

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



PROTOCOLO DE INVESTIGACION

***“ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADULTO MAYOR EN UCSF NUEVA
GUADALUPE, EL CARMEN Y AGUA SHUCA, PERIODO ABRIL-JUNIO DE
2018”.***

INTEGRANTES:

KARLA MARITZA LARA

KAROL NATALY LEONARD GALLEGOS

CARLOS RUBEN MEJIA ANDRADE

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

ASESOR METODOLOGICO:

DRA. ALMA DE MARTINEZ

ASESOR TEMATICO:

DR. EDUARDO FUENTES

CIUDAD UNIVERSITARIA, SEPTIEMBRE DE 2018

RESUMEN EJECUTIVO

Son pocos los estudios que muestran o toman en cuenta de forma considerable a los Adultos Mayores con indicios de trastornos psiquiátricos o trastornos ya establecidos.

Ante la vulnerabilidad de la población geriátrica y de los diferentes problemas que atraviesan los adultos mayores se ha considerado investigar sobre las variables epidemiológicas más frecuentes que se desarrollan en este grupo etario en nuestro país.

El objetivo de esta investigación es determinar cada una de las variables epidemiológicas y su influencia para desarrollar sintomatología de Ansiedad y/o Depresión; e Identificar la relación género y edad con los niveles de ansiedad, y a la vez analizar los factores sociodemográficos que afectan a los Adultos Mayores que se encuentran inscritos en el Programa de Adulto Mayor en las UCSFB Agua Shuca, UCSFI Nueva Guadalupe y UCSFI El Carmen.

Se realizó una revisión documental bibliográfica con el propósito de detectar, ampliar y profundizar diferentes enfoques, conceptualizaciones de diversos actores sobre signos y síntomas de Ansiedad y/o Depresión en el adulto mayor mediante fuentes primarias, libros, lineamientos establecidos para el adulto mayor por MINSAL.

La población determinada para el estudio está conformado por 80 personas Adultos Mayor, inscritos en el Programa de Adulto Mayor en cada una de las UCSF ya antes mencionadas. El siguiente trabajo se utiliza una muestra por conveniencia debido al que el universo de las UCSF es reducido.

Se obtuvo información oportuna de las características generales de los diferentes síntomas y signos que se puede presentar en el Adulto Mayor y que orientan a un estado de Depresión y/o Ansiedad.

Para obtener la información se estará realizando la aplicación previo consentimiento informado de los pacientes de la prueba de Beck y cuestionario con preguntas cerradas que se realizó en base a los objetivos que se pretende cumplir, para permitirnos la obtención de la información necesaria para nuestro estudio.

Es importante estudiar al Adulto Mayor como un ser biopsicosocial vulnerable ante factores como la edad, género, enfermedades degenerativas, niveles económicos y socioeducativos. Por lo cual se debe de trabajar multidisciplinariamente con profesionales de la salud y familiares para mejorar el estilo de vida del Adulto Mayor.

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano debe ser evaluado de manera integral, incluyendo la salud mental concepto promovido por la OMS.

La ansiedad y depresión son desordenes psicológico más importante entre los ancianos; sin embargo, se requiere de mayor investigación sobre los factores psicosociales relacionados con ambos síntomas, la que debe orientarse paulatinamente hacia los esquemas de interacción entre los factores predisponentes o precipitantes y las variables moduladoras, tales como el locus de control, la autoestima, las expectativas de auto eficacia y el apoyo social incluyendo lo fisiológico; ya que limita el desarrollo funcional de la vida socioeconómica, en términos de gastos médicos e incluso atentados contra la vida de otras personas de su medio familiar e inclusive el mismo paciente.

Normalmente, la vejez se asocia con la aparición de problemas físicos tales como, por ejemplo, problemas en las rodillas o caderas, dificultades en la movilidad, dolores de huesos y otros, pero es muy importante tener en consideración los problemas psicológicos que sufren las personas mayores para así, poder ayudarlas en la medida de lo posible ya que este tipo de síntomas va a generar un fuerte malestar en quienes los sufren.

Son abundantes los cambios vitales que se experimentan cuando se alcanza la vejez, por ello, sentir ansiedad y depresión en algún momento no debe ser sinónimo de alarma, ya que se trata de un tipo de reacción habitual ante situaciones estresantes y con la función de advertir y activar al organismo ante situaciones que considera de riesgo. A lo largo de este trabajo se van a exponer los diferentes factores o causas que pueden generar depresión en el adulto mayor, los componentes tanto de riesgo como protectores para el desarrollo del trastorno y los síntomas de tipo neuro-psicológico que pueden presentar estos pacientes. Por último, se aportan algunos consejos relativos al trato con ellos.

II. ANTECEDENTES

El envejecimiento humano, como fenómeno antropológico, demográfico y socio cultural, se debe analizar desde diversas concepciones, a fin de lograr una mejor comprensión y atención al tema.

Una primera aproximación tiene que ver con los aspectos biológicos de cambio acelerado que se presenta en personas al alcanzar cierta edad, muchas veces comprendida a partir de los sesenta años. Dichos cambios, sin embargo, están ligados además a factores ambientales que pueden generar carencias físicas, emocionales o mentales.

El envejecimiento y la vejez no son sinónimos. El envejecimiento es un proceso constante en un organismo, relacionado al paso del tiempo y su exposición al ambiente, mientras que la vejez debe entenderse como un resultado del fenómeno del envejecimiento.

Más allá de las definiciones, se puede decir con certeza que la vejez no es interpretada de la misma manera en diferentes sociedades.

Más allá de acordar una definición cronológica, cada cultura define una serie de características y roles de las personas adultas mayores dentro de la sociedad, muchos de los cuales son roles poco valorados y limitados.

En este contexto, muchos equiparan la vejez con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia; sin embargo, esta también puede ser una etapa de plenitud, dependiendo de la combinación de recursos y estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están

expuestas las personas en el transcurso de su vida, de acuerdo con su condición y posición dentro de la sociedad.

Es al final la sociedad, partiendo de sus concepciones sobre la vejez, la que define el grado de oportunidades y los roles que pueden jugar las personas adultas mayores.

Por otra parte, dependiendo de diversos factores relacionados a género, etnicidad, salud, estilos de vida, redes de apoyo, origen, educación u otros, una persona adulta mayor puede enfrentar de diferentes maneras esta etapa, las cuales tienen consecuencias en su grado de vulnerabilidad o en el ejercicio efectivo de sus derechos.

En nuestra legislación se considera como persona adulta mayor a quien ha alcanzado cronológicamente la edad de 60 años o más (según la Ley De Atención Integral Para la persona Adulta Mayor, artículo 2).

Muchas de las definiciones cronológicas llevan a la base la edad en la que generalmente una persona se jubila y por ende sale del mercado laboral formal. Es por ello que se considera que el envejecimiento “lleva consigo cambios en la posición de sujeto de la sociedad, debido a que muchas responsabilidades y privilegios, sobre todo aquellos asociados al empleo, dependen de la edad cronológica”.

Este concepto, sin embargo, tiene una diversidad de aproximaciones, que van desde los aspectos sociológicos hasta los económicos y de salud. En todo caso, desde un enfoque de derechos humanos, lo más importante en cuanto a la atención hacia las personas adultas mayores, es la construcción social que cada Estado hace con relación a este grupo poblacional.

El enfoque de derechos se centra en las potencialidades y en crear las condiciones que permitan a esta población ejercer todos y cada uno de sus derechos.

Dentro de este marco, el Estado impulsa las políticas públicas, es decir, los lineamientos necesarios para procurar dar respuestas a las demandas de la sociedad.

Una política comprende una serie de intervenciones, tales como elaboración, actualización o mejora de normas, fortalecimiento institucional, mejora o creación de nuevas prestaciones o servicios, entre otros.

En cuanto a las políticas públicas sobre envejecimiento, estas tuvieron un desarrollo importante entre los años 2001 y 2002, con la entrada en vigencia de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor. Sin embargo, este primer esfuerzo se fundamentó en la premisa que la persona adulta mayor es sujeto de necesidades, lo que generó que la ley respondiera más a una visión asistencialista.

Esta ley no fue suficiente para superar la discriminación basada en la edad, lo cual pudo generar limitaciones en el reconocimiento y ejercicio pleno de sus derechos, en igualdad de condiciones con el resto de la sociedad, pudiendo ser sujetos de exclusión en los ámbitos políticos, económicos, sociales, educativos o culturales.

Las personas adultas mayores están más expuestas a ser excluidas, invisibilizadas o condenadas a la pobreza y vulnerabilidad.

Si la sociedad asocia a las personas adultas mayores exclusivamente con sus carencias y se les considera como “niños o niñas”, inevitablemente se les excluirá como ciudadanos y ciudadanas válidos y no tendrán cabida en espacios de participación o toma de decisiones y como resultado las personas adultas mayores pudieren experimentar un ejercicio limitado de la igualdad y la libertad.

Un segundo momento de fortalecimiento de políticas a favor de las personas adultas mayores se produce a partir del año 2009, donde el Gobierno de El Salvador impulsa una serie de mejoras a los marcos normativos nacionales e internacionales, siendo uno de los principales promotores de la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, aprobada en el mes de junio del año 2015 por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.

De igual forma, a partir del mismo año se realizan acciones para impulsar el programa “Nuestros Mayores Derechos”, basado en un enfoque de derechos y género, reforzando la prestación de servicios para esta población desde los municipios más pobres del país. La aplicación de este programa permite concluir que, sumado al enfoque de derechos, el enfoque de género también debe ser incorporado en las políticas públicas, pues considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan.

Es en la etapa de la vejez, donde particularmente se marcan las desigualdades entre hombres y mujeres. Las mujeres sobreviven entre ocho o diez años más que los hombres, pero lo hacen con menores ingresos, perpetuando las tareas de cuidado a nietos, nietas u otros miembros de la familia y participando poco en la comunidad. Generalmente, las mujeres que enviudan no vuelven a casarse o acompañarse, sea por estigmas sociales o porque con ello se arriesgan a perder su pensión por viudez.

Todas las diferencias en el acceso a educación, trabajo o mejores oportunidades de desarrollo durante las etapas de infancia, adolescencia, juventud y adultez, influyen en el logro de las metas de las mujeres adultas mayores, lo que repercute directamente en el proceso de desarrollo de la sociedad. El enfoque de género se relaciona con todos los aspectos de la vida económica y social, cotidiana y privada de las personas adultas mayores y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la

percepción que la sociedad tiene de él .Los derechos y la no discriminación basada en género, así como la promoción de la igualdad y la atención a las personas adultas mayores.

En el año 2010, CONAIPAM realizó un proceso de consulta a Personas Adultas Mayores en diferentes puntos con el objeto de conocer sus necesidades e insumos para la creación de programas que les favorecieran. Entre las conclusiones más importantes se destacaron:

- a. Ser reconocidos y valorados como personas que han aportado al desarrollo de la sociedad y que puedan participar por sus capacidades, habilidades y experiencias.
- b. Quieren que se erradique la idea que la población adulta mayor una carga social, principalmente en el empleo.
- c. Ser protegidos, pues sufren marginación, tanto en su núcleo familiar y a nivel de la sociedad en general.
- d. Quieren tener la oportunidad de reunirse con otras personas para conversar de las vivencias y experiencias.
- e. Exigen tener la oportunidad de capacitarse en diversos oficios que les permita tener una fuente de ingreso un poco mayor, seguir activos y productivos.

Las personas a las cuales se les consultó, afirmaron que después de 70 años, las familias les asignan responsabilidades sin remuneración, que en la mayoría de las veces no pueden cumplir por sus limitaciones físicas, lo cual podría derivar en una violación a sus derechos.

En muchos casos las Personas Adultas Mayores están obligadas a trabajar para mejorar las condiciones de vida de sus familias.

La familia debe continuar como la principal fuente de apoyo, sin embargo, en la actualidad las Personas Adultas Mayores requieren de mucho más que sólo el apoyo familiar.

III. JUSTIFICACIÓN

La realización del presente trabajo es basado en indagar sobre diferentes factores familiares, laborales, económicos y biológicos que repercuten en la vida cotidiana de los pacientes de la tercera edad que desarrollan cuadros de ansiedad y depresión.

Evaluar signos y síntomas físicos y de comportamiento en los pacientes de tercera edad que desarrollen ansiedad y depresión.

La ansiedad y depresión en pacientes mayores es un problema social, que ha pasado desapercibido ante los ojos del sistema nacional de salud, por lo que buscamos con este trabajo, darle el énfasis que debería tener para búsqueda de soluciones que conlleven a tratamientos preventivos, reduciendo el número de complicaciones tanto económicas, familiares y sociales a estos pacientes.

Todo esto con el fin de crear conciencia de la necesidad de atención que debe brindarse a este tipo de padecimiento, que está presente en todos los ámbitos de la sociedad y principalmente en el adulto mayor para mejorar su calidad de vida tanto a nivel personal, núcleo familiar y presencia social.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el primer trimestre del presente año se ha observado un gran número de pacientes adulto mayor que consultan con sintomatología de ansiedad y depresión, teniendo como antecedente común el padecimiento de una enfermedad crónica. Por lo que, el propósito de esta investigación es responder:

¿Qué factores biológicos, psicológicos y sociales se encuentran asociados a la ansiedad y depresión en el adulto mayor que consultan en UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, Abril-Junio de 2018?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores asociados a ansiedad y depresión en los pacientes adultos mayores en UCSFI Nueva Guadalupe, UCSFI El Carmen, UCSFB Agua Shuca, en el periodo de Abril a Junio de 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar las variables epidemiológicas del adulto mayor que presenta ansiedad y/o depresión en la UCSF
2. Conocer los factores biológicos asociados a la ansiedad/depresión en el programa adulto mayor.
3. Valorar factores sociales que están presentes en los pacientes adultos mayores con enfermedad crónicas que consultan con ansiedad y depresión

VI. MARCO TEORICO

Según la OMS las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobrepasan los 90 años se les denomina viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad o adulto mayor.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa. Por ejemplo, los adultos mayores con enfermedades como las cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que quienes no padecen problemas médicos. Por el contrario, la coexistencia de depresión no tratada y cardiopatía en una persona mayor puede empeorar esta última.

Los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. El maltrato de las personas mayores no se limita a causar lesiones físicas

sino también graves problemas psíquicos de carácter crónico, como la depresión y la ansiedad.¹

TIPOLOGÍA DE PACIENTES ANCIANOS.

A medida que pasan los años, aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad. Sin embargo, también es cierto que muchas personas llegan a edades avanzadas de la vida con buen estado de salud. Entre un 15-40% de los ancianos de 70 años carecen de enfermedades objetivables; por lo tanto, no es posible predecir la salud de un individuo en función únicamente de su edad. La población mayor de 65 años no es una población homogénea; es evidente que no todos los ancianos son iguales y que las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar. Así, en la práctica clínica, se diferencian distintos perfiles de ancianos. Los términos empleados para definir estos perfiles suelen estar mal definidos, y con frecuencia son utilizados en el lenguaje diario de forma inapropiada; además en muchos casos su definición exacta varía según la fuente bibliográfica y el país de origen. A continuación se exponen las definiciones que de forma aproximada han adquirido un mayor nivel de consenso en nuestro entorno.

1. **Anciano sano:** se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.

2. **Anciano enfermo:** es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

3. **Anciano frágil:** es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (auto cuidado), aunque (como ya se explicará más adelante), pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de pre discapacidad.

4. **Paciente geriátrico:** es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (auto cuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. En otras palabras, podría decirse que el llamado paciente geriátrico es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad.²

En el presente trabajo se desarrolla la temática sobre descripción clínica de ansiedad y depresión basándose como sintomatología y no como entidad nosológica, las cuales se detallan a continuación:

ANSIEDAD

Se describe como una emoción compleja, difusa y desagradable, que se expresa por un sentimiento de temor y tensión emocional acompañada de diversos síntomas emocionales. Es una sensación de un peligro venidero, indefinible, no previsible, de causa vaga e incomprensible. La ansiedad se caracteriza tanto por tener síntomas físicos y psicológicos, y el sustrato psicológico en que se asienta es predominantemente neurovegetativo.

Manifestaciones clínicas:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| ✓ Disnea | ✓ Sudoración |
| ✓ Palpitaciones | ✓ Debilidad |
| ✓ Dolor o malestar precordial | ✓ Temblor |
| ✓ Mareo o vértigo | ✓ Miedo a morir |
| ✓ Sensación de inestabilidad | ✓ Oleada de frío o calor |
| ✓ Sentimiento de irrealidad | ✓ Temor de perder el control |
| ✓ Parestesias | ✓ Vómito |

Los trastornos de ansiedad han sido encontrados con una alta prevalencia en el paciente anciano en todos los estudios recientes. Pero quizás sea el de Beekman y Cols el más ilustrativo tras estratificar la muestra por edad y sexo, cifrando su prevalencia en el 10,2%. Clásicamente se han asociado a unos denominados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad, enfermedad crónica concomitante y limitación funcional).

Otra característica de gran interés es su asociación con dos síndromes geriátricos: depresión y demencia. De hecho, hasta el 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad y alrededor del 50% de los diagnosticados de ansiedad generalizada presentaban a su diagnóstico síndrome depresivo.

DEPRESIÓN

Trastorno mental caracterizado por un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

Manifestaciones clínicas:

- ✓ Disminución de la atención y concentración
- ✓ La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad
- ✓ Ideas de culpa y de ser inútil
- ✓ Perspectiva sombría del futuro
- ✓ Pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones
- ✓ Trastornos del sueño
- ✓ Pérdida de apetito
- ✓ Duración de los síntomas al menos 2 semanas

FORMAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables, y, de este modo, frecuentemente la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerban en estos pacientes.

Los síntomas, como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica por el paciente anciano. La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión (se ha asociado a pérdida de masa ósea y es un factor de riesgo para un pobre estado de salud). Por otra parte, la depresión se asocia a una alteración funcional debida quizás a una alteración emocional, a un declive en la función cognitiva y física.

Se pueden resaltar algunas características especiales de la depresión en el anciano:

- ✓ Acentuación patológica de los rasgos premórbidos.

- ✓ Escasa expresividad de la tristeza.
- ✓ Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- ✓ Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- ✓ Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- ✓ Expresión en formas de quejas somáticas.
- ✓ Mayor frecuencia de síntomas psicóticos (Delirio).
- ✓ Posibles trastornos de conducta (Irritabilidad).
- ✓ Presencia de comorbilidad (Pluripatología).
- ✓ Enfermedad cerebro vascular frecuente.
- ✓ Presencia de polifarmacia.

La privación neurosensorial frecuente en la senectud puede predisponer a la depresión. Se describe un gran listado farmacológico causante de síntomas y signos depresivos, mostrándose algunos en la tabla 1. Muchas son también las enfermedades asociadas a la depresión, se muestran algunas en la tabla 2.³

Tabla 1: Fármacos asociados con depresión

Digoxina.	Sulfamidas.
Carbamazepina.	Levodopa.
Tiacidas.	Metoclopramida.
Fenitoína.	Haloperidol.
Propranolol.	Hormonas anabolizantes.
Penicilina G y Ampicilina.	Benzodiazepinas.
Amantadina.	Ranitidina.
Antituberculostáticos.	Barbitúricos.
Bromocriptina.	Antineoplásicos.

Fuente: Tratado de geriatría para residentes, capítulo 23 Depresión y Ansiedad.

Tabla 2: Enfermedades asociadas a la depresión

Deshidratación.	Diabetes mellitus.
Insuficiencia cardiaca.	Incontinencia urinaria.
Hipo e hipernatremia.	Enfermedad de Addison.
Infarto de miocardio.	Enfermedad de Paget.
Hipo e hiperglucemia.	Déficits vitamínicos.
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Demencia.
Hipo e hipercalcemia.	Tumores.
Colon irritable.	Infartos cerebrales.
Hipo e hipertiroidismo.	Infecciones.
Artritis degenerativa.	Enfermedad de Parkinson.

Fuente: Tratado de geriatría para residentes, capítulo 23 Depresión y Ansiedad.

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

Atención integral en salud a la persona adulta mayor:

Conjunto de actividades para el abordaje biopsicosocial y mental de las personas adultas mayores, así como determinantes sociales ejecutadas en los diferentes niveles de atención, para asegurar la salud a las personas adultas mayores.

Adulto mayor, definición según MINSAL: toda persona mayor de sesenta años y más.

PROGRAMA PRESIDENCIAL “NUESTROS MAYORES DERECHOS”.

El programa “Nuestros Mayores Derechos” se configura en el quinquenio presidencial 2009-2014, como una primera política que define de manera especializada una mejor

oferta de protección social para las personas adultas mayores, que conforme a la ley son las de 60 años y más.

Este programa considera la heterogeneidad de las personas de edad como un elemento a considerar, pues las necesidades y requerimientos de una persona de sesenta años no pueden ser comparables con los de una de ochenta, de igual manera si se trata de hombres o mujeres, si viven en familia o solos y solas, si presentan o no grados de dependencia, etc.

El programa “Nuestros Mayores Derechos “se enmarcó en el Sistema de Protección Social Universal, el cual buscaba sentar las bases para que todos los ciudadanos y las ciudadanas contaran con un piso social básico que les permitiera el acceso a la educación, salud, nutrición, seguridad alimentaria, vivienda, servicios básicos, infraestructura comunitaria, seguridad social y la ampliación de oportunidades de generación de ingresos.

El programa en referencia, aborda una serie de acciones enmarcadas en diversos componentes, en los cuales se resaltan los siguientes:

Componente Uno: Salud y nutrición.

Contempla acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz, curación y rehabilitación; a través del fortalecimiento de la capacidad técnica del personal de salud y el desarrollo de acciones intersectoriales.

Se trabajó además el modelo de Atención para la persona adulta mayor, cuyo contenido abarca la atención preventiva, curativa, promoción de la salud e Intersectorialidad, como un medio para promover la autonomía, un envejecimiento saludable.

Asimismo, se ha fortalecido al personal de salud del Primer Nivel de Atención, para la aplicación de la valoración geriátrica y al equipo comunitario en la atención del adulto

mayor, con el objeto de brindar una mejor calidad de atención en salud. En el área de salud preventiva, se han establecido al menos 800 clubes de adultos mayores adscritos a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, con la participación de 20 mil personas adultas mayores, impulsando estilos de vida saludable y acercamiento intergeneracional, que contribuyan a un envejecimiento exitoso.

Componente dos: Educación

Dentro del Programa Nacional de Alfabetización (PNA), el cual está fundamentado en el Plan Social Educativo “Vamos a la Escuela”, se han intensificado los esfuerzos de alfabetización de las personas adultas mayores, ya que es en este grupo donde se observan los mayores niveles de analfabetismo.

Entre los años 2013 a 2016, se han atendido a 28,594 personas adultas mayores, de las cuales 10,028 son hombres y 18,566 son mujeres. Conforme el Censo de 2007, el analfabetismo en personas adultas mayores era de un 44%; al año 2015, conforme los datos de la EHPM13, la tasa a esa fecha era de un 33%, lo cual implica una reducción de 11.05 puntos porcentuales.

Esto favorece las posibilidades y capacidades de las personas adultas mayores para tomar sus propias decisiones, desarrollar sus potencialidades, llevar una vida independiente y participar en actividades sociales y comunitarias.

Componente tres: Empoderamiento en Derechos

Se ha avanzado en la mejora del marco normativo: El Salvador participó en la elaboración de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en el seno de la OEA, aprobada en Asamblea general de la Organización en junio de 2015; propuesta de nueva Ley de la Persona

Adulta Mayor, presentada a la Asamblea Legislativa en el año 2016, la cual se encuentra pendiente de aprobación.

Componente cuatro: Pensión Básica Universal

La Pensión Básica Universal se entrega tanto a nivel rural como en el urbano. En lo rural, se entrega a un total de 28,000 personas adultas mayores con edades de 70 años y más de las cuales, el 54% de participantes son mujeres.

Se refiere a la Encuesta de Hogares de Propósitos múltiples, realizada por el Ministerio de Economía, a través de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC). En lo urbano, la pensión se entrega a 4,800 personas, del cual el 58% son mujeres.

La Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia evaluó en el año 2014 el uso de la pensión básica universal, demostrando que se centra en la adquisición de alimentos y compra de bienes de primera necesidad.

Componente cinco: Mejoramiento de centros de atención

Se ha trabajado fuertemente en la mejora de la atención dentro de hogares y residencias sustitutas: Inversión en alimentos, kits de higiene, mejora de protocolos y supervisión de condiciones de los servicios, beneficiando a 2,587 personas que viven en estos centros. También se ha invertido en la reparación y habilitación de las infraestructuras, así como en capacitación y tecnificación del personal.

Componente seis: Cultura y actividad física

Se mejoraron 32 casas de la cultura a lo largo del país y se crearon programas culturales para personas adultas mayores en 44 casas de la Cultura.

De igual forma, se dio la implementación de programas de actividad física del Instituto Nacional de los Deportes de El Salvador, en al menos 32 municipios, culminando con la firma de un convenio entre el Ministerio de Salud y dicho Instituto, para promover la actividad física como estrategia de mejora de salud en los clubes del Ministerio.⁴

EL PLAN QUINQUENAL DE DESARROLLO 2014-2019 (PQD)

Este fue presentado en el año 2014 y establece las líneas estratégicas de actuación del Gobierno correspondiente al período presidencial 2014-2019. En este documento se destaca que uno de los grupos prioritarios es el relativo a las personas adultas mayores, esto debido a que han sido tradicionalmente excluidos del desarrollo y del pleno ejercicio de sus derechos, y por ello, uno de sus ejes, la atención a grupos prioritarios, a través de “implementar en el diseño de las políticas sectoriales, medidas específicas para cada grupo etario, haciendo especial énfasis en la niñez y las personas adultas mayores”. Es así que el PQD establece una serie de acciones a favor de esta población, en las que se destacan el mejoramiento del marco normativo y el desarrollo de un sistema nacional de protección para personas adultas mayores; en ese marco la política es una de las respuestas ofertadas por el gobierno para sentar las bases de la inclusión social y la mejor atención del sector.⁵

CONSULTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR.

Aspectos relevantes del proceso de consulta.

En el año 2015, la Secretaría de Inclusión Social de la Presidencia, realiza un nuevo proceso de consulta a Personas Adultas Mayores a nivel de todo el país con el objeto de obtener los insumos para la construcción de la política pública para este sector poblacional.

Se ejecutaron entre los meses de agosto y noviembre de 2015, 77 talleres de consultas con la participación de 2,029 personas, (723 hombres y 1,306 mujeres). De este universo, 1,908 fueron personas adultas mayores (684 hombres y 1,224 mujeres); las personas restantes fueron miembros de instituciones públicas y privadas que trabajan el tema del adulto mayor.

Para llevar a cabo la consulta, se utilizaron metodologías importantes, como es la realización de encuestas a todas las personas adultas mayores participantes, con el fin de determinar su perfil y situación. De igual forma, se realizaron talleres grupales, con el objeto de identificar los derechos que a juicio de este grupo deben ser principalmente atendidos por las entidades públicas.

OTROS ASPECTOS RELEVANTES

Las personas adultas mayores se pronunciaron sobre el fortalecimiento de los mecanismos de protección de este grupo. Resaltaron la necesidad de contar con mecanismos de atención especializada de parte de las instituciones como la Policía Nacional Civil, el Sistema de Justicia y el Ministerio Público para atender los casos de maltratos, incluso en los casos de maltrato que se recibe de los empleados del transporte público, la violencia física y violencia patrimonial.

Asimismo, de la consulta surgió la solicitud de tramitar transporte público gratis como un derecho de las personas adultas mayores, dado que necesitan trasladarse, especialmente, a las consultas médicas, no contando con los recursos económicos necesarios para el pasaje y más aún que en ciertos casos tienen que llevar una persona que los acompañe, lo que vuelve más difícil asistir a la consulta o realizar cualquier actividad de la vida diaria, como ir de compras de alimentos.

Por otro lado, es importante resaltar la necesidad del mejoramiento de servicios por parte de las Alcaldías Municipales, en cuanto a la existencia de ventanillas únicas para tener una mejor atención y no tener que hacer grandes filas, las cuales se les dificulta por sus dolencias en su mayoría relacionada a sus huesos y artritis.

Adicionalmente, se discutió sobre la descentralización de los servicios públicos, especialmente el hecho de realizar el acercamiento de la asistencia médica en el área rural.

Finalmente, es necesario mencionar la necesidad del mejoramiento de espacios públicos, tal es el caso de:

1. La necesidad de iluminación en las paradas del transporte colectivo
2. La necesidad de que los tragantes tengan tapaderas, por el peligro de daño que representan en caso de accidentes.
3. La necesidad de parques y zonas verdes con espacios para la recreación y estadía de personas adultas mayores
4. Mejoramiento en el acceso a baños, pasarelas y rampas para los adultos mayores.
5. Así como también la posibilidad y acceso para utilizar las herramientas tecnológicas (ascensores u otros) en los edificios privados y públicos, entre otros.⁶

FACTORES QUE CAUSAN ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.

El origen de un trastorno depresivo es indeterminado. A continuación se explican las tres dimensiones que pueden generar el trastorno, ya sea de manera individual o combinada.

1- Factores biológicos

Los síntomas que forman parte de la depresión pueden deberse a una serie de afectaciones de índole orgánico

- Alteraciones bioquímicas a nivel cerebral, las cuales van a influir en la regulación de ciertos neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina).
- Déficit vitamínico y de minerales asociado a la dieta
- Enfermedades crónicas: de condición metabólica (déficit de vitamina B12), de tipo autoinmune (lupus), provocadas por infección viral (hepatitis), cáncer
- Enfermedad de las glándulas tiroideas y paratiroides.

2- Factores psicológicos: Durante el envejecimiento pueden surgir en el adulto mayor una serie de pensamientos y emociones de carácter negativo:

- Disminución de la autoestima
- Aumento de la inseguridad
- Sensación de impotencia
- Pérdida de control sobre su entorno
- Ausencia o escasez de motivación vital
- Sensación de declive
- Vivencias de inutilidad
- Temor a circunstancias vitales no deseadas y desagradables, como por ejemplo, aparición de una enfermedad grave o abandono.

3-Factores sociales

Es común que, durante este periodo el adulto mayor experimente algunas circunstancias conocidas como acontecimientos vitales estresantes. Éstos hacen referencia a aquellos sucesos relevantes en la vida de una persona, los cuales producen estrés y, en la mayoría de las ocasiones, necesidad de readaptación: pérdida de seres queridos (cónyuge, familiares o amigos), falta de apoyo social, lesión o enfermedad personal, jubilación, etc.

Los acontecimientos vitales estresantes que más frecuentemente provocan ansiedad y/o depresión en el adulto mayor son aquellos que suceden de manera brusca, los que no son controlables, aquellos que resultan amenazantes, los acontecimientos que transcurren de manera repetida y los que aparecen de manera conjunta o “en racimo”.

En definitiva, la etapa del envejecimiento se ve influida irremediabilmente por la sucesión de pérdidas y sus consecuentes duelos. No se trata únicamente de la pérdida de personas, sino también de la pérdida de capacidades, de ocupación e, incluso, la pérdida de uno mismo a la hora de afrontar la propia muerte.

VII. HIPOTESIS

Factores biológicos, psicológicos y sociales están asociados a la ansiedad y depresión en el adulto mayor, en UCSF Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca.

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

1. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo de corte transversal

2. PERIODO DE INVESTIGACIÓN: Abril a Junio 2018

UNIVERSO: 80 pacientes

MUESTRA: 80 pacientes

- Pacientes adultos mayores:

- El Carmen: 30

- Nueva Guadalupe: 40

- Agua Shuca: 10

3. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Adulto mayor que consulta las UCSFI Nueva Guadalupe, San Miguel, UCSFI El Carmen, Cuscatlán, UCSFB Agua Shuca, Sonsonate; durante el periodo de abril a junio del 2018.

Se justifica que se tomara el 100% del universo como muestra por ser este pequeño, se ha realizado una muestra por conveniencia y no probabilística.

4. Unidad de Análisis:

Todo paciente adulto mayor hombre o mujer que este diagnosticado con Trastorno de ansiedad, depresión o presente sintomatología relacionada con estos trastornos, que consulte las UCSFI Nueva Guadalupe, San Miguel, UCSFI El Carmen, Cuscatlán, UCSFB Agua Shuca, Sonsonate; en el periodo de estudio Abril a junio de 2018.

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes adultos mayores.
- ✓ Residentes de las áreas urbana o rural de los municipios que cubren las UCSF.

- ✓ Que consulten con 1 o más síntomas relacionados con trastornos de ansiedad o depresión.

5. FUENTE DE INFORMACIÓN:

- Expediente clínico
- Entrevistas

6. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN:

- Entrevista.
- Prueba estandarizada.

7. HERRAMIENTAS PARA OBTENCION DE INFORMACION:

- Guía de entrevista con preguntas cerradas sin límites de tiempo.
- Test de Becker

8. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION:

- Para la recolección de la información se utilizará el programa Office Word.
- Para el ordenamiento de datos se utilizará el programa Office Excel.
- Se vaciará la información en tablas de datos y se hará representación gráfica de la información obtenida.
- Se harán análisis cuantitativos de la información obtenida.

9. OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN OPERACIONAL</i>	<i>VALORES</i>	<i>INDICADORES</i>	<i>INSTRUMENTO</i>
1. Determinar las variables epidemiológicas del adulto mayor que presenta ansiedad y/o depresión en la UCSF				
Sexo	Sexo biológico al que pertenece	Masculino Femenino	Condición familiar	Cuestionario
Edad	Edad cronológica desde el día de nacimiento	Mayor de 60	Condición familiar	Cuestionario
Procedencia	Área de Residencia	Urbano Rural	Condición sociocultural	Cuestionario
2. Conocer los factores biológicos asociados a la ansiedad/depresión en el programa adulto mayor.				
Enfermedades y adicciones	Condiciones que afectan estado de salud del individuo	Enfermedad crónica. Consumo alcohol, tabaco, drogas	Enfermedad crónica	Cuestionario
Discapacidad	Motora, física o mental	Tipo de discapacidad que presenta	Motoras: hemiplejías, paraplejías, monoplejías Físicas: auditiva, visual, falta de miembro. Mental. Tipo de alteración mental	Cuestionario.

			que presenta.	
Tipo de Ansiedad o depresión registrada:	Valoración clínica del tipo de trastorno de ansiedad	Trastorno de ansiedad generalizado Trastorno-obsesivo compulsivo, otros	Enfermedad crónica	Cuestionario
Tipo de tratamiento que recibe	Terapia administrada por un profesional de salud debido a su padecimiento	Tratamiento farmacológico Tratamiento psicológico	Enfermedad crónica	Cuestionario
Recibe tratamiento para la ansiedad o depresión	Condición de receptor de tratamiento	Recibe tratamiento No recibe tratamiento	Enfermedad crónica	Cuestionario
3. Valorar factores sociales que están presentes en los pacientes adultos mayores con enfermedad crónicas que consultan con ansiedad y depresión				
Nivel educativo	Años aprobados en educación formal.	Cero grados Primaria Secundaria Básica Superior	Condición sociocultural	Cuestionario
Actividades a que se dedica actualmente	Profesión u oficio que desarrolla	Desempleado Empleado formal	Condición sociocultural	Cuestionario

Tipo de familia	Grupo de personas unidas por el parentesco, conformadas por vínculos consanguíneos reconocidos legal y socialmente	Nuclear Extendida Mono parental	Condición familiar	Cuestionario
Tipo de construcción de vivienda	Tipo de edificación cuya función es ofrecer refugio	Piedra Adobe Ladrillo Madera	Condición de la vivienda	Cuestionario
Nivel de ingresos económicos	Ingreso económico promedio mensual del encuestado y su grupo familiar	Menos del salario mínimo Mas del salario mínimo	Condición económica	Cuestionario

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1

Objetivo 1: Determinar las variables epidemiológicas del adulto mayor que presenta ansiedad y/o depresión en la UCSF.

Genero	Pacientes	Porcentajes
Masculino	34	42%
Femenino	46	58%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANÁLISIS:

Se observa en la tabla que de 80 pacientes mayores de 60 años objeto de estudio, 46 pacientes son del sexo femenino, que corresponde al 58% y solamente 34 pacientes son del sexo masculino que corresponde al 42%.

El nivel de consulta en personas mayores es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, esto debido que en nuestra cultura se observa que el sexo masculino es el encargado de trabajar y llevar los alimentos al hogar, por lo cual prefieren no consultar para no perder horas laborales, que implican pérdida económica en el hogar.

Tabla 2

Objetivo 1: Determinar las variables epidemiológicas del adulto mayor que presenta ansiedad y/o depresión en la UCSF.

Edad en años	Pacientes	Porcentaje
60 a 65 años	39	49%
66 a 70 años	33	41%
71 a 75 años	4	5%
Mayores de 76 años	4	5%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Se obtiene que de la muestra en estudio el 49 % se encuentra en el rango de edad de 60 a 65 años, siendo esta la mayoría, mientras que el 41 % está dentro de los rangos de edad de 66 a 70 años.

La población que consulta el sistema básico de salud está en los rangos de los 60 años a 70 años siendo el 90 % del total de consultas de adulto mayor, debido a que los pacientes mayores de 70 años presentan dificultades de salud que les imposibilita el transporte hacia los establecimientos de salud, al carecer de familiares que los apoyen para su movilización o traslado.

Tabla 3

Objetivo 1: Determinar las variables epidemiológicas del adulto mayor que presenta ansiedad y/o depresión en la UCSF.

Procedencia	Pacientes	Porcentaje
Urbano	45	56%
Rural	35	44%
TOTAL	80	100%

Fuentes: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANÁLISIS:

De la muestra que consultan las unidades de salud UCSF Nueva Guadalupe, UCSF El Carmen y UCSF Agua Shuca, un total de 45 pacientes que corresponden al 56% son del área urbana y el 44% del área rural correspondiente a 35 pacientes.

Los adultos mayores de 60 años del área urbana conscientemente asisten a las unidades de salud para evaluación médica. Esto relacionado en gran medida por las vías de acceso a la unidad de salud y en algunos casos por no tener quien los acompañe, por tener compromisos laborales los miembros de su familia.

Tabla 4

Objetivo 2: Conocer los factores biológicos asociados a la ansiedad/depresión en el programa del adulto mayor.

Padece una enfermedad concomitante.	Pacientes	Porcentaje
Si	59	74%
No	21	26%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

Análisis:

El 74% de la población adultos mayores de 60 años, padece o presenta una enfermedad crónica.

Siendo la Hipertensión Arterial Crónica la patología prevalente en la población adulta mayor, en un 60 % que equivale a 36 pacientes, seguida por un rango limitado de Diabetes Mellitus tipo 2 en un 40% correspondiente a 24 pacientes, siendo ellos susceptibles a presentar ansiedad/depresión debido a los diferentes factores estresantes que inducen a manifestar sintomatología y alterar el desarrollo de su vida cotidiana.

Tabla 5

Objetivo 2: Conocer los factores biológicos asociados a la ansiedad/depresión en el programa del adulto mayor.

Alcoholismo	Pacientes	Porcentaje
Si	0	0%
No	80	100%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Entre la población encuestada se encuentra que el 100% que equivale a un universo de 80 adultos mayores ninguno de los pacientes consume alcohol.

Se observa el comportamiento de los adultos mayores que de un universo de 80 pacientes ninguno consume alcohol en la actualidad, esto sea posiblemente debido a sus patologías concomitantes como HTA O DM2.

Tabla 6

Objetivo 2: Conocer los factores biológicos asociados a la ansiedad/depresión en el programa del adulto mayor.

Tabaquista	Pacientes	Porcentaje
Si	23	40%
No	57	60%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Entre los encuestados se observa que un 40% que corresponde a un total de 23 pacientes son tabaquistas y un 60% que equivale a 57 pacientes que respondieron de manera negativa a la interrogante, es decir no consumen tabaco.

Se observa que 23 pacientes son los poseen antecedentes de ser tabaquistas y a la vez lo practican actualmente, siendo esto debido a que son prácticas que iniciaron en la juventud durante las jornadas laborales, y refieren que se les ha dificultado lograr dejar de practicarlos.

Tabla 7

Objetivo 2: Conocer los factores biológicos asociados a la ansiedad/depresión en el programa del adulto mayor.

Drogadicción	Pacientes	Porcentaje
Si	0	0%
No	80	100%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Entre la población encuestada se encuentra que el 100% que equivale a un universo de 80 adultos mayores, ningún paciente consume drogas de algún tipo.

Se observa el comportamiento de los adultos mayores y que de un universo de 80 pacientes ninguno consume drogas, por desconocer de ellas y el costo que estas presentan.

Tabla 8

Objetivo 2: Conocer los factores biológicos asociados a la ansiedad/depresión en el programa del adulto mayor.

Discapacidad	Pacientes	Porcentaje
Física	6	7%
Mental	0	0%
Motora	16	20%
Ninguna	58	73%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Se observa que ningún paciente presento discapacidad mental a la vez se evidencia que de los pacientes encuestados un 7% que es equivalente a 6 pacientes sufren discapacidad física actualmente, se evidencia un 20% que corresponden a 16 pacientes que se comprobó que padecen de discapacidad.

Entre los encuestados se observó que ningún paciente presentó la discapacidad de aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana; además un 7% que corresponde a un total de 6 pacientes presentan disminución o ausencia de las funciones físicas, que se manifiesta cuando padece problemas en el aparato locomotor o las extremidades; y un 20% que equivale a 16 pacientes sufren dificultad en el manejo y control de su cuerpo.

Tabla 9

Objetivo 2: Conocer los factores biológicos asociados a la ansiedad/depresión en el programa del adulto mayor.

Tipo de Ansiedad/depresión	Pacientes	Porcentaje
Trastorno de ansiedad generalizado	32	40%
Trastorno-obsesivo compulsivo	0	0%
Ninguno	48	60%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Entre los encuestados se observa que un 40% que corresponde a un total de 32 pacientes sufren trastorno de ansiedad generalizado y un 60% que equivale a 48 pacientes respondieron que no presentan ningún tipo de padecimiento.

Se observa que la única patología encontrada fue el Trastorno de Ansiedad Generalizado, el cual fue encontrado en un total de 32 pacientes siendo el 40% de la muestra en estudio, por lo cual no se encontró la presencia de Depresión, esto debido a diferentes causas que pueden ser error de diagnóstico dentro de los establecimientos de salud, a que los pacientes en estado Depresivos omiten consultar por estas sintomatologías.

Tabla 10

Objetivo 2: Conocer los factores biológicos asociados a la ansiedad/depresión en el programa del adulto mayor.

Están con Tratamiento	Pacientes	Porcentaje
Si	10	12%
No	22	28%
No lo requieren	48	60%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Entre los encuestados se observa que un 12% que corresponde a un total de 10 pacientes reciben tratamiento y un 28% que equivale a 22 pacientes con un diagnóstico de ansiedad generalizada no se encontraba bajo ningún tratamiento. Mientras que un 60% no han necesitado al momento ningún tratamiento debido a no presentar sintomatología relacionada con Ansiedad/Depresión.

Se observa que de la población encuestada 10 pacientes poseen manejo farmacológico por especialista, de forma contraria se observa que 22 pacientes que tienen diagnóstico de Ansiedad generalizada no consumen ningún tipo de terapia farmacológica, debido en algunos casos por falta de medicamentos en los establecimientos o la negativa de los pacientes a realizar los seguimientos respectivos, situación que empeora cuadro clínico y su respuesta ante el entorno familiar y social.

Tabla 11

Objetivo 2: Conocer los factores biológicos asociados a la ansiedad/depresión en el programa del adulto mayor.

Tipo de tratamiento	Pacientes	Porcentaje
Tratamiento farmacológico	4	5%
Tratamiento psicológico	6	7%
Sin Tratamiento	70	88%
Total	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Al realizar el presente estudio se ha obtenido que de los 10 pacientes que se encuentran bajo tratamiento debido a su estado de ansiedad generalizada, hay 4 pacientes con tratamiento farmacológico que equivalen a un 5% del total de nuestra muestra y 6 pacientes con tratamiento psicológico equivalentes a 7% de la muestra.

Los pacientes adulto mayor en mayor porcentaje son manejados mediante terapias psicológicas correspondientes a intervenciones por parte de personal de enfermería capacitado y se evita en gran medida decidir dar algún tipo de medicamentos antidepressivos, de los cuales los actualmente usados en el esquema nacional de salud de primer nivel son Amitriptilina de 25mg e Imipramina de 25mg. Al revisar los datos se obtienen 22 pacientes que al realizar el Test presentaron una Ansiedad Generalizada pero nunca han recibido ningún tipo de tratamiento, debido a que no se habían diagnosticado adecuadamente.

Tabla 12

Objetivo 3: Valorar factores sociales que están presentes en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que consultan con ansiedad y depresión.

Nivel Educativo	Pacientes	Porcentaje
Ninguno	59	74%
Primaria	21	26%
Secundaria	0	0%
Superior	0	0%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANÁLISIS:

De la muestra en estudio se observa que 59 pacientes que corresponde al 74% no tuvieron nivel educativo y solo 21 igual al 26% recibieron educación primaria.

El nivel de educación en los adultos mayores de 60 años es sumamente bajo, ya que existe un nivel muy alto que no recibió un nivel educativo por el alto índice de analfabetismo que existía en la década de los 50, donde la educación era un privilegio que muchos lograban con dificultades, por tener que iniciar a trabajar a edades tempranas.

Tabla 13

Objetivo 3: Valorar factores sociales que están presentes en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que consultan con ansiedad y depresión.

Actividad a la que se dedica	Pacientes	Porcentaje
Desempleado	80	100%
Empleado	0	0%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANÁLISIS:

El 100% de la población en estudio no realiza ninguna actividad de trabajo.

En nuestro país los adultos mayores de 60 años no poseen fuente de empleo formal en gran medida por el nivel educativo visto anteriormente.

Tabla 14

Objetivo 3: Valorar factores sociales que están presentes en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que consultan con ansiedad y depresión.

Ingresos mensuales	Pacientes	Porcentaje
Menos del salario mínimo	80	100%
Más del salario mínimo	0	0%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Al consultar los ingresos económicos del grupo familiar se obtuvo que el 100 % de los entrevistados reciban mensualmente menos del salario mínimo actual el cual es de \$350.

Al ser en su mayoría la población con bajo nivel educativo y por lo tanto con menos opciones de empleos formales, los adultos mayores se limitan a vivir con los recursos mínimos.

Tabla 15

Objetivo 3: Valorar factores sociales que están presentes en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que consultan con ansiedad y depresión.

Actividad de Esparcimiento	Pacientes	Porcentaje
Una vez por mes	19	24%
2 o más veces por mes	61	76%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Se obtiene que un 76% de los adultos mayores realicen 2 o más actividades de esparcimiento durante el mes, teniendo un 24% que solo realizan 1 sola actividad mensualmente.

Nuestros adultos mayores tienden a desear mantenerse realizando una actividad ya sean reuniones entre amigos y familia, o salir a las diferentes actividades deportivas que se realizan en sus comunidades. Pero pocos adultos mayores forman parte de un grupo social.

Tabla 16

Objetivo 3: Valorar factores sociales que están presentes en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que consultan con ansiedad y depresión.

Pertenece a un grupo de la comunidad	Pacientes	Porcentaje
Si	8	10%
No	72	90%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

De nuestra muestra de estudio solamente el 10 % pertenece de forma directa a un grupo dentro de la comunidad, y el 90% de ellos no conocen de la existencia de estos grupos dentro de sus comunidades.

Los pacientes adultos mayores refieren desconocer la presencia de grupos sociales dentro de sus comunidades, mientras que otros que si conocen de los grupos mencionan que no reciben ningún beneficio al pertenecer a ellos por lo que no les interesa. Esto debido al bajo nivel educativo lo cual les dificultad asimilar la información brindada sobres estos grupos sociales.

Tabla 17

Objetivo 3: Valorar factores sociales que están presentes en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que consultan con ansiedad y depresión.

Compañía en el Hogar	Pacientes	Porcentaje
Vive solo	22	28%
Con hijos	45	56%
Otro familiar	13	16%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Al realizar la pregunta de con quienes habitaba en la vivienda solo un 56% de los adultos mayores respondió que aún viven con sus hijos, mientras que un 28% viven solos, y el restante 16% se encuentra viviendo con otros familiares.

La mayoría de los adultos mayores en nuestras zonas de estudio viven con sus hijos siendo esto común al momento que ellos heredan la vivienda del padre o madre, tomando con ello la obligación de cuidar de ellos, pero aun así se observa que hay un 28% de adultos mayores que deben de vivir solos y velar por si mismos a pesar de padecer de enfermedades crónicas y por los cual son susceptibles de padecer en algún momento cuadros de Ansiedad.

Tabla 18

Objetivo 3: Valorar factores sociales que están presentes en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que consultan con ansiedad y depresión.

Tipo de trabajo	Paciente	Porcentaje
Trabajador agrícola	30	37%
Trabajo formal	0	0%
Trabajo informal	30	38%
No trabaja	20	25%
TOTAL	80	100%

Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

ANALISIS:

Tenemos que de nuestra muestra en estudio un 75% de población realiza una actividad laboral dividida de forma igualitaria entre el trabajo agrícola y el trabajo informal, mientras que solo el 25% de la población no realiza ningún tipo de trabajo.

Debido a que las zonas de estudio están enmarcadas en municipio de predominancia agrícola nuestra población se dedica a la siembra de cultivos como maíz, frijol, etc. Y otro porcentaje se mantiene del comercio informal, hay un pequeño porcentaje de adulto mayor que no labora, pero esto debido a su avanzada edad y a las dificultades que presentan por sus patologías crónicas.

X. DISCUSIÓN.

El adulto mayor en nuestro país se encuentra inmerso aun en un estilo de vida que no es adecuado para su adecuado cuidado, debido a que a pesar de su edad avanzada y las enfermedades crónicas que muchos padecen, deben de continuar brindando el sustento para sus hogares y para sí mismos.

Siendo así susceptibles a entrar en cuadros de ansiedad generalizada al no poder encontrar la forma adecuada de subsistir, o no poder realizar los controles adecuados de sus enfermedades.

Presentando así los síntomas comunes que pudiesen ser relacionados a estas enfermedades como los son Disnea, Palpitaciones, Dolor o malestar precordial, Mareo o vértigo. Sensación de inestabilidad, Sentimiento de irrealidad, Parestesias, Sudoración, Debilidad, Temblor, Miedo a morir, Oleada de frío o calor, Temor de perder el control, Vómito.

Y a pesar de estar protegidos por la Ley De Atención Integral Para la persona Adulta Mayor la cual presenta una serie de derechos que deben de otorgarse a todo adulto mayor muchas veces estos derechos no son cumplidos acorde como están establecidos, obligando al adulto mayor en edad de jubilación a continuar laborando para poder continuar con su vida cotidiana, y no gozar de manejos adecuados en los establecimientos de salud al no contar con especialistas que puedan brindarle una atención adecuada. Además, no se cuenta con un manejo estándar de los pacientes adulto mayor con sintomatologías relacionadas con la ansiedad/depresión.

XI. CONCLUSIONES.

1. Se logró evidenciar que la ansiedad y depresión se encuentran íntimamente relacionadas con la edad con 90% (60 a 70 años), sexo en 58% (femenino), antecedentes de enfermedades crónicas y estado socioeconómico bajo en el 100%.
2. La reacción de ansiedad y/o depresión se presenta más frecuentemente en el sexo femenino en el grupo de edad de 60 a 70 años, estando asociado a labilidad afectiva y el estilo de vida, que, dentro de la cultura salvadoreña, el sexo femenino es quien debe resolver los conflictos que surgen dentro del hogar.
3. Entre los encuestados se evidencio en mayor proporción casos de Ansiedad generalizada ya sea con antecedentes o casos recién diagnosticados. Los pacientes que reciben tratamiento ya sean terapias psicológicas, farmacológicas es en menor proporción ya que el resto de los casos no se evalúan con diagnóstico adecuado o simplemente no ameritan manejo.
4. Se encuentra que dentro de los factores biológicos que están relacionados con depresión y ansiedad en mayor proporción son enfermedades como: Hipertensión Arterial crónica y Diabetes Mellitus tipo 2.
5. Además, se demostró que la discapacidad física y motora está estrechamente relacionada a enfermedades crónico-degenerativas, que juntamente producen ansiedad y depresión en el adulto mayor.
6. Se demostró que la población en estudio muestra en mayor cantidad ningún nivel educativo seguido de un porcentaje menor los que concluyeron primaria; esta situación está relacionada con los resultados de que el 100% de la muestra no tiene un empleo formal, y la mayoría se dedica al trabajo agrícola, lo que genera ingresos económicos menores al salario mínimo, lo que causa que ellos deban extender sus horario de trabajo e impiden que el adulto mayor forme parte de grupos comunitarios. Por esta misma razón se observo que el adulto mayor del

sexo masculino es quien menos consulta todo causado por ser muchas veces el único que aporta económicamente en el hogar y esto obliga a que solamente consulte cuando su estado de salud se encuentra gravemente comprometido.

7. La familia es el factor psicosocial predominante en ansiedad y depresión ya que presenta varias áreas de conflicto en el individuo, como las deficientes relaciones interpersonales los cambios de la estructura familiar entre otros.

XII. RECOMENDACIONES.

AL MINSAL:

- Que dentro de los establecimientos de salud de primer nivel de atención, el personal médico demuestre empatía en atención del paciente, con el objetivo de crear confianza, de manera que exprese sus problemas de salud física y mental, y así brindarle un manejo oportuno.
- Realizar capacitaciones al personal médico y de enfermería sobre salud mental para mejorar la calidad de atención que se brinda en las UCSF cuando se carece de especialista.

A LA UCSF:

- aconsejar a los pacientes adultos mayores a integrarse a grupos sociales tales como: grupos religiosos, actividades deportivas, servicios comunitarios; en los que puedan apoyarse para disminuir su ansiedad y/o depresión.
- Incentivar a pacientes adulto mayor a asistir de forma periódica a sus controles en UCSF para poder brindarles el seguimiento adecuado y oportuno.

A LA FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:

- Introducir en los planes de estudios temáticas relacionadas a la forma de manejo en pacientes adultos mayor con estados depresivos o de ansiedad.
- Fomentar en los estudiantes la empatía hacia los pacientes que requieran un manejo médico y no farmacéutico, para la superación de estados depresivos,

FUENTE BIBLIOGRAFICA

- 1- Organización Mundial de la Salud, consultado el 08/06/2018, disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
- 2- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), Tratado de geriatría para residentes, capítulo 1 “DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA. TIPOLOGÍA DE ANCIANOS Y POBLACIÓN DIANA”, página 28-29, editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C), Madrid, España, 2006.
- 3- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), Tratado de geriatría para residentes, capítulo 23 “DEPRESIÓN Y ANSIEDAD”, página 243- 248, editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C), Madrid, España, 2006.
- 4- Presidencia de El Salvador, Programa Presidencial Nuestros Mayores Derechos, Gobierno de El Salvador, Pág. 34 – 46, 2009
- 5- Presidencia de El Salvador, Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019, Gobierno de El Salvador, pág. 33, 2014.
- 6- Política Pública de la persona Adulto Mayor, Gobierno de El Salvador, consultado el 08/06/2018, disponible en: https://www.inpep.gob.sv/wp-content/uploads/2017/11/Politica_Publica.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



El presente cuestionario es para la obtención de datos para realizar un estudio de proceso de graduación, por los estudiantes de doctorado den medicina de la UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, para lo cual PEDIMOS, nos otorgue el permiso para la utilización de la información brindada.

La participación en este estudio será de forma anónima a pacientes adultos mayores de 60 años. La cual velara que su integridad personal no sea objeto de divulgación.

Esto se hará por medio de un cuestionario, con preguntas cerradas para mayor comodidad de los pacientes en estudio, sin tiempo límite, siempre velando por la mayor objetividad y profesionalismo que se requiera.

Escala de síntomas físicos	Nunca (0 puntos)	En alguna ocasión (1 puntos)	A menudo (2 puntos)	Casi todos los días (3 puntos)
Sensación de angustia o aprensión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para estar quieto, intranquilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumento de la frecuencia cardiaca (palpitaciones) sin enfermedad conocida que la justifique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fatiga, especialmente importante al final del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alteraciones en el sueño; tardas en quedarte dormido, te despiertas varias veces o despiertas antes de lo previsto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de tensión muscular que puede ir acompañada de dolor en determinadas partes de tu cuerpo (cuello, espalda, cabeza, etcétera).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escala de síntomas cognitivos	Nunca (0 puntos)	En alguna ocasión (1 puntos)	A menudo (2 puntos)	Casi todos los días (3 puntos)
Dificultad para concentrarte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensación de bloqueo mental.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anticipación de acontecimientos negativos. Castastrofismo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de memoria (dificultad para recordar cosas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensamientos o imágenes desagradables.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para tomar decisiones (por ejemplo “das vueltas a la cabeza” sin llegar a decidirte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escala de síntomas comportamentales	Nunca (0 puntos)	En alguna ocasión (1 puntos)	A menudo (2 puntos)	Casi todos los días (3 puntos)
Fumas, comes o bebes para calmar tu ansiedad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitas o escapas de determinadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala de síntomas comportamentales	Nunca (0 puntos)	En alguna ocasión (1 puntos)	A menudo (2 puntos)	Casi todos los días (3 puntos)
situaciones.				
Haces movimientos repetitivos (tocarte el pelo, temblor de piernas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te mueves más de lo habitual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimientos torpes (por ejemplo se te caen las cosas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Llanto para aliviar tu malestar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente cuestionario es para la obtención de datos para realizar un estudio de proceso de graduación, por los estudiantes de doctorado de medicina de la UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, para lo cual PEDIMOS, nos otorgue el permiso para la utilización de la información brindada.

La participación en este estudio será de forma anónima a pacientes adultos mayores de 60 años. La cual velará que su integridad personal no sea objeto de divulgación.

Esto se hará por medio de un cuestionario, con preguntas cerradas para mayor comodidad de los pacientes en estudio, sin tiempo límite, siempre velando por la mayor objetividad y profesionalismo que se requiera.

CUESTIONARIO PARA OBTENCION DE DATOS

1. Sexo: masculino – femenino
2. Edad en años: _____
3. Procedencia Urbano _____ Rural _____
4. Nivel educativo. Ninguno ___ Primaria ___ Secundaria ___ Superior ___
5. Actividades a que se dedica actualmente:
Desempleado _____ Empleado _____
6. Padece alguna enfermedad: si ___ no ___ ¿Cuál?: _____
7. Consumo alcohol: si ___ no ___
8. Consumo tabaco: si ___ no ___
9. Consumo drogas: si ___ no ___ Cuales:
10. Presenta un tipo de discapacidad: Física ___ Mental ___ Motora ___ ¿Cuál?: ___
Ninguna _____

11. Tipo de Ansiedad/Depresión registrada: Trastorno de ansiedad generalizado___ Trastorno-obsesivo compulsivo___, Otros ____, Ninguno_____
12. Recibe algún tipo de tratamiento: Si ___ No ___ No lo requiere___
13. Tipo de tratamiento que recibe:
Tratamiento farmacológico ___ Tratamiento psicológico ___ Sin tratamiento_____
14. Cuáles son sus ingresos económicos promedio mensual del encuestado y su grupo familiar: Menos del salario mínimo___ Más del salario mínimo___
15. Las actividades destinadas al esparcimiento en que periodicidad las realiza:
Una vez por mes___ 2 o más veces por mes___
16. Es usted Miembro activo de un grupo organizacional de la comunidad:
Sí___ No ___
17. Compañía en su hogar:
Vive solo ___ Con hijos ___ Otro familiar ___ Otros ___
- 18.Cuál es su condición laboral:
Trabajador agrícola ___ Trabajo formal ___ Trabajo informal ___
No trabaja ___

ANEXO 3

INTERPRETACIÓN DEL TEST DE ANSIEDAD

Suma todas las puntuaciones obtenidas en el test de ansiedad y consulta la interpretación asociada a tu resultado.

0-18 puntos – Ausencia de ansiedad

A pesar de que en algunas ocasiones te encuentres más nervioso de lo habitual tu respuesta ante situaciones ansiosas es adecuada y dentro de lo esperable.

19-36 puntos – Nivel de ansiedad leve o moderado

Tus niveles de ansiedad se sitúan dentro del límite de normalidad. Pero ten cuidado, no te sobrecargues demasiado e intenta gestionar tu ansiedad cuando sientas que sus niveles empiezan a ser elevados.

37-54 puntos – Ansiedad alta

Sufres unos niveles de ansiedad demasiados altos. Es importante que aprendas a gestionarlos ya que éstos pueden dar lugar a problemas emocionales y de salud importantes. Comienza tomándote la vida de forma más relajada y, si no puedes, solicita ayuda especializada.

Información sobre tu sistema de respuesta a la ansiedad

Esta puntuación te permitirá conocer cuál es la forma más frecuente en tu caso a la hora de sentir ansiedad con el fin de orientarte a controlar esta emoción. Para ello simplemente suma las puntuaciones de cada sistema de respuesta y observa en qué bloque tienes una puntuación mayor:

- Mayor puntuación en el sistema de respuestas fisiológico: tiendes a psicomatizar tus reacciones de ansiedad, lo que podría predisponerte a sufrir dolencias físicas.
- Mayor puntuación en el sistema de respuestas cognitivo: le das demasiadas vueltas a la cabeza. Tus pensamientos suelen adoptar la fórmula “y si...”.
- Mayor puntuación en el sistema de respuestas motor: tu sentimiento de ansiedad es fácilmente observable por otro a partir de su expresión en tu forma de comportarte (te mueves demasiado, te paralizas, fumas, etcétera).

ANEXO 4.

Marcos Referenciales de UCSF en estudio.

4.1 UCSFB Agua Shuca, perteneciente al Departamento de Sonsonate, Municipio de Cuisnahuat en el caserío los Rosales, cantón Apancoyo con una población de aproximadamente 3350 habitantes.

Sus fiestas patronales se realizan del 27 al 30 de noviembre donde es común su comida típica que son los tamales de gallina y frijoles y como bebida el chaparro; en mayor proporción se da el comercio con maíz, frijol y maicillo siendo el oficio más frecuente la agricultura.

Su ruta habitual de buses es la 260b la cual realiza su recorrido desde Cuisnahuat hasta Sonsonate y viceversa solo se cuenta con tres unidades de buses. Cuisnahuat es un municipio localizado en el departamento de Sonsonate, El Salvador De acuerdo al censo oficial de 2007, tiene una población de 12.676 habitantes.

Historia

El pueblo fue fundado por los pobladores de Tonalá, un asentamiento pipil del área. A finales del siglo XVI, de acuerdo al cronista Francisco Antonio de Fuentes y Guzmán, hizo presencia en tal vecindad porteña el corsario Francis Drake, de quien surgió la leyenda que procreó un hijo en el lugar. Los hechos revelaron que fue Thomas Cavendish, y no Drake, el que probablemente desembarcó para abastecerse de agua y víveres.

En ese tiempo la localidad era conocida también como puerto Mizata. Tonalá fue destruida a finales del siglo XVII por una inundación del río Grande de Sonsonate. A raíz de este acontecimiento, se fundó el poblado de Cuisnahuat a inicios del siglo XVIII,

que en 1770 formó parte del curato de Guamoco (actual Armenia), y en 1824 del departamento de San Salvador. En 1836 se anexó al distrito de Izalco.

Para el año de 1859 tenía 750 habitantes, y la ocupación principal era el cultivo y explotación del bálsamo.

La extensión del municipio es de 73,03 km² y la cabecera tiene una altitud de 410 msnm. En la zona se localizan cinco cantones. El topónimo Huitznahuac o Huiznahuit significa «Junto al Espinal» o también «Cuatro Espinos». Las fiestas patronales se celebran del 27 al 30 de noviembre en honor de San Lucas Evangelista; otras celebraciones son las de San Isidro Labrador (15 de mayo) y Virgen de Concepción (8 de diciembre).

En este lugar se celebra la Festividad de los Cumpas, donde los lugareños de esta localidad, junto a los de Jayaque y Tepecoyo, hacen visitas recíprocas a los poblados. En julio (época lluviosa) la procesión se realiza de Cuisnahuat a Tepecoyo y luego a Jayaque, y en noviembre (época seca) estos últimos devuelven la visita. Ambos transportan sus respectivos santos patronos.

Cuisnahuat es uno de los últimos lugares donde se habla el idioma pipil (nawat). Según datos de la Secretaría de Asuntos Indígenas (CONCULTURA) de 1996 aún hay unos 100 hablantes nativos en todo el país, entre ellos 35 en Santo Domingo de Guzmán y 15 en Cuisnahuat. Debido a las iniciativas de comunidades y organizaciones indígenas como la Asociación Coordinadora de Comunidades Indígenas de El Salvador (ACCIES) y la Universidad Don Bosco en San Salvador, en una escuela de Cuisnahuat ahora se enseña Nahuat como segunda lengua.

Áreas naturales protegidas

El municipio cuenta con el Área Natural Protegida (ANP) El Balsamar, la cual es compartida con el municipio de San Julián, esta área cuenta con una extensión de 48,66 hectáreas (69,62 manzanas) ubicada en entre los cantones El Balsamar (Cuisnahuat) y

Palo Verde (San Julián). Esta área se encuentra próxima a las Áreas Naturales Protegidas Complejo Los Farallones (San Julián-Caluco) y Plan de Amayo (Caluco), las cuales al igual que el ANP El Balsamar se encuentran inmersas en la zona norte del Área de Conservación Los Cóbanos.



4.2 UCSFI El Carmen, es un municipio del departamento de Cuscatlán, El Salvador. De acuerdo al censo oficial de 2007, tiene una población de 13.345 habitantes.¹

El Municipio de El Carmen fue conocido con el nombre de “AJULUCO” de origen náhuatl que significa “lugar de los ajolotes” y que proviene de las voces: ajulu, ajulut: ajolote; composición locativa; pero no hay registros ni documentos que comprueben si en El Carmen hubo vestigios que señalen las existencias de pueblos originarios. De igual manera, no hay vestigios arqueológicos que identifiquen la ubicación de los pueblos Náhuatl, solo hay registros históricos a partir de la presencia española.

En la historia de este municipio se encuentra que en un informe municipal de la ciudad de Cojutepeque de 24 de diciembre de 1859, se mencionan como aldeas de su jurisdicción las de El Carmen, Veracruz y Cerro Quebrado, que producían maíz, arroz, frijoles y azúcar en gran cantidad. Estas tres aldeas o valles, años más tarde, tenían la base de población requerida por la ley para ser erigidas en pueblo. Durante la gestión del Presidente de la República mariscal de campo don Santiago González expidió, el 12 de agosto de 1872, un decreto por el cual los tres valles mencionados se erigieron en pueblo, con el nombre de El Carmen, ordenando que los edificios públicos y religiosos, (el Cabildo, la Escuela y la Iglesia) debían edificarse en el paraje denominado "Llano de los Chivos" y que los vecinos del nuevo municipio procedieran a elegir un alcalde, dos regidores y un síndico, así como un juez de paz propietario y otro suplente. Al hacer esta elección, el Gobierno se comprometió a dar del Tesoro Nacional una suma de dinero proporcionada a las necesidades de El Carmen, a efecto de que pudiera llevar a cabo la construcción de sus edificios comunales.

Como sucesos posteriores se menciona que desde su fundación, el nuevo municipio quedó incorporado en el departamento de Cuscatlán y distrito de Cojutepeque, y el Gobernador Departamental dio posesión de sus cargos a los primeros munícipes y jueces de El Carmen. En 1890 su población era de 2,370 almas. La Asamblea Legislativa le

otorgó el 20 de mayo de 2010, el título de Villa. Entre sus tradiciones están las fiestas patronales en honor a la Virgen de El Carmen que se celebran del 1 al 16 de julio, las inician en el área urbana con la serenata a la virgen, con cuetes y atol chuco; durante el primer día se desarrolla el tradicional desfile de correo y culminan el periodo festivo con una solemne misa en honor a la patrona.

Durante el período festivo la población hace celebraciones en cada uno de los cantones, la iglesia católica coordina las actividades como: las entradas por cada sector, se reparte fresco y el tradicional marquesote, se preparara la carroza para trasladar la imagen de la Virgen de El Carmen de las ermitas a la Iglesia del pueblo, hay quema de pólvora. Durante estas fiestas se desarrollan novenas, romerías y procesiones que van acompañadas por músicos de cada cantón y por la banda municipal; en total son 11 entradas (una por sector del trabajo parroquial). Durante estas fiestas aflora la creatividad y religiosidad popular, cada líder o lideresa anima a su grupo del cantón o sector a preparar con gran esplendor y fe la procesión.

Entre el 1 y el 16 de julio, La Municipalidad por su parte desarrolla actividades alusivas a un sector o segmento de población, entre ellos a niñez, la juventud, el adulto mayor, el día de las personas con capacidades especiales, el torneo de deportes. El cierre de las fiestas se realiza el fin de semana antes de la solemne misa en conmemoración de la patrona; este viene acompañado de la tradicional fiesta con orquestas, presentación de reinas así como otras manifestaciones artísticas y culturales apoyadas por la Casa de la Cultura. También entre 1 y 31 de mayo celebran las “Entradas” en honor a la virgen María.

Durante la Semana Santa el fervor religioso se manifiesta en cada una de las procesiones que se organizan en cada uno de los cantones. En el mes de mayo celebran el mes de las flores con procesiones acompañadas por la Virgen María, la música de cuerdas y las Viejadas, con degustación de horchata y marquesote. El 28 de octubre celebran a San

Judas Tadeo con procesiones y degustación de tamales, y chocolate y durante la festividad navideña se preparan nacimientos y pastorelas.

Los tambores de madera es un instintivo de los ciudadanos de El Carmen, los elaboran artesanos locales y se usan en fiestas religiosas y populares como la celebración del día de la Cruz, Festival del Maíz y el Festival del atole en el marco de las fiestas patronales. El municipio es conocido en la región como la “Villa de Las Flores y Tambores”.

El municipio cubre un área de 6.1 km² y la cabecera tiene una altitud de 680 msnm.



4.3 UCSF Nueva Guadalupe es un municipio del departamento de San Miguel, una localidad de origen pipil en El Salvador.

El año 1838 hasta el 22 de junio de 1856 perteneció al distrito de Chinameca en el departamento de San Miguel y al mismo distrito del departamento de Usulután.

Fue fundada en 1838 por el coronel colombiano Narciso El Guerrillero Benítez en el valle La Esperanza. En el año 1840, por disposición del coronel Benítez, Nueva Guadalupe recibió el título de Pueblo Viejo.

En 1860 el coronel decidió estimularla nombrándola villa de Pueblo Viejo.

Desde el 22 de junio de 1865 al 14 de julio de 1875 este distrito pasó de nuevo a pertenecer al departamento de San Miguel.

En 1878 le fue otorgado el título de ciudad de Nueva Guadalupe.

Para su administración Nueva Guadalupe se encuentra dividido en 2 cantones y 7 caseríos. Siendo sus cantones:

- Los Planes de San Sebastián
- San Luis

Terremoto

Los días 6 y 7 de mayo de 1951 sucedió uno de los terremotos más fuertes ocurridos en la región oriental de El Salvador, el cual destruyó casi en su totalidad las ciudades de Jucuapa, Chinameca, Alegría y Nueva Guadalupe. Este fenómeno obligó a las autoridades gubernamentales a la reconstrucción total de estas localidades, construyendo viviendas nuevamente para las familias damnificadas. El Gobierno democrático de Juan Domingo Perón (de la República Argentina) donó ayuda alimentaria y sanitaria, y envió médicos que atendieron gratuitamente

Las fiestas patronales de Nueva Guadalupe se celebran del 23 al 27 de febrero en honor a la Virgen de Guadalupe.

Algunos lugares recomendados a visitar en este municipio son las canchas y parques recreativos, Casa de la Cultura.

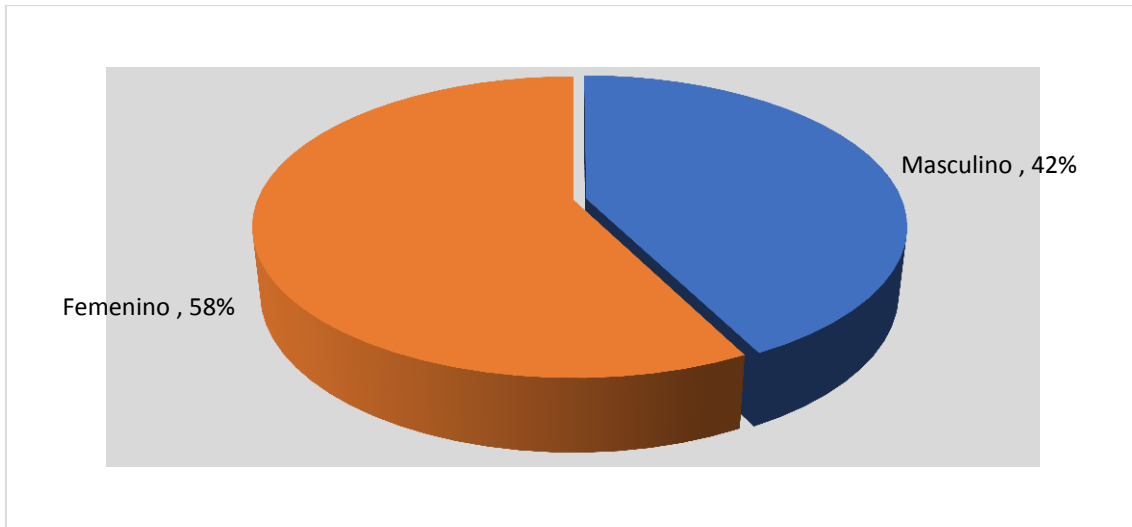
Nueva Guadalupe tiene una extensión territorial de 22.81 kilómetros cuadrados, tiene una población de más de 11 mil habitantes y se encuentra a 490 metros de altura sobre el nivel del mar.

Se encuentra a una distancia de 120 kilómetros de San Salvador.



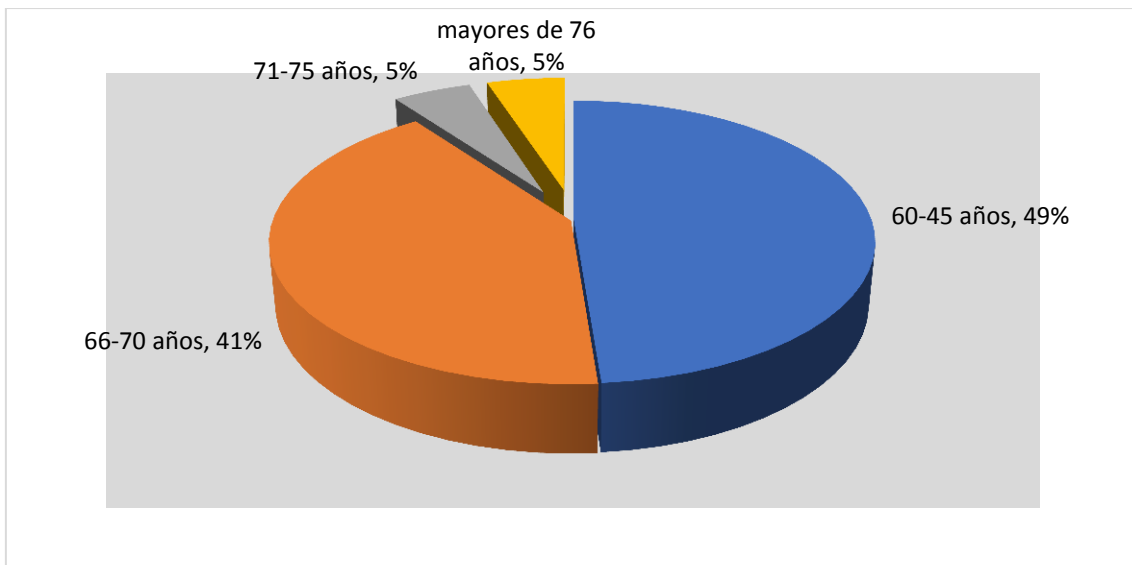
ANEXO 5

5.1 Gráfico 1. Genero.



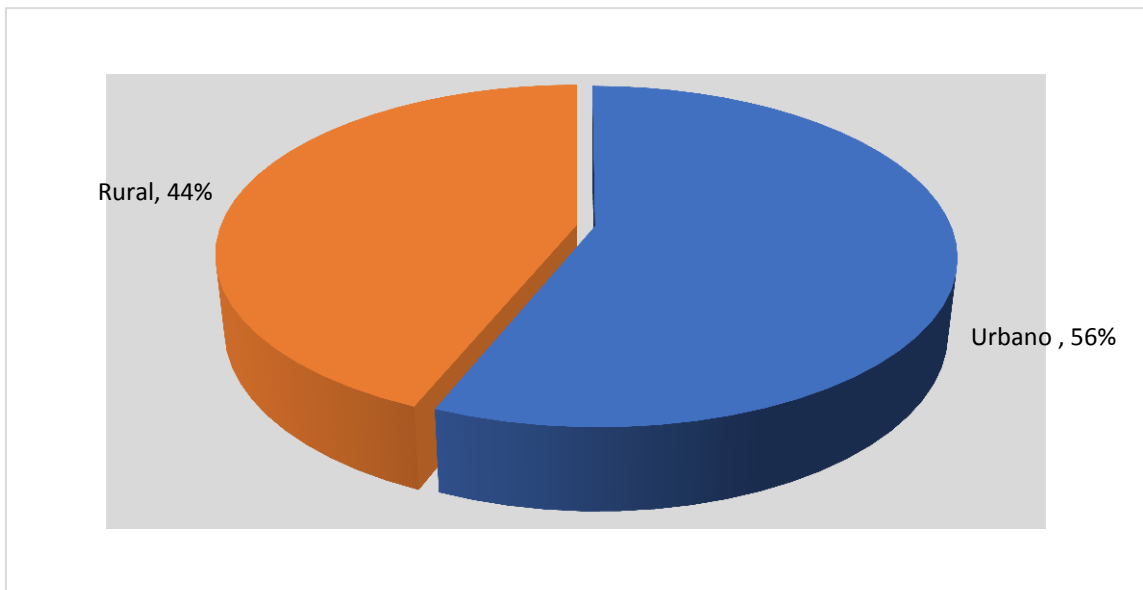
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.2 Gráfico 2. Edad en Años.



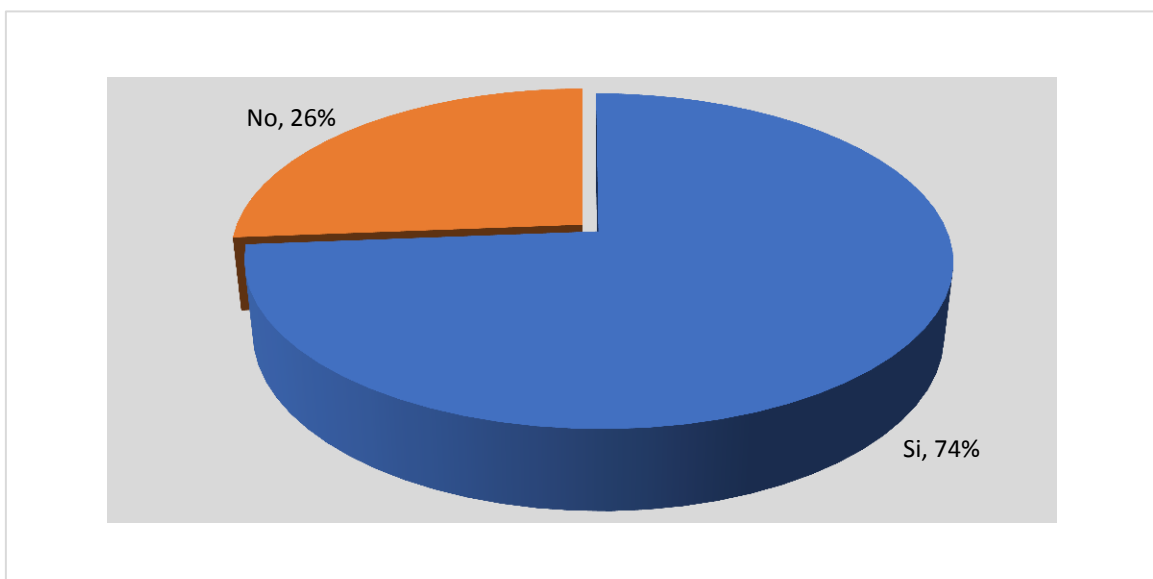
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.3 Gráfico 3. Procedencia.



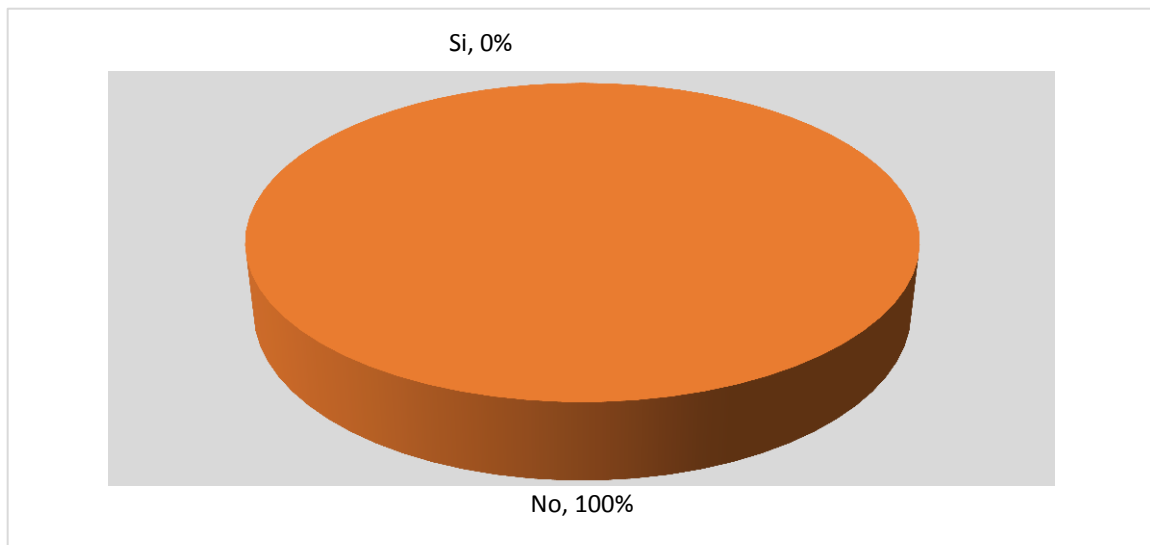
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.4 Gráfico 4. Padece alguna enfermedad concomitante.



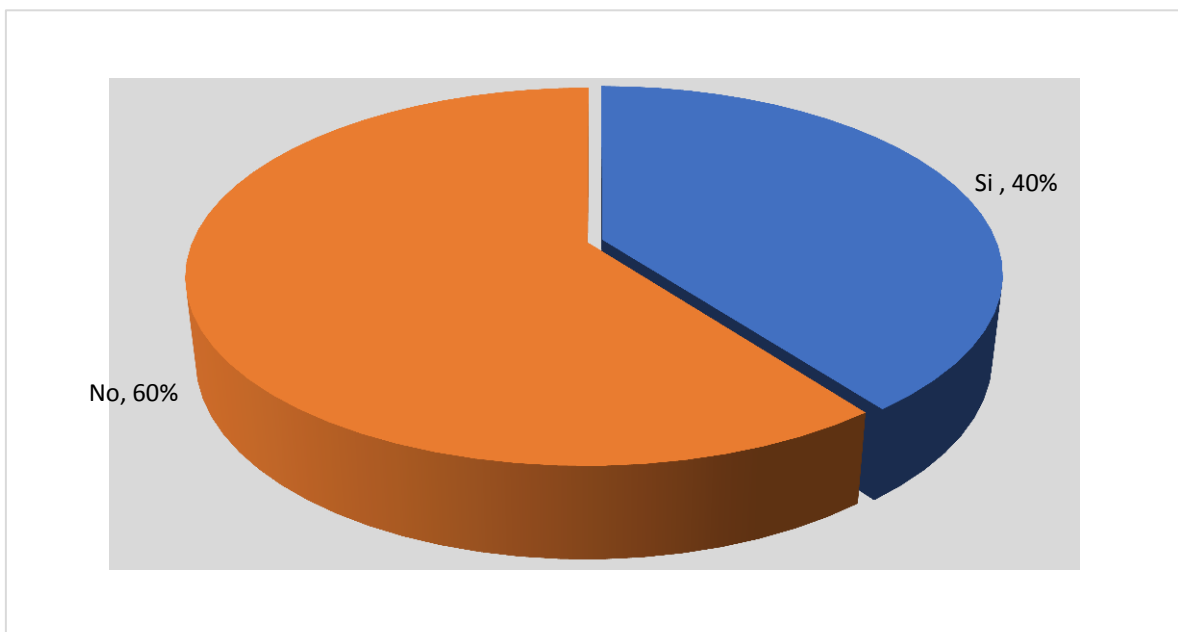
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.5 Gráfico 5. Consumo de Alcohol.



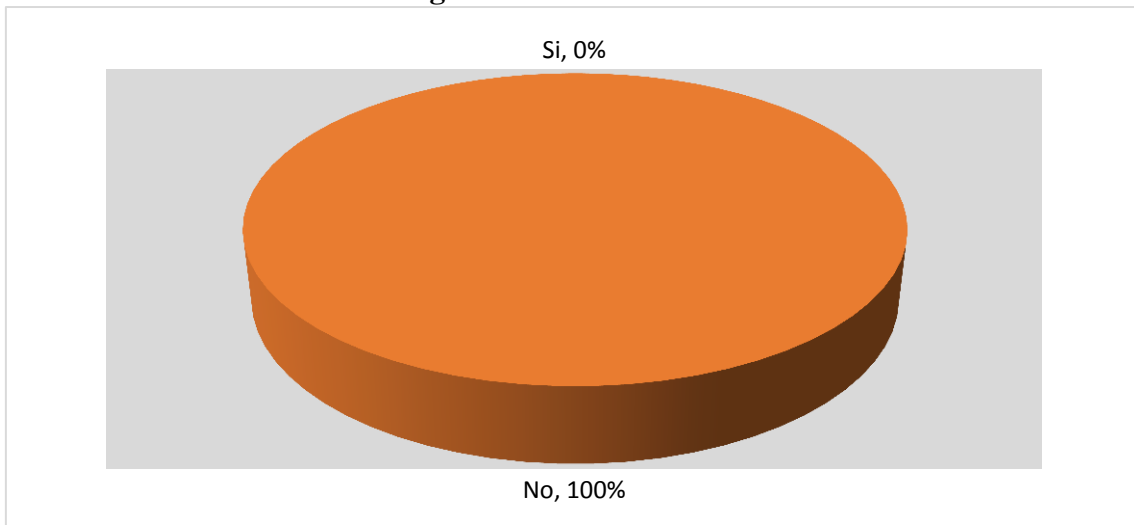
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.6 Gráfico 6. Tabaquista.



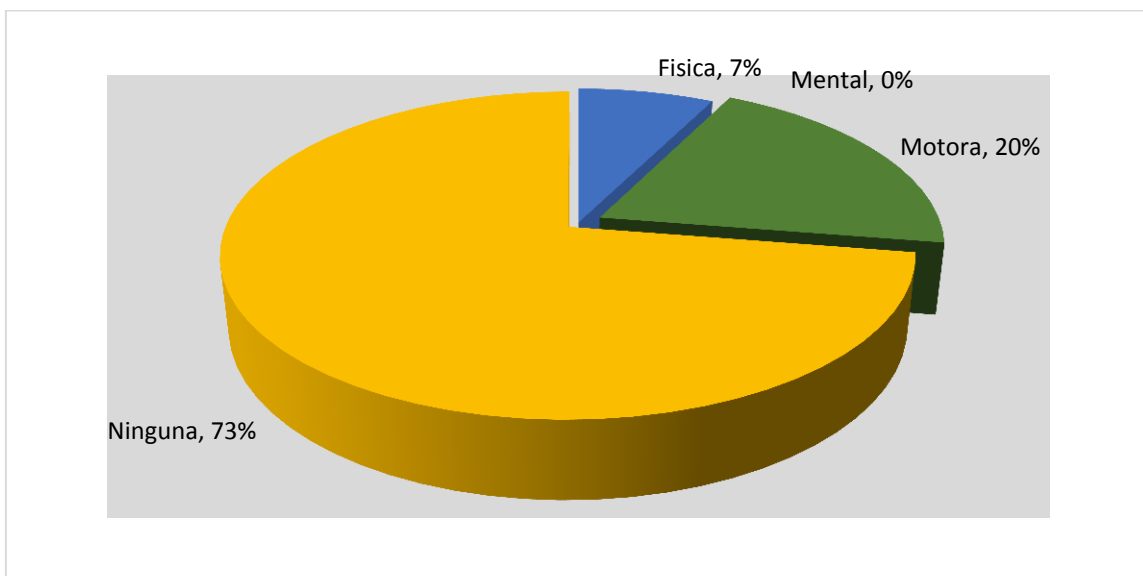
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.7 Gráfico 7. Consumo de Drogas.



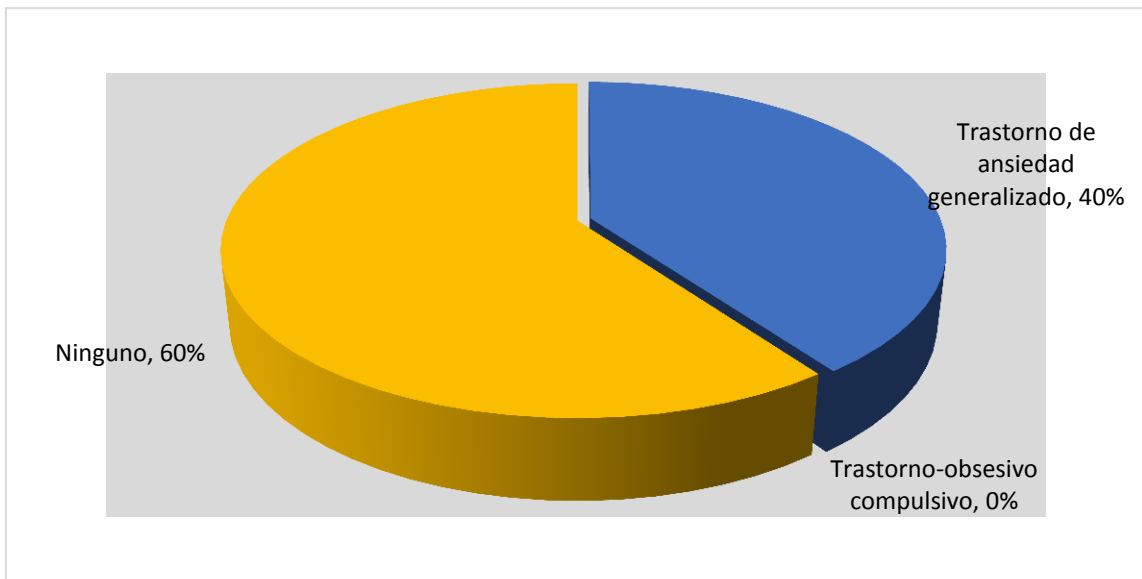
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.8 Gráfico 8. Presenta un tipo de discapacidad.



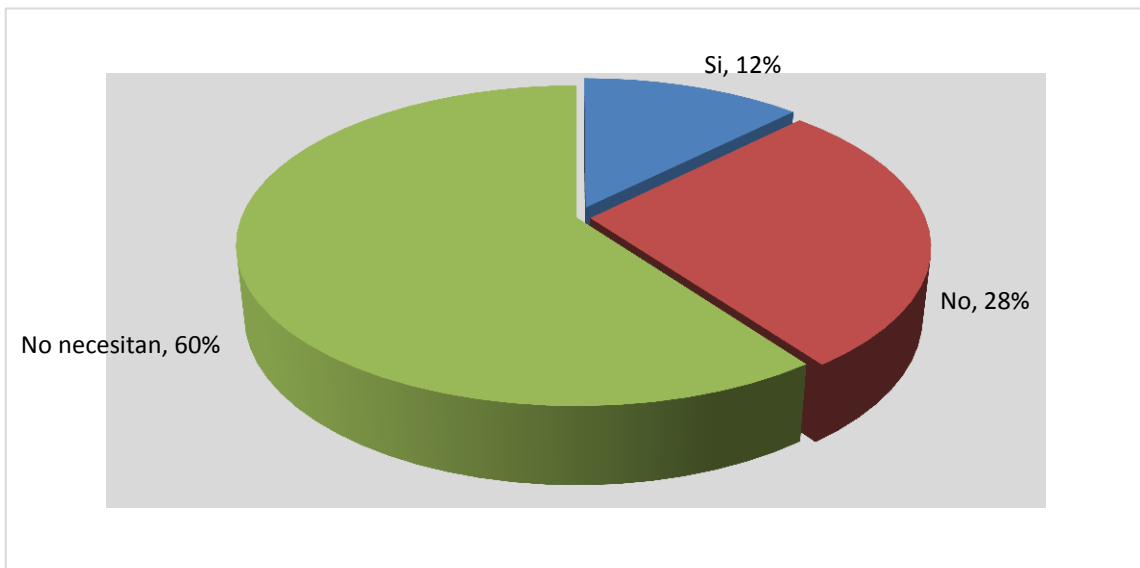
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.9 Gráfico 9. Tipo de Ansiedad/Depresión que presenta.



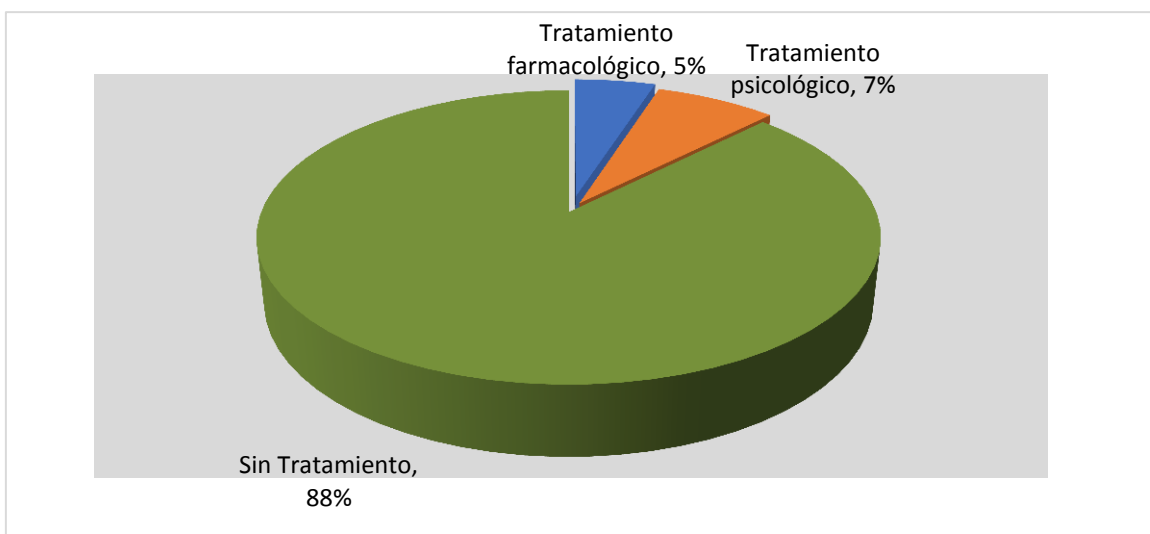
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.10 Gráfico 10. Recibe algún tipo de tratamiento.



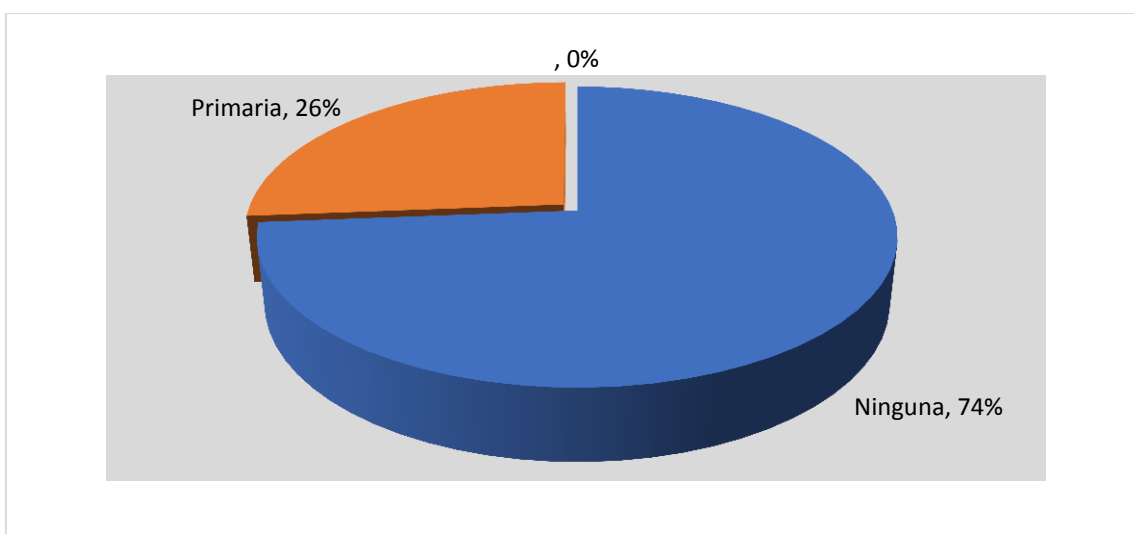
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.11 Gráfico 11. Tipo de tratamiento que recibe.



Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.12 Gráfico 12. Nivel Educativo.



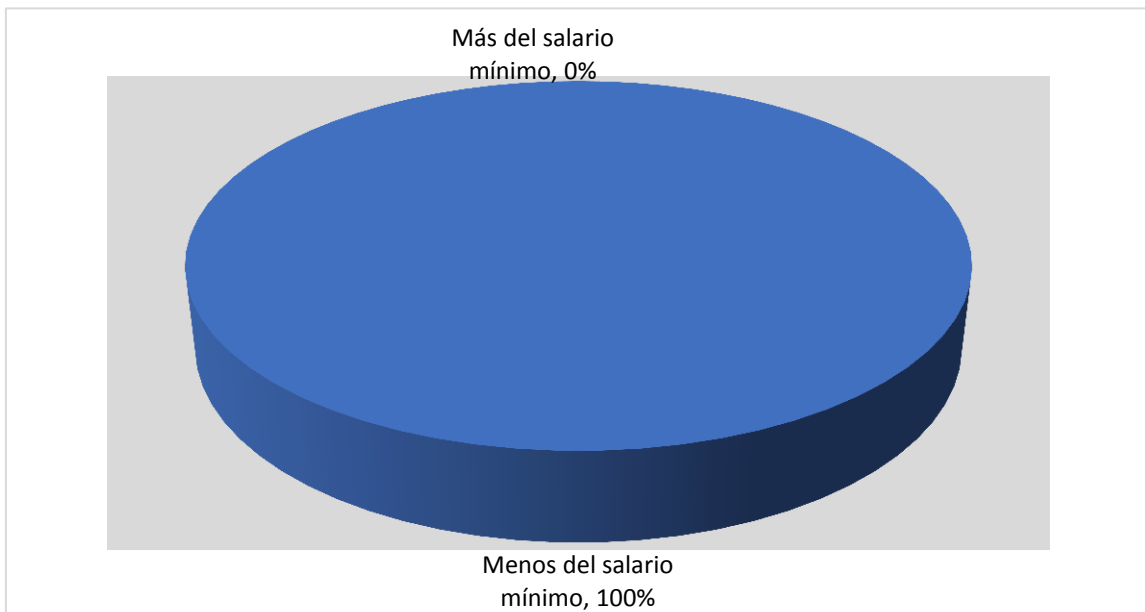
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.13 Gráfico 13. Actividades a que se dedica actualmente.



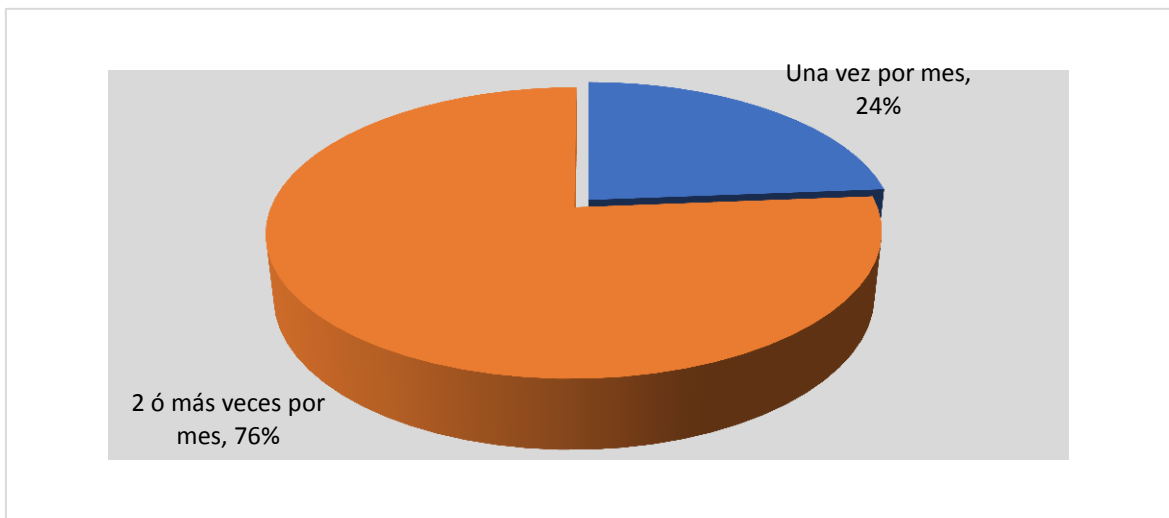
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.14 Gráfico 14. Cuáles son sus ingresos económicos promedio mensual del encuestado y su grupo familiar.



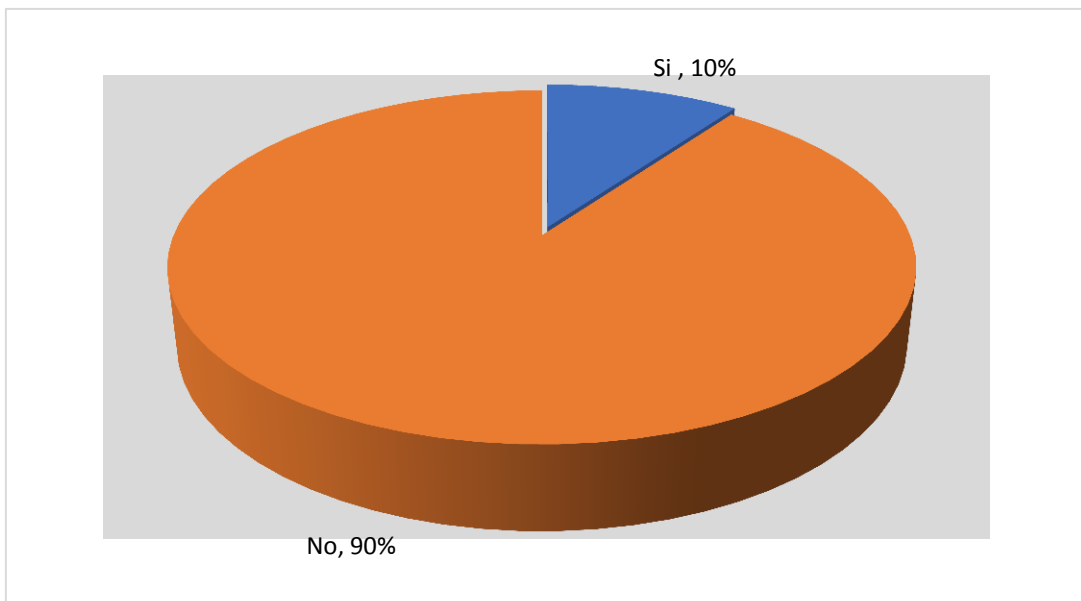
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.15 Gráfico 15. Las actividades destinadas al esparcimiento en que periodicidad las realiza.



Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

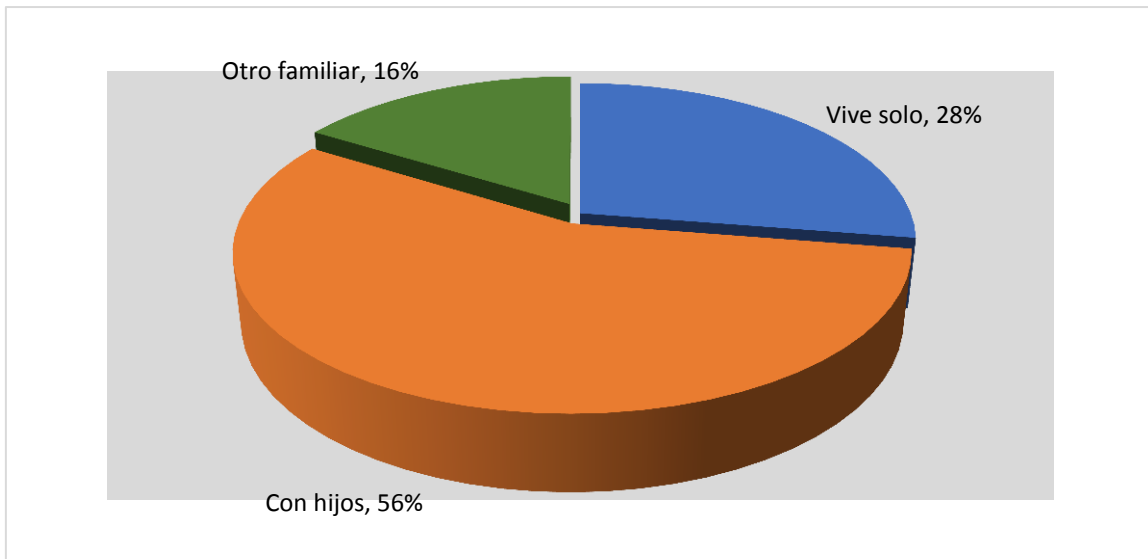
5.16 Gráfico 16. Es usted miembro activo de un grupo organizacional de la



comunidad.

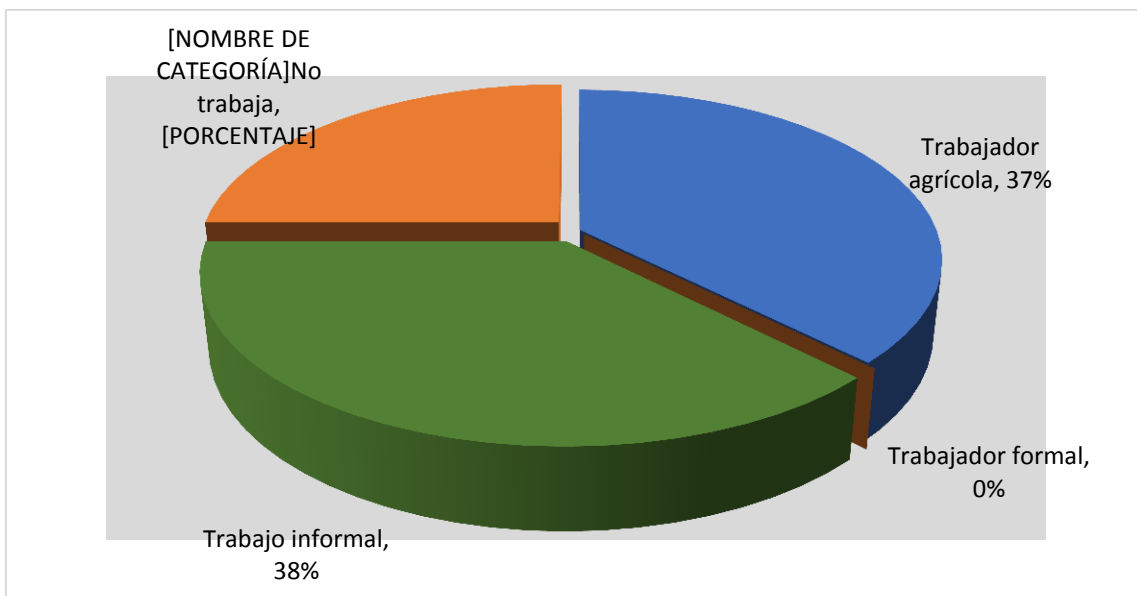
Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.17 Gráfico 17. Compañía en su vivienda.



Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

5.18 Gráfico 18. Cuál es su condición laboral.



Fuente: Instrumento para identificación de factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes adultos mayores que consultaron en las UCSF de Nueva Guadalupe, El Carmen y Agua Shuca, periodo Abril-Junio 2018.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Realizar plan de trabajo		■								
Elaboración de perfil de investigación		■								
elaboración de protocolo de investigación			■	■						
recolección de datos para estudio					■					
Realizar informe de investigación										
Defensa pública y oral										■