambulatorio, evalúa las actividades diarias las cuales son: bañarse, vestirse, el uso del retrete, la movilidad, control de esfínteres y alimentación. Se entiende por independencia aquella persona que no precisa de ayuda para realizar actividades de la vida diaria y dependencia a aquella persona que requiere al menos supervisión para realizar estas actividades (Anexo).

-Mini examen cognitivo de Folstein: Esta es una herramienta fácil y rápida de utilizar que nos ayuda a evaluar el estado cognitivo de un paciente para descartar enfermedades neurovegetativas, en las cuales se expresan áreas cognitivas básicas como: orientación, fijación, concentración, cálculo, memoria y lenguaje. Para la interpretación de este examen se requieren al menos 23 puntos, para diagnosticar demencia.

Epidemiología.

En El Salvador, la depresión representa uno de los cuadros más recurrentes en el campo de la salud mental. No se cuenta con estudios adecuados que conciernan a este tema, pues el abordaje de los problemas de salud se hace desde el paradigma biológico, por tanto, la disciplina de la salud mental queda en cierta medida olvidada. Según un informe de la salud mental (OMS, 2001) entre el 25 y 50% de la población ha presentado algún trastorno de tipo mental. En 1990 en América se tenía registro de 114 millones de casos de algún tipo de trastorno mental. En 2010 se calcula que llegaron a los 176 millones. A pesar del aumento del diagnóstico de los trastornos mentales, no se ha logrado lo mismo con el tratamiento que aún no está al alcance de todos los pacientes.

En el país no se cuenta con un dato exacto de la prevalencia de trastornos depresivos, sin embargo, en el año 2001 y 2002 los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el sistema nacional de salud pública según Gutiérrez Q, un investigador de la universidad tecnológica. El instituto de medicina legal reporta un aumento considerable de la tasa de suicidios y de intentos de suicidio que cerró con 635 casos en el año 2002. Para el año 2012 se reportaron 1287 suicidios y 31,200 intentos de suicidio, el doble de la cifra reportada en el año 2002.¹⁷

Tratamiento de la depresión

En pacientes con morbilidades como diabetes mellitus, con epilepsia o cardiopatía isquémica que concomitantemente presentan trastorno depresivo mayor la respuesta a los tratamientos se vuelven menos eficaces que en pacientes en los que no hay diagnóstico de trastornos depresivos y el riesgo de muerte por enfermedades cerebrovasculares, enfermedad cardíaca, desordenes respiratorios y suicidios va en aumento en los pacientes con depresión.

Un tratamiento antidepresivo oportuno puede reducir la mortalidad por estas enfermedades. Los síntomas depresivos mejoran con el tratamiento farmacológico de los cuales los mecanismos de acción son variables, la acción principal de estos es la inhibición de la receptación de la serotonina y de noradrenalina a nivel de la hendidura sináptica. Existen terapias coadyuvantes con otros tipos de medicamentos que aumentan el efecto antidepresivo de los fármacos antes mencionados y ayudan a disminuir y prevenir los síntomas maníacos que pueden acompañar los trastornos depresivos mayores.

Se incluyen los estabilizadores del estado de ánimo como las sales de litio, que ayuda como coadyuvante cuando la terapia con antidepresivos no es adecuada para la paciente. También se han usado con éxito anticonvulsivantes como lamotrigina, ácido valpróico y carbamazepina para la depresión bipolar.

¹⁷ Gutiérrez Q. J.R. "Prevalencia de alteraciones afectivas: depresión y ansiedad en la población salvadoreña". (internet) Rev. UTEC (Citado el 5 de agosto 2015). Recuperado a partir de: [Http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/entorno/56290.pdf](http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/entorno/56290.pdf)

Deben existir estrategias terapéuticas para mejorar de manera integral al paciente, deben incluirse aspectos educativos de la enfermedad enfatizando con los familiares el tiempo y los efectos de la terapia antidepresiva y el rol que juega la familia y cuidadores en la rehabilitación del paciente. Estas evaluaciones se dividen en fases:

- Fase aguda.
- Fase de continuación.
- Fase de discontinuación.

Fase aguda: Debe lograrse una máxima remisión de los síntomas depresivos y evaluar la adhesión al tratamiento y los efectos adversos, para determinar o no la adhesión de un tratamiento coadyuvante. Esta fase tiene una durabilidad de 6 a 10 semanas, en las cuales el paciente debe ser evaluado al menos dos veces al mes. El objetivo es la respuesta al tratamiento y la remisión o ausencia de los síntomas.

Fase de continuación: El objetivo de esta etapa es la eliminación de los síntomas residuales, esta fase tiene una duración de aproximadamente de 6 a 9 meses, en esta etapa de la terapia usualmente no se modifica la dosis de los medicamentos.

Fase discontinuación: Este debe ser paulatino, con una discontinuación gradual cuando al menos lleve 6 meses de tratamiento continuo, si se retira de forma repentina o brusca se pueden causar síntomas o signos de ansiedad, agitación o irritabilidad, conocido como síndrome de discontinuación.

Otra etapa fundamental en el tratamiento es la Psicoterapia, que ayuda a una remisión más temprana de los síntomas y de las formas más severas, reduciendo los riesgos de recaída.¹⁸

¹⁸ DSM IV. "Diagnóstico y manual estadístico de las enfermedades mentales" pág. 330 Trastornos del estado de ánimo. (internet). (citado 5 de agosto del 2015). Recuperado a partir de:
[Http: //data.edras.cl/resources-files-repository/dsmiv_castellanocompleto.pdf](http://data.edras.cl/resources-files-repository/dsmiv_castellanocompleto.pdf)

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 Tipo de estudio:

Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal con enfoque cuantitativo, no busca una relación causa y efecto y transversal porque abordo el fenómeno en un periodo de tiempo determinado.

5.2 Universo:

Usuarios de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOSF) básicos de Colon, San Isidro Lempa del Departamento de La Libertad y San Cristóbal del Departamento de Cuscatlán.

5.3 Muestra:

A conveniencia de los investigadores, se determinó la muestra de manera no probabilística como una serie de casos consecutivos de consulta, incluyendo a los adultos mayores de 60 años que consultaron en los Equipos Comunitarios de Salud Familiar en julio del 2017, se realizó a conveniencia por el factor económico y la afluencia de pacientes durante este periodo de tiempo.

5.4 Unidades de análisis:

Pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos.

5.5 Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años.
- Sexo masculino y femenino.
- Que consultaban por cualquier padecimiento en los Equipos Comunitarios de Salud Familiar de Colon, San Isidro Lempa del Departamento de La Libertad y San Cristóbal del Departamento de Cuscatlán.
- Que autorizaron su participación en la aplicación del instrumento mediante un consentimiento informado que fue proporcionado durante la consulta.

5.6 Criterios de exclusión

- Adultos menores de 60 años.
- Que no autorizaron su participación en la aplicación del instrumento mediante un consentimiento informado que fue proporcionado durante la consulta.

5.7 Técnica e instrumentos:

La presente investigación se llevó a cabo con los usuarios de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar de Colon, San Isidro Lempa del Departamento de La Libertad y San Cristóbal del Departamento de Cuscatlán, con el objetivo de tamizar la presencia de

trastornos depresivos a través de instrumentos estandarizados y aprobados por la comunidad científica internacional (anexo 1).

La encuesta con los pacientes se realizó todos los días del mes de julio durante la consulta general de los equipos comunitarios de salud familiar (ECOSFB), primero se realizó una selección de aquellos pacientes que sean mayores de 60 años que consultaban por cualquier padecimiento en los establecimientos de salud ya mencionados.

Cada una de las preguntas que incluyen estos instrumentos estaba diseñadas para la fácil comprensión del paciente y podía aplicarse incluso en pacientes que ya manifiesten ciertos criterios de demencia, cada una de estas escalas cuenta con puntajes a partir de los cuales puede hacerse el diagnóstico de la presencia de depresión, los instrumentos a utilizados se enlistan a continuación:

Escala de Yesavage abreviada: es una escala de depresión geriátrica que consta de 15 preguntas cerradas que tienen relación con los síntomas depresivos, 10 de los 15 puntos de la escala indican depresión si la respuesta es afirmativa, los 5 restantes indican depresión si la respuesta se responde negativamente.

El puntaje de 0 a 4 es un resultado normal; de 5 a 8 indica depresión leve; 9 a 11 indica depresión moderada y del 12 al 15 indica depresión severa. Herramienta sumamente fácil y rápida para utilizar y que no se ve afectada si el paciente tiene demencia leve a moderada. Tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89%.

Posterior al resultado de esta escala puede hacerse distinción entre los adultos mayores que presentaban trastornos depresivos y aquellos que no, en aquellos pacientes cuyo resultado en la escala de Yesavage arroje depresión leve, moderada o severa se procederá a la aplicación del instrumento Katz:

Escala de Katz: Esta escala ayudo a valorar la dependencia de un paciente tanto hospitalizado como ambulatorio, evalúa las actividades diarias las cuales son: bañarse, vestirse, el uso del retrete, la movilidad, control de esfínteres y alimentación. Se entiende por independencia aquella persona que no precisa de ayuda para realizar actividades de la vida diaria y dependencia a aquella persona que requiere al menos supervisión para realizar estas actividades.

5.8 Procedimientos:

Primero se realizó una selección de pacientes adultos mayores que consultaron durante todo el mes de julio del año 2017 por cualquier padecimiento en el horario de 7: 30 am a 3: 30 pm en los Equipos Comunitarios de Salud involucrados en la investigación para verificar la cantidad de instrumentos que serían aplicados ese día.

-En segundo lugar se procedió a explicar a cada uno de los adultos mayores durante la charla diaria impartida por enfermería o promotores de salud comunitarios sobre el estudio que se realizó y la necesidad de colaboración de cada uno, se procedió a la preparación de los consentimientos informados para aquellos pacientes que aceptaban ser parte de la investigación, primero se dio la consulta por el padecimiento o enfermedad crónica del paciente y se realizó el examen físico rutinario, luego se procedió a solicitar el consentimiento informado de cada adulto mayor, la consulta en el ECOSFB no tiene un límite de duración lo que estableció una ventaja para la aplicación de los instrumentos.

-Tercero, si el paciente no aceptaba se proseguía con los demás pacientes, si el paciente aceptaba su participación se procedía a la firma o colocación de huellas dactilares en el consentimiento informado y se inició la aplicación de los instrumentos, el primer instrumento a aplicar fue la escala abreviada de depresión de Yesavage, para realizar el tamizaje sobre pacientes adultos mayores con depresión y sin depresión.

-Se aplicó la escala sobre dependencia de las actividades diarias de KATZ para establecer la categoría de dependencia en la que se encontraba el adulto mayor. Posterior a la aplicación de ambas escalas se procedió al llenado de una matriz de datos demográficos, socio económico y biológico del paciente.

-Posteriormente se procedió a la revisión de cada uno de los instrumentos dividiendo a los pacientes en dos categorías: Sin depresión o con depresión (incluye depresión leve, moderada y severa), se analizaron por separado cada una de las categorías y se revisaron las condiciones de dependencia y características sociodemográficas y económicas de los adultos deprimidos y los no deprimidos.

-Se procedió a un análisis comparativo de ambas categorías de adulto mayor para ver cuáles eran las características de cada uno y como estas influyen en el desarrollo de los padecimientos depresivos de los adultos mayores tamizados.

-Los adultos mayores con diagnóstico de depresión establecida fueron referidos a la unidad de psicología de su Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia correspondiente para su manejo adecuado según la especialidad que requiriera su tratamiento.

5.9 Validación del instrumento.

Una vez aprobado el instrumento, se procedió a la realización de una prueba piloto para verificar la comprensión y el tiempo de aplicación de este en los adultos mayores, se

realizó los primeros 3 días del mes de julio con una muestra pequeña de 10 adultos mayores por ECOSF involucrado con un total de 30 pacientes mayores de 60 años.

Se verifico la viabilidad de la aplicación del instrumento, se estableció que es más fácil su utilización cuando el llenado era realizado por el encuestador y debía ser leído en voz alta al adulto mayor, su tiempo de aplicación no superaba los 10 minutos y las preguntas eran fácilmente comprendidas por los adultos mayores.

Se modificaron las siguientes preguntas pues se evidencio que debido a que el instrumento está diseñado para población americana, no comprendían algunas frases:

ESCALA DE YESAVAGE	
PREGUNTA	MODIFICACION
¿Cree que es estupendo estar vivo?	¿Es bonito estar vivo?
¿Se siente sin esperanza?	¿Cree que su vida puede ser mejor?

5.10 Procesamiento de la información.

Se emplearán los programas informáticos Microsoft Word y Excel para el procesamiento de los datos, antes de la inserción de datos en estos programas se utilizarán una serie de tablas para dividir a los pacientes tamizados en dos categorías que pueden ser comparadas.

Se emplea como estadística el programa EPI-INFO un programa de software gratis del dominio público desarrollado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). Epi Info permite que los usuarios, revisen los datos de la encuesta para valores atípicos y datos inconsistentes; lleven a cabo un análisis descriptivo de los datos de la encuesta; generen archivos con los resultados del análisis con facilidad.

5.11 Presentación de resultados.

Posterior a la tabulación de los datos con sus cifras se elaboraron graficas de manera digital para que sean presentados de una forma dinámica, llamativa e interactiva, estas graficas facilitan la realización del análisis comparativo entre los adultos mayores con depresión y sin depresión para establecer las características que individualizan a cada uno.

5.12 Análisis de Datos:

El análisis de los resultados estuvo correlacionado con la fundamentación teórica recabada, buscando que los datos obtenidos generen reflexión sobre la presencia de depresión en los adultos mayores evaluados y los que no padecen depresión, realizando un análisis de las características que individualizan a cada una de las dos categorías.

Se realizó un exhaustivo análisis de los resultados encontrados para comprender de manera completa los factores que están presentes de manera más frecuente en los adultos mayores que padecen trastornos depresivos y cuáles son los factores protectores que presentan los adultos mayores que no presentan estos trastornos depresivos.

5.13 Matriz de operacionalización de variables.

OBJETIVOS	VARIABLES DEFINICION DE VARIABLES	INDICADOR	VALOR	INSTRUMENTO
<p>Establecer las características, sociodemográficas, económicas y biológicas presentes en los adultos mayores que consultan a los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B)</p>	<p>Características sociodemográficas Los factores sociodemográficos, intervienen en el desarrollo individual y colectivo de la persona. Ubicación de vivienda. Conformación de grupo familiar.</p>	<p>Número de pacientes según característica sociodemográfica/ total de pacientes x100.</p>	<p>Frecuencia. Porcentaje numérico.</p>	<p>Encuesta.</p>
<p>Verificar el diagnóstico de Depresión utilizando la escala Yesavage de entre los adultos mayores que consultan a los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B).</p>	<p>Características económicas: obtención de bienes materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene empleo. 	<p>Número de pacientes según características económicas/ total de pacientes x100.</p>	<p>Frecuencia. Porcentaje numérico.</p>	<p>Encuesta.</p>
<p>Verificar el diagnóstico de Depresión utilizando la escala Yesavage de entre los adultos mayores que consultan a los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B).</p>	<p>Características biológicas: características del funcionamiento fisiológico del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo. • Enfermedades crónicas. • Vicios del paciente. 	<p>Número de pacientes según características biológicas/ total de pacientes x100.</p>	<p>Frecuencia. Porcentaje numérico.</p>	<p>Encuesta.</p>

	<p>La escala de Yesavage se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.</p> <p>No deprimido. Deprimido.</p>	<p>Número de pacientes según escala de Yesavage/ total de pacientes x100</p>	<p>Razón. Porcentaje numérico.</p>	<p>Escala de depresión del adulto mayor abreviada de Yesavage.</p>
<p>Establecer las condiciones de dependencia en la realización de actividades de la vida diaria y cuidado, utilizando la escala de KATZ en los adultos mayores que consultan a los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B).</p>	<p>La escala Funcional de Katz mide niveles elementales de función física.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grados A-B • Grados C-D • Grados E-G 	<p>Número de pacientes según categoría de escala Katz/ total de pacientes x100.</p>	<p>Razón Porcentaje Numérico.</p>	<p>Escala funcional de Katz.</p>

<p>Verificar cuales son los factores asociados al diagnóstico de Depresión establecido por tamizaje en los en los adultos mayores que consultan a los Equipos Comunitarios de salud básicos (UCSF-B). Comparando con los encontrados en el grupo de pacientes que resultaron como no Deprimidos.</p>	<p>Análisis comparativo entre los pacientes tamizados:</p> <p>Resultado sobre variables biológicas. Resultado de variables sociales. Resultado de variables socio demográficas. Dependencia en la realización de actividades de la vida diaria.</p>	<p>Casos diagnosticados en hombres/ casos diagnosticados en mujeres.</p> <p>Pacientes con depresión/ pacientes sin depresión.</p> <p>Porcentaje de pacientes diagnosticados con depresión/número total de pacientes.</p> <p>Cantidad de pacientes diagnosticados con depresión en julio del 2017/ total de población en riesgo de padecer depresión.</p>	<p>Razón numérica.</p> <p>Proporción numérica.</p> <p>Prevalencia puntual</p> <p>Frecuencia.</p>	<p>Tablas comparativas. Graficas. Tablas de frecuencia.</p>
--	---	--	--	---

6. RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo durante el mes de julio del 2017, a 150 adultos mayores de 60 años, consistió en una encuesta individual a cada paciente, se aplicó la escala de Yesavage abreviada y se clasificaron a los pacientes en dos categorías; los que tenían un resultado normal y los que presentaban depresión establecida, 123 de los pacientes entraron en la primera clasificación, es decir, que tenían un resultado normal o depresión leve y solo 27 mostraron depresión establecida. (Tabla 1).

TABLA 1.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, SEGÚN RESULTADO DE ESCALA YESAVAGE.

ESCALA DE DEPRESION DE YESAVAGE ABREVIDA	
CLASIFICACION	FRECUENCIA
A NORMAL	82
B DEPRESION LEVE	41
C DEPRESION ESTABLECIDA	27
TOTAL	150

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El rango de edad de los pacientes fue desde los 60 hasta los 92 años, los adultos mayores de 60 y 70 años se presentaron con una frecuencia de 65 pacientes, el segundo lugar en frecuencia de población fue la de 71 a 80 años con 44 pacientes, seguidos de cerca por los adultos entre los 81 a 90 años que fueron 34 y los adultos mayores de 90 años fueron 7.

(Tabla 2-A).

TABLA 2.

2-A) DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, SEGÚN EDAD.

EDAD DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS	
EDAD	FRECUENCIA
DE 60 A 70 AÑOS	65
DE 71 A 80 AÑOS	44
DE 81 A 90 AÑOS	34
MAS DE 90 AÑOS	7
TOTAL	150

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

Se entrevistaron 89 pacientes del sexo femenino y 61 del sexo masculino (Tabla 2-B), posteriormente se realizó una relación entre sexo y categoría de estado depresivo, que demostró que 16 pacientes del sexo masculino de los 27 del total presentaron depresión establecida. (Tabla 2-C).

2-B) DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, SEGÚN SEXO.

SEXO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS	
FEMENINO	89
MASCULINO	61
TOTAL	150

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

2-C) DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, COMPARANDO EL SEXO CON EL GRADO DE DEPRESION DETECTADO.

COMPARACION DE SEXO DE PACIENTES ESTUDIADOS		
SEXO	NORMAL O DEPRESION LEVE	DEPRESION ESTABLECIDA
FEMENINO	78	11
MASCULINO	45	16
TOTAL	123	27

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

Los 150 pacientes viven el área rural, se investigaron los materiales de construcción de las viviendas de los pacientes para determinar su calidad de vida y características sociodemográficas (Tabla 3).

TABLA 3.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, SEGÚN CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

MATERIALES DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA	
LAMINA	68
LADRILLO	22
MIXTA	60
TOTAL	150

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

La mayor frecuencia de pacientes tiene viviendas de lámina o una combinación de materiales como el lodo, el adobe y la madera. Los pacientes entrevistados no cuentan con un empleo remunerado, solo 24 tienen acceso a una pensión y 47 tienen un empleo remunerado, que manifiestan no es formal. (Tabla 4).

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, SEGÚN LOS INGRESOS ECONOMICOS.

INGRESOS ECONOMICOS DE LOS ADULTOS MAYORES	
EMPLEADO	47
DESEMPLEADO	79
JUBILADO	24
TOTAL	150

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

Se investigó el status de paternidad de los adultos mayores en el estudio preguntando si tienen o no hijos y realizando una relación entre paternidad y presencia de depresión establecida 141 de los 150 adultos mayores son padres de familia. (Tabla 5).

TABLA 5.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, SEGÚN STATUS DE PATERNIDAD.

ADULTOS MAYORES PADRES DE FAMILIA			
HIJOS	NORMAL O DEPRESION LEVE	DEPRESION ESTABLECIDA	TOTAL
SI TIENEN HIJOS	118	23	141
NO TIENEN HIJOS	5	4	9
TOTAL	123	27	150

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

La paternidad no represento un factor protector para la presencia de Trastornos Depresivos en el adulto mayor. Uno de los acápite del instrumento fue el consumo de bebidas alcohólicas y el uso de tabaco 27 adultos mayores manifiestan consumir alcohol, 20 manifiestan fumar. (Cuadro 6 A y 6 B).

TABLA 6.

6- A) DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, SEGÚN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN ADULTOS MAYORES		
CONSUMO	NORMAL O DEPRESION LEVE	DEPRESION ESTABLECIDA
SI CONSUME BEBIDAS	13	8
NO CONSUME BEBIDAS	110	19
TOTAL	123	27

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

6-B) DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, SEGÚN EL CONSUMO DE TABACO.

CONSUMO DE TABACO EN ADULTOS MAYORES		
CONSUMO	NORMAL O DEPRESION LEVE	DEPRESION ESTABLECIDA
SI FUMA	14	6
NO FUMA	109	21
TOTAL	123	27

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

La presencia de enfermedades crónicas es común en el adulto mayor, se investigó la frecuencia de estas en los mayores de 60 años, siendo las más comunes la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus tanto en adultos mayores sanos como en los que padecen depresión establecida. (Tabla 7).

TABLA 7.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, SEGÚN PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS.

PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS EN LOS ADULTOS MAYORES			
ENFERMEDAD CRONICA	NORMAL Y DEPRESION LEVE	DEPRESION ESTABLECIDA	TOTAL
HIPERTENSION ARTERIAL	61	25	86
DIABETES MELLITUS	43	20	63
ASMA	0	2	2
GASTRITIS	0	4	4
BRONQUITIS	0	0	0
ARTRITIS	19	16	35

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El grupo familiar de estos adultos mayores estudiados en su mayoría está completo, es decir compuesto por esposo/a, hijos y nietos todos en la misma casa, 49 de los adultos mayores solo viven con sus hijos, 21 viven solo con su cónyuge y 12 viven solos, el tener una familia completa no es garante de una mejor salud mental pues la mayoría de pacientes en el estudio con depresión establecida no se sienten apoyados por su familia. (Cuadro 8).

TABLA 8.

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE CONSULTARON A LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017, SEGÚN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES		
COMPOSICION	NORMAL Y DEPRESION LEVE	DEPRESION ESTABLECIDA
FAMILIA COMPLETA	57	11
SOLO HIJOS	41	8
ESPOSO/A	16	5
SOLO	9	3
TOTAL	123	27

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

7. DISCUSION

Las características sociales, biológicas y psicológicas de los adultos mayores de 60 años que consultan en los ECOSFB de Colon, San Isidro Lempa y San Cristóbal son muy particulares, con la aplicación de la Escala de Depresión de Yesavage se logró identificar que el 54.5% de pacientes están en la categoría de normal; es decir, no padecen de ningún trastorno depresivo, el 25.3% dieron como resultado Depresión leve y el 18% de los adultos mayores entraron en la categoría de Depresión establecida, en la mayoría de casos los adultos mayores mostraron resultados diversos a los ítems del instrumento, tuvieron respuestas emocionales diferentes lo que demuestra que las preguntas contenidas en este instrumento logran el cometido de identificar alteraciones del afecto en los adultos mayores. La detección de los cuadros depresivos se ve afectada pues puede confundirse con la sintomatología propia de la vejez.

El envejecimiento es un proceso universal, hay pérdida de las capacidades adquiridas durante el desarrollo y todos los sistemas van alcanzando la madurez tisular, celular y orgánica, durante la investigación la edad de los pacientes el mayor porcentaje de estos se encuentra entre los 60-70 años representando más del 40% de los pacientes encuestados, seguidos de pacientes de 71-80 años que representan el 29.1%, el menor porcentaje lo representan los pacientes mayores de 90 años, contrastantemente los pacientes mayores de 90 años son los que mayor presencia de trastornos depresivos establecidos representaron, con un porcentaje del 16.6%, podría extrapolarse al hecho que son los pacientes con más dificultades tienen para sus actividades de la vida diaria y para transportarse y están sufriendo con más fuerza los cambios fisiológicos, sociales y psicológicos pues el adulto mayor debe adaptarse a nuevos desafíos en el aprendizaje y estilos de vida en años previos, algunos de los adultos mayores se vuelven más irritables, mas egoístas mientras que otros desarrollan más la tolerancia.

El riesgo para el desarrollo de trastornos depresivos es mayor según la bibliografía en mujeres que en hombres con proporción de 2:1. En cuanto a lo observado en la investigación y lo relacionado al sexo de los pacientes adultos mayores el mayor porcentaje de consultas es del sexo femenino, quienes representaron el 50% de las encuestadas, de manera contrastante las pacientes del sexo femenino representan menor porcentaje en la presencia de trastornos depresivos, pues en la categoría de normal y depresión leve representaron el 63.4%, en el caso del sexo masculino a pesar que su porcentaje de consulta es menor (aproximadamente el 40%), estos representaron la mayor cantidad de casos de depresión establecida con un 62.5%. Puede atribuirse a que

según la OMS la mayor presencia de cuadros depresivos se relaciona a altos niveles de tensión y alta tasa de violencia, en el caso de los adultos mayores estudiados del sexo masculino sufren gran tensión por la búsqueda de empleos, tienen más dificultades en sus relaciones familiares, son más dependientes en sus actividades de la vida diaria y por tanto eso explicaría por qué en la población de Colon, San Isidro Lempa y San Cristóbal la relación de adultos mayores con depresión establecida se invierte 2:1 con mayor presencia en adultos mayores del sexo masculino.

Los adultos mayores de 60 años empiezan a manifestar problemas en cuanto al ámbito económico pues manifiestan gran dificultad para encontrar empleo el 38.6% de pacientes con un empleo fijo y remunerado dieron como resultado la ausencia de trastornos depresivos, la totalidad de pacientes con trastornos depresivos establecidos están desempleados, solo el 4% de estos tienen un ingreso por jubilación, lo que puede representar que la falta de empleo y oportunidades de este influye en los adultos mayores, ayudando a la manifestación de los trastornos depresivos en el adulto mayor.

Un factor de relevancia es que la mayoría de servicios de salud mental están ubicados todos en el área urbana, todo adulto tiene el derecho a una vivienda digna, en el caso de los adultos mayores de 60 años que fueron encuestados en el estudio la totalidad de viviendas se encuentran en el área rural lo que deja a los adultos mayores con más dificultades para la búsqueda de atención médica o asistencia en el área de salud mental, el mayor porcentaje de las viviendas están construidas de lámina lo que está muy relacionado con los bajos ingresos económicos de estos adultos mayores, solo el 43% manifiestan tener casas mixtas y de ladrillo. Una mejor condición de salud se relaciona también con el acceso de estas viviendas a los servicios básicos como el agua potable que en estos casos casi siempre se encuentra escasa y con una calidad deplorable, no apta para el consumo humano, con menor razón del adulto mayor.

La relación padre-hijo-cuidador es un factor de gran importancia en la aparición de trastornos depresivos. El apoyo familiar es muy importante en la condición de salud mental de los adultos mayores, en el caso de los pacientes que dieron un resultado normal o solo depresión leve el 99.5% manifiestan tener hijos y ser apoyados por su familia, en el caso de los adultos mayores con resultado de depresión establecida, estos tienen hijos en un 85.1% lo que representa un mayor porcentaje sin embargo también acotan que no se sienten apoyados por su familia en un 44.0% , a pesar de no ser la mayoría es un porcentaje representativo comparado a aquellos adultos mayores que no

tienen trastornos depresivos, la familia es parte fundamental de la calidad de vida del adulto mayor e influye en su bienestar.

Un factor que genera estrés y posiblemente la aparición de cuadros depresivos es el consumo de sustancias, existe la posibilidad que los adultos mayores debido a su condición de abandono o la percepción de este busquen el uso de bebidas alcohólicas o de tabaco, un 10.5% de pacientes consumen bebidas alcohólicas y el 11.3% son fumadores, la mayor cantidad de estos adultos mayores son del sexo masculino, las mujeres manifestaron haber probado alguna vez bebidas alcohólicas pero no son consumidoras habituales.

Parte importante del envejecimiento es el deterioro de los sistemas corporales y por tanto la presencia de enfermedades crónicas, las más representativas en los adultos mayores estudiados fueron la Hipertensión Arterial 49.5% y La Diabetes Mellitus 34.9% ambos trastornos con un pobre control medicamentoso de parte de los adultos mayores que manifiestan olvidar o no tomar sus medicamentos a tiempo, es de notar que en algunos casos hay varios padecimientos crónicos al mismo tiempo siendo la combinación más común la hipertensión más diabetes.

El adulto mayor muchas veces requiere cuidados especiales por parte de la familia, para su movilización, realización de actividades o simplemente una charla amena, la mayor parte de los adultos mayores, en su mayoría los adultos mayores viven con toda su familia incluyendo esposa hijos y nietos, un porcentaje importante manifestó vivir solo con sus hijos debido a haber sufrido la pérdida de su cónyuge en un 29.5%.

Una influencia importante en el bienestar del adulto mayor es el poder realizar solo su actividades de la vida diaria, los adultos mayores que muestran dependencia en todas sus actividades de la vida diaria tienen un mayor porcentaje de trastornos depresivos, mientras que una capacidad completa para la realización de todas sus actividades de la vida diaria se relaciona con resultados normales en la escala de Yesavage donde un 88% de pacientes son independientes de manera total, mientras que en los pacientes con depresión establecida solo el 44% son totalmente independientes en sus actividades de la vida diaria.

Respecto a la pertenencia a grupos de adulto mayor el porcentaje más grande de pacientes no pertenecen a ningún grupo de adulto mayor y en algunos casos incluso manifestaron incluso no estar interesados a pertenecer a uno, pues consideran que no

es prudente mantenerse rodeado de personas adultas mayores, prefieren mantenerse aislados en su casa o salir a dar paseos sin compañía, solo el 29.6% de adultos mayores con trastornos depresivos ya establecidos pertenecen a grupos de adulto mayor, el aislamiento puede ser una causal o una consecuencia de los trastornos depresivos en el anciano.

Si se realiza una comparación entre los adultos mayores con resultado normal y depresión leve y los pacientes con depresión establecida, estos últimos son en su mayoría del sexo masculino, de mayor edad, con mayor índice de desempleo, viven en su mayoría solo con sus hijos pero no perciben el apoyo familiar que requieren, padecen de mayor cantidad de enfermedades crónicas y viven en su mayoría en viviendas de pobre calidad y con altos índices de hacinamiento lo cual no les proporciona el bienestar físico, mental y social que requieren para una calidad de vida digna. Los pacientes con resultado normal y depresión leve son más jóvenes, tienen menos cantidad de enfermedades crónicas, tienen un ingreso económico propio debido a un empleo fijo, viven con su familia completa, también viven en condiciones de pobreza y hacinamiento pero se sienten apoyados por su grupo familiar, en mayor medida pertenecen a grupos de adulto mayor y no consumen bebidas alcohólicas, ni tabaco, el mayor porcentaje de estos pacientes son del sexo femenino y son las que en mayor porcentaje consultan.

8. CONCLUSIONES

1. Como se puede demostrar en los resultados presentados hay importante presencia de trastornos depresivos en los adultos mayores de 60 años de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, evidenciado por los resultados en la escala de depresión de Yesavage.

2. La presencia de Depresión Establecida es mayoritaria en el sexo masculino, que en mayor porcentaje viven solo con sus hijos y no cuentan con una adecuada red de apoyo de parte de su familia, lo que favorece los sentimientos de soledad y por tanto los trastornos depresivos del adulto mayor.

3. El empleo y tener un ingreso propio como una pensión es un factor protector para el bienestar y ausencia de trastornos depresivos en el adulto mayor, el desempleo es importante en pacientes con depresión establecida y favorece el sentimiento de inutilidad y dependencia.

4. La hipertensión y la diabetes mellitus son los padecimientos que más se presentan en los adultos mayores con depresión establecida, hacen que el paciente se sienta vulnerable e incapaz de realizar actividades de la vida diaria y que no se consideren capaces de buscar un empleo.

5. La mayoría de los adultos mayores que consultaron en los ECOSFB estudiados aún son capaces de realizar sus actividades de la vida diaria, la dependencia en la realización de estas actividades se relacionó con más presencia de casos de depresión establecida.

6. El consumo de bebidas alcohólicas y tabaco no es representativo en los adultos mayores estudiados y no puede tomarse como una variable que determine la presencia de trastornos depresivos en el grupo poblacional estudiado.

9. RECOMENDACIONES

A los médicos coordinadores de los Equipos Comunitarios de Salud:

1. Incluir a los trastornos depresivos del adulto mayor en la programación de las reuniones de educación continua que se realizan quincenalmente con el equipo técnico que compone a los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (médicos, licenciadas en enfermería, auxiliar de enfermería y promotores de salud), para que puedan reconocer la sintomatología de estos trastornos y sea más fácil la identificación de pacientes que cumplan con los criterios facilitando la referencia desde la comunidad a la unidad de salud comunitaria.

2. Presentar los resultados de la presente investigación durante las mesas de dialogo comunitarias integradas por líderes comunitarios, adolescentes líderes, pastores evangélicos, sacerdotes católicos y adultos mayores lideres para socializar los resultados y realizar una reflexión sobre las acciones a tomar para ayudar a los adultos mayores y como poder identificar los casos de adultos mayores con trastornos depresivos.

3. Como médicos coordinadores de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar de Colon que pertenece a la micro red “La Cumbre”, San Isidro Lempa de la micro red “Joya de Ceren” y San Cristóbal Cuscatlán, solicitar la inclusión de los Trastornos depresivos en el adulto mayor en los acápite a discutir dentro de las reuniones de RIIS municipal, buscando con esto socializar los resultados y que sea incluido un atestado en el acta que se elabora al final de la reunión, dando relevancia a la presencia y vital identificación temprana de adultos mayores con trastornos depresivos en cada uno de los ECOSF B que componen las micro redes anteriormente mencionadas.

Al personal de enfermería:

1. Incluir el tema de los trastornos depresivos del adulto mayor en los ECOSFB, durante las charlas diarias que se dan antes de la consulta general y durante las visitas comunitarias realizadas por los ECOSFB, que incluyan la definición, los síntomas y como debe actuarse ante la presencia de trastornos depresivos en el adulto mayor, de una manera fácil de comprender para que logren identificarse más casos en la comunidad y ayudar a la consulta temprana por estos trastornos en la clínica comunitaria correspondiente.

2. Identificar a los pacientes mayores de 60 años durante la anotación de la consulta diría y durante la elaboración de las notas de enfermería indagar en el estado de ánimo del adulto mayor, sus perspectivas de vida y auto percepción para identificar aquellos que muestren deterioro del afecto.

A los promotores de salud comunitaria:

1. Durante la visita comunitaria a adultos mayores con enfermedades crónicas, identificar aquellos adultos mayores que muestren sintomatología depresiva, anotar en la hoja de evolución y dispensarización familiar para incluir a estos adultos mayores en las visitas comunitarias que realizan los médicos coordinadores, tamizar a estos adultos mayores e identificar aquellos con Depresión Establecida para tomar las acciones medicas pertinentes o dar una referencia oportuna a estos adultos mayores.

2. Durante los acercamientos comunitarios invitar a los adultos mayores de 60 años para que tengan una participación comparable a la de los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas, para brindarles atención medica pues además de trastornos depresivos, los adultos mayores también padecen de enfermedades crónicas.

A las Unidades Comunitarias Especializadas responsables de los ECOSFB Colon, San Isidro Lempa y San Cristóbal:

1. Recibir y brindar una atención psicológica de calidad a los adultos mayores de 60 años referidos que presentan sintomatología de trastornos depresivos, reforzar su auto estima por parte de profesionales de la psicología o brindar una adecuada referencia a psiquiatría en los casos más severos.

2. Atender al adulto mayor de 60 años con amabilidad y de manera cálida puesto que los adultos mayores son muy sensibles e irritables y al menor trato tosco o al ignorar sus padecimientos ellos son prestos a ya no buscar atención medica al no considerarse importantes para los profesionales de salud y para la sociedad en general.

3. Garantizar siempre la presencia de un profesional de la salud mental en las unidades especializadas, la presencia de clubs de apoyo a la salud mental del adulto mayor y actividades de esparcimiento para los adultos mayores.

10. BIBLIOGRAFIA

¹ [A] CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Base de datos de población. Revisión 2016. - http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.html

² OMS “Datos interesantes acerca del envejecimiento (internet). (Citado 14 de enero de 2015). Recuperado a partir de: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

³ E. Márquez Cardoza, S. Soriano Soto, A. García Hernández y M.P. Falcón García a Unidad de Medicina Familiar. Estado de México. México

⁴ Salazar A. Reyes, M. Plata, S. Galvis, Montalvo C. “Prevalencia y Factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá”. Acta neurológica Colomb. Junio del 2015; pág. 31.

⁵ Estrada-Restrepo A, Cardona Arango D., Segura Cardona A. “Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Univ. Psycol 2013, pág. 81-94

⁶ National Institutes Consensus of Depression “Incidencia de depresión en una población de adultos mayores hospitalizados” (internet) (citado el 20 de febrero del 2007) Recuperado a partir de: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/413593>

⁷ Quezada y Recinos “Factores de riesgo y detección de trastorno depresivo en el adulto mayor hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital Nacional San Rafael”. 2016.

⁸ Olarte A. R. “Análisis de la depresión en el adulto mayor en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010”. Universidad CES- Universidad Del Rosario, 2012.

⁹ Friedhoff AJ. “Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life. “JAMA J Am Med Assoc. 26 de agosto de 1992; pág. 268.

¹⁰ Gálvez y Henríquez “Calidad de vida del adulto mayor de la unidad médica de Ilopango en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social en el periodo de septiembre 2013 a marzo del 2014”. Universidad de El Salvador. (2014).

¹¹ Belmarker, R. H. M. D. and AGAM G, PhD. Major Depressive Disorder- New England Journal of Medicine. (Internet). Enero 3, 2008. 358: 55-68 (Citado el 36 de mayo 2015). Recuperado a partir de <Http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra73096>

¹² John Man, J.M.D. The Medical Management of Depression. New England Journal of Medicine. Octubre 27, 2005, 353:1819-1834 (internet) (Citado el 25 de mayo de 2015). Recuperado a partir de:
<http://www.nejm.org/doi/pdf10/1056/NEJMra50730>

¹³ OMS “A public health approach to mental health”, chapter 1 World Health Organization. Pág. 3-17 (internet). (Citado el 2 de agosto del 2015) Recuperado a partir de:
Http://www.who.int/whr/2001/en/whro1_ch1_en.pdf?ua=1

¹⁴ Romero, EC. “Depresión y enfermedad cardiovascular”. Rev. Uruguay de Cardiología 2007; Vol. 22 Núm. 2 (internet) julio 12, 2007, (citado el 18 de agosto de 2015). Recuperado a partir de:
<Http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688>

¹⁶ DSM IV. “Diagnóstico y manual estadístico de las enfermedades mentales” pág. 323 Trastornos del estado de ánimo. (Internet). (Citado 5 de agosto del 2015). Recuperado a partir de:
Http://data.edras.cl/resources-files-repository/dsmiv_castellanocompleto.pdf

¹⁷ Bello, m, Lic. Psic, Puentes Rosas, E M en C, Medina Mora, M. Dra. En Psic, Lozano R. Mc. “Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México, Salud Publica México 2005.

¹⁸ Gutiérrez Q. J.R. “Prevalencia de alteraciones afectivas: depresión y ansiedad en la población salvadoreña”. (Internet) Rev. UTEC (Citado el 5 de agosto 2015). Recuperado a partir de:
<Http://biblioteca.utec.edu.sv/siab/virtual/entorno/56290.pdf>

11. ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO

Indicaciones: Realizar las siguientes preguntas al paciente, de manera que sean claras y en palabras que él pueda entender, con un tono de voz que él pueda escuchar, cada pregunta puede obtener como respuesta un “SI” o un “No” cada respuesta posee un valor, al final debe realizarse la sumatoria de los puntos, si este puntaje es mayor de 5, el paciente padece un trastorno depresivo y debe aplicársele el siguiente instrumento.

ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA

Está satisfecho con su vida	SI=0	NO=1
Ha abandonado sus tareas o pasatiempos	SI=1	NO=0
Siente que su vida está vacía	SI=1	NO=0
Se siente aburrido	SI=1	NO=0
Casi siempre está de buen humor	SI=0	NO=1
Tiene miedo que algo malo pueda pasarle.	SI=1	NO=0
Se siente feliz.	SI=0	NO=1
Se siente abandonado.	SI=1	NO=0
Prefiere no salir de la casa antes que hacer cosas nuevas.	SI=1	NO=0
Cree que tiene más problemas que otra gente.	SI=1	NO=0
Cree que es estupendo estar vivo.	SI=0	NO=1
Se siente inútil.	SI=1	NO=0
Se siente sin esperanza.	SI=1	NO=0
Se siente lleno de energía	SI=0	NO=1
Cree que otra gente vive mejor que usted.	SI=1	NO=0
TOTAL		

Resultado:

- A) 0-5 (Normal).
- B) 6-9 (Depresión Leve).
- C) Más de 10 (Depresión Establecida).

Indicaciones: Se presentan una serie de interrogantes para el paciente, preguntar con palabras que el paciente pueda entender y con un tono de voz que pueda escuchar fácilmente.

1. Edad: _____

60-70 años.

81-90 años.

71-80 años.

Más de 90 años.

2. Sexo:

Masculino.

Femenino.

3. Área:

Urbana.

Rural.

4. Materiales de su vivienda:

Lámina.

Ladrillo.

Mixta.

5. ¿Cuál es su condición de empleo actual?

Empleado.

Desempleado.

Jubilado.

1. ¿Qué cantidad de dinero dispone cada mes para sus gastos?

menor de 50 al mes más de 100 (continua)

de 50 a 100 al mes mas de 200

Otros: _____

2. Tiene hijos.

Si. No.

3. Consume bebidas alcohólicas (actualmente o en el pasado):

Si. No. Cuánto
consume_____

4. Fuma (actualmente o en el pasado):

Si. No. Cuántos
consume_____

5. Padece de alguna enfermedad crónica: (pueden marcarse varias)

Diabetes. Hipertensión.

Asma. Bronquitis.

Gastritis. Artritis.

6. Está en control por estos trastornos:

Si. No

12. Cumple con los medicamentos para sus enfermedades crónicas:

Si. No

13. Con quien vive en su casa:

Familia (esposa e hijos) Hijos Esposa. Solo

14. Pertenece a algún club de adulto mayor :

Si. No. No estoy interesado.

15. Se siente apoyado por su familia:

Si. No

Indicaciones: Aplicar la escala de Katz para determinar la dependencia del adulto mayor, realizar las preguntas de manera que el adulto mayor pueda entender y en un tono de voz que él pueda escuchar.

Actividad	Dependencia
Bañarse	Independiente (Se baña solo)
	Dependiente (Necesita ayuda)
Vestirse	Independiente (Se viste solo)
	Dependiente (Necesita ayuda para vestir).
Usar el baño.	Independiente (Puede usarlo solo).
	Dependiente (Necesita ayuda).
Moverse.	Independiente (No necesita ayuda para sentarse o llegara su cama).
	Dependiente (Requiere ayuda)
Continencia	Independiente (No se hace pipi, ni pupú, logra ir al baño)
	Dependiente (Se defeca o micciona sin percatarse).
Alimentación.	Independiente (Come solo).
	Dependiente (Necesita ayuda)
Total	Actividades dependiente: Actividades independiente:

- A: Independiente en todas las actividades.
- B: Independiente en todas las actividades menos una.
- C: Independiente en todas las actividades excepto bañarse y otra función.
- D: Independiente en todas las actividades excepto bañarse, vestirse y otra función.
- E: Independiente en todas las actividades excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función.

F: Independiente en todas las actividades excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función.

G: Dependiente en las seis funciones.

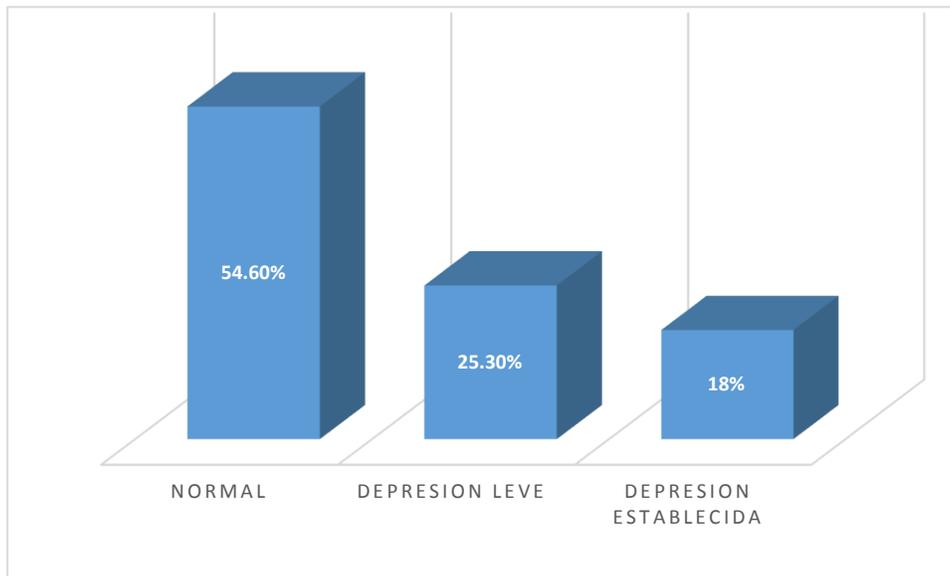
A B C D F G

ANEXO 2. GRAFICAS DE RESULTADOS

I. PRESENCIA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LOS ADULTOS (AS) MAYORES QUE CONSULTARON EN LOS ECOSF B COLON Y SAN ISIDRO LEMPA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN, EN JULIO 2017.

Gráfico n°1

Resultados de la aplicación de la Escala de Yesavage modificada en los adultos mayores de 60 años que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.



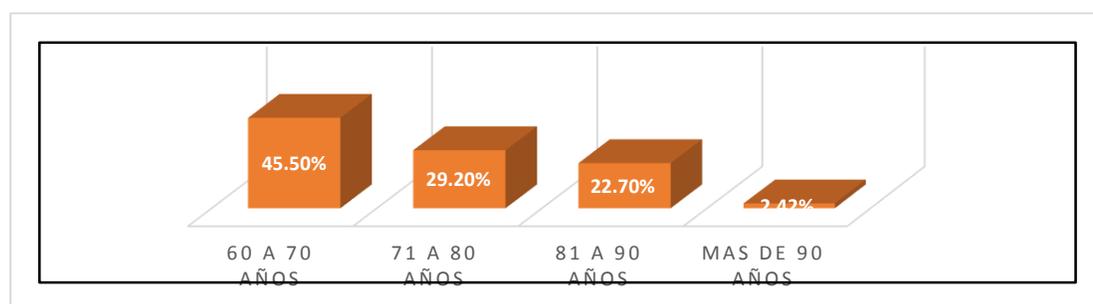
Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El 54.6% de los pacientes se encuentran en la categoría de normal según la Escala de Yesavage, un 25.3% de pacientes presentan Depresión Leve y el 18% de los pacientes encuestados presentan una Depresión Establecida.

II. CARACTERÍSTICAS, SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y BIOLÓGICAS PRESENTES EN LOS ADULTOS MAYORES QUE CONSULTAN A LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD BÁSICOS (UCSF-B) CON RESULTADO NORMAL Y DEPRESION LEVE EN LA ESCALA DE YESAVAGE.

GRÁFICO n°2

Edad de los adultos mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

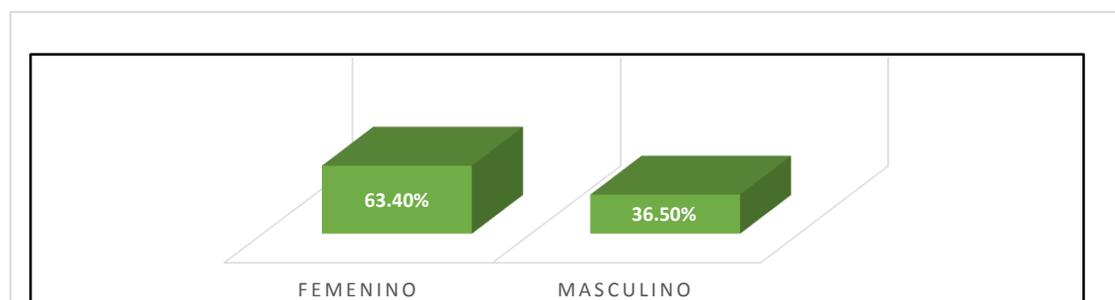


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

De los pacientes con resultado normal y depresión leve el 45.5% están entre los 60-70 años, el 29.2% tienen de 71-80%, el 22.7% tienen de 81-90 años y el 2.42% tienen más de 90 años.

Gráfico n°3

Sexo de los adultos mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

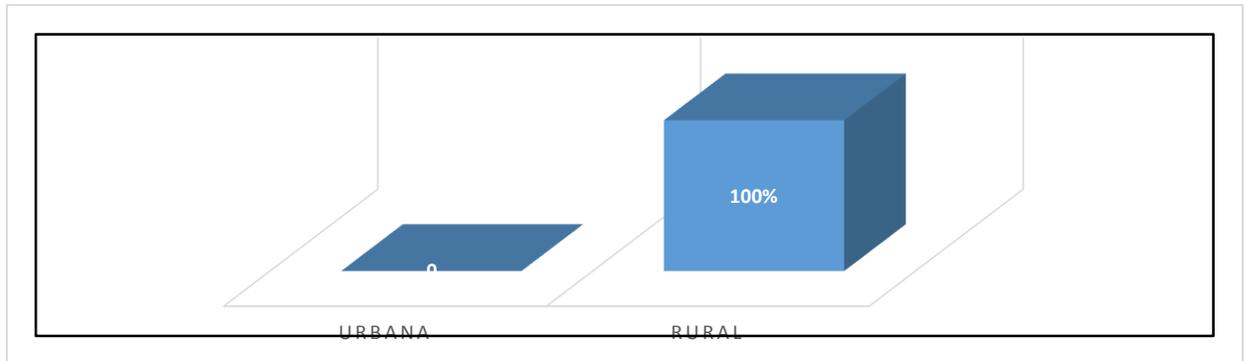


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El 63.4% de pacientes con resultado normal o depresión leve en la Escala de Yesavage son del sexo femenino y el 36.5% son del sexo masculino.

Gráfico n°4

Ubicación de la vivienda de los adultos mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

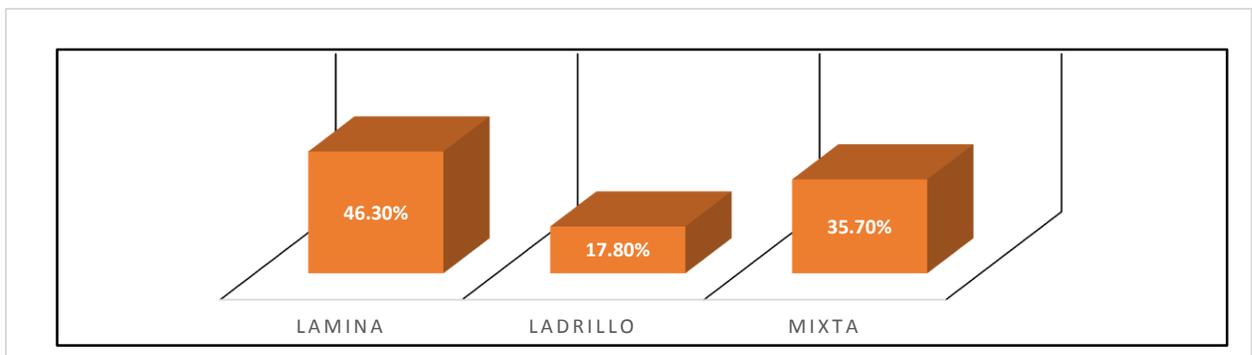


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El 100% de pacientes encuestados y que dieron resultado normal o depresión leve en la escala de Yesavage provienen del área rural.

Gráfico n°5

Materiales de la vivienda de los adultos mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

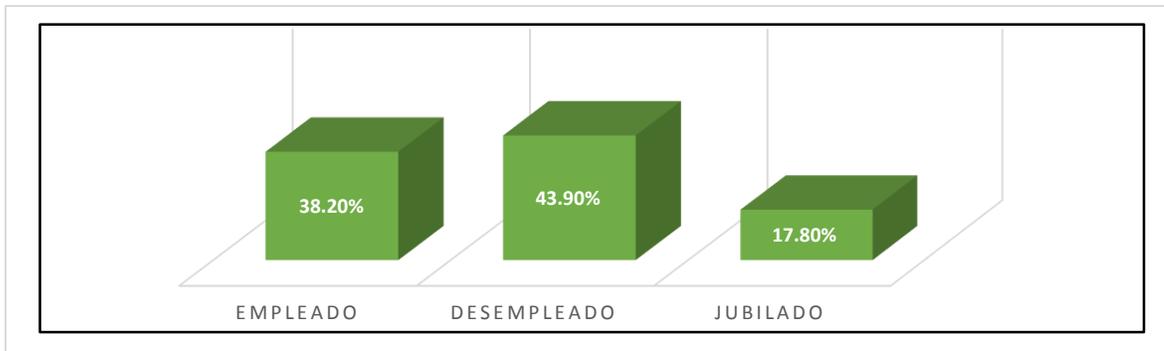


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El 46.3% de los entrevistados viven en una casa construida de lámina, el 17.8% estaba construida de ladrillo y el 35.7% manifestaban tener casa de diversos materiales como madera, block o una combinación de estos

Gráfico n°6

Ingresos económicos de los adultos mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

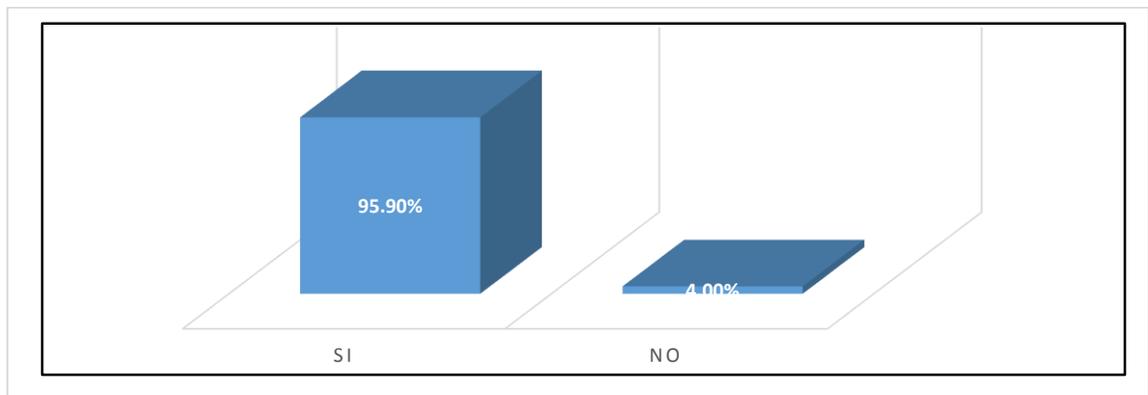


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El 38.2% de pacientes encuestados manifiestan tener un empleo, el 43.9% están desempleados y solo el 17.8% de los pacientes manifiestan estar jubilados y recibir una pensión.

Gráfico n°7

Adultos mayores de 60 años que manifiestan tener hijos, que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

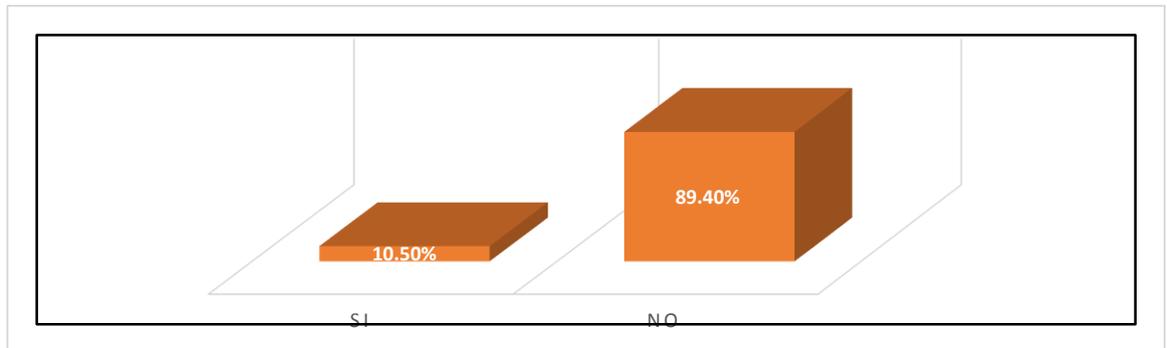


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El 95.9% de pacientes con resultado normal o depresión leve en la escala de Yesavage manifiesta tener hijos y solo el 4% de estos pacientes manifiesta no tener hijos ni biológicos, ni de crianza.

Gráfico n°8

Consumo de bebidas alcohólicas en adultos mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

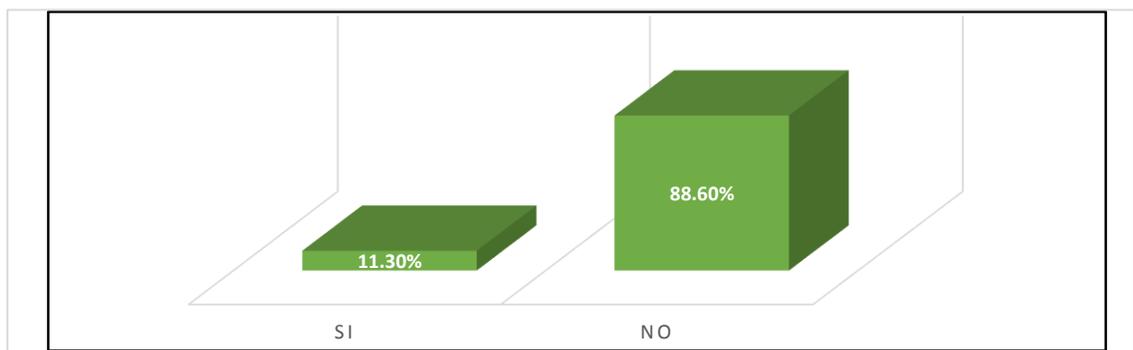


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El 10.5% de pacientes con resultado normal o depresión leve en escala de Yesavage manifiestan consumir o haber consumido bebidas alcohólicas, el 89.4% de pacientes manifiestan no consumir, ni haber consumido nunca bebidas alcohólicas.

Gráfico n°9

Consumo de tabaco en adultos mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

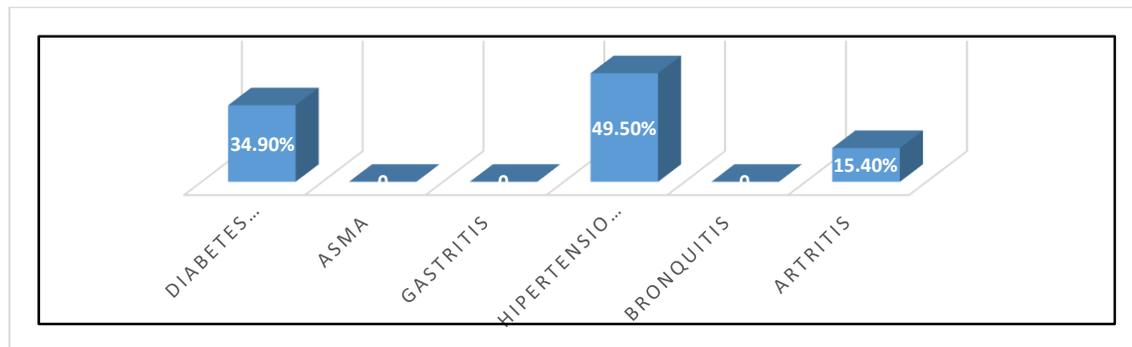


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El 11.3% de pacientes con resultado normal o depresión leve en escala de Yesavage manifiestan fumar, el 88.6% de pacientes manifiestan no consumir, ni haber consumido nunca tabaco.

Gráfico n°10

Presencia de enfermedades crónicas en adultos mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

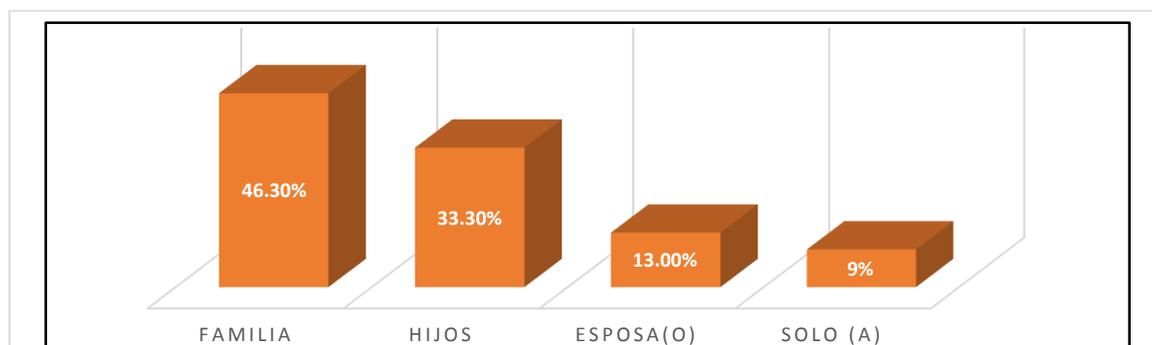


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El 49.5% de pacientes tienen el diagnóstico de hipertensión arterial, El 34.9% de pacientes manifiestan padecer de diabetes mellitus, el 15.4 % manifiestan padecer de artritis, Los padecimientos asma bronquial, gastritis o bronquitis no fueron mencionados por los encuestados.

Gráfico n°11

Composición del grupo familiar en adultos mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

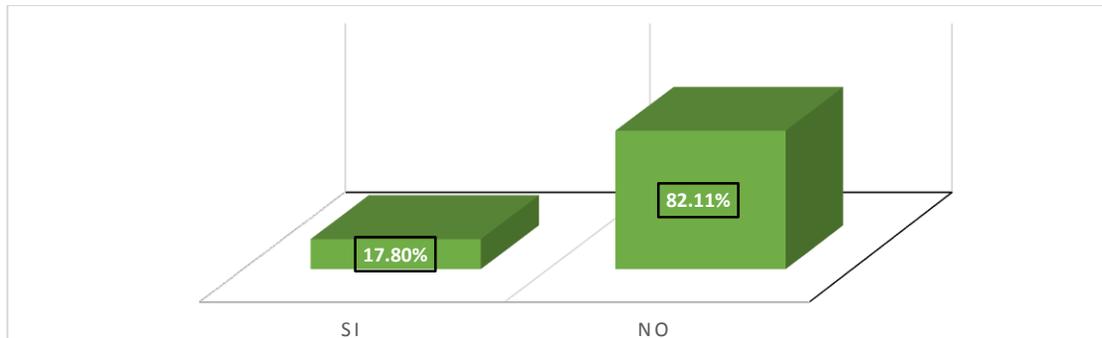


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal.

El 46.4% viven con su familia completa (esposa, hijos, nietos), el 33.3% únicamente con sus hijos, el 13% solo con su cónyuge y el 9% manifiestan vivir solos.

Gráfico n°12

Pertenencia a clubs de adulto mayor en mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

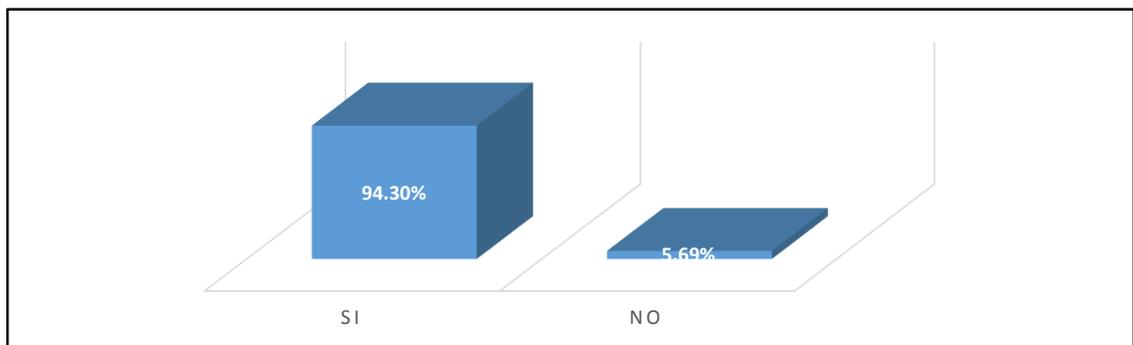


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

El 17.8% manifiesta pertenecer a club de adulto mayor ya sea de la unidad de salud o en la iglesia y el 83.11% no pertenece a ningún grupo de adultos mayores o no les interesa.

Gráfico n°13

Percepción de apoyo familiar en mayores de 60 años que presentaron resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

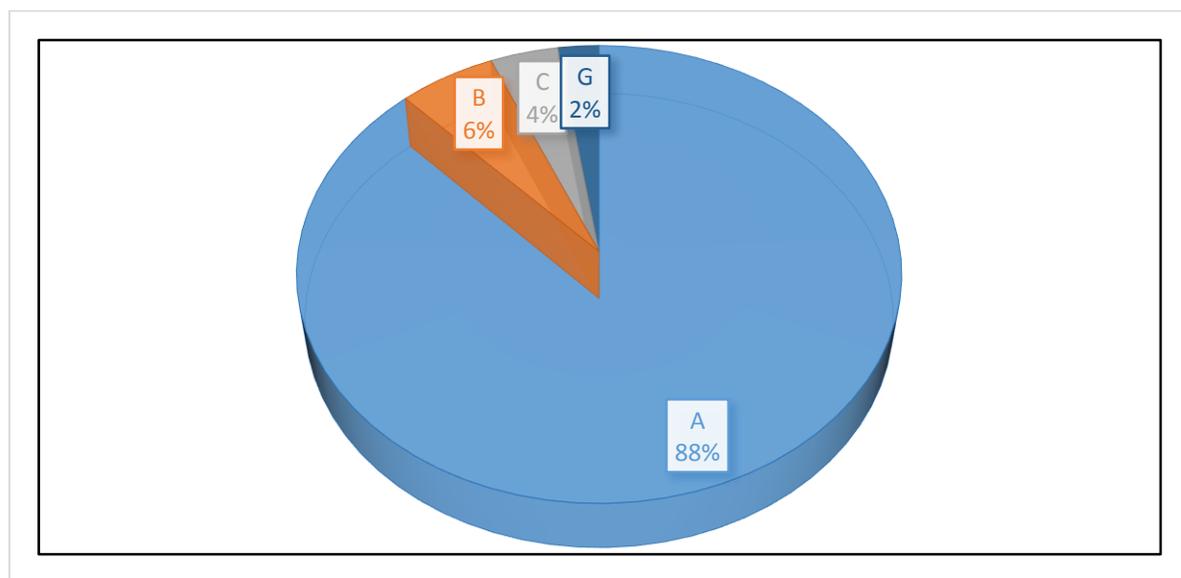


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

El 94.3% de encuestados con resultado normal y depresión leve en la escala de Yesavage manifiestan sentirse apoyados por su familia y solo el 5.69% no sienten el apoyo familiar.

III. CONDICIONES DE DEPENDENCIA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y CUIDADO, UTILIZANDO LA ESCALA DE KATZ EN LOS ADULTOS MAYORES QUE CONSULTAN A LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD BÁSICOS (UCSF-B) Y CUYO RESULTADO FUE NORMAL O DEPRESION LEVE EN LA ESCALA DE YESAVAGE.

GRÁFICO n°14



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

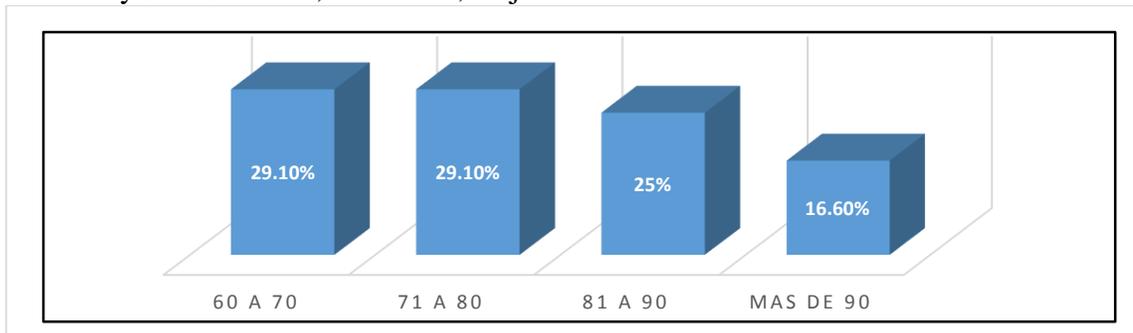
A	Independientes en todas las actividades
B	Independientes en todas las actividades menos una
C	Independientes en todas las actividades menos bañarse y otras funciones
D	Independientes en todas las actividades menos bañarse, vestirse y otras funciones
E	Independientes en todas las actividades menos bañarse, vestirse, uso de retrete y otras funciones
F	Independientes en todas las actividades menos bañarse, vestirse, uso de retrete, movilidad y otras funciones
G	dependiente en las seis funciones

Un 88% de pacientes manifestaron ser independientes en todas las actividades, el 6% eran independientes en todas las actividades menos una, el 4% no eran independientes para bañarse y el 2% eran dependientes en al menos 6 funciones.

IV. CARACTERÍSTICAS, SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y BIOLÓGICAS PRESENTES EN LOS ADULTOS MAYORES QUE CONSULTAN A LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD BÁSICOS (UCSF-B) CON RESULTADO DE **DEPRESION ESTABLECIDA** EN LA ESCALA DE YESAVAGE.

GRÁFICO n°15

Edad de los adultos mayores de 60 años que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

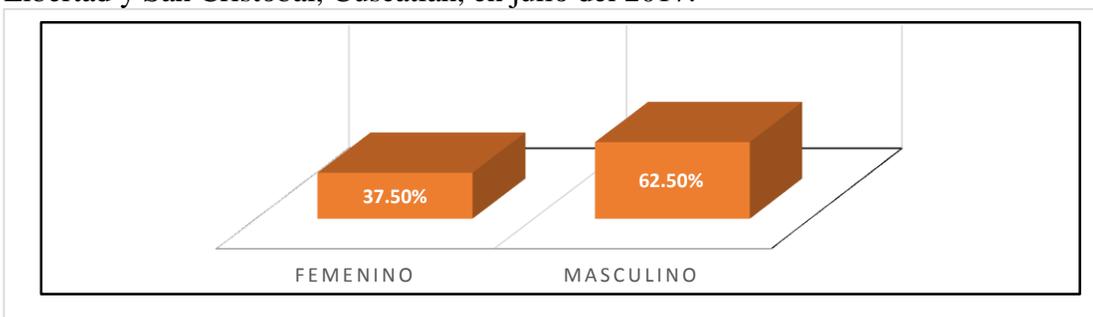


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

De los pacientes con depresión establecida según la Escala de Yesavage el 29.1% se encuentran entre los 60 y 70 años, el 29.1% de pacientes están entre los 71-80 años, el 25% son pacientes de 81-90 años y el 16.6% son mayores de 90 años.

GRÁFICO n°16

Sexo de los adultos mayores de 60 años que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

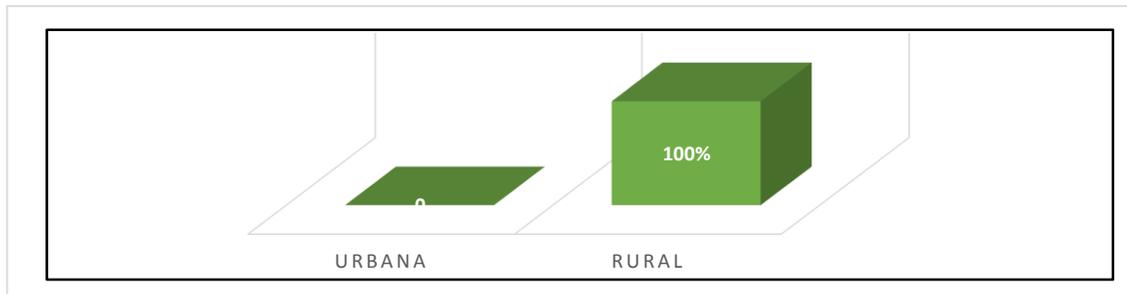


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

El 62.5% de adultos mayores con Depresión establecida son del sexo masculino, el 37.5% son del sexo femenino.

GRÁFICO n°17

Ubicación de la residencia de los adultos mayores de 60 años que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

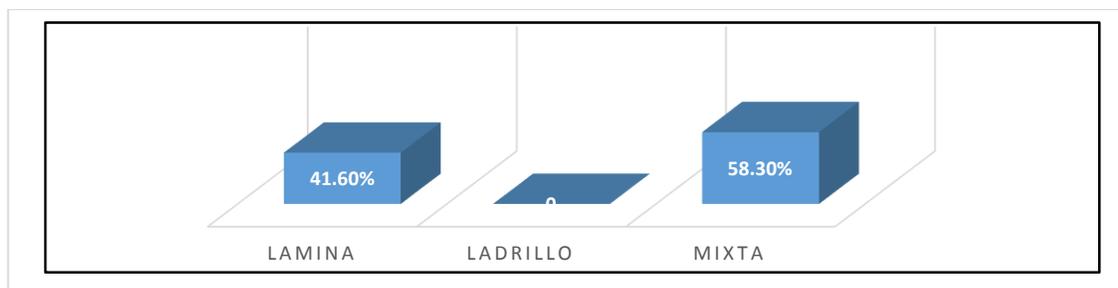


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

El 100% de adultos mayores con Depresión Establecida tienen su vivencia ubicada en el área rural.

GRÁFICO n°18

Materiales de la residencia de los adultos mayores de 60 años que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

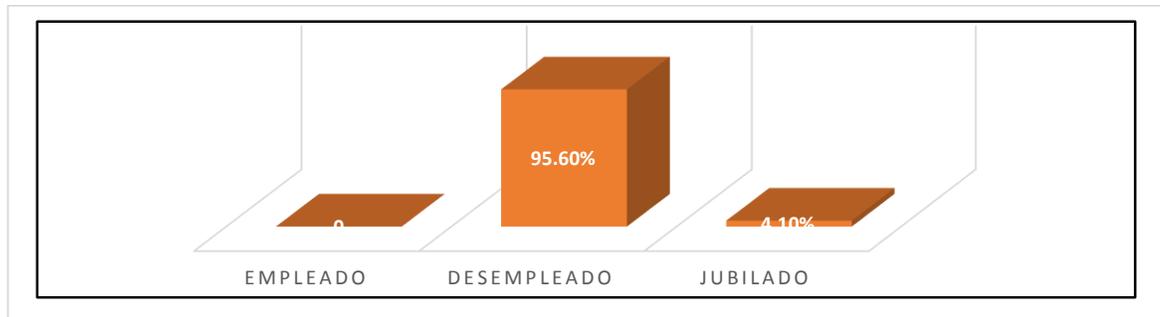


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

De los pacientes con depresión establecida el 41.6% tienen una vivienda de lámina, el 58.3% manifiestan tener una casa de materiales como madera, blocks o una combinación de estos, ninguno manifestó tener una casa de ladrillo.

GRÁFICO n°19

Ingresos económicos de los adultos mayores de 60 años que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

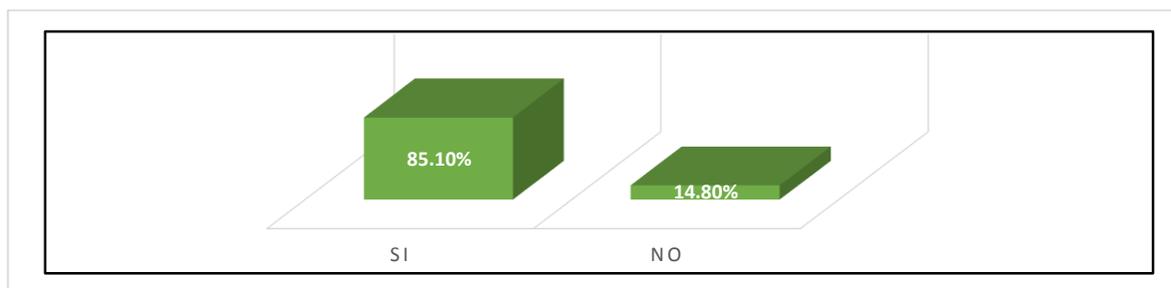


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

Un 95.6% de pacientes con depresión establecida están desempleados y solo el 4.1% reciben pensión, ninguno de ellos posee un empleo.

GRÁFICO n°20

Adultos mayores de 60 años con hijos que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

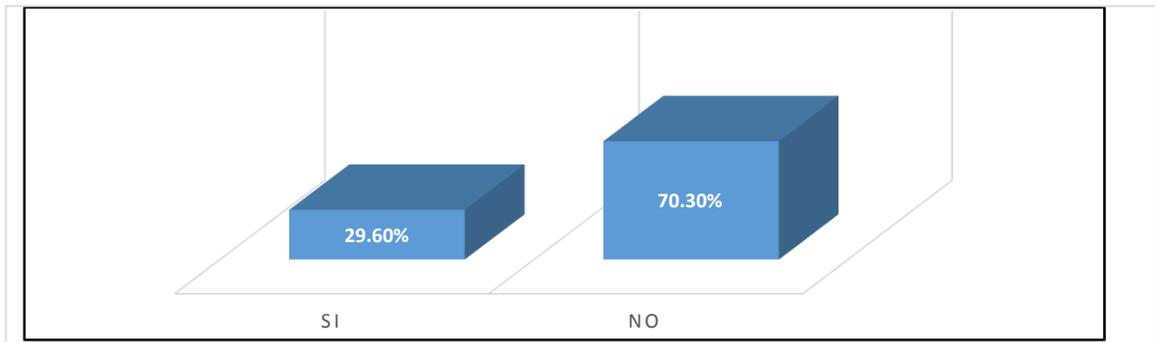


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

El 85.1% de pacientes con diagnóstico de depresión establecida según la Escala de Yesavage tienen hijos y el 14.8% no tienen hijos.

GRÁFICO n°21

Consumo de bebidas alcohólicas en los adultos mayores que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

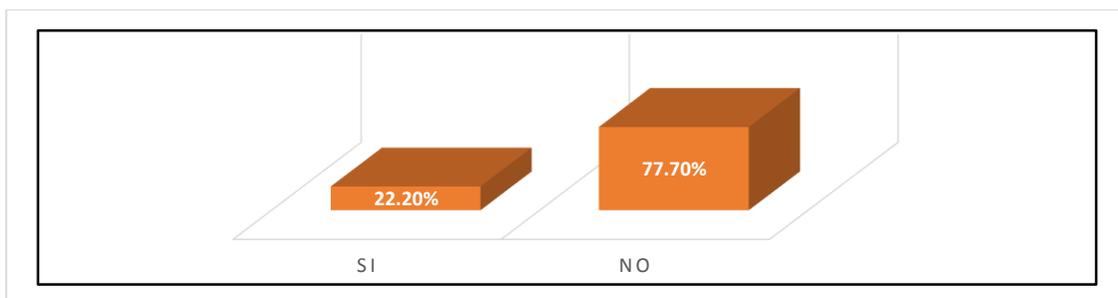


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

El 29.6% de adultos mayores con diagnóstico de Depresión Establecida Según la escala de Yesavage consumen o han consumido bebidas alcohólicas, el 70.3% de pacientes no consumen bebidas alcohólicas.

GRÁFICO n°22

Consumo de tabaco en los adultos mayores que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

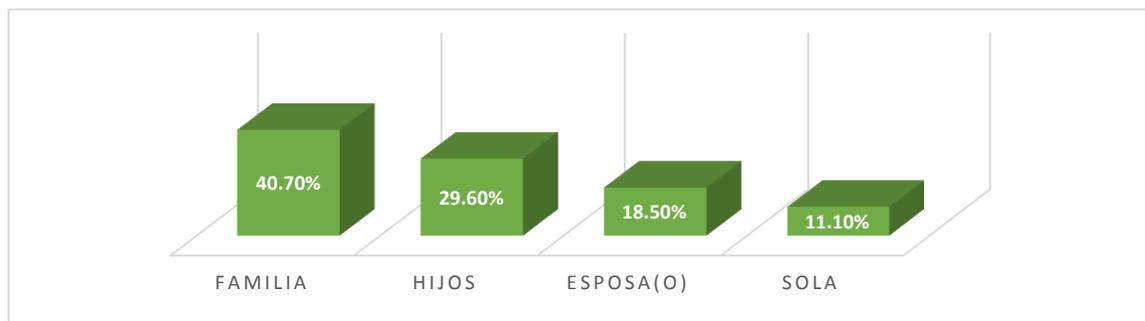


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

El 22.2% de pacientes con Depresión Establecida son fumadores y el 77.7% manifiesta nunca haber fumado en su vida.

GRÁFICO n°23

Composición del grupo familiar de los adultos mayores que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

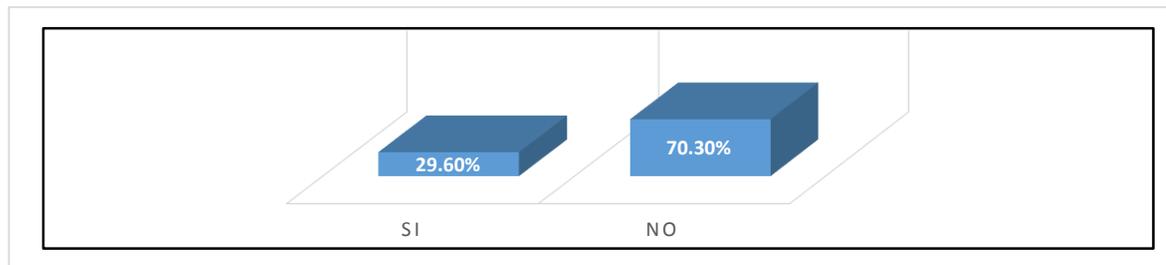


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

En los pacientes con diagnóstico de Depresión Establecida según la Escala de Yesavage el 40.7% vive con su grupo familiar completo incluyendo hijos, esposa y nietos, el 29.6% vive solo con sus hijos, el 18.5% solo con su esposa y el 11.1% viven solos.

GRÁFICO n°24

Pertenencia a clubs de la tercera edad de los adultos mayores que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

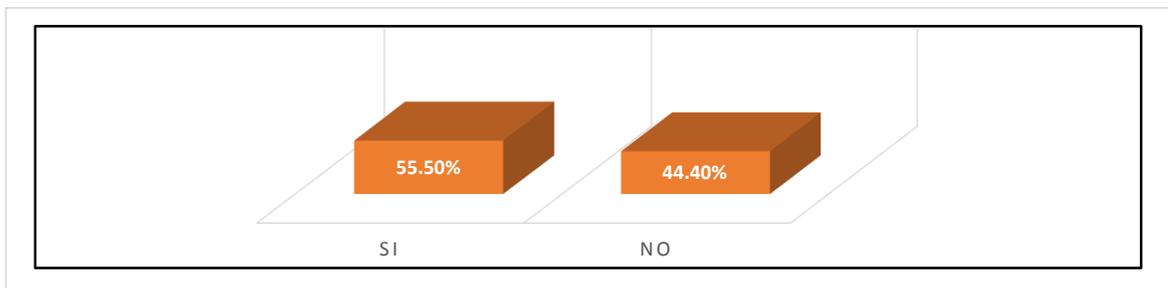


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

El 70.3% de pacientes con depresión establecida no pertenecen, ni les interesa pertenecer a ningún club de adulto mayor, el 29.6% pertenecen a clubs de adulto mayor ya sea en la unidad de salud o de su iglesia.

GRÁFICO n°25

Percepción de apoyo familiar de los adultos mayores que presentaron Depresión Establecida en la escala de Yesavage y que consultaron en los ECOSF B Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán, en julio del 2017.

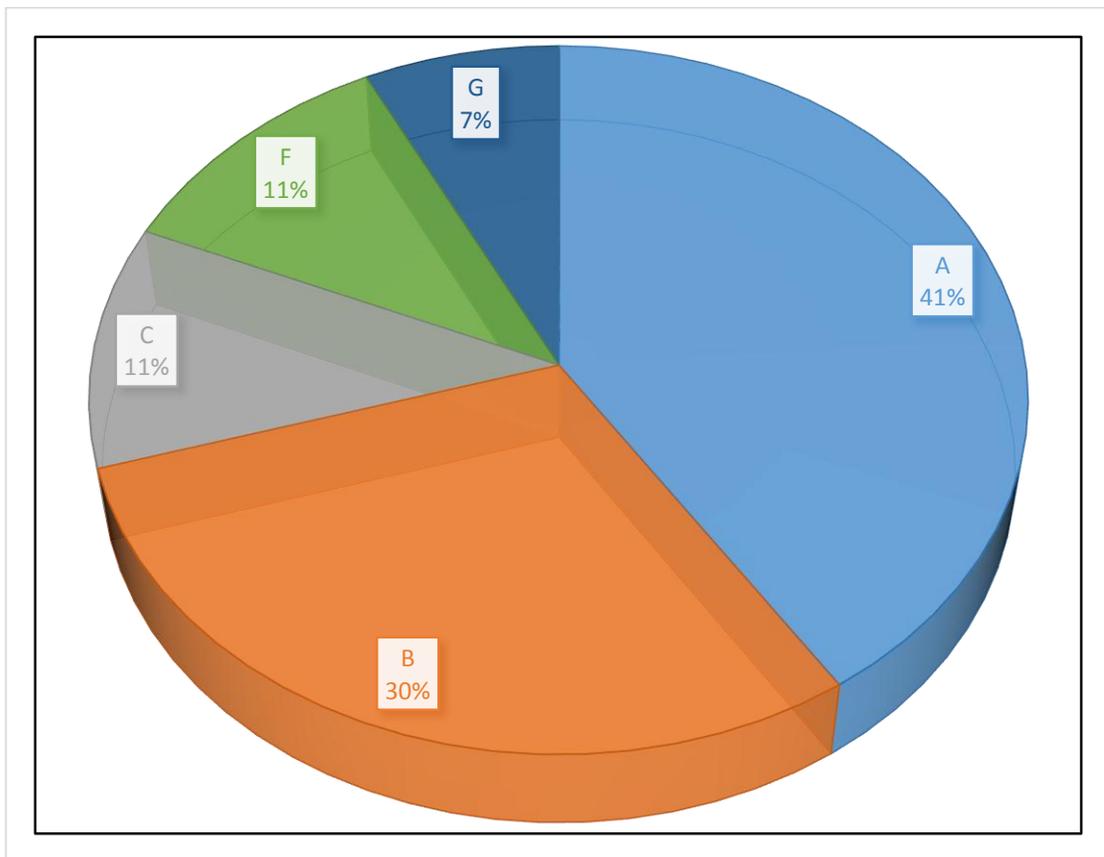


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

El 55.5% de adultos mayores con diagnóstico de Depresión establecida según la Escala de Yesavage perciben apoyo familiar y el 44.4% de pacientes dicen no percibir el apoyo familiar.

V. CONDICIONES DE DEPENDENCIA EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y CUIDADO, UTILIZANDO LA ESCALA DE KATZ EN LOS ADULTOS MAYORES QUE CONSULTAN A LOS EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD BÁSICOS (UCSF-B) CUYO RESULTADO FUE DEPRESION ESTABLECIDA EN LA ESCALA DE YESAVAGE.

GRÁFICO n°26

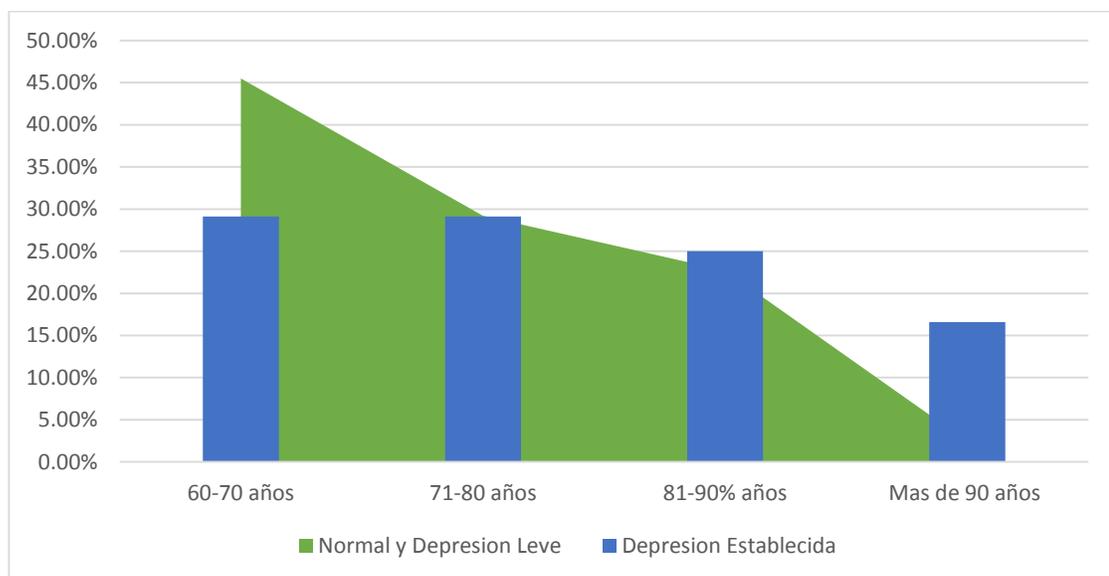


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

El 41% de pacientes con depresión establecida se encuentran en la categoría A de KATZ, el 39%% en la categoría B, el 11% en la categoría C y F respectivamente y el 7% en la categoría G.

VI. COMPARACION ENTRE ADULTOS MAYORES CON RESULTADO NORMAL Y DEPRESION LEVE VRS PACIENTES CON DEPRESION ESTABLECIDA EN LA ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA QUE CONSULTARON EN LOS ECOSFB COLON, SAN ISIDRO LEMPRA, LA LIBERTAD Y SAN CRISTOBAL, CUSCATLAN.

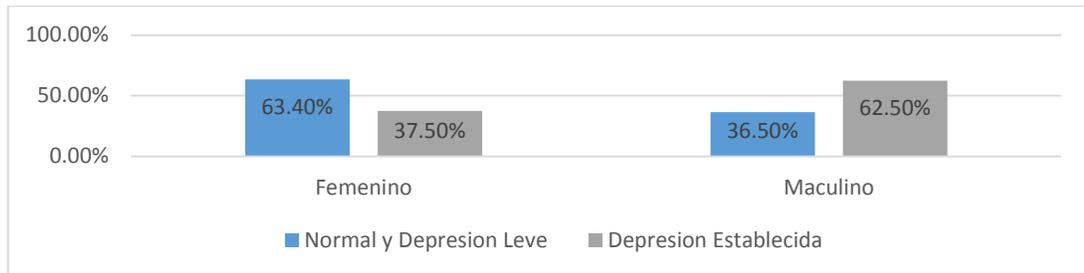
GRÁFICO n°27 Comparación de edades entre pacientes con resultado normal-Depresión leve y pacientes con depresión establecida en la escala de Yesavage.



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

- **Los pacientes con resultado normal y depresión leve tienen en un 45.5% 60-70 años, mientras que los que mostraron depresión establecida de 60 a 70 años alcanzan el 29.19%.**
- **Los pacientes con resultado normal y depresión leve tienen en un 29.2% entre 71-80 años, mientras que los con depresión establecida de ese mismo rango representan el 29.1%.**
- **Los pacientes con resultado normal y depresión leve tienen en un 22.7% de 81-90 años, mientras que los con depresión establecida de ese mismo rango representan el 25%.**
- **Los pacientes con resultado normal y depresión leve tienen en un 2.42% más de 90 años mientras que los con depresión establecida de ese mismo rango representan el 16.6%.**

GRÁFICO n°27 Comparación de sexo entre pacientes con resultado normal-Depresión leve y pacientes con depresión establecida en la escala de Yesavage.

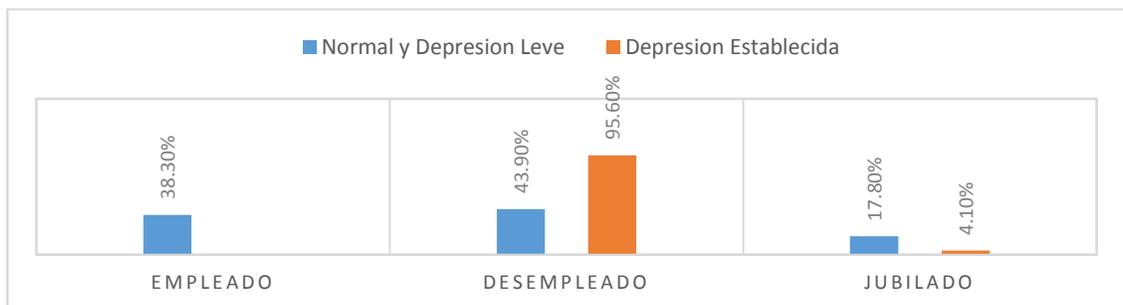


Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

- Entre los pacientes con depresión leve y resultado normal el sexo femenino represento el 63.4%, mientras que las pacientes con depresión establecida del sexo femenino fueron el 37.5%.
- En el sexo masculino los pacientes con depresión leve y resultado normal fueron el 36.5% y en la depresión establecida el sexo masculino represento el 62.5%.

GRÁFICO n°28

Ingresos económicos de pacientes con resultado normal y depresión leve vs. pacientes con depresión establecida en la Escala de Yesavage.



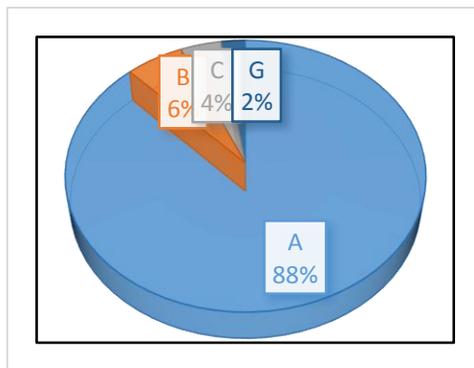
Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

- El 38.3% de pacientes con resultado normal y depresión leve tienen un empleo remunerado, mientras de los pacientes con depresión establecida ninguno posee empleo.
- El 43.8% de pacientes con resultado normal y depresión leve están desempleados, mientras que el 95.6% de los pacientes con depresión establecida están desempleados.
- El 17.8% de pacientes con resultado normal y depresión leve tienen una pensión, mientras que el 4.1% de los pacientes con depresión establecida tienen una pensión.

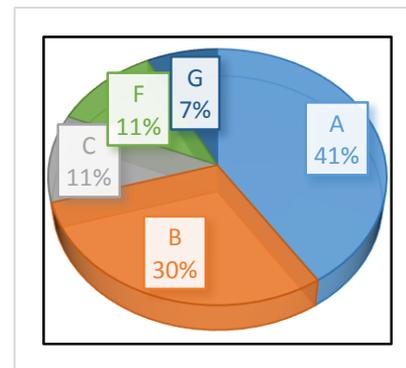
• **GRÁFICO n°29**

Condiciones de dependencia determinada por la escala de KATZ entre pacientes con el diagnóstico de normal y depresión leve en la escala de Yesavage y los pacientes con depresión establecida que asisten a los ECOSF de Colon y San Isidro Lempa, La Libertad y San Cristóbal, Cuscatlán.

Normal y Depresión leve



Depresión Establecida



Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores. ECOSFB, Colon, san Isidro Lempa y San Cristóbal

A	Independientes en todas las actividades
B	Independientes en todas las actividades menos una
C	Independientes en todas las actividades menos bañarse y otras funciones
D	Independientes en todas las actividades menos bañarse, vestirse y otras funciones
E	Independientes en todas las actividades menos bañarse, vestirse, uso de retrete y otras funciones
F	Independientes en todas las actividades menos bañarse, vestirse, uso de retrete, movilidad y otras funciones
G	dependiente en las seis funciones

- De los pacientes con resultado normal y depresión leve el 88% estaban en la categoría A y el 41% de pacientes con depresión establecida son de esta categoría.
- De los pacientes con resultado normal y depresión leve el 6% son categoría B y el 30% de pacientes con depresión establecida son de esta categoría.
- De los pacientes con resultado normal y depresión leve el 4% son categoría C, los pacientes con depresión establecida representan 11% en la categoría C.
- 11% de pacientes con depresión establecida son categoría F.
- 2% de pacientes con resultado normal y depresión leve son categoría G, mientras que el 7% de pacientes con depresión establecida son categoría G.

