

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



TRABAJO DE GRADO

FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS/AS MAYORES DE 60 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR MILAGRO DE LA PAZ, SAN MIGUEL Y LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE PASAQUINA Y CONCHAGUA, DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN EN EL PERIODO DE JUNIO A AGOSTO DE 2015.

PRESENTADO POR:

**CLARAMOUNT JERÉZ CRISTIAN GEOVANNI
RODRÍGUEZ PALACIOS CÉSAR ALONSO
RODRÍGUEZ ZELAYA ADA LISSETH**

PARA OPTAR AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA 2015.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

LICENCIADO JOSE LUIS ARGUETA ANTILLÓN
RECTOR INTERINO

(PENDIENTE DE ELECCIÓN)

VICERRECTORÍA ACADÉMICA INTERINA

INGENIERO CARLOS ARMANDO VILLALTA
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DOCTORA ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL

LICENCIADA NORA BEATRIZ MELÉNDEZ
FISCAL INTERINA

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.
AUTORIDADES.**

**INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA
DECANO.**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ.
VICEDECANO.**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ.
SECRETARIO.**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
DIRECTORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA.
AUTORIDADES.**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

**COMISIÓN COORDINADORA DEL PROCESO DE
GRADUACIÓN**

**DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN.
COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN
DE DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME.
MIEMBRO DE LA COMISIÓN.**

**DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO.
MIEMBRO DE LA COMISIÓN.**

ASESORES.

DOCTOR JOSE ROBERTO CRUZ

DOCENTE DIRECTOR.

LICENCIADA SONIA MARGARITA RAMOS

ASESOR ADJUNTO

DOCTOR AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN.

ASESOR DE METODOLOGÍA.

LICENCIADO EDWIN ALEXANDER TREJO

ASESOR ESTADÍSTICO.

TABLA DE CONTENIDOS

CONTENIDOS	PÁGINAS
LISTA DE TABLAS	Viii
LISTA DE GRÁFICOS	X
LISTA DE ANEXOS	Xii
RESÚMEN	Xiii
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I	
1.Planteamiento del Problema	
1.1 Antecedentes del Fenómeno de Investigación	14
1.2 Enunciado del Problema	21
1.3 Justificación del Estudio	21
1.4 Objetivos de la Investigación	22
1.4.1 Objetivo General	22
1.4.2 Objetivos Específicos	23
CAPÍTULO II	
2. Marco Teórico	
2.1 Etapas de la vida del ser humano	24
2.2 Vejez y Ancianidad	24
2.3 Teorías del Envejecimiento	25
2.4 Teoría Biológicas del Envejecimiento	26
2.5 Teoría Psicológica	27
2.6 Teoría Social del Envejecimiento	28
2.7 Procesos de Envejecimiento	28

2.8 Actitudes y conductas de los adultos mayores	30
2.9 Comportamiento y conductas que adquiere el anciano debido al entorno social y pérdidas sufridas por el anciano	32
2.10 Conductas negativas manifestadas por los adultos mayores frente al olvido de los familiares	34
2.11 Trastorno depresivo	35
2.12 Causas de depresión	36
2.13 Diagnostico	38
2.14 Diagnostico Diferencial	39
2.15 Cuadro clínico	40
2.16 Tratamiento	44
CAPÍTULO III	
3. Sistema de Hipótesis y variables	
3.1 Sistema de Hipótesis	46
3.1.1 Hipótesis General	46
3.1.2 Hipótesis Especifica	46
3.1.3 Hipótesis Nula	46
3.1.4 Operacionalización de las variables y sus indicadores	47
CAPÍTULO IV	
4. Diseño Metodológico	
4.1 Tipo de Estudio	50
4.2 Área de estudio	51

CONTENIDOS	PÁGINAS
4.3 Universo, Población y Muestra	51
CAPÍTULO V	
5 Análisis e Interpretación de Datos	
Análisis e Interpretación de los Resultados	63
CAPÍTULO 6	
6.1 Discusión	100
CAPÍTULO VII	
Conclusiones	102
Recomendaciones	104
Bibliografía	105
Anexos	111

	ÍNDICE DE TABLAS	PÁGINAS
Tabla 1	Género	62
Tabla 2	Distribución de la población según la edad	63
Tabla 3	Distribución de la población según el estado civil	64
Tabla 4	Alteración del sueño	65
Tabla 5	Alteración del estado de ánimo	66
Tabla 6	Alteración del apetito	67
Tabla 7	Pérdida de peso	68
Tabla 8	Interacción social	69
Tabla 9	Alteración de las actividades diarias	70
Tabla 10	Visión del futuro	71
Tabla 11	Dificultad de la Concentración	72
Tabla 12	Interacción Familiar	73
Tabla 13	Trabaja y recibe remuneración	74
Tabla 14	Tipo de empleo	75
Tabla 15	Ayuda Económica	76
Tabla 16	Tipo de ayuda económica	77
Tabla 17	Tipo de ahorro	78
Tabla 18	Convivencia personal	79
Tabla 19	Hijos viviendo en casa	80
Tabla 20	Deserción de los hijos en el hogar	81
Tabla 21	Hijos viviendo cerca de su casa	83
Tabla 22	Frecuencia de visitas de sus hijos	84
Tabla 23	Resentimiento familiar	85

ÍNDICE DE TABLAS

PÁGINAS

Tabla 24	Discusión familiar	86
Tabla 25	Hijos que se avergüenzan de sus padres	87
Tabla 26	Autoridad sobre el hogar	88
Tabla 27	Violencia familiar	89

	LISTA DE GRÁFICOS	PÁGINAS
Tabla 1	Género	62
Tabla 2	Distribución de la población según la edad	63
Tabla 3	Distribución de la población según el estado civil	64
Tabla 4	Alteración del sueño	65
Tabla 5	Alteración del estado de animo	66
Tabla 6	Alteración del apetito	67
Tabla 7	Pérdida de peso	68
Tabla 8	Interacción social	69
Tabla 9	Alteración de las actividades diarias	70
Tabla 10	Visión del futuro	71
Tabla 11	Dificultad de la Concentración	72
Tabla 12	Interacción Familiar	73
Tabla 13	Trabaja y recibe remuneración	74
Tabla 14	Tipo de empleo	75
Tabla 15	Ayuda Económica	76
Tabla 16	Tipo de ayuda económica	77
Tabla 17	Tipo de ahorro	78
Tabla 18	Convivencia personal	79
Tabla 19	Hijos viviendo en casa	80
Tabla 20	Deserción de los hijos en el hogar	81
Tabla 21	Hijos viviendo cerca de su casa	83
Tabla 22	Frecuencia de visitas de sus hijos	84
Tabla 23	Resentimiento familiar	85

LISTA DE GRÁFICOS

PÁGINAS

Tabla 24	Discusión familiar	86
Tabla 25	Hijos que se avergüenzan de sus padres	87
Tabla 26	Autoridad sobre el hogar	88
Tabla 27	Violencia familiar	89

	LISTA DE ANEXOS	PÁGINAS
Anexo 1	Ficha de Entrevista	112
Anexo 2	Consentimiento Informado	113
Anexo 3	Cronograma	114
Anexo 4	Glosario	115

La vejez es parte del desarrollo humano, que puede ser sentida y vivida positiva o negativamente y debe ser analizada y considerada de tipo histórico, cultural y socioeconómico, partiendo que la mayoría de problemas físicos y mentales de las personas mayores no son necesariamente causadas por la edad, sino por las condiciones de vida y su entorno e interacciones sociales. Por tal razón se considera necesario realizar una investigación con el propósito de determinar los factores sociales causantes de la depresión en adultos/as mayores de 60 años que consultan en las unidades comunitarias de salud familiar. La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizados por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.

OBJETIVO: Investigar cuales son los factores sociales causantes de depresión en los adultos mayores de 60 años que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, departamento de san miguel, unidad comunitaria de salud familia de Pasaquina y unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua, departamento de La Unión en el periodo de Junio a Septiembre del 2015. **METODOLOGIA:** Se realizó un estudio correlacional prospectivo de corte transversal y descriptivo, en los cuales se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, la unidad de información fue la encuesta administrada a adultos mayores donde se indago si estos tienen estados depresivos y su relación con los factores sociales. **RESULTADOS:** Presentados en tablas y gráficas para mejor comprensión. Con ello se obtiene un panorama amplio y fundamentado con sus bases teóricas y científicas que orienten a mejorar la calidad de atención a los adultos mayores. **PALABRAS CLAVES:** Adultos mayores, Depresión, Factores sociales.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Antecedentes del Problema.

A nivel mundial se observa una transición en el aumento de la población de adultos mayores; según un estudio realizado por los sociólogos Zúñiga y Vega, en el año 2004, se alcanzó una población de 232 millones de adultos mayores en países desarrollados, que equivale a un 38% de la población mundial; caso contrario ocurre en los países en vías de desarrollo, en donde su población fue de 375 millones, lo que equivale al 62% del total de adultos mayores en el mundo.

“En 2012 la esperanza de vida en El Salvador subió hasta llegar a 72,10 años. Ese año la esperanza de vida de las mujeres fue de 76,89 años, mayor que la de los hombres que fue de 67,55 años. El Salvador ha empeorado su situación respecto a los 182 países de los que publicamos la Esperanza de vida y ha pasado de ocupar el puesto 96 en 2011 al 98 en 2012”

El planteamiento anterior indica que un gran porcentaje de salvadoreños serán adultos mayores y esta población están demandando particularmente en lo económico debido a que un gran porcentaje de ellos no han trabajado formalmente y no tienen derecho a una jubilación, y los que están trabajando actualmente y que esperan tener una vejez económicamente segura están con temor por la creciente crisis económica del país.

“A El Salvador le queda cada vez menos tiempo para llevar a cabo una reforma previsional y evitar una crisis por las pensiones, señalaron especialistas.

Hasta diciembre pasad, la deuda estatal de pensiones –heredada del antiguo sistema de reparto que administraban el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y el Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP) – superó los \$3,000 millones³

Según informe de la Comisión Económica para América y el Caribe (CEPAL) en El Salvador refiere que en el año 2003 contó con una población de 6,639,010 habitantes, distribuidos en los catorce departamentos, de los cuales el 59.2% se encuentra ubicado en el área urbana, mientras que el 40.8% en el área rural, con una densidad poblacional promedio de 316 habitantes por kilómetro cuadrado a nivel nacional; el número de adultos mayores ascendía a 584,806 lo que significa un 8.8% del total de la población; el índice de masculinidad es de 0.80 a nivel nacional, esto quiere decir que de cada 100 mujeres solamente existen 80 hombres; y la distribución por sexo de la población adulta mayor es la siguiente; masculino 40.5% y femenino 59.5%.

“En El Salvador en apenas 18 años más en el año 2030, tendremos 1 millón de personas mayores de 60 años, es decir aquellas personas que están en este momento en la mejor etapa de su vida productiva en los 42 años y más, llegaran a los 60 años y empezaran esa etapa de la jubilación, del retiro de las actividades productivas comunes”, afirmó el Representante de OPS, Dr. José Rúales.⁴

Es importante mencionar que en El Salvador las personas adultas mayores son históricamente discriminadas por su familia y por la sociedad. Por existir aspectos en éste grupo que lo señala de ser incapaz de realizar diferentes actividades o desempeñar algún trabajo.

En relación a todos los cambios que éste experimenta tanto físicos, biológicos, intelectuales, como la rapidez y la perspectiva y la memoria reciente, disminuye asimilando más lentamente la información que recibe a través de los sentidos. Con ello se enmarca que los ancianos son violentados en sus derechos y deberes, de parte de sus familias o sociedad a través de insultos, desprecios, maltratos físicos, psicológicos hasta lograr desintegrarles de sus familias.⁵

Las personas de la tercera edad muchas veces son víctimas de rechazo o pesimismo, presentando en ocasiones sentimiento de inferioridad ante estas nuevas generaciones debido al acelerado aumento de la tecnología y que cada vez se vuelve más compleja y de difícil uso por parte de los adultos mayores por a la complejidad en su manejo, el difícil aprendizaje, por el constante cambio que este presenta, la baja escolaridad que presentan los adultos mayores en la actualidad los sobre limita aún más a tener acceso a dicha tecnología.⁶

Es por ello que la vejez es una de las etapas de la vida, en donde hay una mayor vulnerabilidad y fragilidad desde la perspectiva de violentarse los derechos humanos y una alteración en el área psicológica, por tanto los fenómenos señalados inciden especialmente en la depresión en los adultos mayores.⁷

Uno de los vacíos de mayor importancia es que el sistema de información nacional, no cuentan con información actualizada referente a la situación social y psicológica de la población adulta mayor, las cifras estadísticas que muestren el número total de adultos mayores que padecen de esta enfermedad.

Aunque en el país no hay una cifra determinada de cuantos adultos mayores son víctimas de maltrato físico, sexual y psicológico, muchos ancianos esperan vivir un futuro mejor, lejos del olvido de la indiferencia y del rencor de sus familiares y sociedad; algunos de los maltratos a los que están sometidos este grupo etario son: negligencia: puede ser física y emocional.

La primera se da al no satisfacer las necesidades básicas: negación de alimento, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos.

La negligencia emocional consiste en la negación de afecto, desprecio, aislamiento e incomunicación, maltrato físico: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusivas de fármacos o tóxicos. Maltrato psicológicos, manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos humanos, impidiéndole tomar decisiones etc. abuso sexual, cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento. Abuso económico, impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.

Negligencia de parte de todos los que prestan servicios de salud pública en vista de que el anciano es visto como alguien que necesita pastillas y no como una persona que necesita ayuda emocional, y esto se ve reflejado en las paredes de los hospitales, unidades comunitarias de salud familiar, ISSS, televisión, pancartas y miles de afiches sobre lactancia materna, vacunación, tuberculosis, embarazo, etc. y escasa información sobre el adulto mayor y sus cuidados.

Además en El Salvador se cuenta con la Norma de Atención Integral en Salud para la Persona Adulta Mayor del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 2008 pág. 2 define los siguientes artículos.⁸

Según el Art.1 la presente ley tiene por objeto garantizar y asegurar una atención integral para la población de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia.

Art.4 A falta de una familia para las personas adultas mayores, el estado garantizara su atención a través de las instituciones correspondientes coordinadas por la Secretaria Nacional de la Familia, con el apoyo de instituciones públicas, privadas e instituciones no gubernamentales dedicadas para tal fin.

El programa Nacional de Atención Integral en Salud para la Persona Adulta Mayor establece en los siguientes artículos.

Art. 5 Establece que los derechos fundamentales son los siguientes:

- 1- No ser discriminado en razón de su edad, sexo, o cualquier otra condición.
- 2- Vivir al lado de su familia, con dignidad en un ambiente que satisfaga plenamente sus diversas necesidades y le proporcione tranquilidad.
- 3- Recibir asistencia médica Geriátrica y Gerontológica en forma oportuna y eficaz
- 4- Recibir buen trato consideración y tolerancia por parte de la familia, la sociedad y el estado.
- 5- Disfrutar en forma gratuita de programas recreativa, cultural, deportiva y de esparcimiento.
- 6- Ocupar su tiempo libre en educación continuada, empleo parcial remunerado a labores de voluntariado.

- 7- Ser oídos y atendidos en todos aquellos asuntos que fueren de su interés y asegurarles la participación y comunicación en actividades de la comunidad que preserve su autoestima de personas útiles a la sociedad.

Por ello la etapa de la tercera edad o etapa del adulto mayor, constituye un grupo de relevancia para la salud poblacional, ya que en este ciclo de la vida se caracteriza porque sufren modificaciones, biológicas, psicosociales y físicas, hoy en día existe muchas institución que trabajan para el bienestar de los adultos mayores en El Salvador entre ellas esta, Fundación Salvadoreña de la Tercera Edad (FUSATE) una institución no gubernamental, sin fines de lucro, actualmente atiende a una población de 110,712adultos mayores de 60 años.⁴

Es importante referir que en el Centro Integral de Día María Álvarez de Stahl una de las filiales de Fundación Salvadoreña de la Tercera Edad (FUSATE), no cuenta con el suficiente recurso humano para atender a la población de adultos mayores, que asisten a dicho centro; debido a que la institución no posee con el recurso financiero necesario, siendo esta una entidad sin fines de lucro porque sólo funciona con donaciones que reciben de personas altruistas, o empresas, por ello se imposibilita el contratar más personal para atender las necesidades que requieren los adultos mayores. Otra de las situaciones es que no poseen recurso humano profesionales no especializado en el área psicológica en donde se pueda identificar cualquier alteración o el aparecimiento de eventos depresivos en este grupo etáreo. Así también la institución no cuenta con estudios o registros que determinen que la población que asiste a sus instalaciones haya padecido o este padeciendo de alteraciones psicológicas entre esta aparecimiento de eventos depresivos.

1.2 Antecedentes de Estudios Depresivos en la Tercera Edad.

Internacionales

En el informe Estado de la Población Mundial 2011, hoy hay en el mundo 893 millones de personas mayores de 60 años.

Con respecto a esa última cuestión, la División de Población comprobó que la proporción mundial de personas mayores de 60 años, que era 8% en 1950, aumentó hasta 11% en 2009 y, según las proyecciones, llegará a 22% para 2050. “A escala mundial, la población de ancianos está aumentando a razón del 2,6% anual, tasa considerablemente más acelerada que la de aumento de la población en su conjunto. Ese rápido crecimiento requerirá ajustes económicos y sociales de vasto alcance en muchos países”, dijo dicho informe de 2009 sobre envejecimiento.

Regionales: Hay un estudio a nivel de Región Centroamericana realizado en Nicaragua en cuanto a la atención que reciben los adultos mayores al presentar trastornos depresivos para el año 2000.

Nacional: A nivel nacional hay un estudio realizado en el 2010, tomando en cuenta las normas nacionales de Atención en Salud Integral para la Tercera edad. *“importancia de las redes de apoyo social y su relación con el apareamiento de eventos depresivos en los adultos mayores, que asisten al centro integral de día María Álvarez de Stahl, de junio a julio de 2010”* realizado por estudiantes de enfermería en san salvador.

Local: en el departamento de San Miguel no se cuenta actualmente con estudios acerca de los trastornos depresivos en los adultos mayores, en el hospital regional de San Miguel tan solo existen estadísticas de atención sobre dicho trastorno, pero no un estudio que identifique las causas de este problema.

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

De la problemática antes descrita se enuncia de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores sociales causantes de depresión en los adultos mayores de 60 años que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, departamento de san miguel, unidad comunitaria de salud familia de Pasaquina, departamento de La Unión y unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua, departamento de La Unión en el periodo del 10 de junio al 14 de agosto del 2015.

1.3 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La vejez es parte del desarrollo humano, que puede ser sentida y vivida positiva o negativamente y debe ser analizada y considerada de tipo histórico, cultural, y socio económico, partiendo que la mayoría de problemas físicos y mentales de la personas mayores no son necesariamente causadas por la edad, sino por las condiciones de vida y su entorno e interacciones sociales.

Por tal razón se considera necesario realizar una investigación con el propósito de determinar los factores sociales causantes de la depresión en los adultos mayores de 60 años que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Milagro de la Paz, departamento de San Miguel, Unidad Comunitaria de salud Familiar de Pasaquina, Unidad Comunitaria Salud Familiar de Conchagua departamento de La Unión, con ello se pretende obtener un panorama amplio y fundamentado con sus bases teóricas y científicas que orienten a mejorar la calidad de atención a los adultos mayores.

La investigación es importante porque los adultos mayores en la actualidad afrontan problemas característicos relacionados con el aislamiento, la pérdida de familiares y amigos la inseguridad económica, enfermedades crónicas. Todas estas son situaciones provocadoras de tensión y se

presentan a menudo durante los últimos años de vida. Actualmente esta sociedad no ofrece formas de participación social, por lo tanto este estudio proporcionara información que permita conocer la magnitud del problema y a partir de los resultados se elabore una propuesta de intervención sobre cómo mejorar la atención y orientación en las unidades de salud para disminuir los estados depresivos en los adultos mayores.

Con esta investigación se pretende beneficiar a los usuarios que asisten a la unidad comunitaria en salud familiar de Milagro de la Paz de San Miguel, unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina, La Unión y unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina La Unión, y de esta forma mejorar el desarrollo psicosocial a lo largo de su ciclo de vida y así como también se verá beneficiada a la institución por contar con un documento que le servirá de herramienta para ampliar sus conocimiento y proporcionar una atención específica a las necesidades identificadas y demandadas por los adultos mayores.

La investigación contara con los recursos necesarios para el estudio, y con el apoyo y colaboración de la institución y de la administración de la UCSF Milagro de la Paz San Miguel, UCSF Pasaquina y UCSF Conchagua, La Unión. Este estudio tiene relevancia, debido que a la fecha se cuenta con escasos documentos realizados en el área de geriatría y más aun con enfoque a las enfermedades que afecta las esferas psicológicas desde una perspectiva del área medicina.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1 Objetivo General:

Investigar la relación de los factores sociales causantes de depresión en los adultos mayores de 60 años que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, departamento de san miguel, unidad comunitaria de salud familia de Pasaquina, y unidad

comunitaria de salud familiar de Conchagua, departamento de La Unión en el periodo del 1 de abril al 14 de agosto del 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar el abandono del hogar o migración de los hijos como factor social causal de depresión en personas mayores de 60 años.
2. Determinar si la violencia intrafamiliar es un factor social causante de depresión en adultos mayores de 60 años.
3. Demostrar que el estado económico de las personas mayores de 60 años es un factor desencadenante de depresión.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Etapas de la Vida del Ser Humano.

El ser humano va evolucionando y experimentando cambios a lo largo de su vida, estos están regidos por una serie de etapas que se van desarrollando las cuales son: Prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez.⁹

Estas etapas determinan el ciclo de vida del ser humano y el logro de metas personales en cada una de ellas, comenzando con la infancia y terminando con la etapa adulta mayor, es en esta donde se da la acumulación progresiva de cambios físicos, psíquicos, psicológicos y sociales que podrían ser los responsables de desarrollar alteraciones psicosociales y aumentando así la posibilidad de enfermarse de depresión o de otras enfermedades y aumentar el riesgo de morir.⁹

2.2 Vejez o Ancianidad.

Esta etapa se da a partir de los 60 años en adelante, en ella se presenta una reducción de las capacidades intelectuales que interfieren en las funciones sociales o laborales.

*Las personas dejan de concentrarse en el logro de metas, comienza una edad marcada por el desgaste progresivo de los distintos sistemas corporales.*¹⁰

El tejido elástico del cuerpo se va perdiendo y es por ello que se nota menor flexibilidad en las articulaciones. Así mismo, las capacidades sensoriales (vista, oído) se ven disminuidas considerablemente y los huesos se hacen más frágiles y quebradizos, por lo que son comunes las

fracturas debidas a las caídas y esto significaría un declive en sus actividades cotidianas y sociales.

De hecho el individuo puede continuar disfrutando de mente ágil y eficiente durante y después de los 70 años, si este ha llevado una vida sana.

De acuerdo con lo planteado anteriormente el ser humano es un ente de cambios físicos, psicológicos, sociales, además en casi todo el ciclo de vida vive estableciendo metas, pero llega un momento en que esto no es de vital importancia, ya que existen otros factores fisiológicos que intervienen como la pérdida de la memoria, pérdida de concentración, por lo tanto debido a esta disminución de actitudes y habilidades, a ellos les aqueja una paulatina separación de su entorno social.

El envejecimiento según Harman, podría definirse como la acumulación progresiva de cambios en el tiempo que son responsables del aumento de la probabilidad de enfermar y de morir del individuo.¹¹

Por ello la vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 60 años que finaliza con la muerte. Por lo cual se establecen un sin número de teorías que tratan de explicar el proceso de envejecer de las cuales se describirán algunas a continuación.

2.3 Teorías del Envejecimiento.

El envejecimiento puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte.

El envejecer comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independiente de cualquier influencia externa o patológica. Se estudia el proceso de envejecimiento a partir de de teoría biológica, psicológica y social.

La teoría biológica intenta explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales de los organismos vivos que determinan los cambios evolutivos mentales, la longevidad, y la muerte.

Mientras que la teoría psicológica intente describir y explicar la conducta del anciano en relación con otras personas. El desarrollo de la teoría relacionada con aspecto sociológico del envejecimiento se ha centrado, en gran medida, en los medios con que los ancianos se adaptan durante la última etapa de su vida y sobre su estatus como grupo en comparación con otros grupos de edad de esta sociedad.

2.4 Teoría Biológica del envejecimiento.

En la actualidad la hipótesis genética que señala que el envejecimiento esta genéticamente programado, es la hipótesis que tiene un mayor peso para explicar el fenómeno del envejecimiento.⁴

La teoría biológica sobre el envejecimiento programado (Envejecimiento celular). Establece que las manifestaciones de los cambios de la senectud son el resultado de programas genéticos que contienen genes del envejecimiento responsables de los cambios seniles que preceden a la muerte del organismo. Por tanto, contenida dentro del código genético celular está información que, al parecer, programa el envejecimiento celular normal.

Las alteraciones en macromoléculas como la del ADN. Las alteraciones del ADN mitocondrial también afecta la integridad celular y contribuye al deterioro propio del envejecimiento. Los cambios corporales inducidos por el envejecimiento son un elemento clave en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales de las personas senescentes.

Como señalamos antes, algunas de estas alteraciones de envejecimiento primario; en tanto que otras se deban a la vulnerabilidad a la enfermedad relacionada con la edad ambos tipos de cambio son probablemente determinados genéticamente ejemplos de estos cambios son el aumento de los umbrales de los sistemas de percepción sensorial y disminución de su estabilidad así como disminución de la capacidad homeostáticas de respuesta al estrés.

Lo que quiere decir que el envejecer está regido por el código genético, el cual está dentro de cada una de las células del ser humano, rigiendo el desarrollo y funcionamiento del cuerpo en cada una de las etapas de la vida.

2.5 Teoría Psicológica

El paradigma actual de la psicología señala que el desarrollo continúa a lo largo de la vida. La comprensión de la psicología de la edad avanzada por consiguiente requiere de una perspectiva longitudinal. El anciano es producto de su pasado así como de su presente por esta razón es mejor hablar de una psicología del envejecimiento que de una psicología de la vejez.

En esta perspectiva se enmarca la psicología del adulto en el contexto de un desarrollo dinámico en contraste con otros modelos que ven los esfuerzos y conflictos del adulto como producto de una personalidad estática, formada exclusivamente en la niñez, nos propone un modelo epigenético con 8 fases de un desarrollo continuo desde el nacimiento hasta la senescencia. En cada fase la persona se enfrenta con una crisis vital entre potenciales opuestos superada la cual

alcanza un logro. Las características de cada crisis se afianzan en el crecimiento biológico del organismo del medio social.

2.6 Teoría Social del Envejecimiento.

Esta incluye la teoría de las necesidades humanas de Maslow, 1954 que recalca el concepto de motivación y necesidades humanas. Las necesidades humanas, organizadas en una jerarquía de necesidades fisiológicas, de seguridad y de protección, de amor y pertenencia, de autoestima y actualización del yo. Las personas se mueven entre niveles, pero siempre abocadas a una necesidad mayor, por tanto, el anciano debe ser una persona totalmente madura que tiene autonomía económica, creatividad, independencia y una relación positiva con la familia y la sociedad.

2.7 Proceso de Envejecimiento

La etapa final del desarrollo, la vejez, se caracteriza por el conflicto entre la noción de integridad o la desesperación. La ecuanimidad del individuo requiere de la aceptación de la responsabilidad por lo hecho en su existencia y la evidencia de que ya nada puede cambiarse.

la desesperación nace de la frustración y la culpa porque los logros no fueron los esperados y el aceptar que es muy tarde para comenzar de nuevo por estas razones hablamos de curso vital y no de “ ciclo vital” porque en la senescencia no podemos retornar a una etapa anterior y comenzar de nuevo en todas las etapas del desarrollo el individuo encuentra modelos a seguir en el logro de las metas pero en la vejez para alcanzar el logro de la integridad no existen estos recursos porque el siguiente paso es la muerte, vivencia que hace que la tendencia a la desesperación sea más probable y el anciano presente sentimientos de desconfianza, aislamiento, vergüenza y

minusvalía socialmente los intereses y capacidades de las personas no tienen valor y de esta manera se ve amenazada por la más fuerte de las pérdidas.

“Cabe entonces mencionar que las personas envejecen de modo diferente y a distinta velocidad, los cambios celulares y extracelulares en la etapa de la vejez deteriora la apariencia y función física.”¹²

A medida que las personas envejecen aparecen cambios que afectan al proceso de envejecimiento tales como:¹³

- Disminución en la capacidad del funcionamiento general
- El tamaño y función de los músculos cambia
- El sistema esquelético se deteriora
- La respiración es más dificultosa
- El aparato cardiovascular envejece
- Los riñones disminuyen su función
- Las glándulas sexuales se atrofian
- Los receptores sensoriales disminuyen
- La médula ósea y los glóbulos rojos pierden su capacidad de respuesta
- La piel se arruga y hay debilitamiento del cabello
- Se pierde fuerza y precisión en los movimientos finos
- La visión, audición y tacto se debilitan
- Se pierde elasticidad en las arterias

La mayoría de personas mayores son capaces de tener una vida normal e independiente; Sin embargo, también es cierto que muchos procesos fisiológicos en el organismo se vuelven menos efectivos, con el aumento de la edad, por lo que es generalmente aceptado que durante el envejecimiento existe una declinación en la competencia funcional del individuo; hay que reconocer que al igual que en los aspectos psicológicos y sociales del anciano, los cambios fisiológicos son del todo heterogéneo de un individuo a otro, depende de las condiciones pre-existentes, del estilo de vida y de su interacción con el medio social. De aquí la importancia del papel que juegan las diferentes redes de apoyo al adulto mayor. ¹⁴

2.8 Actitudes y Conductas de los Adultos Mayores.

a. Actitudes

Las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. ¹⁵

Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva.

Existen tres tipos de componentes en las actitudes y son: componente cognitivo, componente afectivo y componente conductual. ¹⁶

- **Componente cognoscitivo:** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no

pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

- **Componente afectivo:** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo.
- **Componente conductual:** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

b. Tipos de Actitudes en los ancianos

- **Actitud Emotiva.**

Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, que van unidas a una actitud de benevolencia.

- **Actitud Desinteresada.**

Esta no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación.

- **Actitud Manipuladora.**

Solo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga y tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

- **Actitud Interesada.**

Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia de las personas: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

- **Actitud Integradora.**

La comunicación de una persona a otra, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas.

2.9 Comportamientos y conductas que adquiere el anciano debido al entorno Social

Y pérdidas físicas Sufridas por el anciano.

Estas pérdidas son relacionadas con el proceso fisiológico del envejecimiento, y la sobrecarga de contaminación actual es decir según la oms *“Anualmente, 4,3 millones de personas ancianas mueren prematuramente por enfermedades atribuibles a la contaminación del aire interior causada por el uso de combustibles sólidos ineficientes (datos de 2012)”*¹⁷

Entre esas defunciones:

- 34% a accidente cerebrovascular
- 25% a cardiopatía isquémica
- 22% a neumopatía obstructiva crónica, y
- 13% se deben a neumonía
- 6% cáncer de pulmón.

Si las personas tuvieran acceso a cocinas con gas no existiera la necesidad del uso de combustibles sólidos, sin embargo la realidad de nuestro país es que las personas que usan gas propano como fuente de combustible, son pocas en comparación a la gran mayoría y esto debido a la economía débil y precaria en la que viven la mayoría de ancianos en El Salvador, Las necesidades básicas de las personas no cambian de una edad a otra pero si puede cambiar el acceso a ellas según el grado de pobreza que las personas tengan

a. Pérdidas Sociales.

Esto es pérdida del trabajo a eventos continuos y progresivos a través del ciclo de la vida, entre ellas están:

Pérdida del trabajo por la jubilación.

Pérdida de status.

Pérdida de amigos

Pérdida de ingresos económicos.

Pérdida de roles (amigos, compañeros, rol laboral).

Pérdida del cónyuge por muerte.

Pérdida de posesiones.

Los problemas que llevan dichas pérdidas están: soledad, aislamiento, depresión, limitaciones de tipo económico lo cual general genera frustraciones y sensación de malestar.

b. Pérdidas Psicológicas.

Estas pérdidas se sufren a consecuencia de efectos sumativo que sobre la persona genera todas las pérdidas ya mencionadas.

Pérdida o disminución de autoestima.

Pérdida o cambio en el continuo Independencia del adulto. Pasa de ser Independiente a Depender de la ayuda de otros.

Pérdida o disminución en la sensación de bienestar con uno mismo.

Pérdida en el manejo decisiones o control sobre su vida.

Pérdida o disminución en la capacidad mental.

2.10 Conductas Negativas Manifestadas por los Adultos Mayores frente al olvido de los familiares.¹⁸

- **Aislamiento:** se adopta actitud de ausencia con todo lo que sucede alrededor, solamente se adentra en la situación cuando algo afecta a sus intereses personales.
- **Apagamiento a sus bienes:** conserva todo, en la postura permanente de retener, ese comportamiento en el fondo es una regresión a etapas infantiles, entrando así los mecanismos emotivos de la autoridad, poder, dominio, sentir que se es; es tratar de mantener la propia identidad; una explicación de por qué algunos padres no son capaces de compartir con sus hijos aún cuando sea conveniente. La fuerza del deseo de poseer es más fuerte que la lógica.
- **Ansiedad:** Estado afectivo caracterizado, por un sentimiento de inseguridad, difuso, vago y muy desagradable de miedo. La inseguridad que los ancianos sienten, de que cualquier día pueden llegar a morir, o que debido a sus condiciones críticas, se acelere el proceso de muerte, los hace sentirse incapaces de confiar en sí mismos provocándoles ansiedad, aun cuando ellos piensan que lo que les sucede es normal.

- **Angustia:** Inquietud extrema e irracional; este estado va acompañado de alteraciones neurovegetativas, palpitaciones cardiacas, sudor, temblores y visión confusa. Estos síntomas se relacionan con algún problema psicológico, por ejemplo, la depresión, generando así el origen de los síntomas antes citados.
- **Depresión:** Perdida de voluntad, tristeza, disminución del apetito, reducción del sueño, manifestando el no poder dormir, Descuido en su aspecto personal, falta de energía en actividades cotidianas, aislamiento social, sentimientos de desamparo, fracaso y llanto frecuente.

2.11 TRASTORNO DEPRESIVO

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez.

*Aproximadamente uno o dos de cada tres adultos mayores sufre de síntomas de depresión.*¹⁸

Se ha planteado la hipótesis de que el envejecimiento modifica tanto el patrón de presentación de los síntomas depresivos como la susceptibilidad individual de los ancianos a la depresión; debido a la disminución de dopamina, norepinefrina y acetilcolina y el aumento de la concentración de monoaminooxidasa en el cerebro, que es mayor a medida avanza la edad.

Si bien es cierto que los estresantes psicosociales aumentan con el avance de la edad y disminuyen el vigor, la salud física, el poder mental, las oportunidades laborales y el estatus económico social, no ha sido demostrado su papel en la aparición de cuadros depresivos en el anciano.

La depresión es más frecuentemente subdiagnosticada y subtratada en ancianos que en poblaciones más jóvenes. Por esto la ausencia de tratamiento y el compromiso cognoscitivo generan institucionalización innecesaria, y la tasa de suicidios se incrementa de manera substancial en ancianos. Además la institucionalización en si misma parece aumentar la frecuencia de los síntomas depresivos y los cuadros de depresión mayor

2.12 CAUSAS DE DEPRESIÓN

Considerando los factores sociales, espirituales y culturales que interactúan dinámicamente en un individuo, entenderemos mejor la depresión en el anciano. En la vejez suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, etc. Esto pone en marcha mecanismos de adaptación que cuando no funcionan, conllevan a una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad.

El grado de adaptación ante estas pérdidas, no solo será en función de recursos psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el anciano.

El género es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión mayor (TDM) y para la mayoría de los trastornos de ansiedad, con un riesgo en mujeres de 1.5 –2 veces mayor que en hombres. Una correlación idéntica en mujeres de edad mediana (30 –44 años), viudas, separadas o divorciadas, y de bajos ingresos o desempleadas.⁹

Se ha reportado una relación directamente proporcional entre la edad y la pobreza. Las mujeres exhiben una incidencia mayor de pobreza, tanto por sus condiciones de género, como por sus opciones generacionales y el trato sociocultural. También hay diferencias al comparar ancianos/as residentes en áreas urbanas, con las rurales. La incidencia de la pobreza es mayor en éstos últimos

La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos.

Es común que ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades. Si bien estas pérdidas no son causa-efecto de la depresión, si existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas. Por otra parte, la mayoría de los autores concuerdan en que el efecto representado por estas pérdidas, no es suficiente para explicar la aparición de un cuadro depresivo⁹.

Shoevers y Colsevaluaron en forma prospectiva (tres años de seguimiento), la aparición de los Factores de riesgo del trastorno de depresión mayor (TDM) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en 1,915 sujetos sin patología de base, la muestra fue de personas entre 64 y 84 años, en una comunidad alemana.

Sólo el antecedente de depresión o ansiedad predijo el comienzo de TAG puro en análisis multivariado (sin efecto de eventos estresantes). El comienzo de TDM puro o asociado a TAG

tuvo factores de riesgo superpuestos, entre los eventos estresantes como viudez y disminución reciente de las actividades diarias.

Se ha comprobado que el apoyo social reduce el riesgo total de TDM, con poca evidencia de la “teoría de amortiguador (buffer) del apoyo social” que postula que el apoyo social efectivo disminuye en forma específica los efectos depresógenos de los eventos estresantes. (29,30)

Muchos ancianos que han sufrido pérdidas importantes se deprimen, pero muchos más, en circunstancias similares, no lo hacen.

2.13 DIAGNOSTICO

Al igual que con otros síndromes psiquiátricos geriátricos, las claves para efectuar el diagnóstico de depresión en la vejez son la historia del paciente y la historia colateral que aporta un miembro de la familia. La depresión puede desarrollarse por primera vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo. Suele ser menos evidente y franca que en otras etapas de la vida.

Puede presentarse clínicamente en la edad media de la vida y cumplir los Criterios del Trastorno Depresivo Mayor que a continuación se exponen:⁸

A) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de éstos debe de ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o la capacidad para el placer:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.

- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (5 % del peso total en un mes).
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor. Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.¹⁰

2.14 Diagnóstico diferencial

- Trastorno depresivo mayor:** Se caracteriza por uno o más episodios depresivos afectando el estado de ánimo y pérdida de interés, el cual dura aproximadamente de una a dos semanas, y es acompañado por al menos otros cuatro síntomas de depresión.
- Trastorno distímico:** Se caracteriza por su afección que es de tipo prolongada que dura aproximadamente dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivos que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- c) **Trastorno depresivo no especificado:** Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor.
- d) **Trastorno bipolar I:** Se caracteriza por uno a más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañado por episodio depresivos mayores.
- e) **Trastorno bipolar II:** Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos de un episodio hipomaniaco.¹⁰

2.15 CUADRO CLINICO.

Las depresiones geriátricas presentan manifestaciones diferentes a las de las personas jóvenes.²⁰ Entre los síntomas más frecuentemente referidos están: Ansiedad, problemas de memoria y quejas físicas. Las preocupaciones somáticas se presentan en el 60% de los ancianos deprimidos ambulatorios, esto puede deberse a la llamada depresión enmascarada, que se caracteriza por síntomas somáticos o cognoscitivos prominentes sin manifestaciones afectivas obvias, lo que hace difícil que se reconozca la depresión y que el anciano permanezca sin tratamiento durante largo tiempo.

Esta depresión enmascarada se presenta con mayor frecuencia después de la edad media de la vida. Algunos síntomas como la disminución de la energía, alteraciones del sueño, anorexia y pérdida de peso también van a ser frecuentes.

El síndrome depresivo puede acompañarse de síntomas demenciales. En las depresiones de aparición tardía se observa con mayor frecuencia agitación, ansiedad, hipocondrías, conducta histérica y pérdida de peso en comparación con las de aparición temprana. Los síntomas

delirantes son más frecuentes en la de aparición tardía y tienen peor pronóstico, y estos responden a la terapia con antidepresivos y a la terapia electroconvulsiva.

La depresión psicótica presenta un mayor riesgo de suicidio especialmente si se presentan alucinaciones auditivas imperativas o si la temática delirante está centrada a la idea de que la familia estaría mejor si ellos no existieran.

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

- a) **Aspecto emocional o cognitivo:** tristeza, irritabilidad y/o ansiedad, desánimo persistente o mal humor, pensamientos de muerte o suicidio, sentir cansancio frecuentemente, sentimiento de desesperanza, pesimismo e inutilidad, problemas alimenticios, presentando aumento de peso o disminución del mismo visiblemente, pérdida de la energía, fatiga, no se puede descansar o se está irritable, dificultad para concentrarse, recordar o para tomar decisiones, y incapacidad para disfrutar de la vida, incluso en actividades que eran placenteras para la persona tales como: convivencia familiares, entre amigos, disfrutar con los seres queridos y realizar actividades de esparcimiento.²¹

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

La detección temprana de estos síntomas y su tratamiento contribuirá a mejorar el bienestar de los adultos mayores.

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

Entre los factores asociados a un pobre resultado al tratamiento de los ancianos deprimidos son: compromiso cognoscitivo, enfermedad física concomitante y severidad del episodio inicial. Por lo que esto señala la necesidad de un enfoque interdisciplinario en el tratamiento de los ancianos deprimidos y lo inadecuado de tratar a los ancianos con patologías psiquiátrica asociada a enfermedad física en los hospitales psiquiátricos donde los servicios médicos son limitados.²²

Desafortunadamente un buen número no se recupera o recaen por lo que se recomienda tratarlos enérgicamente desde el primer episodio depresivo en los ancianos, revisar frecuentemente su estado clínico, usar antidepresivos de forma profiláctica por un largo periodo y tratar adecuadamente las recaídas.

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

El análisis de los problemas de salud de la población de 60 años a más, no debe limitarse al estudio de las aéreas tradicionales tales como: Las tasas de mortalidad y los incrementos

naturales de la población; es necesario, abarcar los problemas concretos que afectan a este grupo social, examinar su participación en la fuerza de trabajo, los recursos con que dispone y la situaciones de su desarrollo psicosocial. Es necesario realizar investigaciones y programas de tratamiento para el adulto mayor donde se valore la importancia de los estados emocionales de ellos.

En nuestro país un gran porcentaje de adultos mayores tiene padecimiento de rasgos ansiosos depresivos, a raíz del cambio al que se someten lo que nos permite retomar la importancia de problemáticas sociales como esta.

Entre las características de los Trastornos Depresivos se encuentran:

- **Crisis de angustia:** Se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror acompañado habitualmente de sensación de muerte inminente.
- **Agorafobia:** Se caracteriza por la aparición de ansiedad o comportamiento de evitación de lugares o situación de donde escapar puede resultar difícil.
- **Trastornos de angustia sin agorafobia:** Se caracteriza por crisis de angustia receptivamente e inesperada que causan un estado de permanente preocupación al paciente.
- **Fobia social:** Se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o situaciones en público del propio individuo o lo provoca la evitación.
- **Trastorno por estrés postraumático:** se caracteriza por la experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debido al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma.

- **Trastorno por estrés agudo:** Es caracterizado por los síntomas parecidos al trastorno por estrés postraumático que aparecen inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático.
- **Trastorno de ansiedad generalizada:** se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente menos de seis meses.

2.16 TRATAMIENTO.

El tratamiento contra la depresión es de dos tipos: **farmacológico** y **psicoterapia**. Dependiendo del problema puede ser necesario uno u otro, o una combinación de los dos. Cuando los casos son graves existe otro tipo: la terapia electroconvulsiva o electroshock.

El tratamiento farmacológico: incluye la administración de antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la receptación de serotonina por sus efectos menores cardiovasculares y su mejor tolerancia en pacientes de edad avanzada.

Los antidepresivos duales, como la venlafaxina, pueden ser administrados, con monitoreo de las cifras de tensión arterial, que se pueden incrementar en algunos pacientes.

Los bloqueadores de calcio, como la nimodipina, son buenos coadyuvantes del tratamiento de la depresión asociada a la enfermedad cerebrovascular, al impedir las lesiones de las neuronas corticales y al limitar la recurrencia de los cuadros depresivos.¹⁷

Tratamiento con psicoterapia: Su fin es ayudar al paciente a conocerse mejor y cambiar sus malas formas de pensar, sentir y actuar. El ambiente que rodea a una persona que sufre depresión es fundamental para lograr su rehabilitación. La comprensión y el cariño de los familiares y allegados es importante, como lo es la paciencia, puesto que la falta de ganas y motivación de los enfermos puede provocar la desesperación y es fundamental inducirle a seguir el tratamiento hasta el final.

Terapia electroconvulsiva: Se utiliza cuando el paciente no puede tomar medicación o no mejora con ella; cuando el riesgo de cometer el suicidio es alto o si existe debilitamiento por otra enfermedad física.

CAPITULO III

2. SISTEMA DE HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 SISTEMA DE HIPOTESIS

3.1.1 Hipótesis General.

Los factores sociales influyen en la aparición de estados depresivos en los adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel de Pasaquina La Unión y unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua La Unión.

3.1.2. Hipótesis Específica

H1. La migración del hogar de los hijos está relacionado al aparecimiento de depresión en los adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel, unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina y unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua, La Unión.

H2. El factor económico es un determinante en la aparición de depresión en los adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel, unidad comunitaria de salud familiar de Pasquina y unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua, La Unión.

H3. La violencia intrafamiliar está relacionada al aparecimiento de cuadro depresivo en adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel, unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina, y unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua, La Unión.

3.1.3. Hipótesis Nulas

H0 Los factores sociales no representan un papel importante en el aparecimiento de depresión en los adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel, unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina y unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua, La Unión.

3.1.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES Y SUS INDICADORES

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
<p>HG</p> <p>Los factores sociales influyen en el apareamiento de estados depresivos en los adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina La Unión, unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua La Unión y unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel.</p>	<p>VI</p> <p>Depresión</p>	<p>La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. La presencia de estos síntomas durante dos o más semanas hace posible el diagnóstico.</p>	<p>Encuesta cerrada</p> <p>Se hizo la evaluación clínica del estado depresivo según los criterios en la encuesta cerrada con los items 1, 2, 3, 4, 5, 6,</p>	<p>Alteración del sueño</p> <p>Ansiedad</p> <p>Cambio en el apetito</p> <p>Aislamiento o retraimiento social</p> <p>Inhabilidad para asumir las responsabilidades del diario vivir.</p> <p>Una perspectiva sombría del futuro</p>
	<p>VD</p> <p>Factores Sociales</p>	<p>Son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.</p>	<p>Economía</p> <p>Migración de los hijos del hogar</p> <p>Violencia intrafamiliar</p>	<p>Actividad económica</p> <p>Apoyo económico</p> <p>Miembros de la familia viviendo en su hogar</p> <p>Migración de los hijos</p> <p>Maltrato psicológico</p> <p>Maltrato físico</p> <p>Nivel de autoridad en el hogar</p> <p>Relación intrafamiliar</p>
	<p>H1</p>	<p>VD</p>		

<p>La migración del hogar de los hijos está relacionado al apareamiento de depresión en los adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina La Unión, unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua La Unión y unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel.</p>	<p>Migración del hogar de los hijos</p> <p>VI depresión</p>	<p>La partida del hogar de los hijos puede deberse a la formación de un nuevo hogar(matrimonio), el encuentro de mejor empleo lejos del hogar, discusiones por herencias con otros hermanos, estudios en el extranjero, migración a otros países, etc.</p>	<p>Estos fueron evaluados según los ítems 15, 16, 17, 18, 19,</p>	<p>Hijos que viven en el hogar</p> <p>Hijos que están cerca del hogar</p> <p>Hijos en el extranjero</p> <p>Hijos que los visitan</p>
<p>H2.</p> <p>El factor económico es un determinante en la aparición de depresión en los adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina La Unión, unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua La Unión y unidad</p>	<p>VD factor económico</p> <p>VI depresión</p>	<p>La mayoría de ancianos que consultan en las unidades de salud es porque no tuvieron un trabajo formal que les permita actualmente gozar de seguro social, o médicos particulares, ni</p>	<p>Seevaluóen los ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14</p>	<p>Empleo actual</p> <p>Dependencia económica</p> <p>Ahorro actual</p>

<p>comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel.</p> <p>H3. La violencia intrafamiliar está relacionada al apareamiento de cuadro depresivo en adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina La Unión, unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua La Unión y unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel.</p>	<p>VD Violencia intrafamiliar VI Depresión</p>	<p>tampoco una pensión por lo que su economía está comprometida y sobrevive la mayoría de lo que sus hijos les aportan.</p> <p>El cual no solo esta expresado por el maltrato físico sino el maltrato psicológico que viven debido muchas veces a enemistad entre los hijos manifestadas en peleas, enfrentamiento por la manutención de los ancianos, peleas por futuras herencias</p>	<p>Fue evaluado por los ítems 20, 21, 22, 23, 24,</p>	<p>Discriminación Maltrato físico Discusiones constantes Maltrato psicológico</p>
--	--	---	---	---

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

El diseño de la investigación se abordó desde un enfoque cuantitativo dado que las respuestas de los usuarios/as en estudio se cuantifico y se presentó en forma porcentual.

4.1 Tipo de Estudio.

El tipo de estudio que se seleccionó para la investigación es de tipo correlacional, transversal, prospectivo.

1. Correlacional.

Se estableció el grado de relación entre las dos variables en estudio, teniendo como objetivo medir el grado de asociación entre los factores sociales y el aparecimiento de estados depresivos en los adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad de salud milagro de la paz, San Miguel, unidad de salud Pasaquina y unidad de salud Conchagua, La Unión.

2. Transversal.

Permitió valorar el abordaje de la problemática en estudio en un período de tiempo determinado, estableciendo las relaciones de causa- efecto y no se dará seguimiento posterior al estudio del periodo de Junio a Agosto del 2015.

3. Prospectivo

El estudio fue prospectivo porque se registró el comportamiento de las variables en estudio, en un periodo determinado, en el periodo de junio a agosto 2015.

4.2 Área de estudio.

El estudio se realizó, en la unidad comunitaria de salud familiar Milagro de la Paz San Miguel, unidad comunitaria de salud familiar Pasaquina y unidad comunitaria de salud familiar Conchagua, La Unión. Atendiendo a una población de 1767 adultos mayores, de 60 años entre las tres unidades de salud.

Todas entidades gubernamentales pertenecientes al ministerio de salud de El Salvador, trabajando en horarios de 7:30am a 3:30 pm de lunes a viernes.

4.3 Universo Población y Muestra

1. Universo

El universo estuvo constituido por 1767 adultos mayores, que asistieron a consultar a las 3 unidades de salud.

2. Población.

La población en estudio estaba conformada por 1767 adultos mayores de 60 años masculinos y femeninos que consultaron en las tres unidades de salud, de los cuales se tomaron 161 adultos mayores.

3. Muestra.

La muestra la integraron 161 adultos mayores de 60 años a más.

La muestra será el subgrupo de la población lo cual se recolectaran los datos y esta debe ser representativa de dicha población, la cual consta de 1767 adultos mayores de 60 años de edad que consultan en las tres unidades de salud la cual se distribuye así; de la unidad de salud Milagro de la Paz departamento de San Miguel 320 adultos mayores, unidad de salud de Pasaquina La Unión 682 adultos mayores, y unidad de salud de Conchagua La Unión 765 adultos mayores.

Esto se logró mediante la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z \cdot P \cdot Q \cdot N}{(N-1) E^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

En donde:

n= Tamaño de la muestra

N=Tamaño de la población

Z= Valor crítico correspondiente a un coeficiente de confianza con el cual se desea hacer la investigación. (1.96 valor que corresponde a un coeficiente de 95%)

P= Proporción poblacional de un evento. (50%= 0.5 al no conocer este valor se asume la máxima variabilidad.)

Q= Proporción poblacional de la no ocurrencia del evento (50%= 0.5)

E= Error muestra (definición entre estadístico y parámetro) 5%=0.05

Sustitución de la fórmula:

$$n = \frac{(1.96) (0.5) (0.5) (1767)}{(1767-1) \cdot (0.5)^2 + (1.96)^2 (0.5)}$$

$$n = \frac{865.83}{(1766) \cdot (0.5)^2 + (1.96)^2 (0.5)}$$

$$n = \frac{865.83}{(1766) \cdot (0.0025) + (3.84) \cdot (0.25)}$$

$$n = \frac{865.83}{4.415 + 0.96}$$

$$n = \frac{865.83}{5.375}$$

n=161

La muestra obtenida según el despeje de la fórmula es de 161 adultos mayores de 60 años de edad de la unidad de salud Milagro de la Paz departamento de San Miguel, unidad de salud de Pasaquina y unidad de salud de Conchagua departamento de La Unión.

Por la naturaleza de la investigación es necesario sacar submuestra de la muestra, ya que se trabajo con los/las adultos mayores de 60 años de edad de las 3 respectivas unidades de salud antes mencionadas con la siguiente fórmula:

$$n_i = n \times N_i/N$$

n_i = A la sub-muestra

n = A la muestra

N_i = Es el total de sujeto por extractado

N = Es la población total

Sub-muestra de Unidad Comunitaria de salud familiar milagro de la Paz, departamento de San Miguel

$$n_i = 320 \times 161/1767$$

$$n_i = 29$$

Sub-muestra de Unidad Comunitaria de salud familiar de Pasaquina, departamento de La Unión

$$n_i = 682 \times 161/1767$$

$$n_i = 62$$

Sub-muestra de Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Conchagua, La Unión.

$$n_i = 765 \times 161/1767$$

$$n_i = 69.70$$

$$n_i = 70$$

UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR	SUBMUESTRA
Unidad Comunitaria de salud familiar milagro de la Paz, departamento de San Miguel	29
Unidad Comunitaria de salud familiar de Pasaquina, departamento de La Unión	62
Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Conchagua, La Unión	70
TOTAL	161

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- a) Masculinos y Femeninos mayores de 60 años de edad
- b) Adultos mayores que aceptaron colaborar con la investigación
- c) Adultos mayores que consultaron en dichas unidades entre el periodo de 10 de junio al 30 de agosto 2015

Criterios de exclusión

- a) Los adultos mayores que tienen otras patologías psiquiátricas ya diagnosticadas tales como: Demencia senil, Alzheimer, Esquizofrenia, Estados Bipolares
- b) Los adultos mayores que no puedan valerse por si mismos para realizar actividades cotidianas
- c) Los adultos mayores con enfermedades terminales.
- d) Adultos mayores que se rehusaron participar en el estudio.

4.4 Métodos Técnicas e Instrumentos.

Métodos

Para el desarrollo de la investigación los métodos utilizados fueron: científico, estadístico, análisis y síntesis.

Método científico: Orientó el proceso de la investigación a través de una serie de operaciones ordenadas y encaminadas a obtener una explicación racional y objetiva de la problemática en estudio.

Método estadístico: Permitió la cuantificación y presentación de los datos, a través de la elaboración de cuadros estadísticos y gráficos, que facilitaron la interpretación de los datos, de las variables en estudio y para la comprobación de las hipótesis se utilizó el método estadístico chi cuadrado.

Método de Análisis y Síntesis: Permitió estudiar en forma particular los componentes de las variables en estudio, haciendo una relación entre las mismas variables y de ésta manera facilito el planteamiento de las conclusiones.

4.5 Técnicas

La técnica que se utilizó para llevar a cabo la recolección de los datos fue la encuesta descriptiva cerrada la cual describió en qué situación se encontraban los adultos mayores en el momento en que se realizó y facilito la obtención de la información relacionada a las variables en estudio, información que fue brindada por parte de los adultos mayores de 60 años a más, que asistieron a consultar en ese periodo a las tres unidades de salud.

4.6 Instrumentos

El instrumento que se utilizo fue la encuesta descriptiva cerrada, clasificada según los indicadores de las variables en estudio, que constaba de 24 preguntas ordenadas según las variables, congruente, con secuencia lógica, entre estas 24 preguntas cerradas estuvieron dirigidas a los adultos/as mayores.

Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno depresivo, y las negativas para los

indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-X

La información que se obtuvo permitió, confirmar la relación que existe entre las variables, los factores sociales como causa apareamiento de depresión en los adultos mayores.

4.7 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

1. Prueba Piloto.

La validación de los instrumentos se realizó con la ayuda de una licenciada en psicología y la participación de 15 usuarios que oscilan entre las edades de 60 años a más que asistieron a consultar en las tres unidades de salud la primera semana de Junio del 2015; quienes no formaron parte de la población en estudio.

Posteriormente se analizaron los instrumentos y se verifico que las preguntas se comprendieran sin dificultades y se realizaron las modificaciones que fueron necesarias.

2. Recolección de los Datos

Los datos fueron recolectados en el periodo del 10 de junio al 30 de agosto del 2015, la población en estudio fueron los adultos/as mayores de 60 años a mas, que asistieron a consultar a las tres unidades de salud, haciendo un total de 161 usuarios; previa autorización de la junta directiva de la facultad multidisciplinaria de oriente, la facultad de medicina, los directores de las 3 unidades de salud y de los usuarios, estos últimos mediante el consentimiento informado quienes podrán rehusarse a participar en el estudio.

La recolección de los datos fue realizada de acuerdo a la calendarización realizada.

INVESTIGADOR	LUGAR	Fechas	
		10 JUNIO - 30 AGOSTO	
		Encuesta	
Cristian Geovanni Claramount Jerez	UCSF MILAGRO DE LA PAZ	29	2015
Cesar Alonso Rodríguez Palacios	UCSF PASAQUINA	62	
Ada Lisseth Rodríguez Zelaya	UCSF CONCHAGUA	70	
Total		161	

3. Plan de Tabulación

La tabulación se realizó con los datos obtenidos, a través de la encuesta descriptiva cerrada en forma sistemática y en orden correlativo, en relación a las variables en estudio procediendo a vaciar los datos en cuadros, para poder cuantificar y graficar en forma representativa la información obtenida, aplicando el método porcentual.

4. Plan de Análisis e Interpretación de Datos

El plan de análisis que se implemento para determinar la respuesta a las hipótesis planteadas y la relación entre ambas variables, siendo estas: los factores sociales y apareamiento de estados depresivos, tomando en cuenta el porcentaje a obtener de cada pregunta de acuerdo al aspecto a investigar para aceptar o rechazar la hipótesis. Luego se realizó un análisis general de los resultados obtenidos de la investigación.

El análisis fue presentado en la matriz, a continuación se presenta:

Nombre o Titulo		
Alternativa.	Fr.	%
Total	N°	100 %

Donde:

Titulo: Nombre con el cual se identificara las tablas según el aspecto a

Evaluar

Alternativa: Respuesta de la pregunta

Frecuencia: Número de veces que se repiten una pregunta

Porcentaje: Información en relación al porcentaje

Porcentaje = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de respuestas obtenidas} \times 100}{\text{Total}}$

5. Prueba de hipótesis

El método estadístico aplicado para la comprobación de hipótesis será el chi cuadrado (χ^2) La razón por la que utilizamos chi-cuadrada (χ^2) es por que ésta nos permitirá más de una variable, y además a través de esta prueba compararemos valores esperados contra valores observados siendo su formula la siguiente:

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Donde

\sum = Sumatoria de los eventos

f_o = Frecuencia Observada

f_e = Frecuencia esperada de los eventos en estudio

Para determinar los valores de χ^2 teórico, se utilizaran los grados de libertad que se obtendrán de la formula siguiente:

$$G1 = (F - 1) (C-1)$$

Donde

G1 = Grado de libertad

F = Número de filas

C = Número de columnas

1 = Constante

Así mismo se establecerá como nivel de significancia 0.05.

Previo a calcular el χ^2 se vaciaron los datos en una tabla de contingencia siendo la siguiente:

Pregunta 1					Total
Pr					
Alterna tiva	Alternativa				
	Fr	Fr	Fr	Fr	
X1					
X2					
Total					

Donde:

Pregunta 1: Primera pregunta a cruzar

Pregunta 2: Segunda pregunta a cruzar, con pregunta 1

X1.... X2: Alternativas

Fr: Frecuencia

Total: Es la cuantificación según frecuencia y alternativas presentadas.

Seguidamente para calcular los valores de χ^2 se utilizo la siguiente tabla y de acuerdo a los resultados obtenidos se aceptaron o se rechazaron las hipótesis formuladas

Tabla para calcular χ^2

Fo	Fe	Fo - Fe	(fo - fe) ²	χ^2 $= \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$	$\chi^2 c$	$\chi^2 tabla$
Total						

A continuación se detalla la formula de χ^2

$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Donde:

$\chi^2 = J$: cuadrada

\sum = Sumatoria

Fo= Frecuencia Observada

Fe = Frecuencia esperada

(fo - fe) = Frecuencia observada menos la frecuencia esperada

(fo - fe)² = Frecuencia observada menos la frecuencia esperada elevada al Cuadrado.

Sumatoria de frecuencia observada menos la frecuencia esperada elevada en cuadrado entre la frecuencia esperada es igual a χ^2 .

Para establecer si un valor de χ^2 fue o no significativo se calcularon los grados de libertad y se eligió el nivel de significancia de 0.05, si el valor de χ^2 calculado, es igual o superior a $\chi^2 T$ significo la existencia de la relación entre las variables y se acepto la hipótesis

5.2 Aspectos Éticos de la Investigación.

El deber ser de todo médico, es partir de una base ética que está sustentada en principios y valores, que le permitan orientar su práctica hacia la humanización en el trato con las personas.

La ética juega un papel importante en el desarrollo de la investigación, ya que es aplicada a seres humanos requiriendo de un análisis cuidadoso, respetando sus derechos, valores y principios estos últimos son: Beneficencia, Respeto a la dignidad humana y Justicia.

Otros aspectos éticos que se aplicaron en la presente investigación fue:

Secreto Profesional: No se dio a conocer el nombre de cada participante que proporciono su opinión respecto al tema, esto aseguro que no se perjudicara a la población en estudio los cuales fueron los adultos mayores.

Confidencialidad: Está relacionado con el derecho de los individuos a la protección de sus datos durante las fases de almacenamiento, transferencia y uso de la información con el fin de evitar que sea revelada a terceras personas sin su previa autorización.

Teniendo como base estos principios éticos se pretende contar con la disposición de los adultos mayores que consultan en las 3 unidades de salud respetando su derecho de participación por voluntad propia como apoyo en el desarrollo de la investigación y consentimiento informado

CAPITULO V

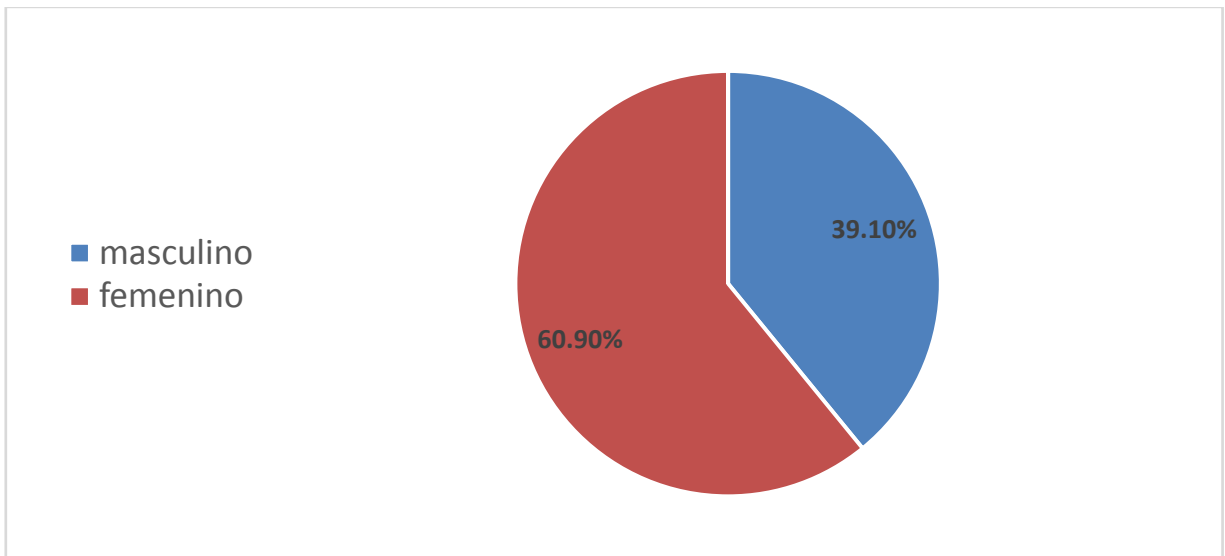
5 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 Presentación de datos

CUADRO N° 1

Distribución Porcentual sobre el sexo

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Masculino	63	39.1%
Femenino	98	60.9%
Total.	161	100%



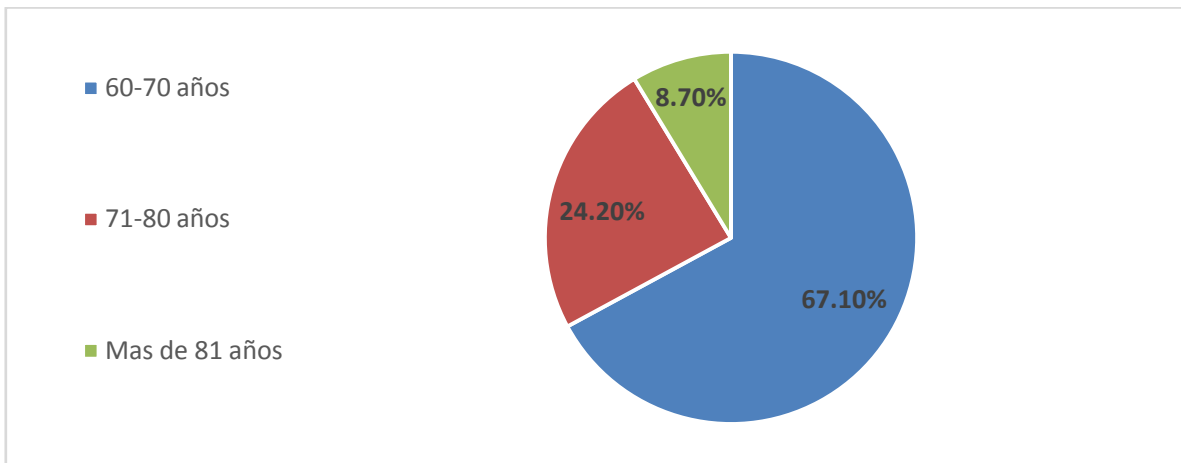
La tabla anterior refleja que el 39.1% de la población en estudio es masculina y el 60.9% del sexo femenino

Lo que significa que más de la mitad de la población en estudio pertenece al sexo femenino.

CUADRO N° 2

Distribución porcentual sobre la edad

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Adultos de 60-70 años	108	67.1%
Adultos de 71-80 años	39	24.2%
Más de 81 años	14	8.7%
Total.	161	100%



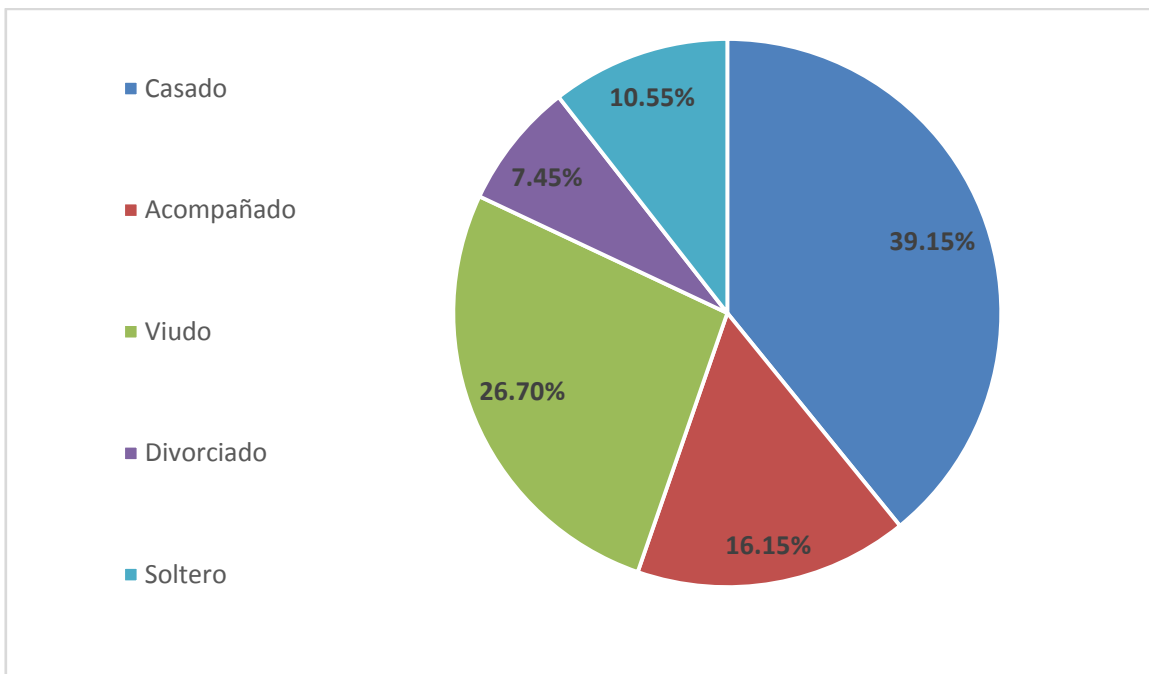
Según los resultados en la investigación los adultos mayores que consultan entre las edades de 60 a 70 años son 61.1%, otro grupo de edad de 71-80 años representa el 24.2% y los que tienen más de 81 años son el 8.7%

Lo que significa que el grupo que representa el mayor porcentaje son los adultos mayores que están en las primeras etapas de la vejez, por lo que se considera este grupo con fortaleza física y lucidez mental y que estas capacidades no se encuentran disminuidas. El otro grupo que prosigue son los adultos mayores en su segunda etapa de la vejez en donde las enfermedades crónicas se ven agudizadas por la disminución de las capacidades. La minoría de adultos mayores que consultan tiene edades mayores de 81 años por lo que podemos decir que este grupo posee mayor dificultad para desplazarse a las unidades de salud por sus propios medios y que dependen mucho de terceros para asistir a la consulta médica.

CUADRO N° 3

Distribución porcentual sobre estado civil

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Casado	63	39.15%
Acompañado	26	16.15%
Viudo	43	26.7%
Divorciado	12	7.45%
Soltero	17	10.55%
Total.	161	100%



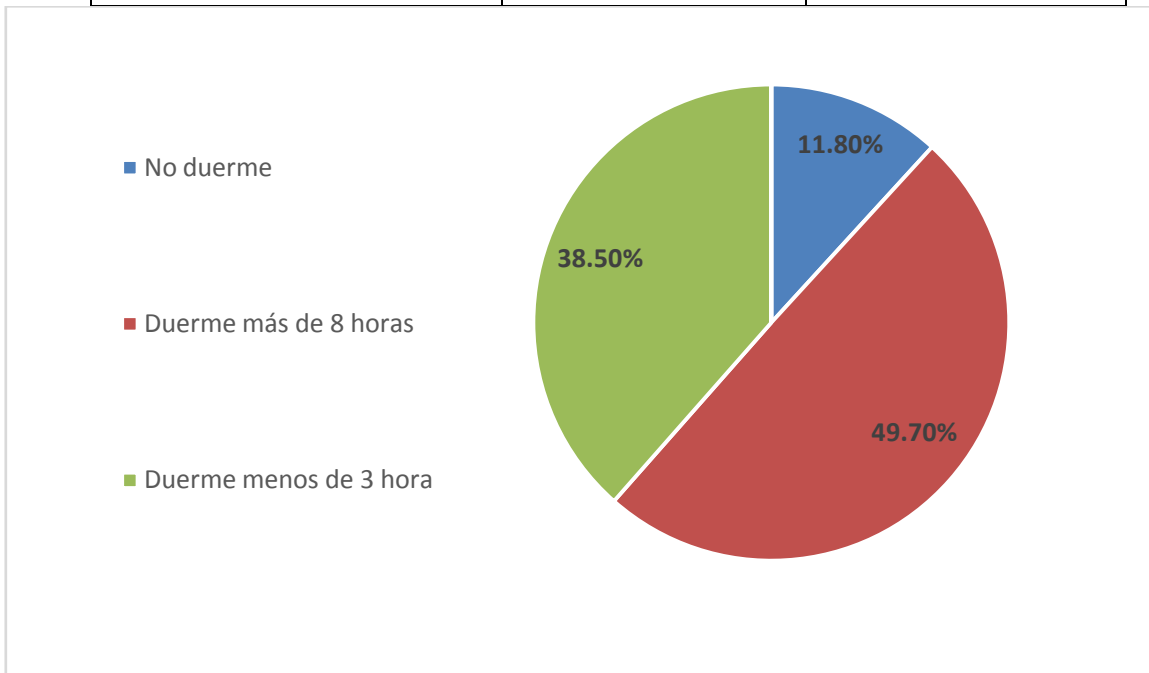
El 39.15% de los entrevistados refiere estar casado, el 16.15% está acompañado, hay un 26.7% que esta viudo, el 7.45% divorciado y el 10.55% soltero

La mayoría de los entrevistados su estado civil es casado lo cual es positivo porque es de familia más estable, a diferencia de los acompañados que a pesar de su edad continúan sin legalizar el estado familiar, es notable la cantidad de adultos mayores que están viudos lo que quizás genere un fuerte factor emocional para la aparición de estados depresivos por la falta del cónyuge. De los entrevistados pocos están divorciados y solteros.

CUADRO N° 4

Distribución porcentual sobre la interrogante ¿Ha tenido alguna alteración del sueño? en el último mes?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
No duerme	19	11.8%
Duerme más de 8 horas	80	49.7%
Duerme menos de 3 hora	62	38.5%
Total.	161	100%



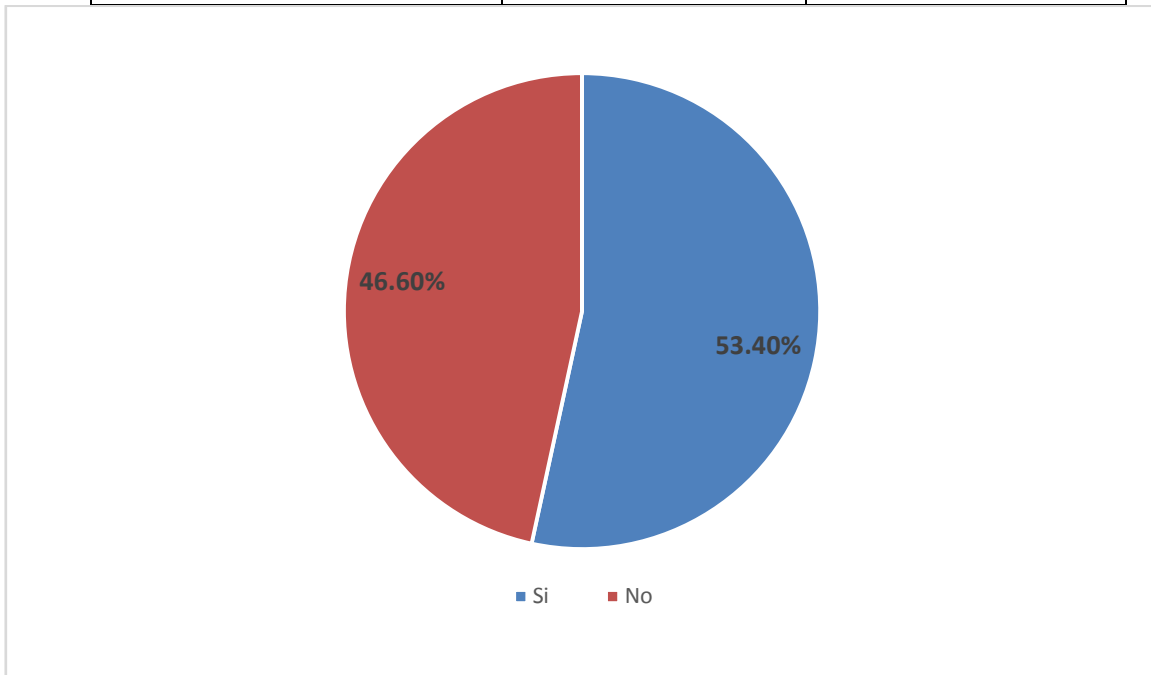
Los datos evidencian que el 11.8% de la población en estudio no duerme, mientras que un 49.7% duerme más de 8 horas al día, y que un 38.5% duerme menos de 3 horas por noche.

Esto demuestra que la mitad de la población no tiene problemas para conciliar el sueño por la noche, sin embargo al unir los dos grupos que tiene dificultad para conciliar el sueño total o duermen menos de tres horas por la noche es más de la mitad por lo que significa que hay un evidente insomnio en los adultos mayores estudiados.

CUADRO N° 5

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Ha sentido tristeza en el último mes?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	86	53.4%
No	75	46.6%
Total.	161	100%



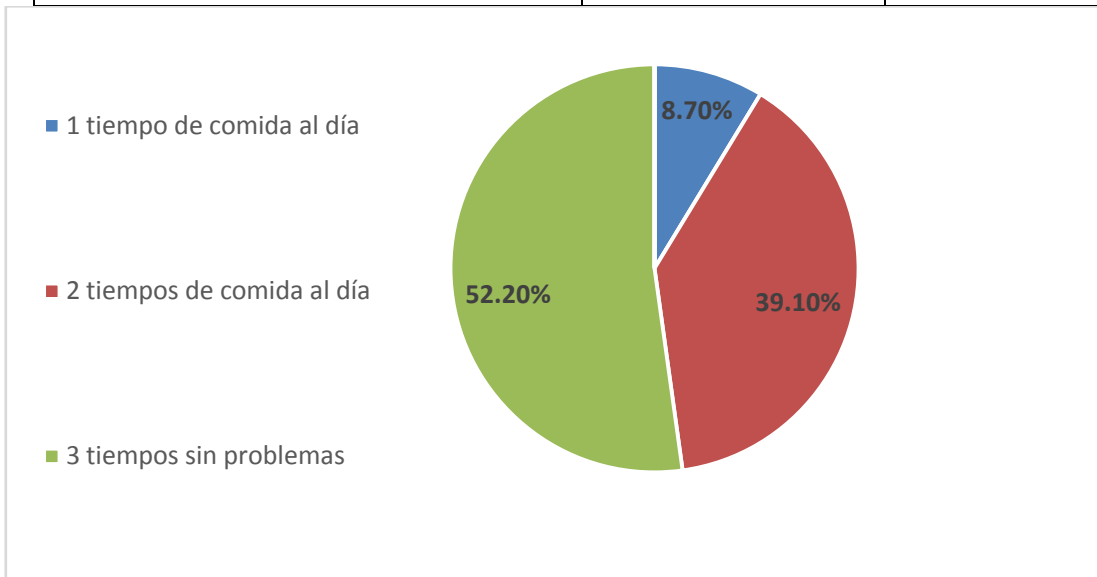
El 53.4 % de los adultos mayores opinan que si han estado triste el último mes, Mientras que un 46.6 % refieren que no lo han estado.

Esto evidencia que más de la mitad de la población ha estado triste considerando esto como un generador de depresión y coincide con el grupo que ha tenido algún tipo de insomnio, el resto de la población no ha sentido tristeza.

CUADRO N° 6

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Ha perdido el apetito en los últimos meses?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Come solo 1 tiempo de comida al día	14	8.7%
Come 2 tiempos de comida al día	63	39.1%
Come los 3 tiempos sin problemas	84	52.2%
Total.	161	100%



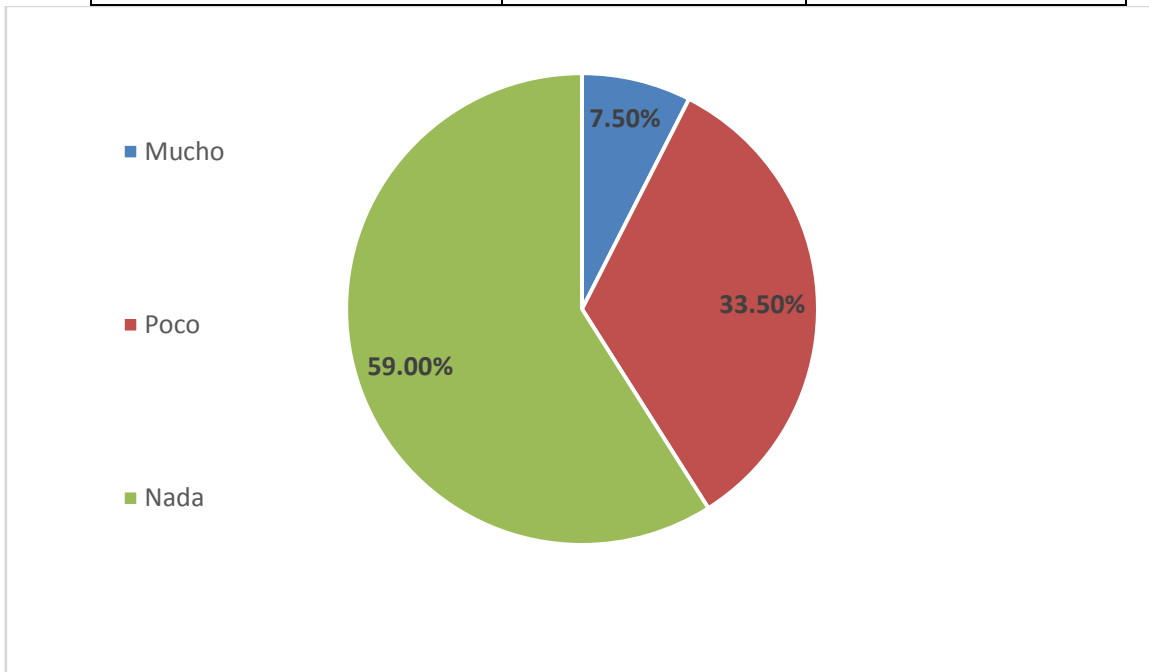
Se pudo determinar que un 8.7% de la población en estudio refirieron que se alimentan solo 1 vez al día, un 39.1% se alimenta 2 veces al día y el 52.2% tiene una alimentación regular.

Lo anterior evidencia que el 49.8% de los adultos mayores entrevistados manifestaron tener trastornos alimenticios esto es de importancia debido a que por su edad el solo alimentarse dos veces al día ocasiona una pérdida importante de energía la cual se puede ver reflejada en cansancio físico, mental y susceptibilidad ante cualquier trastorno orgánico y mental en comparación de los que se alimentan tres veces al día

CUADRO N° 7

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Siente que ha perdido peso en los últimos 6 meses?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Mucho	12	7.5%
Poco	54	33.5%
Nada	95	59.0%
Total.	161	100%



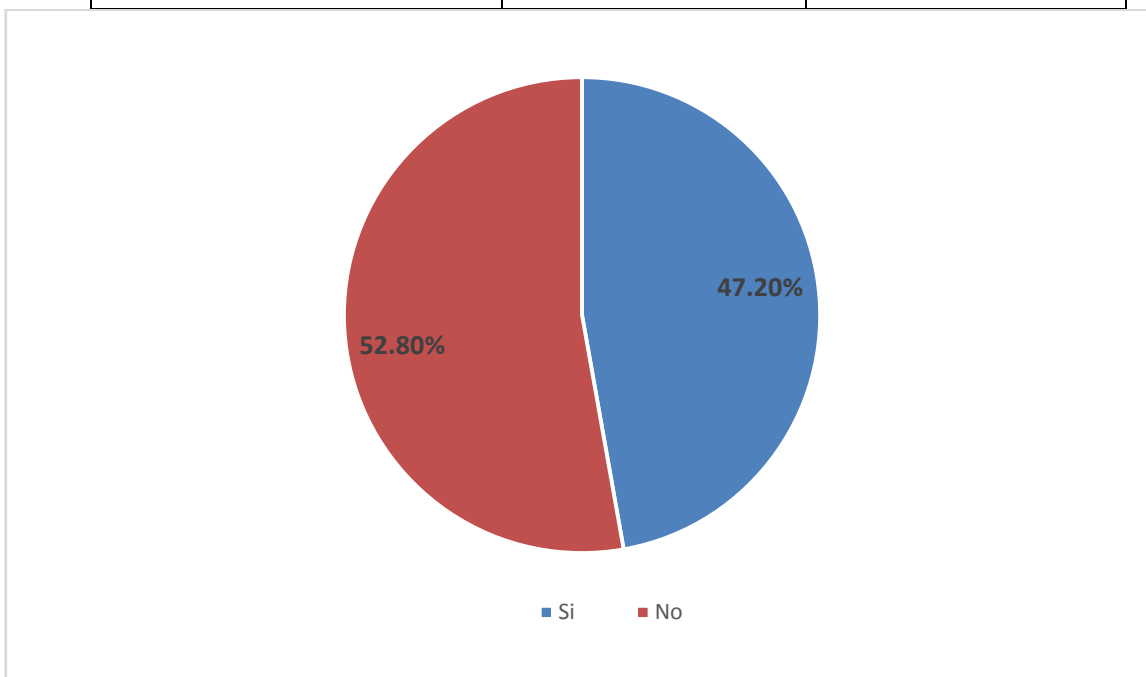
Los datos indican que un 7.5% de los adultos mayores sienten que han perdido mucho peso, el 33.5% manifiesta algún grado de pérdida de peso y el 59% no ha presentado ninguna alteración en el peso.

Al analizar los datos observamos comparativamente que los adultos mayores que solo se alimentan 1 vez al día y los que lo hacen dos veces al día ya comenzaron a sentir que su peso está disminuyendo, esto como consecuencia del trastorno alimenticio que ya están padeciendo. Pero el mayor porcentaje de entrevistados no han visto cambios en su peso.

CUADRO N° 8

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Siente deseos de participar en eventos sociales como bodas, cumpleaños, ferias, reuniones familiares?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	76	47.2%
No	85	52.8%
Total.	161	100%



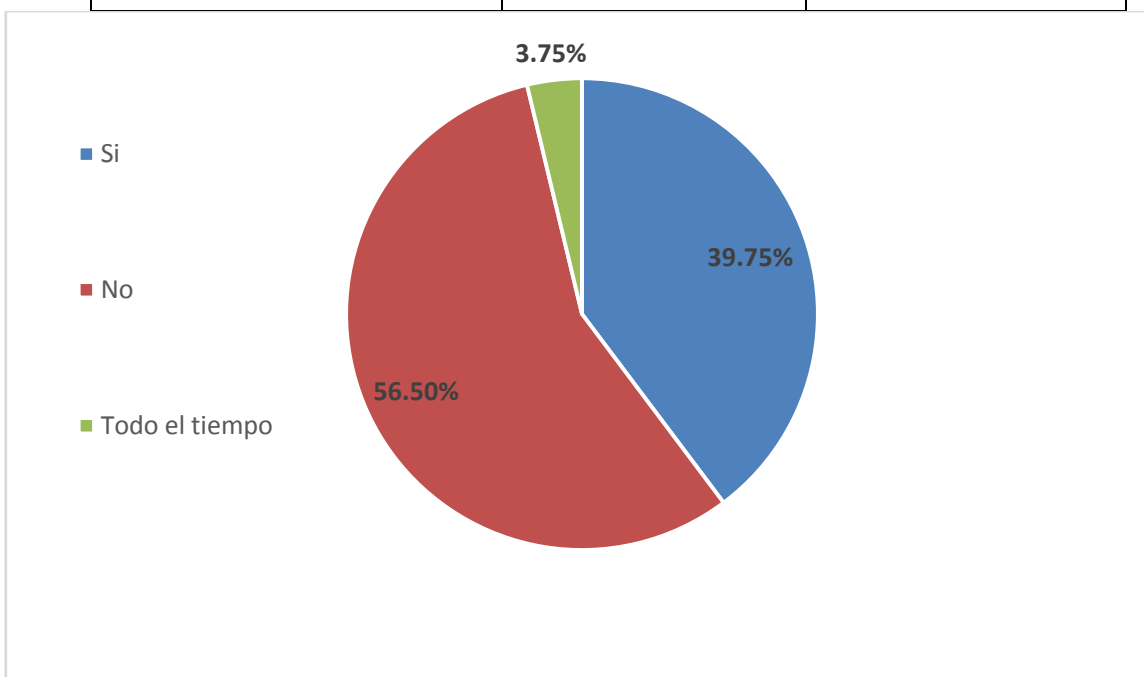
Del total de los participantes entrevistados el 47.2% respondió que desea asistir a eventos sociales y el 52.8% no desea participar de dichos eventos.

Según los resultados se puede observar que la mayoría de los adultos mayores refieren que no sienten deseos de participar en eventos sociales y esto no contribuye a mejorar su autoestima y aumenta la posibilidad de caer en estados depresivos por la falta de interacción social.

CUADRO N° 9

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Siente desgano o le cuesta iniciar las actividades diarias trabajo, oficios etc.?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	64	39.75%
No	91	56.5%
Todo el tiempo	6	3.75%
Total.	161	100%



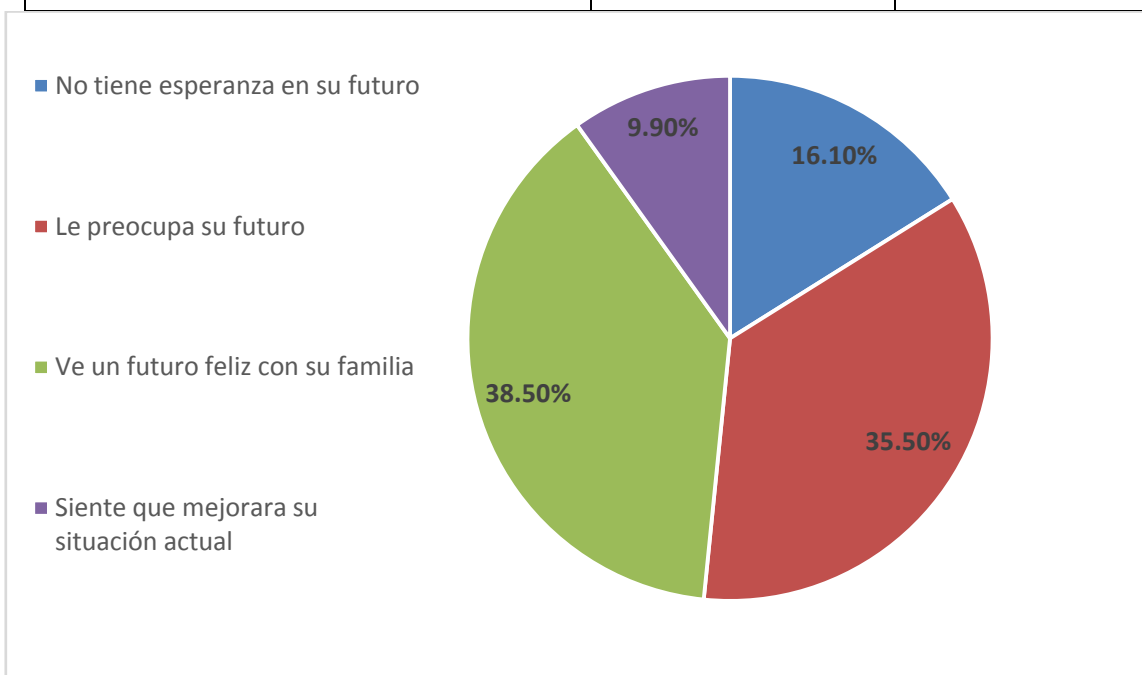
Los datos obtenidos demuestran que el 39.75% de los entrevistados refieren que cada día tienen desgano al iniciar las labores cotidianas el 3.75% refiere que todo el tiempo han sentido esta dificultad y el 56.5% refieren que no sienten desgano

Lo anterior muestra que un buen porcentaje de adultos sienten desgano que puede traducirse en lenguaje común como pereza, o propiamente una manifestación de la tristeza, aunque la mayoría opino que no tienen problemas en realizar sus labores quizá el factor que influya sea la edad ya que la mayoría de edad oscila entre los 60 y 70 años.

CUADRO N° 10

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Cómo percibe su futuro?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
No tiene esperanza en su futuro	26	16.1%
Le preocupa su futuro	57	35.5%
Ve un futuro feliz con su familia	62	38.5%
Siente que mejorara su situación actual	16	9.9%
Total.	161	100%



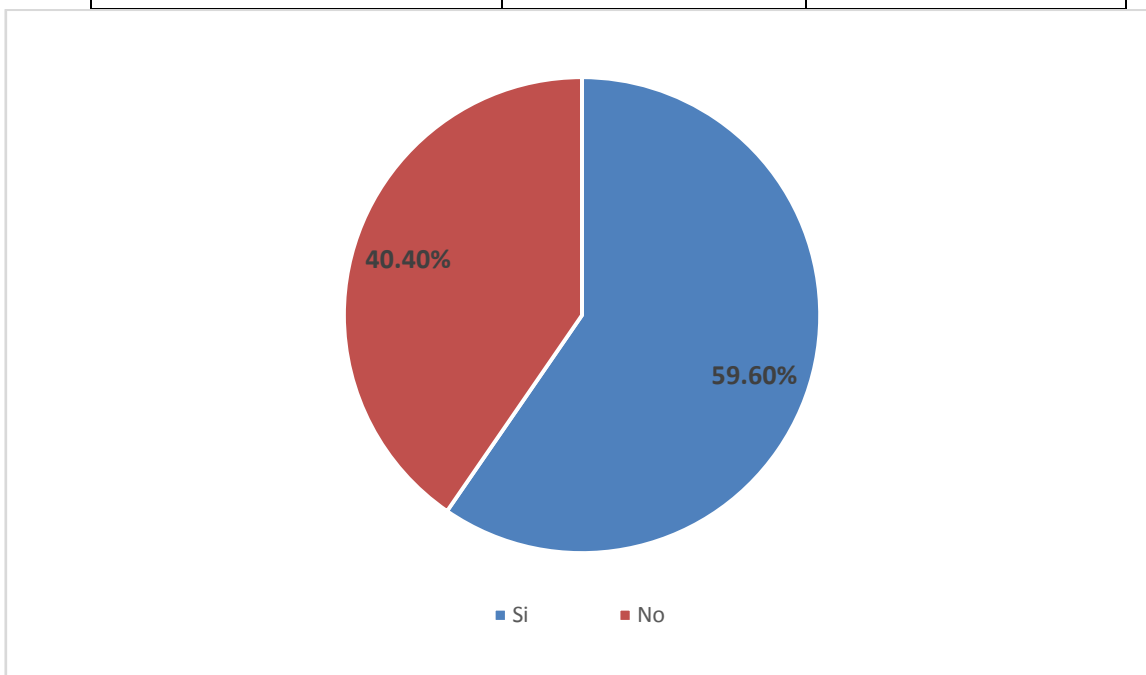
Los datos presentados en el cuadro refleja que el 16.1% de los adultos mayores entrevistados refiere que no tiene esperanza en su futuro, a el 35.5% le preocupa su futuro, mientras que al 38,5% revela que ve un futuro feliz con su familia, y el 9.9% siente que mejorara su situación actual.

Lo que demuestran los resultados es que pocos adultos piensan en un futuro feliz y que la mayoría considera que la situación que actualmente vive persistirá más tiempo del que ellos quisieran por lo que esto es un generador de estado depresivo.

CUADRO N° 11

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Siente dificultad para concentrarse o pensar?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	96	59.6%
No	65	40.4%
Total.	161	100%



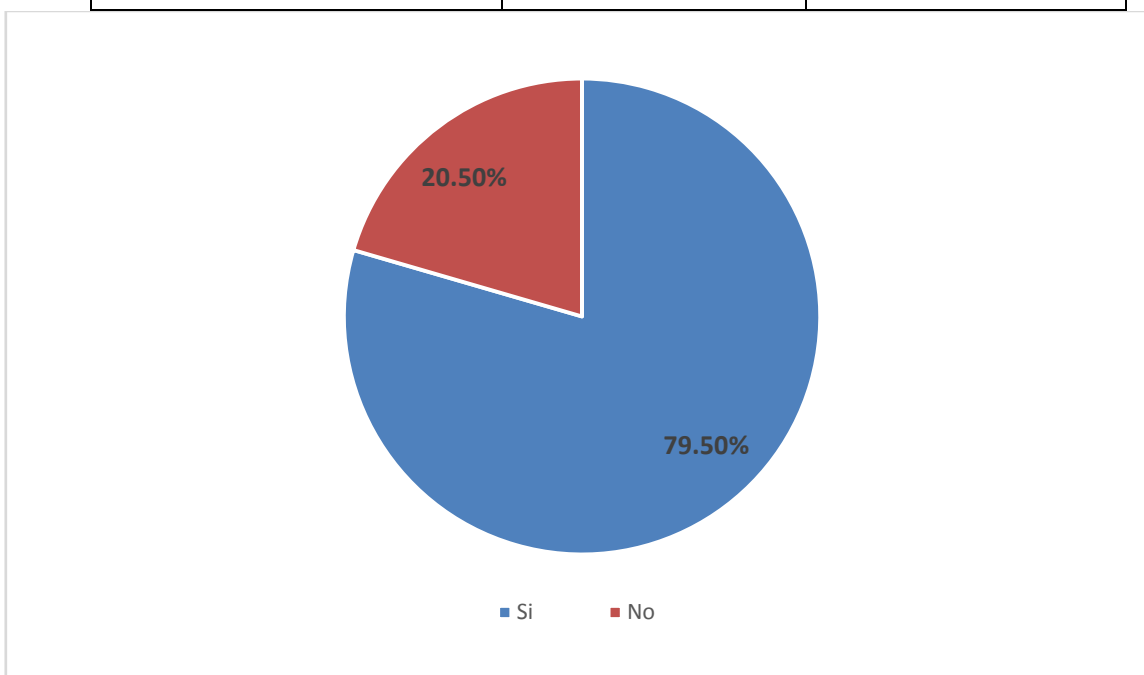
De acuerdo a los datos obtenidos un 59.6% de la población en estudio determino que sienten dificultad para concentrarse mientras que un 40.4% refirieron que no lo tienen.

De lo anterior se puede decir que en su mayoría los entrevistados están teniendo dificultades para pensar o concentrarse por lo que los adultos están viviendo con estrés permanente, aunque muchos de los entrevistados manifestaron no tener problemas.

CUADRO N° 12

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Se considera alguien útil para su familia y la sociedad?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	128	79.5%
No	33	20.5%
Total.	161	100%



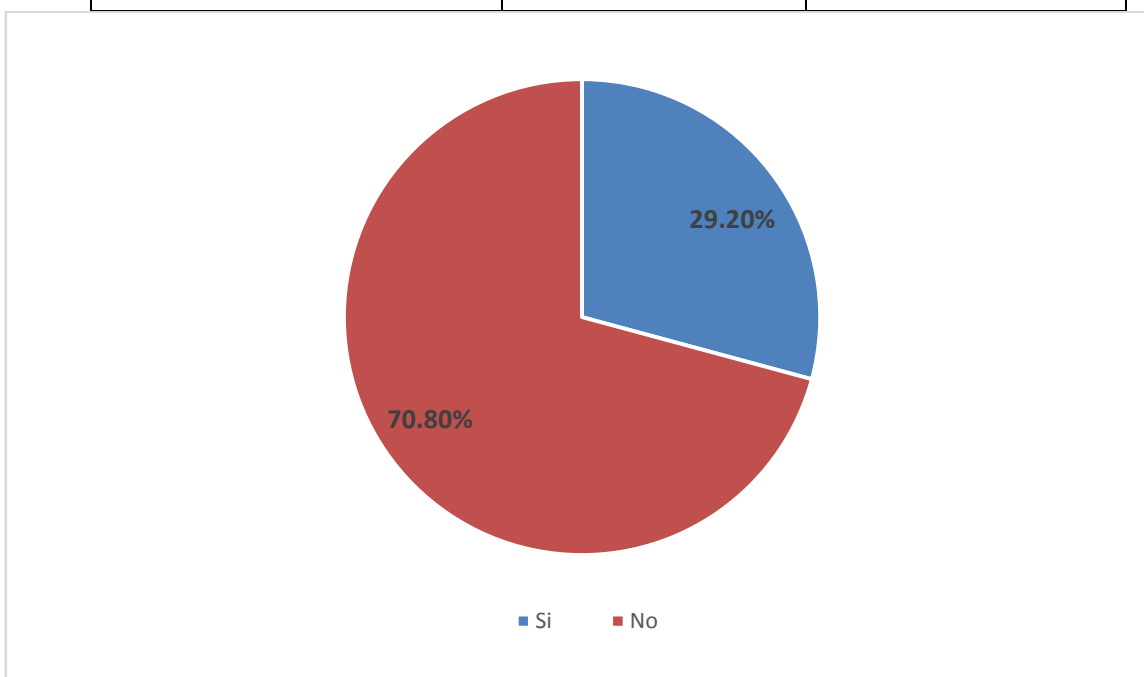
Los datos presentados en el cuadro reflejan que el 79.5% de los adultos mayores manifestó que se sienten útil para su familia y la sociedad, y el 20.5% manifestó que no

Lo antes mencionado indica que la mayoría manifestó que se consideran útil reflejando el interés por servirle a su familia y a la sociedad a pesar de los problemas que diariamente enfrentan por ser adultos mayores. Los que manifestaron no ser útiles podemos relacionarlo con el grupo de mayor edad que fue entrevistado que son un porcentaje menor, dado que estas personas tienen enfermedades crónicas y la edad avanzada hace que disminuya su capacidad física por lo que podría ser el factor influyente para no sentirse útiles para la sociedad

CUADRO N° 13

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Trabaja y recibe remuneración actualmente?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	47	29.2%
No	114	70.8%
Total.	72	100%



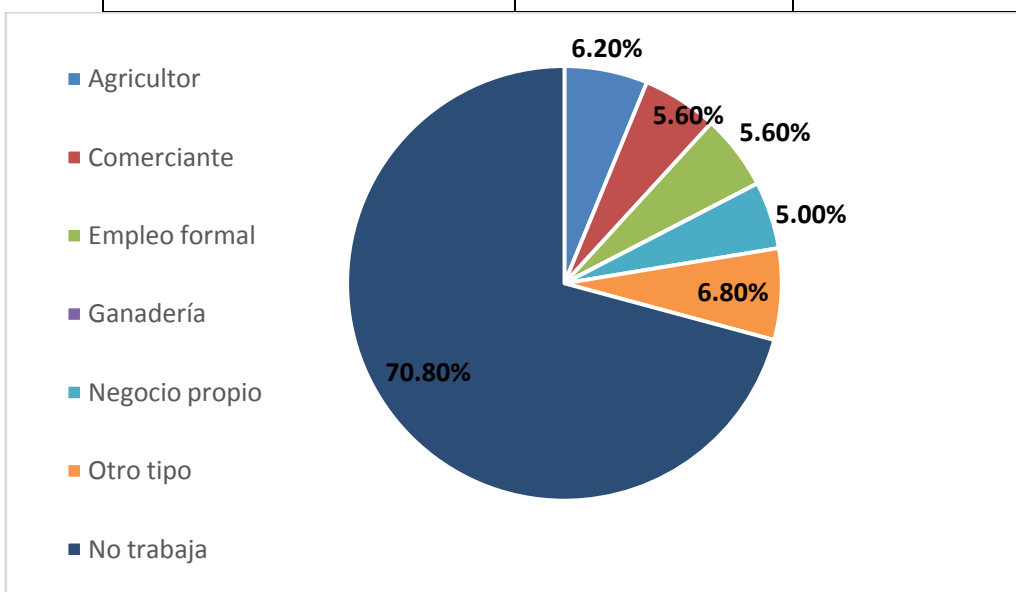
Un 29.2% de la población en estudio, considera que trabaja y recibe remuneración por su trabajo, y el 70.8% no trabaja

Lo que demuestra que la gran mayoría de adultos mayores no desempeñan trabajo remunerado por lo que ocupan la mayor parte de su tiempo en actividades caseras y un bajo porcentaje aun labora y su trabajo le remunera económicamente por lo que consideramos que es un factor importante para el bienestar físico, mental y que pueden aportar económicamente a la familia.

CUADRO N° 14

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Qué tipo de empleo posee?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Agricultor	10	6.2%
Comerciante	9	5.6%
Empleo formal	9	5.6%
Ganadería	0	0.0%
Negocio propio	8	5.0%
Otro tipo	11	6.8%
No trabaja	114	70.8%
Total.	161	100%



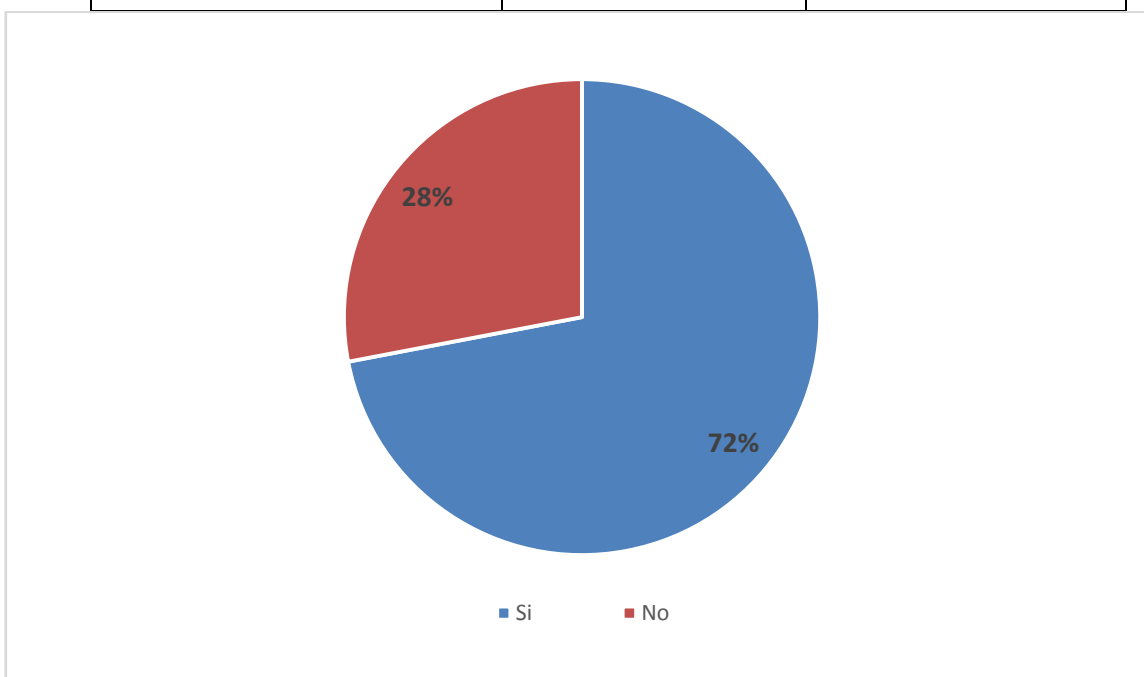
Los datos obtenidos muestran que el 70.8% de los adultos mayores manifiestan que no trabaja, de los que si laboran el 6.2% es agricultor, 5.6% comerciante 5.6% empleo formal, nadie trabaja con ganadería, el 5.0% tiene negocio propio y el 6.8% tiene otro tipo de trabajo

Esto está relacionado con la cantidad de adultos mayores que trabajan y el tipo de empleo que desempeñan lo que podemos concluir que son trabajos informales en los que obtener una jubilación no es posible por lo que deberán trabajar durante toda su vida o depender de terceros como los hijos para subsistir.

CUADRO N° 15

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Recibe alguna ayuda económica actualmente?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	116	72%
No	45	28%
Total.	161	100%



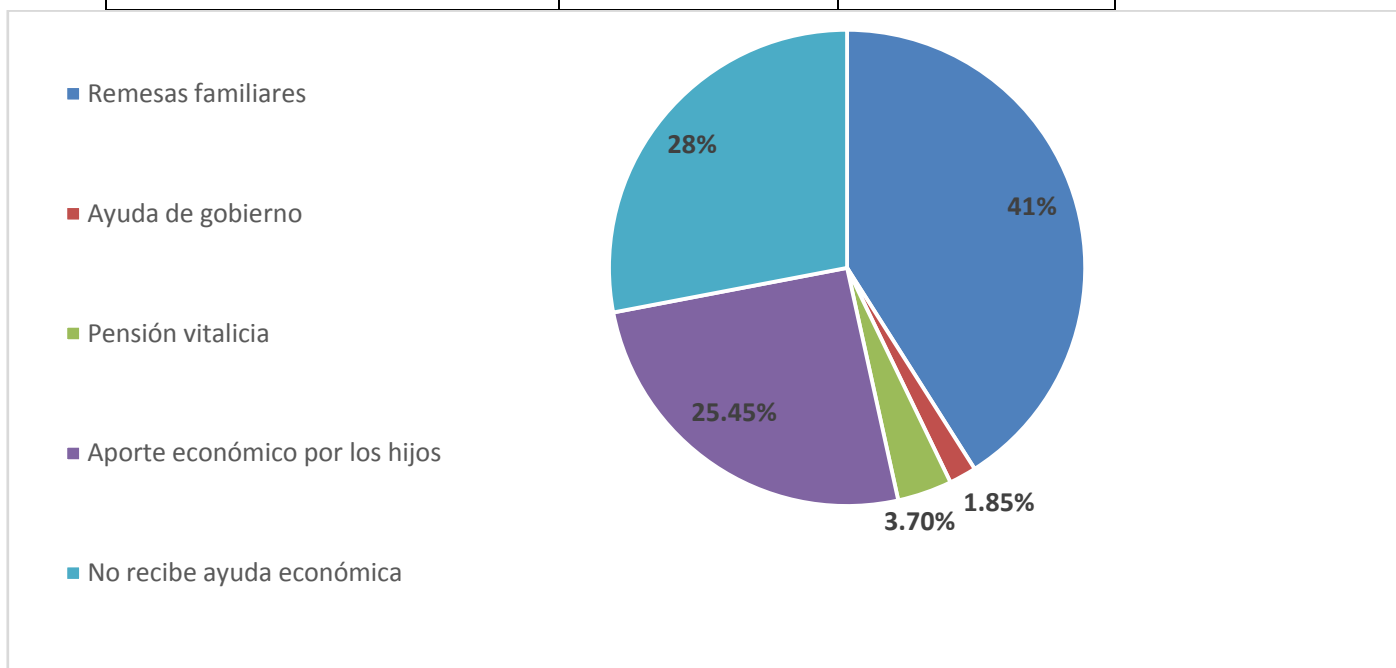
El 72% de los entrevistados recibe ayuda económica, mientras que el 28% no recibe ningún tipo de ayuda económica.

Esto significa que el mayor porcentaje de adultos que no trabaja su forma de subsistencia económica depende completamente del aporte económico de terceras personas creando dependencia, que conlleva a los adultos a sentirse limitados al dinero que reciben sin poder planificar a largo plazo ya que no depende de ellos la economía, de los que no reciben ayuda lo relacionamos con los que trabajan y que quizás no dependen de terceros.

CUADRO N° 16

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Si recibe ayuda económica marque con una x el tipo de ayuda?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Remesas familiares	66	41%
Ayuda de gobierno	3	1.85%
Pensión vitalicia	6	3.7%
Aporte económico por los hijos	41	25.45%
No recibe ayuda económica	45	28%
Total.	161	100%



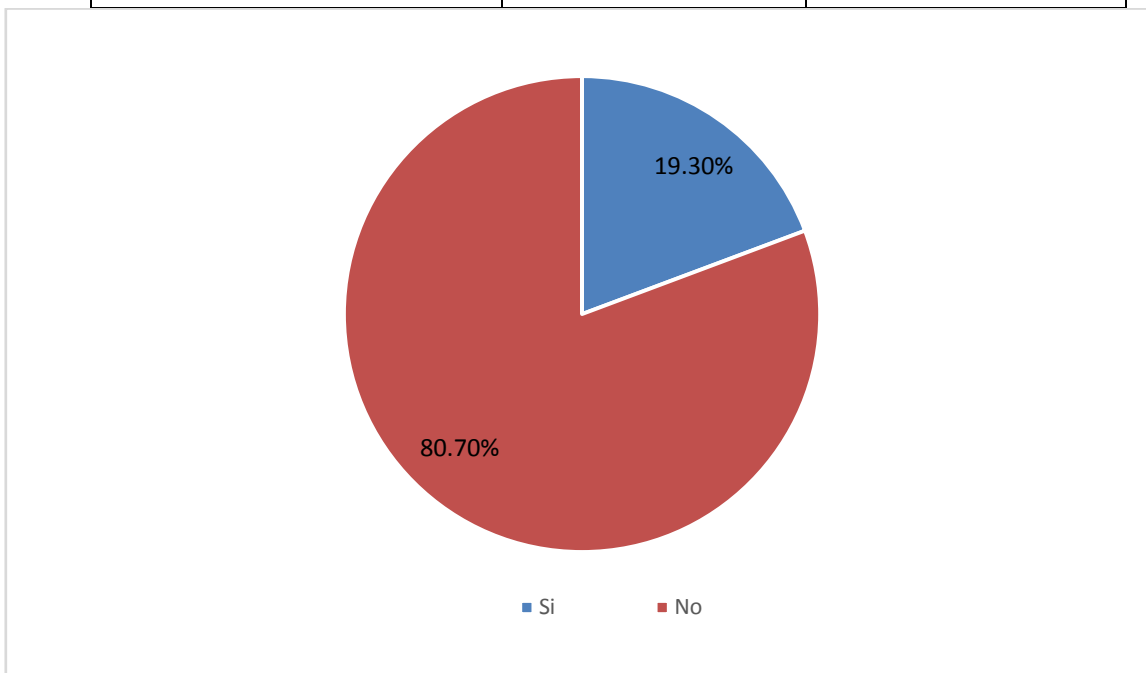
El cuadro refleja que el 41% de la población en estudio manifiesta que depende su economía de las remesas familiares, el 1.85% de ayuda del gobierno, el 3.7% de una pensión vitalicia y el 25.45% del aporte económico de los hijos.

Lo cual evidencia que el mayor porcentaje de adultos mayores dependen económicamente de las remesas familiares y del dinero que sus hijos les dan para subsistir, no conocemos los montos que reciben, pero consideramos que son insuficientes por el hecho que consultan a estas unidades de salud y sus medicamentos para las enfermedades crónicas son proporcionadas por el Estado en forma gratuita.

CUADRO N° 17

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Tiene algún tipo de ahorro?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	31	19.3%
No	130	80.7%
Total.	161	100%



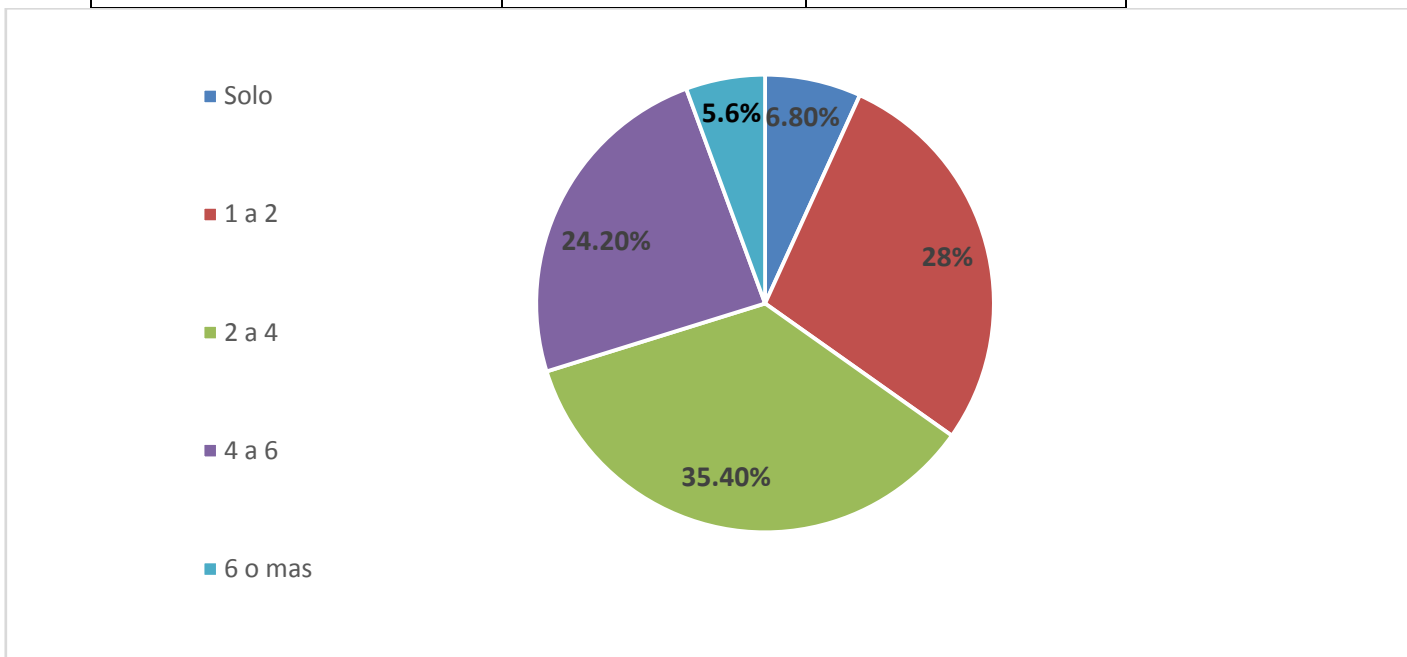
Según la información obtenida de los adultos mayores señala que el 80.7% no tiene ningún tipo de ahorro y solo un 19,3% si lo tiene.

La información anterior demuestra que no es suficiente el aporte económico que los adultos mayores reciben de los hijos o de las remesas familiares y que viven manteniéndose solo de esa ayuda sin tener la posibilidad de ahorrar ni suplir emergencias futuras. Por lo que esta inseguridad económica puede alterar su estado de ánimo (enojo, tristeza, melancólico,)

CUADRO N° 18

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Con cuantas personas convive actualmente?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Solo	11	6.8%
1-2	45	28%
2-4	57	35.4%
4-6	39	24.2%
6 o mas	9	5.6%
Total.	161	100%



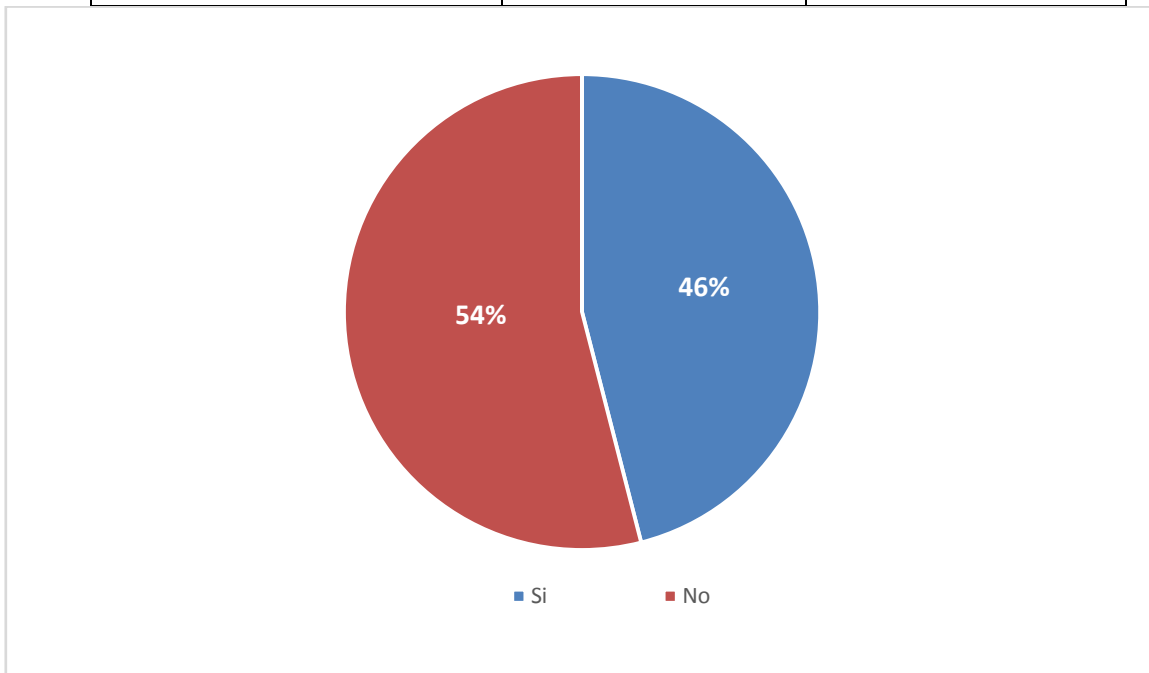
El 6.8% de los entrevistados manifestó vivir solos, un 28% vive con al menos 1 o 2 personas, el 35.4% refieren vivir con 2 o 4 personas mientras que el 24.2% viven con más de cuatro personas hasta 6 y el 5.6% viven con más de 6 personas.

Esto nos revela que la depresión puede estar más asociada a los adultos mayores que viven solos, solo con su pareja o con algún familiar y lejos de los hijos. También observamos en la investigación que la mayoría de los entrevistados tiene un grupo familiar grande viviendo en su casa lo que podría ser una ventaja para que ellos no se sientan solos contribuyendo así al bienestar emocional del adulto mayor.

CUADRO N° 19

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Tiene hijos viviendo en su casa?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	74	46%
No	87	54%
Total.	161	100%



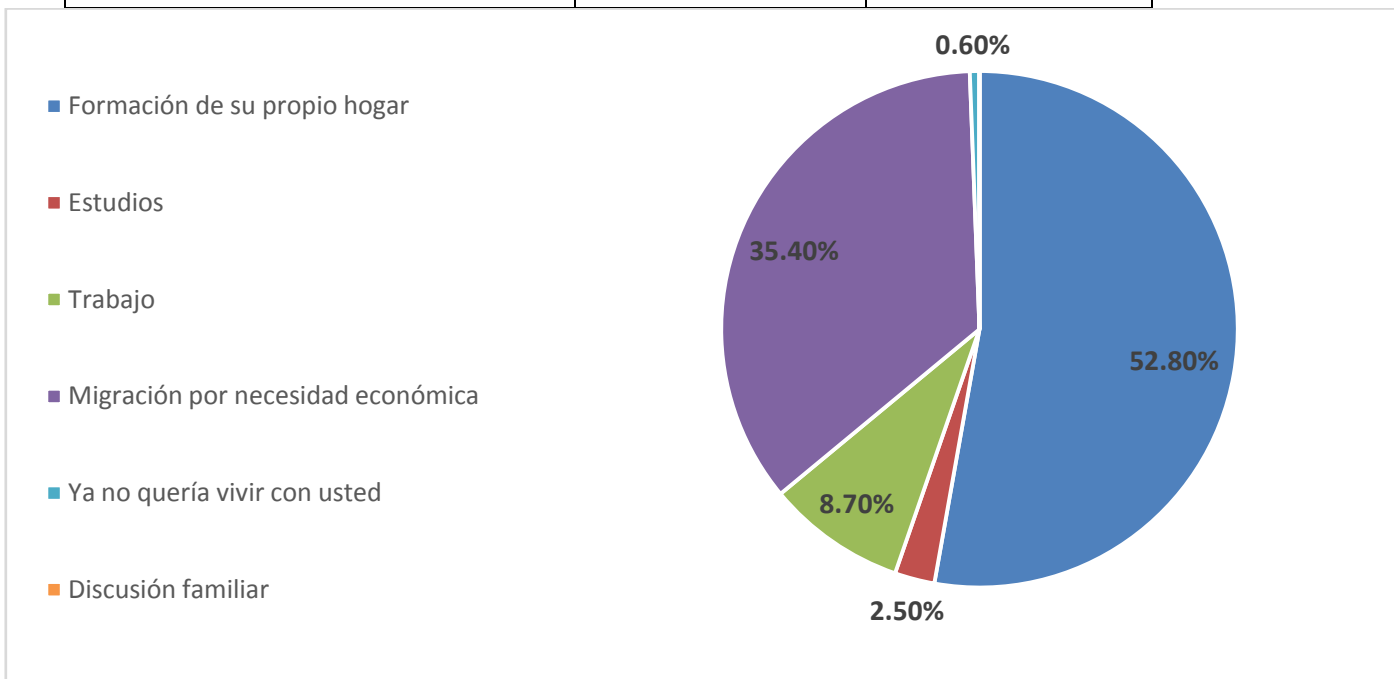
Los datos señalan que el 46.0% de la población refiere que tiene hijos viviendo en su casa mientras que el 54% refiere que no.

De la anterior muestra se evidencia que más de la mitad de la población en estudio refiere tener un hijo viviendo en su casa y al relacionar la cantidad de adultos mayores que no tienen hijos viviendo en su casa pero que conviven con otras personas podemos concluir que son nietos, esposo/a de sus hijos lo que podría generar conflictos de autoridad en los hogares o que la ayuda económica que les envían para subsistir tenga que compartirse.

CUADRO N° 20

Distribución Porcentual sobre la interrogante. Señale la razón por la que sus hijos dejaron el hogar.

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Formación de su propio hogar	85	52.8%
Estudios	4	2.5%
Trabajo	14	8.7%
Migración por necesidad económica	57	35.4%
Ya no quería vivir con usted	1	0.6%
Discusión familiar	0	0.0%
Total.	161	100%



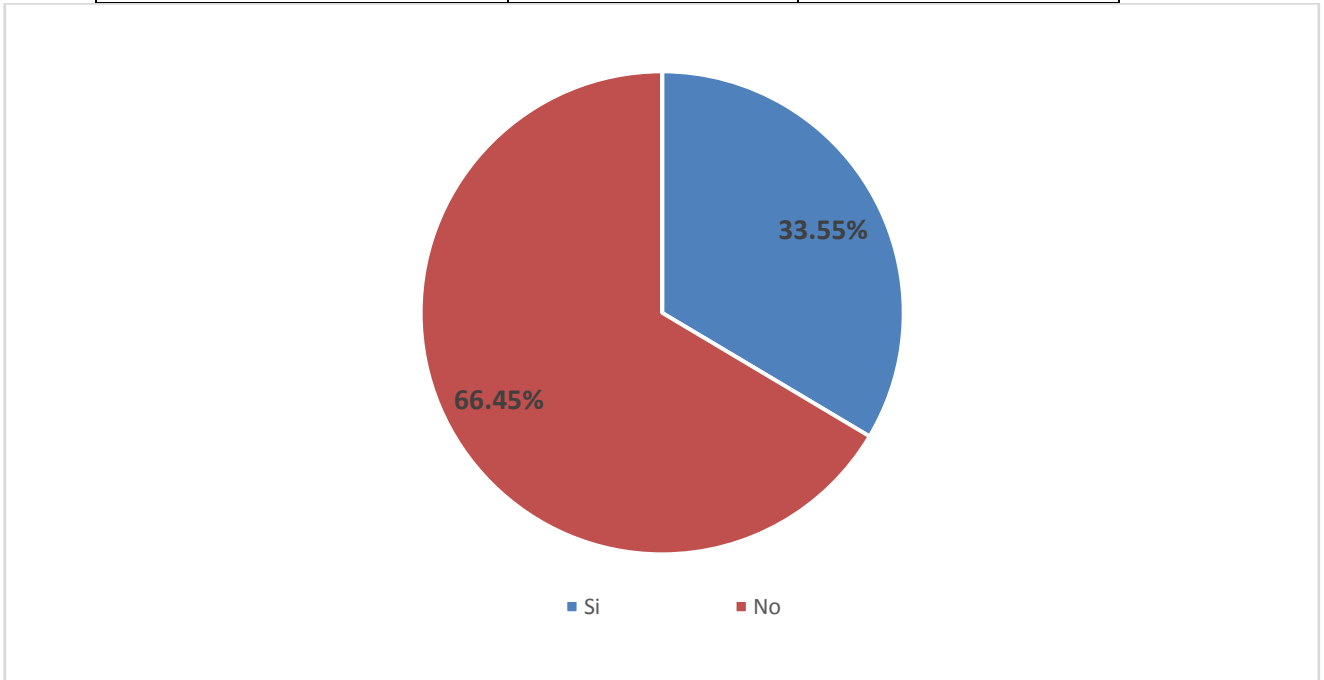
Según los datos obtenidos el 52.8% de los adultos mayores considera que sus hijos dejaron el hogar fue por que formaron su familia, un 2.5% manifestó que por el estudio, el 8.7% por el trabajos y un 35.4% sus hijos tuvieron que emigrar al extranjero por necesidad económica y solo el 0.6% manifestó que ya no quería vivir con ellos.

Podemos observar según la tabla anterior que la mayoría de los hijos dejaron el hogar no por conflictos familiares sino por el deseo de formar un nuevo hogar, la necesidad económica los obligo a apartarse de sus padres y siempre la partida de los hijos del hogar genera cambios en estado de ánimo y aumenta cuando la posibilidad de volverlos a ver se reduce por que migran fuera del país.

CUADRO N° 21

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Tiene hijos viviendo cerca de su casa?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	54	33.55%
No	107	66.45%
Total.	161	100%



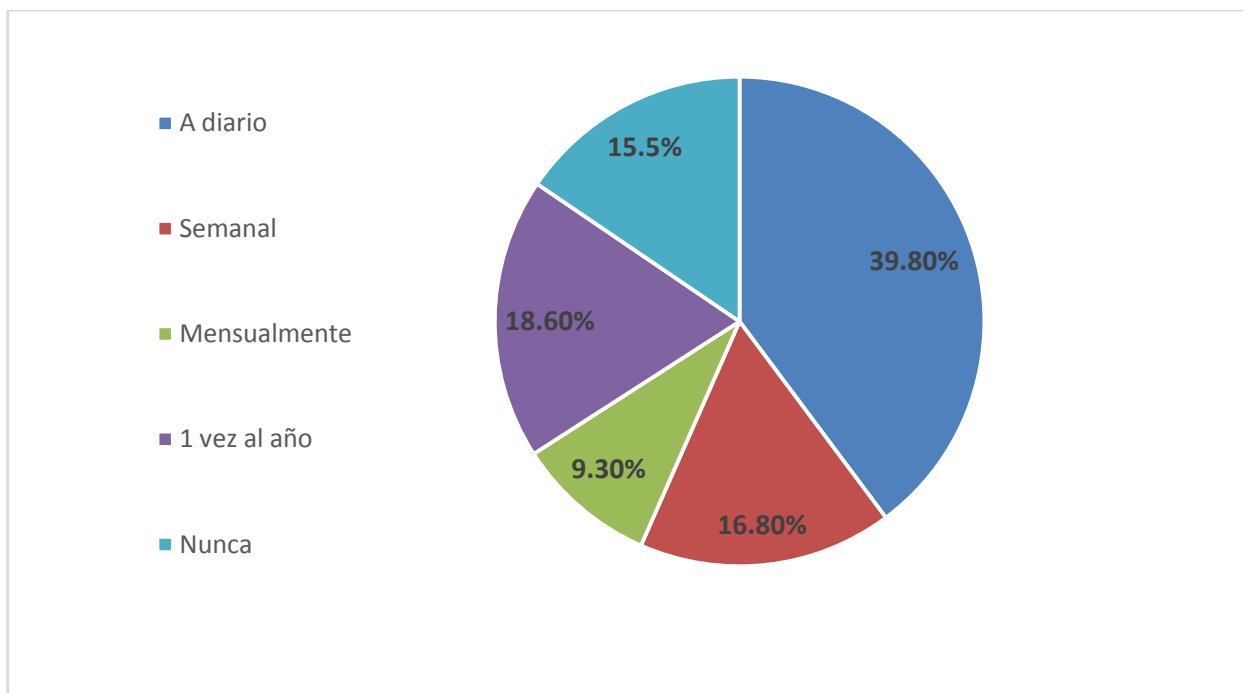
Los resultados muestran que 33.55% de la población en estudio determinó que los hijos viven cerca del hogar y que el 66.45% vive lejos del hogar.

La tabla anterior demuestra que en la mayoría de los entrevistados los hijos viven lejos del hogar esto implica que los adultos mayores presentan tristeza y soledad por la lejanía de sus hijos. En cambio los que tienen los hijos cerca se sienten más acompañados y mejor emocionalmente.

CUADRO N° 22

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Con que regularidad ve a sus hijos?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
A diario	64	39.80%
Semanal	27	16.80%
Mensualmente	15	9.30%
1 vez al año	30	18.60%
Nunca	25	15.50%
Total.	161	100%



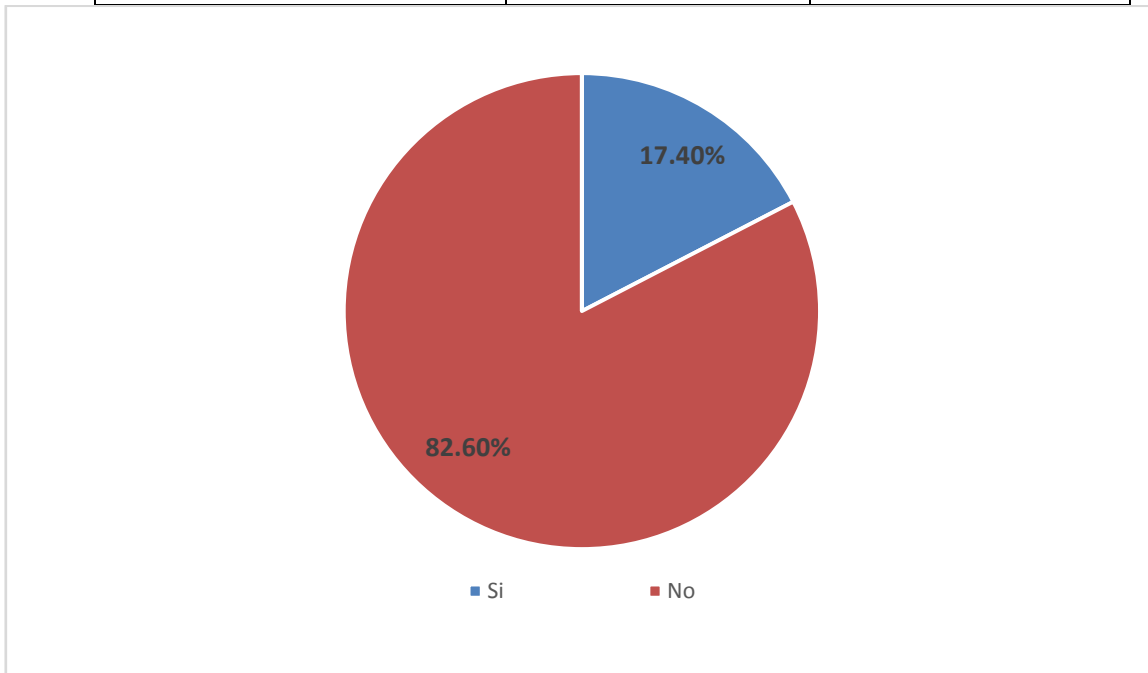
El 39.80% de los adultos mayores refieren que ven a sus hijos a diario, un 16.80% semanal, el 9.30% mensualmente, el 18.60% 1 vez al año y el 15.50% nunca

Según estos datos la mayoría de los adultos mayores refieren que ven a sus hijos a diario sin embargo muchos de los entrevistados tienen hijos viviendo en su casa lo que pudo influir en esta respuesta, otro porcentaje importante ven a sus hijos semanal y mensualmente por lo que la distancia puede ser el factor que evite que los vean más seguido, observamos que algunos de los entrevistados ven a sus hijos cada año y casi la misma cantidad nunca los ven, pero el simple hecho de no ver a los hijos puede generar preocupación y ansiedad.

CUADRO N° 23

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Tiene usted resentimientos con alguien de su familia?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	28	17.4%
No	133	82.6%
Total.	161	100%



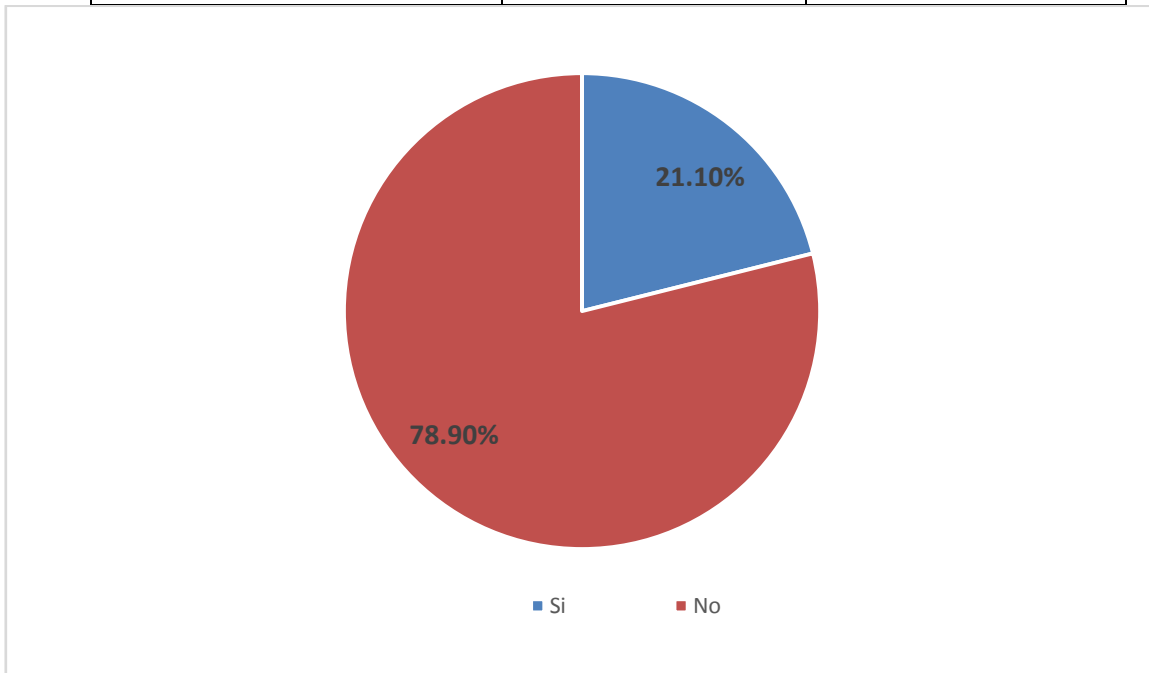
El cuadro anterior refleja que el 17.4% tiene resentimientos con alguien de la familia mientras que el 82.6% no tiene resentimientos con nadie de su familia.

Son pocos los adultos mayores entrevistados que tienen un resentimiento con algún miembro de su familia, estos resentimientos son causantes de ansiedad y depresión permanentes ya que no logran vivir en paz por esta situación.

CUADRO N° 24

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Discute con su familia frecuentemente?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	34	21.1%
No	127	78.9%
Total.	161	100%



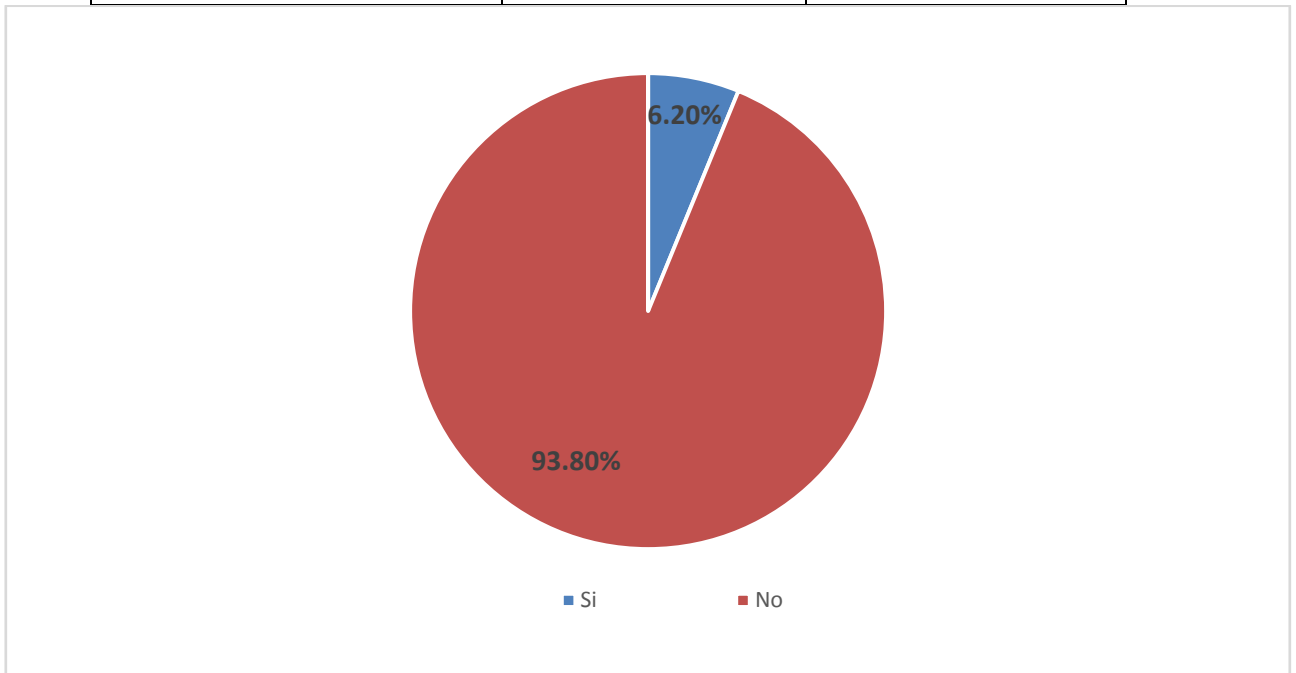
Los datos presentados en el cuadro reflejan que el 21.1% de la población en estudio refirió que discute frecuentemente con su familia, mientras que el 78.9% refirió que no lo hace.

La mayoría de adultos mayores no discute con su familia y le da aceptación familiar, el porcentaje menor de adultos mayores que si discute con su familia conviven en conflicto y desarmonía.

CUADRO N° 25

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Siente que sus hijos se avergüenzan de usted?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	10	6.2%
No	151	93.8%
Total.	161	100%



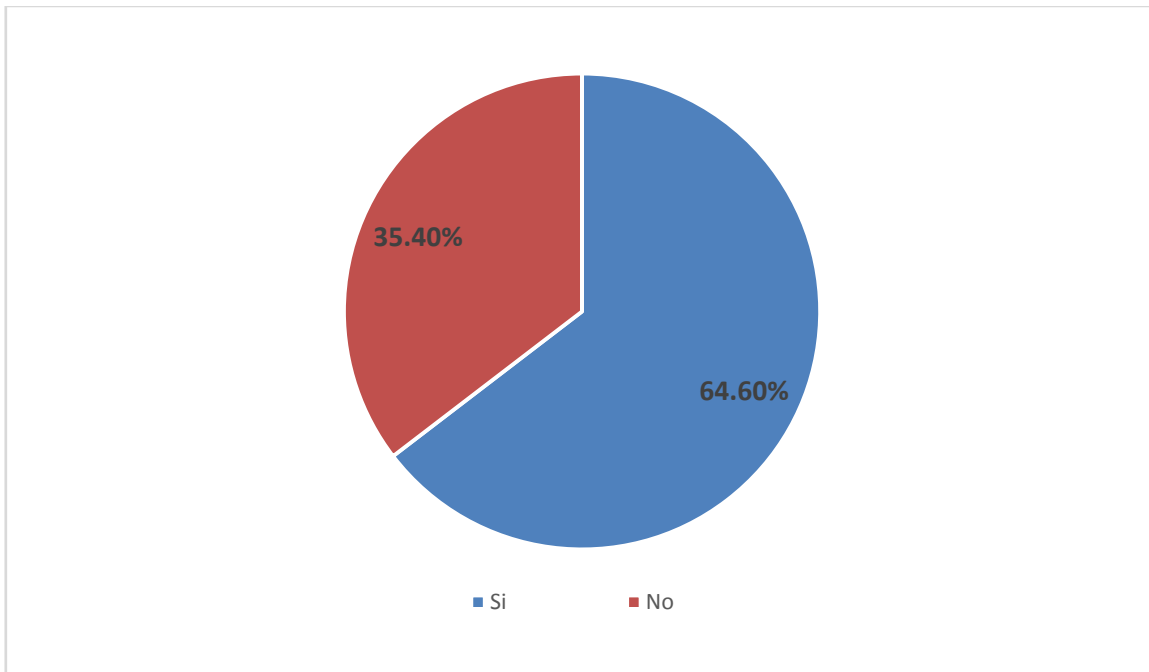
El 6.2% de los entrevistados refiere que sus hijos se avergüenzan de ellos mientras que el 93.8% dijo que no.

La tabla nos muestra que la mayoría de los entrevistados consideran que los hijos no se avergüenzan de ellos, pero un pequeño porcentaje dijo que si, para los adultos mayores esto es un factor desencadenante de depresión debido a que la opinión de los hijos sobre ellos puede hacer que se sientan tristes, sin deseos de participar en actividades sociales o de no querer hablar o interactuar con otras personas.

CUADRO N° 26

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Siente usted autoridad sobre su hogar?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	104	64.6%
No	57	35.4%
Total.	161	100%



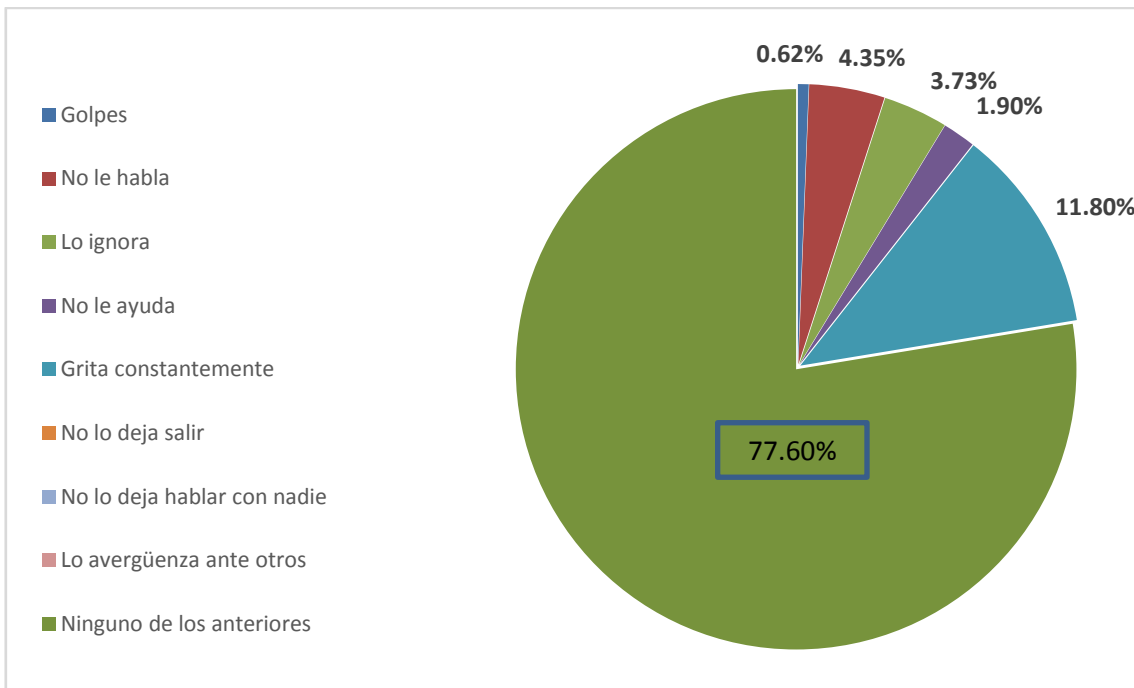
Según la tabla anterior el 64.6% refieren que sienten autoridad sobre su hogar, y el 35.4% refieren que no.

En esta tabla observamos que la mayoría de los adultos sienten autoridad sobre su hogar sin embargo un porcentaje refieren que no sienten autoridad, podemos relacionarlo esto con algunos adultos que discuten en su hogar porque sienten que su opinión no es tomada en cuenta cuando se toman decisiones importantes, o cuando los hijos los mantienen sienten que son ellos los que toman las decisiones y esto genera cambios en el estado de ánimo.

CUADRO N° 27

Distribución Porcentual sobre la interrogante ¿Marque con una x si alguien de su familia ha realizado alguno de los siguientes actos de violencia contra usted?

Alternativa.	Frecuencia.	Porcentaje.
Golpes	1	0.62%
No le habla	7	4.35%
Lo ignora	6	3.73%
No le ayuda	3	1.90%
Grita constantemente	19	11.80%
No lo deja salir	0	0.0%
No lo deja hablar con nadie	0	0.0%
Lo avergüenza ante otros	0	0.0%
Ninguno de los anteriores	125	77.60%
Total.	161	100%

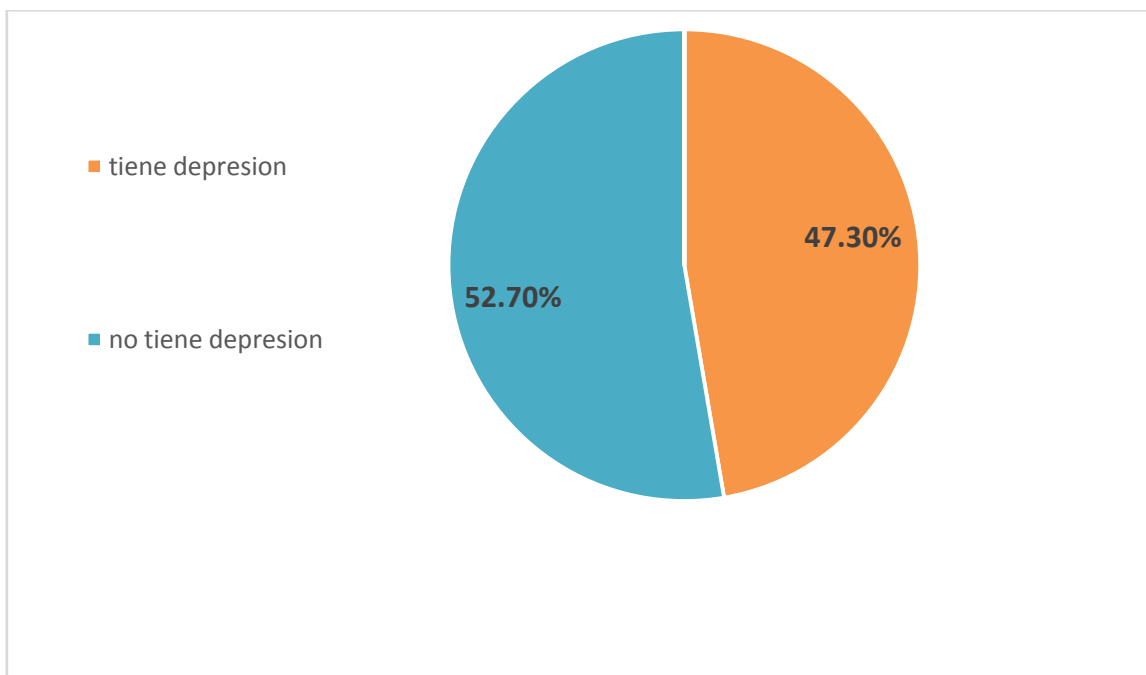


En la tabla anterior observamos que el 0.62% refiere haber recibido golpes por parte de su familia, el 4.35% de su familia no le habla, un 3.73% los ignora, el 1.90% no le ayuda, el 11.80% le grita constantemente, siendo un total de un 22.40% de adultos mayores violentados y el 77.60% refiere que su familia no ha realizado ningún acto de violencia antes mencionado.

La violencia física solo es observada en 1 adulto mayor los demás se consideran un tipo de violencia psicológica y esto genera resentimiento, tristeza, melancolía, irritabilidad, hasta llegar a un cuadro depresivo en este grupo etario.

5.2 INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN

INDICADORES DE LA VARIABLE DE PRESIÓN	Si	No	Total
Alteración del sueño	81	80	161
Cambio en el peso último mes	66	95	161
Cambio en el apetito	77	84	161
Aislamiento o retraimiento social	70	91	161
Inhabilidad para asumir las responsabilidades del diario vivir.	64	97	161
Una perspectiva sombría del futuro	99	62	161
TOTAL DE RESPUESTAS	457=47.3%	509=53.7	966



Según los datos observados el 47.30% (76 personas) de la población en estudio se encuentra en un estado de depresión mientras que el 52.70% (85 personas) no tiene depresión según las variables tomadas de las guías clínicas psiquiátricas para el diagnóstico de estados depresivos del ministerio de salud pública (MINSAL) 2012

Podemos señalar que 76 adultos mayores que asisten a consultar en las unidades de salud Milagro de la Paz San Miguel, Pasaquina y Conchagua en La Unión, están presentado trastornos depresivos lo que les hace más vulnerable ante las enfermedades de la edad, y uso incorrecto de los tratamientos médicos ya establecidos.

Así mismo podemos observar que 85 personas no presentan indicadores de un trastorno depresivo.

6 PRUEBA DE HIPOTESIS

H1. La migración del hogar de los hijos está relacionado al apareamiento de depresión en los adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel, unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina y unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua, La Unión.

Variables	SI	NO	Total.
Hijos que viven en el hogar	74	87	161
Hijos que están cerca del hogar	54	107	161
hijos en el extranjero	57	104	161
Hijos que lo los visitan	136	25	161
Total	321=49.84%	323=50.16%	644

Aplicación del estadístico Chi cuadrado estadístico

Fo	Fe	Fo-Fe	(Fo - Fe) ²	$x^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$	x^2c	$x^2 tabla$
74	80.25	-6.25	39.06	0.4867	108.74	7.82
54	80.25	-26.25	689.06	8.5864		
57	80.25	-23.25	540.56	6.7359		
136	80.25	55.75	3108.06	38.7297		
87	80.75	6.25	39.06	0.4837		
107	80.75	26.25	689.06	8.5332		
104	80.75	23.25	540.56	6.6942		
25	80.75	55.75	3108.06	38.4899		
x^2c				108.74		

$$Gl = (F - 1) (C-1)$$

$$= (4-1) (2-1)$$

$$= (3) (1)$$

$$= 3$$

Resultado de $x^2C = 108.74$ y $x^2 T = 7.82 P = 0.05$

Análisis:

De los resultados obtenidos entre el cruce de las variables se encontró que $\chi^2 C = 108.44$ y el $\chi^2 T = 7.82$, con un valor de significancia de $P < 0.05$ y 3 grados de libertad. Por lo tanto se confirma que el $\chi^2 C = 108.44$ es mayor que $\chi^2 T = 7.82$, por lo que se acepta la hipótesis específica n° 1 y se rechaza la hipótesis nula, esto indica que la migración del hogar de los hijos está relacionado al apareamiento de depresión en los adultos/as mayores

H2. El factor económico es un determinante en la aparición de depresión en los adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San miguel, unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina y unidad comunitaria de salud familiar de Conchagua, La Unión.

VARIABLES	SI	NO	SUBTOTAL
Trabaja	47	114	161
Dependencia económica	116	45	161
Ahorro actual	31	130	161
Subtotal	194	289	483

Fo	Fe	Fo - Fe	(fo - fe) ²	$x^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$	$x^2 c$	$x^2 tabla$
47	64.66	17.66	311.87	4.82	105.45	5.99
116	64.66	51.34	2635.79	40.76		
31	64.66	33.66	1132.99	17.52		
114	96.33	17.67	312.22	3.24		
45	96.33	51.33	2634.76	27.35		
130	96.33	33.67	1133.66	11.76		
Total				105.45		

$$\begin{aligned}
 G1 &= (F - 1) (C-1) \\
 &= (3-1) (2-1) \\
 &= (2) (1) \\
 &= 2
 \end{aligned}$$

Resultado de $x^2 C = 105.45$ y $x^2 T = 5.99$ P=0.05

Análisis:

De los resultados obtenidos entre el cruce de las variables se encontró que $x^2 C = 105.45$ y el $x^2 T = 5.99$, con un valor de significancia de P0.05 y 3 grados de libertad. Por lo tanto se confirma que el $x^2 C = 105.45$ es mayor que $x^2 T = 5.99$, por lo que se acepta la hipótesis específica n° 2 y se rechaza la hipótesis nula, esto indica factor económico es un determinante en el apareamiento de depresión en los adultos/as mayores

H3. La violencia intrafamiliar está relacionada al apareamiento de cuadro depresivo en adultos/as mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San miguel, unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina y unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina, La unión.

VARIABLES	SI	NO	SUBTOTAL
Discriminación	10	151	161
Maltrato físico	1	160	161
Discusiones familiares	34	127	161
Maltrato psicológico	36	125	161
SUBTOTAL	81	563	644

Fo	Fe	Fo - Fe	(fo - fe) ²	$x^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$	$x^2 c$	$x^2 tabla$
10	20.25	10.25	105.06	5.18	51.52	7.82
1	20.25	19.25	370.56	18.29		
34	20.25	13.75	189.06	9.33		
36	20.25	15.75	248.06	12.25		
151	140.75	10.25	105.06	0.74		
160	140.75	19.25	370.56	2.63		
127	140.75	13.75	189.06	1.34		
125	140.75	15.75	248.06	1.76		
Total				51.52		

$$G1 = (4 - 1) (2-1)$$

$$= (4-1) (2-1) = (3) (1)= 3$$

$$\text{Resultado de } x^2 C = 51.52 \text{ y } x^2 T = 7.82 \text{ P}=0.05$$

Análisis:

De los resultados obtenidos entre el cruce de las variables se encontró que $\chi^2 C = 51.52$ y el $\chi^2 T = 7.82$, con un valor de significancia de $P < 0.05$ y 3 grados de libertad. Por lo tanto se confirma que el $\chi^2 C = 51.52$ es mayor que $\chi^2 T = 7.82$, por lo que se acepta la hipótesis específica n° 3 y se rechaza la hipótesis nula, esto indica la violencia intrafamiliar está relacionada en el apareamiento de depresión en los adultos/as mayores

CAPÍTULO VI

6.1 DISCUSION

Según los resultados obtenidos en la presente investigación sobre: como los factores sociales influyen en la aparición de trastornos depresivos en los adultos/as mayores, se puede determinar que el 47.30% de los adultos mayores que asisten a consultar en la unidad comunitaria de salud familiar milagro de la paz, San Miguel, unidad comunitaria de salud familiar de Pasaquina y de Conchagua La Unión, sufren con frecuencia a causa del entorno social trastornos depresivos que pueden manifestarse abiertamente como tristeza, falta de apetito, desesperanza, pérdida de peso y ansiedad.

Pero no deja de existir aquella familia unida que le brinda apoyo a su ser querido y que está pendiente de todas aquellas necesidades que este tenga; la cual está bastante representada en un número mayoritario de la población en estudio.

Tomando en cuenta que la familia constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor y es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de los adultos mayores que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su independencia personal la familia tiene un papel importante sobre el ámbito de las relaciones socio afectivas porque es la más idónea para proporcionar sentimientos de seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza, apoyo económico y social.

Generando así un impacto significativo en el ámbito emocional de esta población, por esta misma razón ellos consideran que en esta etapa de su vida no se sienten satisfechos y realizados, debido a diversos factores tales como familiares y económicos.

En cuanto a la familia algunos se sienten violentados, abandonados, o no les brindan la atención necesaria, a tal grado que no obtienen ninguna ayuda o apoyo en las diferentes situaciones de la vida.

Para los adultos mayores los hijos constituyen la mayor fuente de ayuda. En la vejez hay un empobrecimiento de la calidad de vida tanto física como emocionalmente y por lo que está sociedad debe plantear estrategias necesarias que permitan suplir la necesidades de esta población y así obtener una mejor calidad de vida, al cubrirles las necesidades básicas y brindar una relación social satisfactoria con un futuro esperanzador y esto debe ser el punto de partida para cambiar los paradigmas que se tienen del adulto mayor.

Si en el núcleo familiar los adultos son seres queridos, respetados y comprendidos generaran actitudes positivas, frente a la sociedad que enfrenta cada día más temas de inseguridad política, económica y con índices de criminalidad inmensos.

Los adultos mayores no son individuos desechables sino que pueden y deben integrarse a la sociedad desempeñando un papel digno de un ser humano, cabe señalar que muchos de estos adultos mayores muestran ser víctimas de maltrato físico y psicológico al mismo tiempo sienten ser una carga para la familia, generado incomodidad y esto los con lleva, a ser invadidos por la tristeza y a sentirse incapaces de encontrar la satisfacción a la vida.

Después de realizar la presente investigación se evidencia la importancia de que existan lugares de atención para el adulto mayor propiciando actividades que estimulen los procesos cognitivos, para mantener su buena condición de salud, de tal forma que no se les excluya de las actividades por sus limitaciones, sino que, por el contrario, se sientan integradas. De esta forma, a partir de su participación, es posible lograr un mayor rendimiento y el mejoramiento de sus condiciones cognitivas en donde tener un núcleo de amistades con quien poder intercambiar información, realizar actividades, ayuda de mucho para combatir el sentimiento de soledad.

De igual forma, los adultos mayores que están presentando eventos depresivos podrían, a partir de actividades propuestas, integrarse y descubrir sus potencialidades y fortalezas, cambiando la desesperanza por una visión mucho más positiva ante la vida que les haga sentir valiosas, tanto para sí como para los demás y que puedan participar activamente en actividades culturales dentro y fuera de su hogar lo que los haga sentirse útiles a la sociedad.

Es así como se hace necesario unir esfuerzos para cambiar la percepción del adulto mayor sin posibilidad de ser productivo, que se encuentra sumido en una enorme tristeza que le impide desarrollarse e integrarse con el resto de la gente. Si bien es evidente, que sí se encuentran adultos mayores en estas condiciones, como muestran los resultados de la presente investigación, se necesita de la adecuada intervención y tratamiento para mejorar sus condiciones de salud mental y emocional.

En cuanto a la depresión en el adulto mayor, se debe partir por señalar que los problemas sociales en la tercera edad son importantes por su impacto sobre el estado emocional y por su potencial influencia sobre la evolución de las enfermedades físicas.

CAPITULO VII

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Los problemas sociales son factores que están influyendo negativamente a los adultos mayores. En nuestro medio los resultados muestran una frecuencia mayor de la esperada con un porcentaje de 47.3% de adultos mayores de 60 años diagnosticados con depresión. Por lo que es obligado realizar acciones para disminuir en lo posible su presentación, actuar sobre los factores de riesgo susceptibles de ser modificados e informar a nuestra comunidad médica de los hallazgos de este estudio para que se incremente la vigilancia y se eviten riesgos en un grupo de por si vulnerable.
2. La depresión no es provocada por un solo factor, lo habitual es que intervengan varios factores, se comprobó que el abandono del hogar o migración de los hijos es un factor social causal de depresión en personas mayores de 60 años.
3. Se comprendió la importancia que tiene la etapa de la vejez en cada ser humano en relación a todos los cambios que el adulto mayor experimenta, resultado de estos cambios físicos, biológicos e intelectuales lo que provoca disminución de sus funciones y capacidades, debido a esto los adultos mayores son víctimas de maltrato físico y psicológico por parte de su familia y la sociedad por lo tanto se comprobó que la violencia intrafamiliar es un factor causante de depresión en adultos mayores.

4. La situación económica es un factor predisponente para la depresión en adultos mayores de 60 años; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica.

3. Se identificó que el personal de salud no está especializado en el área geriátrica por lo que no se da una atención integral y especializa a los adultos mayores.

RECOMENDACIONES

- Al MINSAL: Fortalecer las políticas sociales a favor de las personas mayores para mejorar su calidad de vida y potenciar su desarrollo como sujetos capaces aun de servir a su familia y la sociedad.
- Incorporar la participación de especialistas en diferentes disciplinas con una amplia experiencia en áreas gerontología y geriatría, seguridad social, participación de actores locales y redes de apoyo a los adultos mayores.
- Que se interesen las diferentes disciplinas de salud en desarrollar habilidades y conocimientos en el área de gerontología y geriatría para que proporcionen una humana atención con calidad y calidez que se merecen los adultos mayores
- A La Atención del primer nivel: Mejorar la atención y capacitación por parte de los médicos para la detección temprana de estados depresivos en adultos mayores que consultan por enfermedades crónicas en las diferentes unidades de salud.

A la carrera de doctorado en medicina:

- Capacitar más en el área de gerontología y geriatría a los estudiantes de la carrera, así mismo en el área de investigación porque se cuentan con pocas investigaciones en esta rama.
- Involucrar a los estudiantes de la carrera de medicina, a que participen activamente con los adultos mayores que asisten a los centros salud para que tengan una atención medica digna enfocándose integralmente en los problemas de salud físicos y mentales.

BIBLIOGRAFIA

1. [http:// datosmacro.com/demografía/esperanza-vida/el-salvador/2015](http://datosmacro.com/demografía/esperanza-vida/el-salvador/2015)
2. <https://www.salud.gob.sv/novedades/noticias/noticias-ciudadanosas/182-abril-2012.html>.
3. <http://www.fusate.org/home.php?s=1/31> de mayo de 2015 10:00:07 p.m. /xxi
asamblea general de socios
4. Toro -Yepes -Téllez, psiquiatría, teorías del envejecimiento, 2004, CAP 33 PG 381
5. Toro -Yepes -Téllez, psiquiatría, teorías del envejecimiento, 2004, CAP 33 PG 381
6. Meyers B, Ferrucci L, Talley J. Envejecimiento y Salud {internet} 2003
[Citado 20 marzo 2005] (1): 1-5
Disponibile en: [http:// www.miahonline.org/tools/depression/](http://www.miahonline.org/tools/depression/)
7. Tomas FF, José TT, Joan MR, Josep TT. Manual Diagnostico y estadístico de los
trastornos mentales. Vol. I. 4ta Edición. Avda. príncipe de Asturias Barcelona. Masson
SPA. 1994
8. Michelle Morrison. Fundamentos en Salud Mental. Salud mental en adultos mayores.
Vol. II 1ª Edición. Barcelona.OMS/OPS
Pág. 303 – 309.

9. Alcalá, V., Camacho, M. & Giner, J. Afectos y Depresión en la tercera edad [Internet]. vol.19. 1ra edición , España Psicothema 1999 p. 49-56 [citado 15 abril 2015].

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo/depresiondelaterceraedad/php?pid=S0036-36342002000100006&script=sci_arttext&tlng=en

10. www.salud.gob.svMinisterio de Salud “Guías Clínicas de Psiquiatría” [Internet]. San Salvador [Febrero 2012] [18 abril de 2015] Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guias_Clinicas_de_Psiquiatria.pdf

Julio Piura López. Introducción a Metodología de la Investigación Científica. Vol. I. 2ª Edición, Managua. El Amanecer; 1995. Pag.60, 62.

Francisca H de Canales. Metodología de la Investigación. Volumen II. 2ª Edición. España. OMS/OPS. 1994.

Herman VA, William RM, Jaime BR, Jorge RM, Ricardo TG, Luis Herman VA, William RM, Jaime BR, Jorge RM, Ricardo TG, Luis YR. Fundamentos de Medicina Psiquiatría. Vol. I. 4a edición. Colombia: Corporación: Investigaciones Biológicas 2004

Blazer D, Brenda W. Butler RN,Beekman TF, et al. Guía de Manejo y Diagnóstico, Depresión, {Internet}. Guías de Atención Integral al Adulto Mayor. Vol. II, Capítulo 8, 1ª.

Edición. Panamá OPS/OMS 2010 {actualizado 15 Septiembre 2011; citado 10 marzo 2015}

Disponible en:

<http://www.psiquiatria.ugr.es/pages/publicaciones/libros>

Carlos Pineda, Elia Beatriz y otros. Manual para el Desarrollo del Personal de Salud, editor: Metodología de la Investigación. Vol. 2. 2ª Edición. España. Chiado; 2010 Pág. 108, 114,124.

Rocabruno JC, Prieto O. ---Luis Aguera, Jorge Cevilla, Manuel Martin. Gerontopsiquiatria y Psiquiatría Geriátrica. Vol. 2. 8vaedición. Barcelona: Masson-Elsevier 2006 p. 3246-3261 [octubre 2008; citado 18 abril 2015]

Disponible en:<http://psiquiatria.ugr.es/gerontopsiquiatria/bsd/requisitos/pdf>

Felipe Melgar Cuellar, Eduardo Penny Montenegro. Geriatria y gerontología para el médico internista. Vol. 1. 1ª edición. México: La Hoguera; 2012

Walter AM, Ciro ZP, Julio GQ, Carmen C, José MZ, Alfonso AA, et al, Norma de atención integral en salud para la persona adulta mayor. Ministerio de Gobernación. Vol. 1. 1 ed. San Salvador. 25 marzo 2008.

Julio VR, Antonio BV, José MM. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Vol. 1. 7ª Edición Barcelona España, S.L.: MASSON 2011

Manez S, Luis A, Manuel M, Pilar A, Javier O, Raimundo M. Guía Esencial de Psicogeriatría. [Internet] Vol. I. 2da edición. España. Panamericana [actualizado 6 mayo 201; citado 10 de abril 2015] Disponible en: <http://www.medicapanamerica.com/libros/5275/Guia-esencial-de-psicogeriatria.html>.

María BR, Benjamín G. Envejecimiento y sociedad, una perspectiva Internacional. Vol.3.2da edición. Barcelona España. Panamericana. Junio 1998 [17 noviembre 2001] [15 abril 2015] Disponible en: <http://www.medicapanamericana.com/Libros4501/eBook-Envejecimiento-y-sociedad-una-perspectiva-internacional.html>

Vidal VademecumInternacional.Vademecum Internacional, Guía farmacológica. Vol. 1. Edición 14va. España. Vidal Vademécum Internacional 2014 [citado 11 abril 2015] Disponible en: www.medicap.com/5371/ebook-vademecum-internacional.html

Manuel C, Francisco R, José P, Paul F, Reinaldo U, et al. Tratado de Geriatría para residentes [Internet] Vol. I. 4ta Edición. España. Inerso.2004. [Actualización febrero 2005] {citado 13 abril 2015} Disponible en: http://www.doctoredogallegos.com/?page_id

Francisco Alonso Fernández. Vencer la Depresión con la ayuda del Medico la Familia y Amigos. Vol.1 Edicion.1994. Panamá. Fesa; Pag.123, 127, 130, 133.

María Isolina, Pedro Olivar Los Derechos de los ancianos. [Internet] 1998 [16 abril 2015]
(I): Disponibles en: <http://www.cienciadirecta.com/ciencia/articulo/c16983815>

Alfaro Ángel Salas. Derecho de la Senectud. 2000; (1):1- 5 Disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n3/Y0400305.pdf>

Álvarez Sintés, Roberto, Temas de Medicina General Integral, Editorial Ecimed, La Habana, 2001. Volumen II, Cap. 23.

Mosby Diccionario de Medicina 4 – Edición Barcelona España Mc Graw-Hill 1994
[Actualización agosto 2011]. [Citado 17 abril 2015]

Diane E. Papalia, Rally Wendkos Olds: “PSICOLOGIA”. Editorial Mc Graw-Hill. 1995.
México.

Red Psicológica Biblioteca, artículos de psiquiatría [internet]. Madrid: 2002 [citado 18 abril 2015] Disponible en: <http://galcon.hispavista.com/pcazo/artpsico-sist.ttm>.

Erickson, E. El Ciclo Vital Completado. Ed. revisada y ampliada. [Internet] 2000 [citado 16 de abril 2015] 78 (1)5-20

Disponible en:
http://www.researchgate.net/profile/Isaias_Hernandez_Olmedo/publication/220024709_Envejecimiento_Normal_y_Depresin_Clnica_en_el_Adulto_Mayor/links/0d1c84f40372bc8c04000000.pdf

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDICCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

OBJETIVO: recolectar información para determinar si los factores sociales influyen en el apareamiento de depresión en los adultos mayores

INDICACIONES: A continuación se presentan una serie de interrogantes las cuales deseamos responda de maneja sincera y espontánea, marque con una x la alternativa seleccionada

Sexo _____ EDAD _____ FECHA: _____

Estado civil: Casad Acompañado Viudo Divorciado Soltero

9. Ha tenido alguna alteración del sueño en el último mes?

No duerme Duerme más de 8 horas
Duerme menos de 3 horas

10. A sentido tristeza en el último mes?

Sí No

11. Ha perdido el apetito en los últimos meses?

Come solo 1 tiempo de comida al día o me 2 tiempos de comida al día
Come los 3 tiempos sin problemas

12. Siente que ha perdido peso en los últimos 6 meses?

Mucho Poco Nada

13. Siente deseos de participar en eventos sociales como bodas, cumpleaños, ferias, reuniones familiares?

Sí No

14. Siente pereza le cuesta iniciar los quehaceres diarios o las actividades diarias trabajo, oficios etc.?

Si No Todo el tiempo

15. Como percibe su futuro?

No tiene esperanza en su futuro Le preocupa su futuro
Ve un futuro feliz con su familia Siente que mejorara su situación actual

16. Se considera alguien útil para su familia y la sociedad?

Si No

17. Siente dificultad para concentrarse o pensar?

Si No

18. Trabaja y recibe remuneración actualmente?

Sí No

19. Qué tipo de empleo posee?

Agricultor Comerciante Empleo formal Ganadería

Negocio propio otro tipo

20. Recibe alguna ayuda económica actualmente?

Si no

21. Si recibe ayuda económica marque con una x el tipo de ayuda

Remesas familiares Ayuda de gobierno Pensión vitalicia

Aporte económico por los hijos No recibe ayuda económica

22. Tiene algún tipo de ahorro?

Si No

23. Con cuántas personas convive actualmente?

0 1-2 2-4 4-6 6 o mas

24. Tiene hijos viviendo en su casa ?

Sí No

25. Señale la razón por la que sus hijos dejaron el hogar

Formación de su propio hogar Estudios

Trabajo Migración por necesidad económica

Ya no quería vivir con usted Discusión familiar

26. Tiene hijos viviendo cerca de su casa ?

Si No

27. Con que regularidad ve a sus hijos?

A diario Semanal mensualmente 1 vez al año
nunca

28. Considera que alguien de su familia tiene resentimientos por usted?

Sí No

29. Ha discutido con su familia últimamente?

Sí No

30. Siente que sus hijos se avergüenzan de usted

Sí No

31. Siente usted autoridad sobre su hogar

Sí No

32. Marque con una x si su esposo/a ha realizado alguno de los siguientes actos de violencia contra usted ?

Golpes No le habla Lo ignora No le ayuda

Grita constantemente No lo deja salir No lo deja hablar con
nadie Lo avergüenza otros Todos los días veces

Ninguno de los anteriores

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ de ____ años de edad con Documento de Identidad _____ No. _____ acepto participar en la investigación sobre “FACTORES SOCIALES RELACIONADAS CON LA DEPRESION EN LOS ADULTOS/AS MAYORES DE 60 AÑOS QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR MILAGRO DE LA PAZ SAN MIGUEL, Y LAS UNIDADES DE SALUD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR DE PASAQUINA Y CONCHAGUA DEPARTAMENTO DE LA UNION EN EL PERIODO DE JUNIO-AGOSTO 2015”.

Doy fe que se me ha explicado el objetivo de investigación, que todos los datos que proporcione serán manejados con estricta confidencialidad para uso exclusivo de investigación; así mismo aseguro que todos los datos proporcionados por mi persona son verdaderos.

f. (según DUI) _____

Nombre de participante _____

Fecha _____

Términos Básicos

- Adulto mayor: son todas aquellas personas que hubiesen cumplido 60 años o más.
- Depresión: La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. La presencia de estos síntomas durante dos o más semanas hace posible el diagnóstico.
- Autoestima: Es la suma de confianza y el respeto que debemos sentir por nosotros mismos y refleja el juicio del valor que cada uno hace de su persona para enfrentarse a los desafíos de su propia existencia
- Afecto: cada una de las pasiones del ánimo, como la ira, el odio, etc. y especialmente el amor o el cariño.
- Derechos Humanos: Derechos inherentes a los que no puede renunciar todo ser humano, atentando contra la dignidad del mismo
- Enfermedad: alteración más o menos grave de la salud. Anormalidad dañosa, perjudicial.
- Envejecimiento: conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, que finalmente conducen a la muerte.
- Familia: grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.
- Gerontología: Ciencia que se ocupa de las personas mayores y en especial de los aspectos sociales y de conducta del envejecimiento.

