

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA



TRABAJO DE GRADO:

DIAGNÓSTICO DE LA SALUD MENTAL DE ADULTOS MAYORES
RESIDENTES EN EL BARRIO LA MERCED DE LA CIUDAD DE SAN
RAFAEL ORIENTE DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL, DURANTE EL
AÑO 2019.

PRESENTADO POR:

MANZANO SEGOVIA. LUZ AIDA
MOREIRA CALDERÓN, MAGALY BERENICE
VÁSQUEZ VALENCIA, GABRIELA STEFANIE

PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA.

DOCENTE ASESOR:

LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO

CIUDAD UNIVERSITARIA ORIENTAL, OCTUBRE DE 2019

SAN MIGUEL

EL SALVADOR

CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

LIC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO

VICERRECTOR ACADEMICO

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ

SECRETARIO GENERAL

LIC. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

DECANO EN FUNCIONES

LIC. JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ

SECRETARIO GENERAL

MAESTRO. JORGE PASTOR FUENTES CABRERA

DIRECTOR GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA

JEFA DEL DEPARTAMENTO

LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO

COORDINADOR DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA

LIC. RENÉ CAMPOS QUINTANILLA

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA
SECCIÓN DE PSICOLOGÍA**

LIC. NAHÚN VÁSQUEZ NAVARRO

DOCENTE ASESOR

DEDICATORIA.

A Dios: Por ser guía en mis estudios académicos brindándome buena salud, orientación en los momentos más difíciles de mi vida, para seguir luchando y cumplir mis sueños, logros, metas alcanzadas y por alcanzar.

A mis Abuelos: Ana Vicenta Segovia de Manzano y Pedro Emilio Manzano López, por toda la dedicación, esfuerzo y sacrificio manifestado desde siempre con la ilusión de educarme siendo un ejemplo indiscutible de fortaleza, valor, integridad y responsabilidad. Por su limitado amor, por haber estado conmigo apoyándome, aconsejándome, orientándome, ayudándome en todo lo necesario para lograr la meta y el objetivo, que ya está cumplido, y que ahora es para ustedes este logro. Permitiéndome así lograr una de las principales metas de mi vida gracias.

A mi Madre: Milagro Estela Manzano por su ilimitado e incondicional amor, Comprensión y abnegación de madre, por su valioso esfuerzo y sacrificio manifestado desde siempre con la ilusión de educarme y formarme siendo un ejemplo incuestionable de fortaleza, valor, integridad y responsabilidad, por todo el apoyo incondicional que me ha dado a lo largo de mi carrera universitaria

Docente asesor: Lic. Nahún Vásquez Navarro, por ser una excelente persona, por compartir todos sus conocimientos académicos y orientarnos de la mejor manera a lo largo del proceso de investigación

Luz Aida Manzano Segovia.

A Dios: Por darme la sabiduría y entendimiento necesario, por guardarme siempre donde quiera que me haya encontrado y ayudarme a seguir adelante.

A mis padres: Eli Onan Moreira y Ada Ruth Calderón de Moreira, por apoyarme siempre incondicionalmente durante todo el proceso de mi carrera y así en cada una de las etapas de mi vida, por ese amor incondicional que me han brindado, por preocuparse de mí en todo momento, por los consejos que siempre han estado brindándome y motivándome a que a pesar de lo difícil que fuera todo el proceso de mi carrera nunca retrocediera o me quedara estancada, por cuidarme y darme el mejor ejemplo de superación ya que ellos son profesionales y personas las cuales admiro mucho que a pesar de todas las dificultades que pudieron haber pasado para llegar a ser lo que son y heredarme lo que es la educación durante toda mi vida, siendo eso mi preparación para lo que venga en un futuro.

A mi novio: Edwin Alexander Cañas, por estar conmigo durante toda la carrera y brindarme el apoyo incondicional siempre, porque también me ha aconsejado y decirme en que cosas tenía que mejorar respecto a mi carrera y ser un buen ejemplo de superación.

Docente asesor: Lic. Nahún Vásquez Navarro, por ser un excelente asesor y gran persona para mí, por tenernos paciencia como grupo y guiarnos en todo lo que durante el proceso hemos tenido que mejorar.

A mis compañeras de tesis: Por todos los momentos que hemos compartido juntas, por la confianza que pudimos entablar durante todo el proceso de tesis y así trabajar también en todo el proceso de investigación.

Magaly Berenice Moreira Calderón

A Dios: Por darme vida hasta este momento y las bendiciones que me ha dado cada día, y haberme dado fortaleza y salud durante el transcurso de mi carrera, estar en los momentos más felices y difíciles que he tenido pasar, porque está presente cada día dándome sabiduría para poder lograr los propósitos, objetivos, y las metas que me he propuesto lograr, dándole gracias por haberme permitido escalar un peldaño más.

A mis Padres: Berta Maritza Valencia de Vásquez, y Noé Vásquez gracias por darme su apoyo incondicional, por motivarme cada día y forjarme como la persona que soy, por enseñarme los valores y principios, tener la paciencia y el amor que me brinda en los momentos más difíciles de mi vida, por ser mi principal motor de superación, y estar presente en todo momento para mí, por ayudarme y apoyarme siempre con sus consejos de perseverancia, rectitud, motivarme en mis estudios y en las metas de superación propuesto alcanzar.

A mi hermana: Hasly Odali Vásquez por apoyarme en el transcurso de mi carrera y motivarme a cumplir mis objetivos.

A mis tías/o: Le doy gracias a mis tíos por estar siempre presentes en mi vida, y motivarme en todo momento, por qué me brindan su amor y apoyo incondicional.

Docente asesor: Lic. Nahún Vásquez Navarro, por su labor como docente y asesor, puesto que ha tomado el trabajo de transmitirme sus diversos conocimientos, especialmente del campo y de los temas que corresponden a mi profesión.

Gabriela Stefanie Vásquez Valencia

INDICE

CONTENIDO	PAG.
RESUMEN.....	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.1 Situación Problemática	17
1.2 Antecedentes del problema.....	18
1.3 Enunciado.....	22
1.4 Justificación	23
1.5 Objetivos	24
1.5.1 Objetivo General.....	24
1.5.2 Objetivos Específicos.....	24
CAPITULO II MARCO TEORICO.....	25
2.1 Salud mental.....	26
2.1.2 La Salud Mental en los los adultos mayores.....	26
2.1.3 Principales problemas de salud en los adultos mayores.....	27
2.2 Los Factores de Riesgo de los trastornos mentales en los Adultos Mayores.....	28
2.3 Definición de Vejez.....	29
2.4 Teorías del Envejecimiento.....	30
2.4.1 Etapa de Erik Erikson: Integridad del Yo versus Desesperación.....	30
2.4.2 Teorías sobre el Envejecimiento según Strehler.....	30
2.5... Aspectos Fisiológicos y Psicológicos del Envejecimiento.....	32

2.6 Relación entre Religión y Adultos Mayores.....	33
2.7 Relación entre Estado Civil y Salud Mental.....	35
2.8 Trastornos de Salud Mental en el Adulto Mayor.....	36
2.9. Trastorno Esquizoide.....	36
2.9.1. Aislamiento Social.....	37
2.10. Fobia.....	38
2.10.1 Miedo Persistente.....	39
2.11 Dependiente	39
2.11.1 Miedo a la Soledad.....	41
2.12 Trastorno Histriónico de la Personalidad.....	44
2.12. 1. Ser el Centro de Atención.....	45
2.13 Trastorno Narcisista.....	45
2.13.1 Superioridad.....	46
2.14. Trastorno Antisocial.....	46
2.14.1 Actitud Cínica.....	47
2.15. Trastorno Agresivo-Sádico.....	47
2.15.1 Violencia física.....	48
2. 16 Trastorno Compulsivo.....	49
2. 16 .1 Perfeccionismo.....	49
2. 17. Trastorno Pasivo-Agresivo.....	50
2. 17. 1 Manipulación.....	52
2. 18. Trastorno de Personalidad Masoquista (Autodestructiva).....	52

2.18.1 Baja Autoestima.....	53
2.19 Trastorno Esquizotípico.....	54
2. 19. 1 Ausencia de Habilidades Sociales.....	55
2.20 Trastorno Límite de la Personalidad.....	56
2. 20.1 Inestabilidad Emocional.....	57
2.21 Trastorno Paranoide.....	57
2. 21. 1 Dificultad para Conciliar el Sueño.....	59
2.22 Trastorno de Ansiedad.....	60
2. 22. 1 Dificultad para Concentrarse.....	61
2. 23. Somatización	63
2. 23. 1 Sensación de Dolor.....	63
2. 24 Trastorno Hipomanía.....	64
2. 24.1 Cambios de Personalidad.....	64
2.25 Trastorno Distimia.....	65
2. 25. 1 Tristeza.....	66
2. 26 Abuso del Alcohol.....	67
2. 26. 1 Agresividad.....	69
2. 27 Abuso de Sustancias.....	70
2. 27. 1 Consumo Excesivo de Medicamentos.....	71
2. 28. Psicosis (Psicótico).....	71
2. 28. 1 Delirios.....	72
2. 29. Trastorno de Depresión.....	72

2. 29. 1 Sentimiento de pérdida.....	73
2. 30. Trastorno Delirante.....	74
2. 30. 1 Alucinación.....	75
2. 31 Emociones.....	75
CAPITULO III: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE E HIPÓTESIS	77
3.0 Sistema de hipótesis y variable.....	78
3.1 Matriz de Operacionalización de Variable.....	78
3.2 Hipótesis.....	86
3.3 Hipótesis Nula.....	86
CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO.....	87
4.1 Método de Investigación.....	88
4.2 Tipo de Investigación.....	88
4.3 Población.....	88
4.3.1 Muestra.....	88
4.4 Técnicas e instrumentos de evaluación.....	89
4.4.1 Técnica.....	89
4.4.2 Instrumento.....	89
4.4.3 Guía de entrevista.....	91
4.5 Procedimiento de la investigación.....	92
CAPITULO V ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	93
5.1 Presentación de resultados.....	94
5.2 Resumen de la entrevista (Vivencial de los adultos mayores).....	114
5.3 Análisis e interpretación de datos.....	115

5.4 Análisis de entrevista por categoría.....	135
5.5 Prueba de Hipótesis	138
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	141
6.1 Conclusiones.....	142
6.2 Recomendaciones.....	143
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144
ANEXOS.....	155
Anexo I Escalas del test Inventario Clínico Multiaxial Millon II	156
Anexo II Entrevista.....	167
Anexo III Tabla de distribución normal tipificada.	169
Anexo IV Gráficas.....	170

RESUMEN

La presente investigación se ha desarrollado entorno al enunciado ¿Cuál es el diagnóstico de la Salud Mental de los Adultos Mayores residentes en el Barrio La Merced de la ciudad de San Rafael Oriente departamento de San Miguel, durante el año 2019? La investigación tuvo como objetivo principal, Conocer la Salud Mental de los Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente Departamento de San Miguel, durante el año 2019. La metodología fue compuesta por el método cualitativo-cuantitativo (mixto) ya que los datos cualitativos se obtuvieron mediante la técnica de la entrevista y los datos cuantitativos se obtuvieron por medio del test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMII -II). El tipo de estudio utilizado es descriptivo y explicativo, ya que se busca conocer a mayor profundidad el Diagnostico de la Salud Mental en los Adultos Mayores. En el marco teórico está desarrollado de la siguiente manera: Salud mental, La Salud Mental y los adultos mayores, Principales problemas en los adultos mayores, Los Factores de Riesgo de los trastornos mentales en los Adultos Mayores, Definición de Vejez, Trastornos de Salud Mental en el Adulto Mayor y Emociones. La población con la que se estudió son personas residentes del Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente Departamento de San Miguel, se trabajó tanto con hombres y con mujeres. La muestra está conformada por el 25% lo que equivale a 60 Adultos Mayores, donde se tomó en cuenta hombres y mujeres del Barrio la Merced. Se aplicó la prueba estadística de proporciones con aproximación a la distribución normal, donde los resultados demostraron que se rechaza la hipótesis de investigación la cual dice así: El Diagnóstico de la Salud Mental de Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente, evaluados con el test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMII -II) es: Dependencia, Ansiedad, Somatización, Depresión Mayor, Trastorno Delirante, Abuso de Alcohol y Abuso de Drogas, y se aceptó así la hipótesis nula. El Diagnóstico de la Salud Mental de Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente, evaluados con el test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMII -II) no es: Dependencia, Ansiedad, Somatización, Depresión Mayor, Trastorno Delirante, Abuso de Alcohol y Abuso de Drogas.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" Sin embargo, lo mental alcanza dimensiones más complejas que el funcionamiento meramente orgánico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por autores de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros.

Así mismo se define la vejez desde un punto de vista biológico como la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos, los adultos mayores pueden sufrir problemas mentales que es preciso reconocer, muchas veces los síntomas de estos trastornos son pasados por alto o se diagnostican erróneamente porque se confunden con otros problemas que se experimentan en esta etapa de la vida.

La investigación Diagnóstico de la Salud mental de Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente Departamento de San Miguel, durante el año 2019. Está conformado por los siguientes capítulos:

Capítulo I, Planteamiento del problema, en donde se estructura la problemática a investigar, también en este apartado se plantea la pregunta de investigación y los respectivos objetivos.

El Capítulo II, contiene la base teórica acerca del problema planteado en el Capítulo anterior y la fundamentación respectiva de todos los términos que se utilizaron en la investigación.

Capítulo III, se centra el sistema de Hipótesis y la Variable.

En el Capítulo IV, se describe el marco metodológico que contiene la metodología Cualitativa y cuantitativa utilizada en la investigación, en donde se definen la población y la muestra del estudio.

Luego el Capítulo V, se exponen los resultados de la investigación a partir del análisis de la información.

Para finalizar el capítulo VI, el cual está compuesto por las conclusiones y recomendaciones, y por último se encuentran los anexos.

CAPÍTULO

I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Situación problemática.

San Rafael Oriente, ciudad perteneciente al departamento de San Miguel, consta con 14,439 habitantes, la población adulta de 60 años en adelante es de 1,980 en dicho lugar, la zona urbana de este municipio se divide en los barrios San Juan, San Benito, El Calvario y La Merced. El Barrio La Merced cuenta con 240 adultos mayores en la zona urbana y rural, y se estima trabajar con una muestra del 25% de esta población, sobre salud mental. Según datos proporcionados por la Alcaldía de San Rafael Oriente.

La cantidad de personas de 60 y más años en la actualidad es más elevada que la cantidad de los niños menores de cinco; en el año 2050 el número de personas mayores de 60 años será aún más elevado que el número de los niños menores de 15 años. Se sabe que, de cada 10 personas adultas mayores, 8 tienen problemas de salud física y mental. El 39% de estos problemas se relacionan con funcionamiento de miembros superiores e inferiores, 78.5% con problemas visuales y el 7.9% de los adultos mayores padecen alguna discapacidad o problema mental, siendo mayormente afectados los hombres con un 8.2% y 7.6% las mujeres (MINSAL 2018)

La salud mental de este grupo de población se ve altamente afectada principalmente por el estereotipo social negativo de considerar al adulto mayor como una persona discapacitada. Por lo que es necesario conocer el estado de salud mental de los adultos Mayores del Barrio la Merced, identificar si se les brinda apoyo familiar necesario, observar los patrones de conducta familiar, identificar los estados emocionales

de los adultos mayores, analizar si se generan trastorno por el envejecimiento, como dependencia emocional, ansiedad, depresión, ideas suicidas, agresividad, baja autoestima, estrés, delirios metales, fobias, trastornos del sueño.

Los países que apoyan el desarrollo humano con enfoque de curso de vida tienen más posibilidades de que su población adulta mayor sea activa y saludable con altas tasas de participación laboral y comunitaria, por lo que es necesario poder conocer el estado de salud mental que poseen dichos habitantes.

1.2 Antecedentes del problema.

Los problemas de salud mental han tenido un aumento destacado a nivel mundial. En El Salvador, según Gutiérrez (2009), se encuentra que los problemas de salud mental tienen una prevalencia que oscila entre 34 a 65.5% de la población. Para los años 2001, 2002, 2005 los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el sistema nacional de salud. Asimismo, para los años 2006-2012, la ansiedad aparece en primer lugar y la depresión como segunda causa de consulta de los trastornos mentales informó de 1.287 suicidios, y 761 intentos de suicidio registrados en el año de 2009. Por otra parte, el Instituto de Medicina Legal (IML, 2008) reportó 635 suicidios.

Estos datos revelan que la ansiedad y la depresión, son las alteraciones mentales más prevalentes en la población salvadoreña. Gutiérrez (2012) realizó una investigación sobre “La violencia social delincuencia asociada a la salud mental en los salvadoreños”, encontrando que las mujeres y los residentes urbanos presentaban mayores problemas de salud mental. Rodríguez y otros investigadores (2007) realizaron una evaluación de los sistemas de Salud Mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua, utilizando el

instrumento de evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. En los resultados encontraron que el presupuesto dedicado a la salud mental apenas representa 1% del presupuesto general de salud y que los tres países estudiados entre ellos El Salvador presentaban serias limitaciones en los sistemas nacionales de salud mental. Se mencionan debilidades importantes en los servicios de salud mental salvadoreño entre los que se encuentran: la falta de legislación y políticas sobre salud mental (para esa fecha), no existen mecanismos para la promoción y protección sistemática de los derechos humanos de los pacientes con problemas mentales, bajo porcentaje del gasto para la atención en salud mental y concentración del recurso humano en la ciudad de San Salvador (Minsal, 2010)

Actualmente en El Salvador hay una población de 12 personas adultas mayores por cada 100 salvadoreños y según las estimaciones de proyección de población este sector va en rápido crecimiento. “En el 2047 aproximadamente, la población adulta mayor va a comenzar a ser proporcionalmente mayor a los menores de 15 años”, explicó Hugo González, representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Las proyecciones y estimaciones de población revelan que, en el 2019, por cada 100 niños y adolescente menores de 15 en el país, hay 45 adultos, de acuerdo con el índice de envejecimiento del El Salvador: Estimaciones y proyecciones 2005- 2020. En los datos se estima que cada año, se va acrecentando el número de personas mayores en comparación con la población de niños y adolescentes menores de 15 años. Para González el crecimiento de este sector no tiene que verse solo como datos o personas de dependencia, (Hernández 2019).

Los Trastornos mentales del anciano: El programa del área de captura epidemiológica del Instituto Nacional de salud Mental de Estados Unidos ha encontrado que los desórdenes mentales más comunes de la población geriátrica son los trastornos depresivos, cognitivos, las fobias y los trastornos por abuso de alcohol. Los ancianos también tienen un alto riesgo para suicidio y para los síntomas psiquiátricos inducidos por drogas. Muchos trastornos mentales del anciano pueden ser prevenidos, mejorados o aun revertidos. Factores de riesgo psicosocial también predisponen al anciano a los trastornos mentales. Estos factores de riesgo incluyen, la pérdida de los papeles sociales, la pérdida de la autonomía, la muerte de los amigos y familiares, la disminución de la salud, el aislamiento, las limitaciones financieras y el funcionamiento cognitivo disminuido. Algunos trastornos son: Trastornos depresivos, Trastorno delirante, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Trastornos de ansiedad, Trastornos somatomorfos, Trastornos por uso de alcohol y otras sustancias, Trastornos del sueño. Según el sitio web. Librería digital, 2019.

El componente de salud mental está implícito no como un trastorno mental sino como un componente de sentimientos, de comportamientos, de ideas, el cual debe ser atendido por todo profesional de la salud”, según el Dr. Carlos Escalante, Jefe Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, citado en OPS/OMS (2011).

Asimismo, el Representante de OPS/OMS, Dr. Rúales, reconoció los avances que ha tenido El Salvador y con el liderazgo del MINSAL en estos últimos cuatro años, donde destacó la política Nacional de Salud Mental vigente desde 2011, avances en la formulación de la Ley de salud mental con un enfoque en Derechos Humanos que se presentó a la Asamblea legislativa antes de que finalizara ese año. Agregó que este

proceso lo fortaleció los Convenios de cooperación con otros países, como Costa Rica, Cuba, Guatemala y Honduras, que han sido apoyados por la OPS para intercambiar experiencias y capacitar a los médicos, enfermeras y psicólogas. “El adulto mayor es vulnerable al maltrato físico y psicológico. La depresión en el adulto mayor puede causar grandes sufrimientos y trastornos a la vida humana; los afectados son el 7% de la población de adultos mayores y representa 1.6% de la discapacidad total de personas de más de 60 años. Es muy importante que en los establecimientos de salud especialmente en los del primer nivel de atención se pueda diagnosticar y tratar como se debe la depresión”, señaló el Dr. Rúales.

1.3 Enunciado.

¿Cuál es el diagnóstico de la Salud Mental de los Adultos Mayores residentes en el Barrio La Merced de la ciudad de San Rafael Oriente departamento de San Miguel, durante el año 2019?

1.4 Justificación.

En la presente investigación se conoció acerca de la salud mental en adultos mayores en el Barrio la Merced de San Rafael de Oriente departamento de San Miguel, durante el año 2019. Las personas de 60 años de edad o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias. Por otra parte, a medida que se envejece aumentan las probabilidades de que padezcan varias afecciones al mismo tiempo.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente en todo el mundo se estima que existen 901 millones de personas de 60 años y más, lo cual representa el 12 por ciento de la población global. Para el año 2030 esta cifra habrá aumentado a 1,400 millones y representará el 16.5 por ciento, y en el 2050 ascenderá a 2.100 millones; es decir el 21.5 por ciento de la población global. Se llega a una etapa de la vida que tiende a ocasionar en la mayoría de las personas cambios en su desarrollo físico, social, económico; todos estos cambios contribuyen a que se produzca un menoscabo en la salud mental, es por eso que se decidió trabajar con Adultos Mayores. Se espera que con la investigación que se va a realizar se conozca la Salud Mental de dichos Adultos Mayores, con el fin de ver el nivel de prevalencia que tienen ciertos trastornos y ver de qué manera les puede estar afectando en su entorno social, ver también si en verdad poseen una calidad de vida saludable y si tienen el apoyo familiar que muchas veces necesitan al verse afectados por alguna enfermedad.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General:

Conocer la Salud Mental de los Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente Departamento de San Miguel, durante el año 2019.

1.5.2 Objetivos específicos:

Determinar aspectos emocionales más frecuentes en Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente Departamento de San Miguel, durante el año 2019.

Establecer relación entre las características sociodemográficas y salud mental de los Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente Departamento de San Miguel, durante el año 2019.

CAPÍTULO

II

II MARCO TEÓRICO.

2.1 Salud Mental

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2013).

2.1.2 La Salud Mental en los adultos mayores

La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total AVAD (Años de vida ajustados por discapacidad) en este grupo etario. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.

Las personas de 60 años o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de consumo de sustancias, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por otra parte, a medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo. (OMS, 2017)

En las sociedades actuales donde el número de personas mayores de 60 años, va en aumento, estas no son objetos de un incremento proporcional de los espacios

comunitarios que les corresponden en función de sus necesidades. En ocasiones existe una cultura hostil donde los que envejecen pasan a plano secundario, con frecuencia los empleadores establecen para la contratación del personal edades tope que excluyen a las personas de edad. También se ha puesto de manifiesto las discriminaciones e iniquidades que sufren las mujeres en general pero raramente se menciona la función de las ancianas, omisión que revela la doble discriminación que sufre (por ser mujeres y estar envejecidas). En un futuro cercano los países americanos y caribeños tendrán, dada la mayor expectativa de vida, una numerosa población femenina envejecida, con relativa menor escolaridad y escasos ingresos.

Las migraciones dispersan con frecuencia a muchas familias cuyos adultos mayores se quedan habitualmente en el lugar de origen a la espera de aporte económico que envían los miembros más jóvenes que abandonaron el hogar. Los adultos mayores en situaciones se convierten en los marginados dentro del grupo general de los emigrantes (Rodríguez, 2009)

2.1.3 Principales problemas de salud en los adultos mayores

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la

discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños auto infligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

El personal sanitario y los propios ancianos no reconocen los problemas de salud mental en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda. (OMS O., 2017)

2.2 Los factores de riesgo de los trastornos mentales en adultos mayores

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.

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. (OMS, 2017)

2.3 Definición de Vejez

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. (OMS, 2018)

2.4 Teorías del Envejecimiento

2.4.1 Etapa de Erik Erikson: Integridad del yo versus desesperación.

Según Papalia (2019) el logro mayor de la adultez tardía es el sentido de integridad del yo, o integridad de sí mismo, un logro basado en la reflexión sobre la propia vida. En la octava y última etapas de ciclo de vida, **integridad del yo frente a desesperanza**, los adultos mayores necesitan evaluar y aceptar su vida para poder aceptar la muerte. Con base a los resultados de las siete etapas previas, se esfuerzan por lograr un sentido de coherencia y plenitud en lugar de ceder a la desesperanza por su incapacidad para cambiar el pasado. La gente que tiene éxito en esta última tarea integrativa adquiere un sentido del significado de su vida dentro del orden social mayor. La virtud que puede desarrollarse durante esa etapa es la sabiduría, un “interés informado y desapegado por la vida cuando se encara la propia muerte”. (Papalia, 2009)

2.4.2 Teorías sobre el envejecimiento según Strehler.

- **Teorías evolucionistas y genéticas.**

Sobre esta teoría Miquel, (2016) cita a los siguientes autores: Strehler, esencialmente el proceso del envejecimiento se debe comprender en el caso de cada especie como un resultado de la evolución en un sentido positivo o negativo. Por el contrario, Medawar opina que la muerte por envejecimiento ocurre tan tarde en comparación con la muerte por causas accidentales (como falta de alimento o predación) en el hábitat natural de las especies, que retrasar el envejecimiento (o incluso el evitarlo totalmente) tendría una influencia mínima en la supervivencia de la especie. Y, según

Williams, el envejecimiento es el resultado de unos genes que programan el máximo vigor, especialmente para la reproducción, pero que desencadenan con el paso del tiempo la degeneración de las células y los órganos. (Miquel., 2016)

- **Teorías fisiológicas**

El envejecimiento se acompaña de una pérdida progresiva de rendimiento fisiológico y homeostasis y, por tanto, de una menor capacidad para responder a un estrés tanto interno como del medio ambiente, y de coordinación de las funciones del organismo. Así la importancia que tienen los sistemas neuroendocrino e inmunitario en la regulación de todos los procesos fisiológicos.

Según Hayflick, citado por Miquel, (2016) «Igual que la teoría inmunológica, la teoría endocrina carece de universalidad. En primer lugar, no todos los organismos que envejecen tienen complejos sistemas neuroendocrinos. En segundo lugar, el déficit que ocurre en el sistema neuroendocrino al envejecer puede ser el resultado de alteraciones básicas que ocurren, por ejemplo, en el genoma de todas las células viejas. Por ello, no existe una razón para dar al sistema neuroendocrino o a cualquier otro sistema el papel de coordinador de las alteraciones por el envejecimiento. Todos los sistemas de órganos envejecen y, probablemente, a diferente velocidad. Una vez más tenemos que distinguir entre causa y efecto».

- **Teorías de los radicales libres (de Denham Harman) y de la «toxicidad residual» del oxígeno (de Rebeca Gerschman)**

Harman propuso 1956 que los radicales libres (fragmentos moleculares muy reactivos que pueden dar lugar a reacciones desorganizadoras) “estos síndromes son el resultado de las reacciones nocivas de los radicales libres que tienen lugar continuamente en las células y los tejidos, y Harman también propuso que la desorganización de las mitocondrias causada por los radicales libres podría ser: el reloj del envejecimiento”

Rebeca Gerschman desarrolló una teoría general del envenenamiento por oxígeno, que mantiene que la toxicidad de este gas está ligada a un aumento en la concentración intracelular de radicales libres, igual que sucede en las células irradiadas. Por lo tanto, las oxidaciones incontroladas que derivan de una pequeña insuficiencia en el sistema de defensa antioxidante, podrían ser un factor crucial en el proceso del envejecimiento y en la duración de la vida. (Miquel., 2016)

2.5 Aspectos fisiológicos y psicológicos del envejecimiento

Fisiológicos: La población envejece de forma acelerada, lo que conlleva una serie de cambios fisiológicos asociados, ya que hay un deterioro generalizado y progresivo de la mayoría de los sistemas y funciones corporales.

Aparecen una serie de cambios en la **composición corporal**, con un aumento y redistribución de la masa grasa y un descenso de la masa magra. A la pérdida de masa y función muscular asociada a la edad se la conoce como «sarcopenia», síndrome caracterizado por el desgaste generalizado y progresivo del músculo esquelético.

Psicológicos: Los trastornos afectivos, como la depresión y la ansiedad, suelen repetirse a lo largo de la vida en la toda la población, pero son más frecuentes en la vejez

debido al aumento del riesgo de acontecimientos adversos en la vida. La prevalencia de estos trastornos en los adultos mayores más frágiles y vulnerables que viven en centros de cuidados a largo plazo es bastante mayor. Los trastornos de ansiedad y la depresión a menudo se presentan juntos. Además, los estados depresivos se asocian a un peor estado nutricional, ya que estas personas suelen perder el interés por la comida.

Uno de los principales procesos patológicos es la demencia, trastorno que afecta a las funciones cerebrales cognitivas de la memoria, el lenguaje, la percepción y el pensamiento, y que repercute en las actividades de la vida cotidiana. Según la OMS, los tipos más comunes de demencia son la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. (Lekue, 2018)

2.6 Relación entre Religión y Adultos Mayores

Según Kaplan (2019), religión y espiritualidad son conceptos parecidos, pero no idénticos. A menudo, la religión se considera más institucional, más estructurada y relacionada con rituales y prácticas más tradicionales. La espiritualidad se refiere a lo intangible e inmaterial, por lo que se considera un término más general que no se asocia con ningún grupo u organización en particular. Puede referirse a sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos relacionados con el alma o con la búsqueda de lo sagrado.

La religión tradicional implica la rendición de cuentas y la responsabilidad. La espiritualidad tiene menos requisitos. Hay personas que rechazan la religión tradicional, pero se consideran espirituales. En Estados Unidos, más del 90% de las personas

mayores se consideran religiosas o espirituales. Entre el 6 y el 10% son ateas y no dependen de prácticas ni tradiciones religiosas o espirituales para proporcionarles sentido.

El nivel de participación religiosa es mayor entre las personas de la tercera edad que entre cualquier otro grupo de edad. Más de la mitad asisten a servicios religiosos semanalmente o más a menudo. Para este grupo de personas, la comunidad religiosa es la mayor fuente de apoyo social aparte de la familia, y la implicación en organizaciones religiosas es el tipo de actividad de voluntariado social más frecuente, más habitual que todas las demás formas de voluntariado social juntas.

✓ Beneficios

Las personas que son religiosas tienden a tener una mejor salud física y mental que las personas no religiosas, y las personas religiosas pueden plantear que la razón de tales beneficios es la intervención divina. Sin embargo, los expertos no pueden determinar si la participación en la religión organizada contribuye a la salud o si las personas física y psicológicamente más sanas son atraídas por los grupos religiosos. Si la religión es útil, la razón (tanto si se trata de las propias creencias religiosas o de otros factores) no está clara. Se han propuesto muchos factores (por ejemplo, los beneficios para la salud mental, la promoción de prácticas saludables y el apoyo social).

✓ Beneficios para la salud mental

La religión puede proporcionar los siguientes beneficios a la salud mental:

Una actitud positiva y de esperanza sobre la vida y la enfermedad, que tiende a llevar a unos mejores resultados de salud

Un significado y un propósito en la vida, que afecta a las conductas relacionadas con la salud y las relaciones sociales y familiares

Muchas personas mayores afirman que la religión es el factor más importante que les permite hacer frente a los problemas de salud física y tensiones de la vida (como la disminución de los recursos económicos o la pérdida de un cónyuge o pareja). Por ejemplo, tener una actitud esperanzada y positiva sobre el futuro ayuda a las personas con problemas físicos a mantener la motivación para recuperarse.

2.7 Relación entre Estado Civil y Salud Mental

Según la Revista Española de Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS 2009-2010). Las investigaciones en torno a las de las consecuencias del divorcio sobre la salud en España escasean. Esta investigación es una contribución en este campo desde la sociología y la demografía. En ella se analiza la salud de las personas separadas/divorciadas en España con la Encuesta Europea de Salud 2009-2010. Mediante las preguntas sobre salud percibida y salud mental objetiva se explora si 1) las personas con estado civil de divorciadas sufren de una peor salud que las casadas; si 2) la situación de convivencia en pareja evidencia una mejor salud; y si 3) el género es una fuente de diferenciación de la salud entre las personas separadas/divorciadas. Los resultados muestran que la salud de las mujeres es peor y que los hombres separados/divorciados presentan mayores riesgos de sufrir depresión crónica que el resto

de hombres. Además, las mujeres separadas/divorciadas muestran sufrir mayores probabilidades tanto de ansiedad crónica como de depresión crónica.

La tendencia a vivir solos entre los mayores es diferente según el género el estado civil y el tamaño de la población donde se reside. En la actualidad, las personas mayores, se encuentran más adultos mayores casado y con problemas de cualquier índole. (Carflor 2016)

2.8 Trastornos de Salud Mental en el Adulto Mayor.

Durante la vejez suelen ocurrir diversos trastornos, para diagnosticarlos se utilizó el test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMII -II), del autor del test Millón, Theodore:

Esquizoide, Fobia, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo/Sádico, Compulsivo, Pasivo/Agresivo, Masoquista, Esquizotípica, Limite, Paranoide, Ansiedad, Somatización, Hipomanía, Distimia, Alcohol, Drogas, Psicótico, Depresión mayor, Trastorno Delirante.

A continuación, se desarrollarán cada uno de los trastornos con sus respectivos indicadores.

2.9 Trastorno Esquizoide.

El trastorno esquizoide de la personalidad es una afección poco frecuente en la que las personas evitan las actividades sociales y continuamente evitan las interacciones con terceros. También tienen un rango de expresión emocional limitado.

En este tipo de trastorno es una profunda deficiencia en la habilidad para relacionarse con los demás. La persona que padece este trastorno destaca por su falta de afecto motivado a que no desean relacionarse: se mantienen socialmente aislados. Se sitúa al principio de la edad adulta, aunque en la infancia y adolescencia se detectan dificultades de relación y falta de expresividad emocional en los ámbitos familiar y escolar, así como es más frecuente entre los varones.

Características del trastorno esquizoide

Según la organización Mayo Clinic la persona que sufre este tipo de trastorno de personalidad muestra frialdad emocional o embotamiento afectivo, es una dificultad generalizada para expresar cualquier tipo de sentimientos, no manifiesta sus emociones dado que carecen de ellas. Manifiesta distanciamiento del mundo externo para realizar una excesiva introspección a su propia vida mental interna. No suele tener amigos porque no desea amistades íntimas o relaciones de mutua confianza. Sus pensamientos suelen estar empobrecidos, siendo vagos y confusos. Su comunicación está descentrada, es deficiente y sin propósito, en definitiva, se comunica mediante un lenguaje lento y monótono. Prefiere y realiza actividades (laborales y de ocio) que pueda hacer solo. Incapacidad de expresar sentimientos de simpatía y ternura a los demás, incapacidad para sentir placer o disfrutar de las cosas agradables y/o manifestar ira hacia otros. (Clinic, 2016).

2.9.1 Aislamiento Social.

El aislamiento social en la vejez está relacionado con un deterioro de las capacidades físicas y mentales. La comunicación con los miembros de la familia, los

amigos, los vecinos, los compañeros y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades, pero más aún en los ancianos ya que es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos y sean más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un grupo social más reducido. (Trilicenta,2011)

2.10 Fobia

Las fobias simples son un cuadro clínico bastante frecuente en las consultas psicológicas. Aunque es difícil establecer un consenso, se podría argumentar que hasta un 11% de la población mundial podría padecer alguna fobia.

La fobia es un trastorno de ansiedad que se define por un miedo persistente, intenso y desproporcionado a objetos o situaciones concretas. En respuesta a la exposición al estímulo que temen se produce una reacción de ansiedad, pulso acelerado, palpitaciones, aumento de la transpiración, hiperventilación, sensación de amenaza e inseguridad y un fuerte deseo de escapar, que puede llegar incluso al ataque de pánico. A menudo, este comportamiento de evitación suele ser el responsable de que el malestar se prolongue en el tiempo.

Las fobias específicas se dividen en cinco subcategorías: animal, ambiental, sangre-

inyecciones-daño, situacional y otros tipos. Sin embargo, no queda clara la validez de esta clasificación y, con el paso de los años, han surgido multitud de listas alternativas; (Psicología, 2015)

2.10.1 Miedo Persistente.

El miedo es considerado una emoción primaria, porque no precisa de aprendizaje y se puede observar en los seres vivos desde el nacimiento, a través de sus reacciones de sobresalto ante determinados estímulos.

La función psicológica de miedo reside en evitar un daño personal que lesione la identidad y la autoestima, y señala la necesidad de poner un límite, tanto a los actos ajenos como a los propios.

En relación con el deseo, el temor funciona como señal anticipadora, que permite procesar la información más a fondo antes de tirarse a la piscina. La psicología ha descrito dos tipos de personas, que no han conseguido mantener un buen diálogo con sus miedos, y tienden a utilizar siempre la misma estrategia de afrontamiento; la personalidad fóbica; que se queda paralizada, y la contra-fóbica, que se lanza sin pensar. (EU,2016)

2. 11 Dependencia.

Los ancianos y personas mayores dependientes albergan puntos en común como son las necesidades de contar con otras personas para que con su ayuda puedan realizar labores más o menos básicas.

Dentro de estos puntos en común, las personas dependientes se diferencian según el grado de dependencia que posean. Es decir, mientras que algunas precisan de ayudas mínimas como podría ser el acompañamiento a algún lugar, otras necesitan de una persona para ir al baño, alimentarse o llevar al día el control de sus medicamentos.

Tipos de dependencia. Según el sitio web de Espartinas Geriátrico (2015), se distingue tres tipos de dependencia en personas mayores, las cuales tienen como efecto natural un efecto diferente según su tipología y la persona que la padece, los cuales son:

- **Dependencia física**

En ocasiones la dependencia física puede venir propiciada por problemas que van apareciendo de una manera mucho más pausada: Pérdida de visión o de propiedades auditivas, incapacidad para sortear la bañera y poder asearse. Es entonces cuando la familia debe estar más atenta a la persona dependiente al ser a veces más difícil de percibir tanto por la persona afectada como por los que la rodean.

- **Dependencia psíquica**

A diferencia de la física, la dependencia psíquica aparece de forma paulatina y muy pausada. Uno de los síntomas más llamativos conforme aparece es la pérdida de sentido o coherencia de las conversaciones. Las personas mayores dependientes comienzan a ser materialmente incapaces de expresar sus deseos, sus necesidades con el tiempo, incapaces de cuidarse por sí solas. Es fundamental que la unidad familiar se conciente y acepte el cambio psíquico que está experimentando la persona afectada para así actuar en consecuencia.

Dependencia afectiva

La dependencia afectiva viene propiciada habitualmente por un duro golpe emocional que genera cambios en el humor y en el comportamiento de la persona

dependiente. Estos golpes pueden ser las ausencias de amigos y seres queridos o, en el caso más severo, la ausencia de la pareja sentimental.

El síntoma más evidente y más sencillo de identificar por parte de la unidad familiar es la constante necesidad de una persona mayor de estar acompañada en todo momento.

Características de la personalidad dependiente

A continuación, se proponen las siguientes características que definen al tipo de **personalidad dependiente**:

- Prefieren la compañía de otras personas a estar solos.
- Prefieren obedecer a dirigir y son muy respetuosos con las autoridades.
- Son emocionalmente constantes.
- Son capaces de sufrir molestias por complacer a los demás y si se enfadan con alguien prefieren no expresarlo abiertamente por no molestar al otro.
- Idealizan a sus parejas y no se cansan de ellas, al igual que ocurre con cualquier persona importante en sus vidas.
- A menudo, en tipos extremos, pueden llegar a sentirse inferiores a las personas que tienen. (Vicente, 2016)

2.11.1 Miedo a la Soledad

La soledad no siempre es un sentimiento negativo, por lo que podemos hablar de **soledad objetiva y soledad subjetiva**. La primera hace referencia a la falta de

compañía, donde según el estudio realizado por CIS-IMSERSO el 14% de las personas mayores que residen en sus domicilios manifiesta soledad y no siempre implica una vivencia desagradable para el individuo, ya que puede ser una experiencia buscada y enriquecedora, aunque la mayoría de estas personas, según los resultados, se ha visto obligada a ello. La soledad subjetiva, por otra parte, la padecen las personas que se sienten solas. Es un sentimiento doloroso y temido por un gran número de personas mayores, nunca es una situación buscada (Martín, 2009)

Factores causales de la soledad:

- **Crisis asociadas al envejecimiento**

La soledad en los mayores es una realidad que viene favorecida por diferentes factores o causas. Laforest citado por Martín define tres crisis asociadas al envejecimiento:

- **La crisis de identidad** donde se viven un conjunto de pérdidas que pueden deteriorar la propia autoestima.

- **La crisis de autonomía**, dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse en las actividades de la vida diaria (AVD).

- **La crisis de pertenencia**, experimentada por la pérdida de roles y de grupos a los que la vida profesional y las capacidades físicas y de otra índole que afectan en la vida social. Martín, (2009) define que las vivencias emocionales pueden tener graves consecuencias durante la vejez, en las cuales menciona las siguientes:

a) El Síndrome del nido vacío

El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Los padres esperan que éstos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones paternofiliales y originar sentimientos de indefensión y soledad.

b) Unas relaciones familiares pobres

La escasez de relación con los hijos percibida por los ancianos, tanto en cantidad como sobre todo en intensidad y calidad de afecto, representa un importante motivo de frustración en esta etapa.

c) La muerte del cónyuge

La viudedad suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El anciano se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social. El modo como las personas viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad.

2.12 Trastorno Histriónico de la Personalidad.

Es una afección mental por la cual las personas actúan de una manera muy emocional y dramática que atrae la atención hacia ellas.

Causas.

Las causas del trastorno histriónico de la personalidad se desconocen. Los acontecimientos de la primera infancia y los genes pueden ser los responsables. Se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Los médicos creen que hay más hombres que pueden tener el trastorno de los que reciben el diagnóstico.

El trastorno histriónico de la personalidad generalmente comienza al final de los años de la adolescencia o poco después de cumplir los 20 años.

Síntomas.

Las personas con este trastorno generalmente están en capacidad de desempeñarse a un alto nivel y pueden ser exitosos tanto a nivel social como laboral.

Los síntomas incluyen:

- Actuar o lucir exageradamente seductor
- Dejarse influenciar fácilmente por otras personas
- Estar demasiado preocupados por su apariencia física
- Ser exageradamente dramáticos y emocionales
- Ser demasiado sensibles ante las críticas o la desaprobación (Medline Plus,

2018)

2.12.1. Ser el Centro de Atención.

Las personas que necesitan constantemente llamar la atención suelen tener buenas habilidades sociales. Las suelen usar para manipular a otros y convertirse así en el centro de atención, desmoralizándose si no consiguen atraer el interés de los demás. Dependen en exceso de experimentar la vivencia de ser importantes. Parece que tienen una sólida autoestima, aunque esto no es así en tanto necesitan reafirmarla con sus constantes demandas de atención. Son como los niños que se portan mal o que hacen «actuaciones» cantando o bailando con el único fin de atraer la atención de los adultos. (Franco, 2019)

2.13. Trastorno Narcisista.

Trastorno narcisista de la Personalidad es un patrón general de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. Empieza al comienzo de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Estas personas manifiestan una sobreestimación de sí mismo. Muestran una falta de atención hacia los sentimientos de los demás, a la vez que una indiferencia presuntuosa hacia los derechos de los otros. Son arrogantes, se sienten por encima de las normas de convivencias.

Características del trastorno narcisista.

No toleran las críticas, ante la más mínima señal de desaprobación o de falta de admiración se muestran irritables, reaccionan de forma agresiva o pseudodepresiva.

Se creen una persona de mérito especial (única) que merece una gran admiración, comportándose de forma grandiosa, tienen un elevado concepto de sí mismo a pesar de

ser visto por los demás como egocéntricos, desconsiderados y arrogantes. En sus interacciones utilizan estrategias de afrontamiento de la realidad intentando la justificación de errores y fracasos para volver al punto de la reafirmación personal de ser excepcional y único.

Su estado de ánimo suele ser despreocupado, indiferente, suelen poseer una gran frialdad excepto cuando se ve amenazada su confianza apareciendo entonces por breves momentos ira, vergüenza o vacío. (CLINIC, 2016)

2.13.1 Superioridad

La superioridad es un mecanismo de defensa inconsciente en el cual las personas que lo sufren tratan de ocultar sus sentimientos de inferioridad adoptando una actitud de arrogancia y prepotencia. Este tipo de personas tratan a los demás como si fueran inferiores a ellos continuamente para demostrarles y, sobre todo, para demostrarse a sí mismos que son muy seguros y que tienen una gran autoconfianza cuando en realidad es todo lo contrario. (Glover, 2018)

2.14 Trastorno Antisocial

El trastorno de personalidad antisocial, a veces llamado sociopatía, es una afección mental en la que una persona no muestra ninguna consideración por lo bueno y lo malo, e ignora los derechos y los sentimientos de los demás de manera sistemática. Las personas con trastorno de personalidad antisocial tienden a oponerse a los demás, manipularlos o tratarlos duramente o con una cruel indiferencia. No muestran culpa ni remordimiento por sus comportamientos.

Los individuos con trastorno de personalidad antisocial suelen quebrantar las leyes y convertirse en delincuentes. Pueden mentir, comportarse violenta o impulsivamente, y tener problemas con el consumo de drogas y alcohol. Debido a estas características, las personas que presentan este trastorno típicamente no pueden cumplir con sus responsabilidades relacionadas con la familia, el trabajo o la escuela.

✓ **Características del trastorno antisocial.**

- ✓ Indiferencia en cuanto a lo que está bien y lo que está mal
- ✓ Mentiras y engaños constantes para manipular a los otros
- ✓ Usar la simpatía o el ingenio a fin de manipular a los otros para beneficio propio o placer personal
- ✓ Arrogancia y aires de superioridad, además de ser extremadamente obstinado ✓ Problemas continuos con la ley, lo que incluye conductas delictivas (MayoFoundation, 2019).

2.14.1 Actitud Cínica

Se trata de individuos que se caracterizan entre otras cosas por no tener reparos por mostrar de un modo bastante abierto que no se ajustan a las reglas que para la mayoría son importantes. Son acusadas frecuentemente por actuar con descaro, y esto hace que en un instante puedan pasar a ganarse la enemistad de muchos (Torres, 2019)

2.15 Trastorno Agresivo-Sádico.

Lo esencial de este trastorno es un cuadro permanente de actitudes de oposición y resistencia pasiva ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral, que se inicia al principio de la edad adulta y se refleja en multitud de contextos.

Este patrón de comportamiento no aparece exclusivamente en el transcurso de episodios depresivos mayores y no se explica mejor por la presencia de un trastorno distímico. (Mimenza, 2001)

Características del trastorno agresivo sádico

Empieza a principios de la edad adulta, el trastorno sádico de la personalidad se caracteriza por: Un patrón patológico de conducta cruel, desconsiderada y agresiva, dirigida hacia los demás. La personalidad sádica utiliza la violencia o la crueldad física con el fin de establecer dominancia en las relaciones.

La persona puede mentir con el fin de causar dolor y a menudo consigue que otros sujetos hagan lo que ella quiere atemorizándolos. Suele estar fascinada por la violencia, las armas, la tortura, en los ancianos (Psychology, 2011)

2.15.1 Violencia Física.

Es cualquier acción que ocasiona un daño no accidental, utilizando la fuerza física o alguna clase de armamento u objeto que pueda causar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas. Puede producirse a través de acciones y lenguajes, pero también de silencios e inacción. Se designa con el término de agresión a aquel acto o ataque violento que tiene la firme intención de causar daño a quien va dirigido. La agresión es de alguna manera un acto que se contrapone al derecho del otro.

Se considera como tal cualquier forma de ella que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, honor, integridad o libertad de las personas. es y es generalmente condenada por la ética, la moral y el derecho. (Bembibre, 2017)

2.16 Trastorno Compulsivo

Compulsivo en la vejez parece presentar como manifestación más común el lavado de manos, mientras disminuyen las compulsiones relativas a la necesidad de simetría u organización.

¿Cuáles son las especificidades del trastorno obsesivo compulsivo en los adultos mayores? Al ser una enfermedad con frecuencia relativamente alta en la población general (al menos más alta de lo que antes se creía) es muy probable que, al elevarse la esperanza de vida, muchos individuos arriben a la ancianidad padeciendo este trastorno. Esa es la causa por la que los científicos han intentado comparar las manifestaciones de estos trastornos en adultos mayores con las personas más jóvenes.

El síntoma más común en los adultos mayores fue el lavado de manos. También fueron frecuentes el miedo a contraer enfermedades, la duda patológica, los rituales de verificación (ver si la puerta está cerrada etc.) y de limpieza. (Ofarrill, 2016)

2.16.1 Perfeccionismo.

Es un rasgo de personalidad caracterizado por el esfuerzo por la perfección y se impone resultados y metas excesivamente altas y poco realistas. Todo esto se acompaña por autoevaluaciones excesivamente críticas y preocupación por la evaluación de los demás. Para una persona perfeccionista, cualquier cosa por debajo de la perfección es inaceptable. (Cerdán, 2018)

2.17 Trastorno Pasivo-Agresivo.

Se caracteriza porque estas personas se resisten a los requerimientos externos, es decir, a las demandas de los demás, con expresiones como el obstruccionismo, la dilación, la terquedad o el olvido, combinado con actitudes negativas y derrotistas.

Este tipo de comportamiento persiste incluso cuando es posible mostrar un comportamiento distinto y más efectivo. Las personas con este tipo de trastorno de personalidad son manipuladoras y son dependientes de los demás, por lo que se muestran como pesimistas y resentidas. (Corbin, 2013).

Características del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad

Existen una serie de características que identifican a las personas pasivo-agresivas. Entre las características más comunes, se encuentran las siguientes, según (Glover, 2018)

Comportamiento desafiante hacia los demás. Son personas que de manera intencionada incumplen las expectativas que tienen los demás acerca de ellos. Suelen adoptar actitudes de irresponsabilidad e incluso de agresión de manera pasiva hacia otros en cualquier área de su vida.

Dependencia hacia los demás. Tienen una fuerte dependencia hacia otras personas, aunque intentan por todos los medios ocultarlo. En situaciones límite, su dependencia sale a relucir haciéndose bastante notoria.

Negatividad. A estas personas las caracteriza también su gran pesimismo y negatividad. Todo el tiempo se lo pasan quejándose de que les va mal en la vida, de la

mala suerte que han tenido, pronostican que les irá mal en lo que vayan a realizar, entre otras cosas.

Mentir a los demás. Una de las actitudes que adoptan las personas con este tipo de padecimiento es el de mentir a los demás, ya que no saben actuar de manera asertiva y cuando algo no les parece bien, no lo hablan directamente con el otro, simplemente, deciden hacer todo lo contrario a lo acordado y mienten acerca de la situación.

Guardan rencor fácilmente. Suelen guardar rencor hacia los demás debido a que casi siempre se quedan con las ganas de expresar al otro lo que siente.

Falso arrepentimiento. Si llegan a reconocer que han tenido un mal comportamiento con otra persona, lo cual les cuesta bastante, a pesar de que le piden disculpas, continúan una y otra vez repitiendo la misma acción que hizo enfadar al otro.

Lanzan indirectas a los demás. Debido a que no saben actuar de manera asertiva y expresar su inconformidad a los demás de la manera más adecuada, lo hacen por medio de indirectas que incluso agreden más que si lo hicieran directamente.

Resentimiento y envidia. Suelen guardar resentimiento y envidiar a las personas que aparentemente les va mejor que a ellos. Hacen comentarios negativos acerca de esas personas criticándolas de manera excesiva debido a la envidia que les genera el que se encuentren como él (ella) desearía. (Glover, 2018)

2.17.1 La Manipulación

La manipulación es la estrategia de multitud de personas para conseguir a aquello que desean. Por tanto, se pueden encontrar personas manipuladoras continuamente. Lo más seguro es que más de una vez se haya hecho uso de la manipulación emocional de un modo consciente o sin darse cuenta. Pero lo que diferencia a los manipuladores emocionales de quien no lo es, es que los primeros convierten ese “juego emocional” en su modo de vida, y en su manera de relacionarse con los demás. Sabiendo que mediante la manipulación pueden sacar un provecho constante a costa de mermar el equilibrio y bienestar psicológico de sus víctimas.

Manipulación emocional:

Desde una visión psicológica, se define la manipulación emocional como una estrategia vital que conlleva no sólo en ocultar las malas intenciones, o comportamientos agresivos, sino también la habilidad de identificar las vulnerabilidades emocionales de las demás personas, poniendo en marcha un plan para poder manipular a cada una de ellas. (Molina, 2009)

2.18 Trastorno de Personalidad Masoquista (Autodestructiva).

Las personas con este estilo de personalidad anteponen las necesidades de los demás a las suyas propias. Es decir, conceden menos importancia a sus necesidades que a las de los demás.

Lo que le da sentido a sus vidas es entregarse a los demás, llegando incluso a renunciar a lo personal con tal de hacer algo por alguien. No buscan que les gratifiquen.

Simplemente les satisface dirigir sus esfuerzos a mejorar la vida de los demás. Los autores Oldham y Morris (1995) proponen una serie de características que definen a la persona autodestructiva.

La característica esencial del trastorno masoquista de la personalidad sería un patrón patológico de conducta autodestructiva. Además, otras características que poseen estas personas son las siguientes:

- ✓ Son personas que están atentas a los requisitos de los demás. Intentan satisfacer a los demás sin necesidad de que el otro se lo pida.
- ✓ No son competitivos ni ambiciosos.
- ✓ Se desviven por estar al servicio de los demás. Son personas muy consideradas en el trato con los otros. (Pérez, 2018)

2.18.1 Baja Autoestima

Cuando se habla de baja autoestima o de falta de autoestima, se refiere a una percepción de las personas mismas que les impide percibirnos como personas valiosas, talentosas o simplemente tener un juicio objetivo respecto a quiénes somos. (Raffino 2018)

Según Raffino (2018); el adulto mayor se ve afectada su autoestima dada la inseguridad que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independencia de los hijos, la pérdida del cónyuge, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otras. Su vida emocional sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo

y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros.

2.19 Trastorno Esquizotípico

A menudo, se describe a las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad como extrañas o excéntricas, y normalmente tienen pocas, o no tienen, relaciones cercanas. Por lo general, no entienden cómo se forman las relaciones ni el impacto de su comportamiento en los demás. Asimismo, es posible que malinterpreten las motivaciones y los comportamientos de los demás y desarrollen una gran desconfianza de los demás.

Estos problemas pueden generar mucha ansiedad y una tendencia a encerrarse en sí mismos en situaciones sociales, ya que las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad responden de manera inadecuada a las pautas sociales y sostienen creencias peculiares.

Síntomas: El trastorno esquizotípico de la personalidad incluye cinco o más de los siguientes signos y síntomas:

- ✓ Ser solitario y no tener amigos íntimos fuera de la familia inmediata
- ✓ Interpretar acontecimientos erróneamente, como sentir que algo tiene un significado personal directo cuando en realidad es inofensivo
- ✓ Tener pensamientos, creencias o gestos inusuales, peculiares o excéntricos

- ✓ Vestirse de maneras peculiares, como lucir desaliñado o usar combinaciones extravagantes de ropas
- ✓ Creer en poderes especiales, como la telepatía mental o las supersticiones
- ✓ Tener percepciones inusuales, como sentir la presencia de una persona ausente o tener ilusiones
- ✓ Sufrir de ansiedad social persistente y excesiva
- ✓ Hablar de manera peculiar, como con patrones de habla vagos o inusuales, o divagar de manera extraña durante las conversaciones
- ✓ Tener pensamientos sospechosos o paranoides y dudas constantes acerca de la lealtad de los demás
- ✓ Ser apático o tener respuestas emocionales limitadas o inapropiadas (Clinic, 2017)

2.19.1 Ausencia de Habilidades Sociales.

Es la carencia de habilidades y estrategias para la comunicación e interacción con otras personas, bien por inhibición o desconocimiento de las normas de intercambio social de forma que dificultan la relación en una cultura determinada.

Síntomas:

- ✓ Falta de interés por los temas en conversaciones con otras personas.
- ✓ Dificultad para iniciar y mantener conversaciones.
- ✓ Inhibición o falta de participación.

- ✓ Intervenciones inoportunas.
- ✓ Dificultad para empatizar con otras personas.
- ✓ Falta de asertividad. (Echeverría, 2012)

2.20 Trastorno Límite de la Personalidad.

Este tipo de trastornos es la inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. Es un trastorno que genera un deterioro muy considerable en la vida del individuo.

Da aparición al principio de la edad adulta, el deterioro causado por este trastorno y el riesgo de suicidio son mayores en los primeros años de la edad adulta y va desapareciendo gradualmente con la edad.

Las personas que sufren este tipo de trastorno tienen deteriorada la capacidad para llevar a cabo cualquier tipo de relaciones, así como mantienen patrones de comportamientos altamente desadaptativos.

Se podría explicar cómo pautas duraderas de percepción, relación y pensamiento. Son personas confusas que presentan alteraciones en la imagen de sí mismos, dudan a menudo de sus objetivos en la vida o de sus preferencias sexuales y desarrollan constantes problemas en estabilizar su estado de ánimo.

Características del trastorno límite de la personalidad.

Son muy sensibles a los cambios en sus relaciones interpersonales que suelen pasar de idealizar a despreciar sin motivos aparentes, sus relaciones intensas suelen ser poco duraderas y acabar en rupturas traumáticas. Ante cualquier indicio real o imaginario

de separación evocan temores intensos llegando a realizar esfuerzos excesivos para evitar el abandono: desde demandas judiciales, acciones autodestructivas o intentos de suicidios.

Sus pensamientos al igual que sus emociones cambian de una forma excesivamente rápida. Lo que piensan de sí mismo o los demás pasa del amor a la ira y a la culpa en un momento lo que provoca en las demás reacciones sociales confusas y conflictivas. (Clinic,2016)

2.20.1 Inestabilidad Emocional.

La inestabilidad emocional en el adulto mayor es una de las características del deterioro de la mente a esa edad. Es normal que cuando se es anciano los sentidos pierdan fuerza a la vez que la mente ya no tiene las mismas capacidades que tiene uno de joven. Por ello es necesario que estemos preparados para cuando nos toque vivir esos momentos, comprendiendo desde ahora que tarde o temprano es algo con lo que tendremos que lidiar en la vida. La autoestima en el adulto mayor se va perdiendo a partir del hecho en que se va sintiendo solo cuando pierde a su pareja, ante la pérdida de la fuerza física, la pérdida de la salud, la falta de dinero, la independencia de los hijos, la falta de trabajo y el trato de la gente que lo rodea, la falta de comprensión y paciencia de los demás y la invalidez. Esto crea en el adulto mayor una sensación de minusvalía. (Diaz, 2018)

2.21 Trastorno Paranoide

El trastorno de personalidad paranoide se define como una alteración de la personalidad en la que se dan de forma habitual episodios paranoides, es decir, momentos

en los que el individuo tiene una especial suspicacia con respecto a los demás, hacia cuyas intenciones siente mucha desconfianza y recelo, interpretándolas como perjudiciales para él, y acompañándose de pensamientos como: “me quieren estafar”, “me van a engañar”, “quieren tomarme el pelo”.

Que alguien padezca este tipo de trastorno no quiere decir que siempre vaya a estar exhibiendo un comportamiento o forma de pensar alterados, sino que existen momentos en los que se van a presentar por determinadas circunstancias, y a estas alteraciones transitorias de la conducta se les denomina episodios; por ejemplo, episodio paranoide, episodio psicótico.

El problema surge cuando estos incidentes se producen de forma habitual y reiterada, lo que se traducirá en un comportamiento acorde a este tipo de pensamientos paranoides, que le va a acarrear al afectado una serie de consecuencias negativas en su vida, tanto en el ámbito laboral como familiar, así como en sus relaciones interpersonales. (Serna, 2019)

Características

- ✓ Preocupación porque los demás tengan motivos ocultos
- ✓ Creencia de que serán explotados (usados) o lastimados por otros
- ✓ Incapacidad para trabajar junto con otros
- ✓ Hostilidad (Plus, Trastorno de personalidad paranoica, 2019)

2.21.1 Dificultad para Conciliar el Sueño.

Son aquellos patrones de perturbación del sueño. Esto puede incluir problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido, demasiado sueño o comportamientos anormales mientras duerme.

Causas del trastorno de sueño.

Los problemas del sueño son frecuentes en las personas mayores. En general, la cantidad necesaria de sueño permanece constante a lo largo de la vida adulta. Los médicos recomiendan que los adultos duerman de 7 a 8 horas todas las noches. En el caso de los adultos mayores el sueño es menos profundo y más entrecortado que el sueño en las personas más jóvenes. (Plus, 2019)

Una persona de 70 años sana puede despertarse muchas veces durante la noche sin que esto se deba a una enfermedad. Los trastornos del sueño en adultos mayores pueden deberse a cualquiera de las siguientes causas:

- ✓ Enfermedad de Alzheimer
- ✓ Alcohol
- ✓ Cambios en el reloj interno natural del cuerpo, lo que lleva a que algunas personas se duerman más temprano en la noche
- ✓ Enfermedad crónica como insuficiencia cardíaca
- ✓ Ciertos medicamentos, hierbas, suplementos y drogas psicoactivas
- ✓ No ser muy activo
- ✓ Dolor causado por enfermedades como la artritis

- ✓ Estimulantes como la cafeína y la nicotina Orinar frecuentemente durante la noche.

2.22 Trastorno de Ansiedad.

Los pacientes con frecuencia informan de sentimientos vagamente aprensivos o específicamente fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas. Una revisión de los ítems específicos de la escala ayudará a determinar si el paciente es fóbico y, más específicamente, de una variedad "simple" o "social". Sin embargo, la mayoría muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Los trastornos somáticos por ejemplo, las manos sudorosas o los trastornos estomacales son también característicos. También se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Son diversas las enfermedades y trastornos psicológicos que se padecen con el envejecimiento, siendo el trastorno de ansiedad generalizada una de ellas, aunque, generalmente, no se preste tanta atención como a otras patologías propias de esta edad, pues se trata, junto con las fobias específicas, del trastorno más frecuente en esta franja de edad. 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, 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 trastornos va a generar un fuerte malestar en quienes los sufren.

Causas de la ansiedad.

Existen diversas causas que favorecen la aparición y el mantenimiento de la ansiedad, variables biológicas, aprendizaje, predisposición genética, circunstancias que atravesase o haya atravesado la persona, capacidad para enfrentar las contrariedades, actitud ante la vida, educación recibida, resiliencia; En definitiva, de su historia de vida condicionada tanto por el ambiente como por la biología. Debido a esto, es muy importante atender cada caso de manera individualizada. (Aesthesis, 2016)

2.22.1 Dificultad para Concentrarse

Según Sánchez, (2007), la atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica.

En su clasificación podemos distinguir 4 componentes: alerta, atención selectiva, atención sostenida y atención dividida.

Alerta: es la capacidad de vigilancia que tiene el organismo para poder adaptarse y sobrevivir en un ambiente cambiante.

Alerta tónica: es la capacidad de sobresalto que se encarga del encendido cortical de manera involuntaria cuando existe un estímulo potencialmente agresor, permite una

respuesta fisiológica inmediata, y pone las demás capacidades intelectuales en marcha cuando el organismo las precisa.

Atención selectiva: es la capacidad que nos permite seleccionar voluntariamente e integrar estímulos específicos o imágenes mentales concretas.

Es el componente que nos permite categorizar las cosas y realizar un adecuado tratamiento de la información.

Atención sostenida: es la capacidad de concentración que nos permite mantener el foco de la atención, resistiendo el incremento de fatiga a pesar del esfuerzo y de las condiciones de interferencia y distraibilidad.

Es un mecanismo complejo que implica la interacción de aspectos motivacionales más que cognitivos.

Atención dividida: es la capacidad que nos permite alternar entre 2 o más focos de atención. Puede ser entre 2 estímulos diferentes, o entre un estímulo y una imagen mental.

En los adultos mayores la atención, sobre todo si debe ser mantenida voluntariamente, disminuye. El comportamiento de la atención sufre cambios con la edad que se manifiestan en un declive en la tasa de exactitud en la detección de señales, que podría interpretarse como una disminución progresiva en el grado de vigilancia, manifestada en tareas que requieran atención mantenida. (Yvonne Sánchez, 2007)

2.23 Somatización

Según Pérez, (2019) los pacientes con un trastorno de somatización sufren, por lo que es común que suelen recibir diagnósticos erróneos hasta que un especialista identifica el auténtico problema.

Las personas que sufren un trastorno de somatización suelen presentar múltiples síntomas somáticos (corporales) que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria. Sin embargo, algunas veces pueden presentar un solo síntoma grave y no varios de ellos. En estos casos, el síntoma más característico es el dolor. Los síntomas pueden ser específicos (p. ej., dolor localizado) o relativamente inespecíficos (p. ej., fatiga). Los síntomas a veces denotan sensaciones corporales normales o un malestar que generalmente no significa una enfermedad grave. Sea como sea, estamos ante un tipo de condición más común de lo que podamos pensar.

Los pacientes con un trastorno de somatización suelen pasar a menudo por muchos diagnósticos fallidos y tratamientos hasta que finalmente se conoce el origen de su sintomatología.

2.23.1 Sensación de Dolor.

La sensación de dolor en los adultos mayores suele manifestarse en estrés o situaciones vitales difíciles a través de síntomas físicos mediante:

La amplificación de las sensaciones corporales. La preocupación sobre una posible enfermedad hace que el paciente se centre en variaciones "normales" de las sensaciones corporales y piense que son patológicas, aumentando su ansiedad.

Necesidad de estar enfermo, manifestar un sufrimiento que no puede expresarse de otra manera, en ocasiones para conseguir una ganancia.

La disociación o capacidad de la mente de experimentar sensaciones completas y detalladas en ausencia de estimulación sensorial. Las sensaciones así percibidas son "reales". (Guzmán, 2011)

2.24 Trastorno Hipomanía

La hipomanía es una versión más leve de manía. Las personas que experimentan episodios de hipomanía tienen más energía de lo normal, pero no de forma tan extrema como en la manía.

Otras personas son capaces de detectar la hipomanía, pero los problemas que causa no son tan graves como en la manía y no suele ser necesaria la hospitalización. La hipomanía suele estar presente en el trastorno bipolar tipo 2, aunque esta no es necesaria para su diagnóstico. (Cerdán, 2018)

2.24.1 Cambios de Personalidad.

Existen cambios en la personalidad que tienden a comportamientos negativos tales como: egocentrismo, dependencia, egoísmo entre otros. La causa no se encuentra bien establecida pero la inteligencia afectada por el envejecimiento y la demencia senil, se han ubicado como los principales factores para crear inseguridad, miedo, dependencia.

La persona que se siente un ejemplo a seguir o es el jerarca de la familia, al sentirse con limitaciones o disminución de las habilidades físicas y psicológicas ayudan a que el carácter de esa persona empeore.

El primer síntoma que presentan al estar en esta etapa es el de cuadros depresivos, de esta forma se altera el sueño y es lo que los familiares detectan al principio. La falta de entendimiento y conocimiento a estos cambios por parte de la familia solo llevan a empeorar la situación, cayendo en confrontaciones, intolerancia que llevan a la conclusión más fácil creyendo que el lugar ideal para nuestros abuelos son los asilos de ancianos, por lo tanto mucho depende del conocimiento y sobre todo comprensión por parte de ellos.

Así pues, los cambios de personalidad en la tercera edad, son una realidad que incluso a consecuencia de la incomprensión se vuelve un problema sociofamiliar, por lo cual la asistencia de un profesional en salud es conveniente para proporcionar un apoyo de manera integral. En algunos casos el apoyo con la psiquiatría es necesario por lo tanto no se debe se estigmatizar este tipo de ayuda es importante consultarlo. (Coruxo, 2018)

2.25 Trastorno Distimia

El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración que, aunque menos graves que una depresión severa, pueden impedirle a la persona desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. La distimia es un trastorno afectivo crónico de gran frecuencia, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, del que se cree que su origen, es tanto del tipo genético hereditario como ambiental. ¿A quiénes afecta la distimia? Afecta a las mujeres con el doble de frecuencia que a los

hombres. El trastorno distímico afecta aproximadamente al 1.5% de los adultos mayores de edad.

Características del trastorno distimia.

- ✓ Cambios leves del estado de ánimo, irritabilidad, desgana, desmotivación, falta de concentración, disminución del rendimiento intelectual, aislamiento social, alteraciones somáticas y de los ritmos biológicos (alimentación y sueño). Estos cambios persisten por un período importante de tiempo.
- ✓ La persona con distimia suele ser enojadiza, y con tendencia a estar triste o deprimida.
- ✓ Dificultad para disfrutar de las cosas positivas de la vida.
- ✓ Disminución de la energía.
- ✓ Trastornos del sueño: el sueño no acaba de ser reparador. La persona con distimia se despierta varias veces, y suele hallarse cansada por la mañana.
- ✓ Problemas de concentración. Se le manifiestan problemas de memoria y de concentración, aún para actividades lúdicas (ver una película, por ejemplo). (Guerra 2018)

○ 2.25.1 Tristeza.

Es una emoción que generalmente surge ante las pérdidas que sufrimos en la vida, de ahí que sea tan intensa como profundo sea el vínculo con lo perdido. Es un dolor generalizado en el cuerpo, pero sobre todo en el alma. La tristeza no es negativa, no es anormal ni está mal sentirla.

A diferencia de las demás emociones, la tristeza está caracterizada por una falta de energía. En un primer momento es vivenciada como un dolor paralizante que no deja fuerza para actuar, sino tan sólo para llorar y así sacar el dolor. Deja el ánimo aplanado, casi sin expresiones ni deseos. En general, cuando se siente tristeza es porque se ha perdido algo (real o fantaseado). Ya no se tiene aquello que antes sí, y cuando verdaderamente no hay posibilidades de recuperarlo, no hay acción que valga. Por lo que la tristeza no implica el aumento de energía que las demás emociones sí, sino que se quitan, quedándose inactivos para ceder paso a la aceptación (elaboración interna) de la nueva situación. (Mailisi,2018)

2.26 Abuso del Alcohol

Según la OMS, el alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol.

El consumo de alcohol puede tener repercusiones no sólo sobre la incidencia de enfermedades, traumatismos y otros trastornos de salud, sino también en la evolución de los trastornos que padecen las personas y en sus resultados. El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres. (OMS O, 2018)

**Características de abuso de alcohol, según el sitio web Enciclopedia libre,
(2017)**

1. Pérdida del control: La pérdida de control se presenta por el exceso del consumo, la disminución de los sentidos visuales y auditivos, acompañado de una lenificación de las reacciones o reflejos.

2. Dependencia física: Es decir, la persona pronto se acostumbrará a ciertos niveles de consumo de alcohol. Por tanto, alcanzar el estado de ebriedad donde los sentidos se alteran y la persona se siente desinhibida, requiere un mayor consumo de alcohol que no se detienen nunca.

3. Cronicidad: Esto indica que la persona que padece esta adicción debe abstenerse de por vida incluso luego de muchos años de abstinencia al alcohol dado que, caso contrario, bastará un poco de alcohol nuevamente para despertar el deseo y que la dependencia regrese.

Consecuencias individuales. Estas consecuencias pueden ser (desde la más leve hasta las más complejas o delicadas) las siguientes:

- ✓ Mareos
- ✓ Pérdida del conocimiento parcial
- ✓ Pérdida del conocimiento total
- ✓ Convulsiones
- ✓ Delirium Tremends
- ✓ Coma alcohólico
- ✓ Muerte por alcohol

Consecuencias sociales. A nivel social existen consecuencias; estas son las que afectan a la sociedad como consecuencia de dicho consumo. Algunas de estas son:

- ✓ Agresión física o verbal
- ✓ Destrozos en la vía pública
- ✓ Agresión a otras personas
- ✓ Muerte a terceros por conducción en estado de ebriedad o bien por acción violenta hacia otros (Enciclopedia libre, 2017).

El alcohol puede actuar de manera diferente en las personas mayores que en las personas más jóvenes. Algunas personas mayores pueden sentirse "drogadas o eufóricas" sin aumentar la cantidad de alcohol que beben. Esa sensación puede hacer que tengan mayor probabilidad de tener accidentes, inclusive caídas y fracturas y accidentes automovilísticos. Además, las mujeres mayores son más sensibles que los hombres a los efectos del alcohol. (Healt&Human, 2017)

2.26.1 Agresividad

La agresividad es un estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física y o psicológicamente a alguien. La Agresividad es un factor del comportamiento normal puesto en acción ante determinados estados para responder a necesidades vitales, que protegen la supervivencia de la persona y de la especie, sin que sea necesaria la destrucción del adversario. (Cuidum, 2018)

Para aquellos familiares que conviven con la persona agresiva, la situación puede ser incluso peor. Las continuas agresiones verbales o físicas echarán por tierra el cariño acumulado en muchos años de vida. Incluso se han detectado numerosos episodios de cuidadores quemados. Es decir, personas que se ven obligadas a cuidar atentamente de un anciano pero que por respuesta no reciben más que insultos y menosprecios. Al final, esto conduce a problemas en los adultos mayores de ansiedad y depresión, una situación bastante problemática. (Cuidum, 2018)

2.27 Abuso de Sustancias

Los consumidores mayores de sustancias pueden dividirse en consumidores de iniciación temprana (supervivientes) o consumidores de iniciación tardía (reactivos). Los consumidores de iniciación temprana suelen tener una larga historia de consumo de sustancias que persiste en la vejez. Los consumidores de iniciación tardía suelen empezar a consumir sustancias debido a algún acontecimiento estresante de la vida, como la jubilación, el fracaso matrimonial, el aislamiento social o la pérdida de un ser querido. En cuanto al abuso del alcohol, los estudios muestran importantes diferencias clínicas derivadas de la edad de inicio del consumo en los pacientes.

Los adultos mayores son consumidores frecuentes de medicamentos de venta con y sin receta médica. El consumo problemático de estos medicamentos puede ser intencionado o involuntario y de mayor o menor gravedad

Las cifras indican que los adultos mayores presentan un riesgo relativamente alto de tener problemas con la bebida. El uso combinado de alcohol y otras drogas aumenta el

riesgo de problemas sociales, psicológicos y físicos, y puede causar dificultades incluso cuando el consumo de alcohol es ligero o moderado.

El envejecimiento puede causar problemas psicológicos, sociales y de salud que actúan como factores de riesgo para el abuso de sustancias, pero que también pueden agravarse con el consumo de sustancias. (Gossop, 2008)

2.27.1 Consumo Excesivo de Medicamentos.

Según la Organización Panamericana de la Salud el envejecimiento de las personas enfrenta más problemas de salud, principalmente con las enfermedades crónicas (como la hipertensión, la diabetes y el cáncer, entre otras) que requieren un tratamiento continuo. Como estas condiciones suelen presentarse en forma simultánea, es casi inevitable la polifarmacia, es decir, el consumo de múltiples medicamentos por un paciente, que puede traer consigo un aumento de interacciones no deseadas o peligrosas. A estos riesgos se suman, problemas por cambios en el organismo, posibles errores de prescripción indebida y la automedicación. (OPS,2012)

2.28. Psicosis (Psicótico)

Psicosis (psyché, alma, mente) trastornos mentales de causa orgánica en los que se presenta desorganización profunda de la personalidad, alteraciones del juicio crítico y la relación con la realidad, trastornos del contenido del pensamiento y perturbaciones de la sensopercepción. Alucinación es una percepción sensorial sin estímulo externo.

La psicosis en el adulto mayor constituye un grupo heterogéneo de trastornos psiquiátricos primarios, neurodegenerativos, vasculares o afectivos, cuyo resultado es un trastorno del contenido del pensamiento, la sensopercepción y la conducta. A manera de

introducción, es importante definir algunos conceptos que quizá el lector desconozca, en especial si no está relacionado con áreas afines a las ciencias de la conducta y la salud mente. (Palafox, 2011)

2.28.1 Delirios.

Consiste en una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible. El delirio es uno de los desórdenes cognitivos más importantes en el anciano, tanto por su prevalencia como por su implicación pronóstica. El desarrollo de un síndrome confusional agudo puede ser el primer signo de fallo de la función cerebral, además de poder ser la forma clínica de presentación de una enfermedad física grave o aparecer como complicación seria de una enfermedad o de su tratamiento. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno podría acarrear un daño cerebral permanente o incluso la muerte. (Mapfre, 2018)

2.29 Trastorno de Depresión

Según Tango, (2018) la depresión es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo. La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento.

Causas:

En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- ✓ Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad
- ✓ Dolor o padecimiento crónico
- ✓ Hijos que dejan el hogar
- ✓ Cónyuge y amigos cercanos que mueren

Síntomas

Muchos de los síntomas usuales de depresión se pueden ver. Sin embargo, la depresión en los adultos mayores puede ser difícil de detectar. Los síntomas comunes como fatiga, falta de apetito y problemas para dormir también pueden ser parte del proceso de envejecimiento o de un padecimiento físico. Como resultado de esto, la depresión temprana puede ser ignorada o confundida con otras afecciones que son comunes en los adultos mayores. (Tango, 2018)

2.29.1 Sentimiento de Pérdida

El Sentimiento de Pérdida es diferente en cada persona, las cuales pueden sufrir síntomas diversos, tanto emocionales como físicos, los cuales pueden incluir sentimientos de ira, culpa, confusión o algo muy común que es la negación, depresión, además de miedo, irritabilidad, soledad, inestabilidad emocional, entre otras emociones.

Las emociones señaladas, pueden afectar al paciente que lo sufre con síntomas de confusión, dificultad para concentrarse, incredulidad, alucinaciones o una marcada preocupación por lo perdido. (Barrón, 2018)

2.30. Trastorno Delirante

El delirio es una alteración seria en las capacidades mentales que genera pensamientos confusos y una disminución de su conciencia sobre el entorno. El comienzo del delirio suele ser rápido, en un plazo de horas o algunos días.

Por lo general, el delirio puede deberse a uno o más factores contribuyentes, como una enfermedad grave o crónica, cambios en el equilibrio metabólico (como bajo sodio), medicamentos, infección, cirugía, o intoxicación o abstinencia por alcohol o drogas.

Debido a que los síntomas del delirio y la demencia pueden ser similares, puede ser importante para el médico obtener información de los miembros de la familia o la persona responsable del cuidado, y así llegar a un diagnóstico exacto.

Características

- ✓ Ver cosas que no existen (alucinaciones).
- ✓ Inquietud, agitación o comportamiento combativo.
- ✓ Gritar, gemir o emitir otros sonidos.
- ✓ Estar quieto y retraído, especialmente cuando se trata de adultos mayores.
- ✓ Movimientos lentos o aletargados.
- ✓ Alteración de los hábitos de sueño.
- ✓ Inversión del ciclo noche-día sueño-vigilia. (MayoFoundation,2019)

2.30.1 Alucinación.

Se puede considerar la alucinación como una percepción que ocurre en ausencia de un estímulo que lo desencadene, teniendo quien la padece la sensación de que ésta es real y que ocurre sin que el sujeto pueda controlarla (siendo esta característica compartida con obsesiones, delirios y algunas ilusiones). (Mimenza,2019)

2. 31 Emociones.

Las emociones son consideradas un **estado afectivo** que produce un conjunto de cambios orgánicos a nivel fisiológico y endocrino. La emoción es experimentada **de forma instantánea**, apareciendo en un momento determinado y con la tendencia a actuar en polaridades de positiva o negativa. Por otro lado, mantiene una **corta duración** en el tiempo y su origen normalmente proviene influenciado por una experiencia externa, sobre la cual se establece un proceso de valoración, que se reproduce de forma automática influido por nuestras experiencias pasadas evolutivas y personales. Las funciones de las emociones pueden responder de un modo adaptativo, motivacional o social.

1. **Adaptativo:** prepara al organismo para adecuarse a la acción que precede, es decir, adapta la conducta a la acción que debe realizarse según las condiciones ambientales.
2. **Motivacional:** estimula o disminuye la motivación para dirigirnos a un objetivo determinado.
3. **Social:** mantiene un componente predictivo, produciendo que las personas ajenas puedan intuir mínimamente cómo vamos a actuar y que uno mismo pueda verlo en los demás, lo cual contribuye en las relaciones interpersonales.

Entre las principales emociones a evaluar están:

Miedo.

El miedo es una de las emociones básicas y también considerada una emoción primaria y universal. La principal estructura cerebral encargada de la respuesta de miedo es la amígdala.

Ira.

Emoción primaria que indica un enfado muy grande contra una persona o situación.

Tristeza.

Es una emoción que se produce en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros y que denota **pesadumbre o melancolía**.

Alegría.

Sentimiento que se manifiesta a partir de un buen estado de ánimo, comporta satisfacción y va acompañado de la sonrisa o risa. (Bastardas., 2019)

En lo emocional también se muestran algunos cambios, en el sentido de placer y dificultad en el proceso de la información emocional. Es por esto que algunos ancianos pierden el interés por lo emocionante, lo divertido y el deseo sexual, es por esto que en esta etapa algunos ancianos muestran en ocasiones sentimientos de desesperanza, su procesamiento de emociones no logra estar activo como antes y es aquí cuando el anciano puede estar más vulnerable a un estado de melancolía. Por lo que es importante el apoyo de la sociedad para lograr una mejor calidad de vida en el adulto mayor. (Quiroz, 2015)

CAPÍTULO

III

III. SISTEMA DE HIPÓTESIS Y VARIABLE

3.1 Tabla 1: Matriz de Operacionalización de Variable.

Variable: Salud Mental de adultos mayores			
Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y	La salud mental influye en la salud física y establece una relación dialéctica. Se conoció la salud mental a través del test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMII -II)	Esquizoide	-Aislamiento social -Apatía -Indiferencia -Carente de emociones
		Fobia	-Miedo persistente -Vigilancia -Distancia -Desconfianza temor
		Dependiente	-Miedo a la soledad -Carencia de iniciativa autonomía -Búsqueda de afecto y

fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OPS/OMS, 2011)		seguridad -Papel pasivo en las relaciones interpersonales
	Histriónico	-Llamar la atención -Manipulación -Evitar los compromisos -Poca aceptación
	Narcisista	-Superioridad -Egoísmo -Arrogancia -Explotan a los demás a su antojo
	Antisocial	-Actitud cínica -Comportamientos ilegales -Impulsividad -Insensibles
	Agresivo/Sádico	-Violencia física

			<ul style="list-style-type: none"> -Humillar a los demás -Indiferencia -Conductas dominantes
		Compulsivo	<ul style="list-style-type: none"> -Perfeccionismo -Hostil -Temor de desaprobación social -Resentimiento.
		Pasivo/Agresivo	<ul style="list-style-type: none"> -Manipulador -Incapacidad de resolver conflictos -Terquedad -Enfado explosivo
		Masoquista	<ul style="list-style-type: none"> -Baja autoestima -Conducta autodestructivas -Buscar satisfacer las necesidades de los demás
		Esquizotípica	<ul style="list-style-type: none"> -Ausencia de

			<p>habilidades sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Son percibidos por los demás como extraños o diferentes -Desconcierto emocional -Falta de afecto
		Limite	<ul style="list-style-type: none"> -Inestabilidad emocional -Pensamiento suicida -Inestabilidad en las relaciones interpersonales -Problemas de sentido de identidad
		Paranoide	<ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para conciliar el sueño -Desconfianza -Irritabilidad y no aceptan criticas -Rigidez de

			pensamiento
		Ansiedad	-Dificultad para concentrarse -Incapacidad de relajación -Movientes nerviosos -Rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente
		Somatización	-Sensación de dolor -Periodos persistentes de agotamiento y abatimiento -Preocupación por la pérdida de salud -Llamar la atención
		Hipomanía	-Cambios de personalidad -Elevada autoestima

			<ul style="list-style-type: none"> -Habla acelerada -Impulsividad
		Distimia	<ul style="list-style-type: none"> -Tristeza -Baja autoestima -Pensamientos pesimistas -Alejamiento social -Pobre concentración
		A. Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> -Agresividad -Historial de alcoholismo -Abstinencia para no tomar sin éxito -Problemas en su entorno social
		A. Drogas	<ul style="list-style-type: none"> -Consumo excesivo de medicamento -Dificultad para reprimir impulsos -Incapacidad para

			manejar las consecuencias personales
		Psicótico	-Delirios -Desorganizados y regresivos -Confusos y desorientados -Alucinaciones dispersas
		Depresión mayor	-Sentimiento de pérdida -Disminución del apetito y agotamiento -Ideas suicidas -Sentimientos de inutilidad y culpabilidad
		Trastorno Delirante	-Alucinaciones -Delirios irracionales

			<p>pero interconectados de naturaleza celotípica</p> <p>-Expresión de sentimientos de estar sobre cogidos (desprevenido) y maltratados</p> <p>-Alerta ante posible traición</p>
--	--	--	---

3.2 Hipótesis.

El Diagnóstico de la Salud Mental de Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente, evaluados con el test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMII -II) es: Dependencia, Ansiedad, Somatización, Depresión Mayor, Trastorno Delirante, Abuso de Alcohol y Abuso de Drogas.

3.3 Hipótesis Nula:

El Diagnóstico de la Salud Mental de Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente, evaluados con el test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMII -II) no es: Dependencia, Ansiedad, Somatización, Depresión Mayor, Trastorno Delirante, Abuso de Alcohol y Abuso de Drogas.

CAPÍTULO

IV

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Método de Investigación.

El método aplicado en la investigación Diagnóstico de la Salud Mental de Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente Departamento de San Miguel, es el mixto. Cuantitativo pues se evaluará a través del INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMII -II), para conocer el estado de la Salud Mental de los Adultos Mayores. Cualitativo porque se entrevistó a los ancianos para identificar sentimientos, vivencias y aspectos adicionales no explorados por el test.

4.2 Tipo de Investigación:

La investigación es de tipo descriptiva y explicativa, se busca conocer a mayor profundidad el Diagnóstico de la Salud Mental en los Adultos Mayores.

4.3 Población:

La investigación se realizó en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente Departamento de San Miguel. En el barrio la Merced habitan 240 adultos mayores de ambos géneros distribuidos en la zona urbana y rural, según datos proporcionados por la Alcaldía Municipal de San Rafael Oriente.

4.3.1 Muestra:

La muestra la conforman 60 adultos con edades de 60 a 85 años, tanto masculino y femenino, residentes en el Barrio la Merced, de la ciudad de San Rafael Oriente,

departamento de San Miguel. Esta cantidad constituye el 25% de la población de adultos de esa edad residentes en dicho lugar. El muestreo es no probabilístico y una muestra por conveniencia porque se eligió a los participantes por los criterios siguientes:

- ✓ Edad: Tener 60 años o mayor
- ✓ Residir en el Barrio la Merced de San Rafael Oriente
- ✓ Estar dispuesto a cooperar en la investigación.

4.4 Técnicas e Instrumentos de Evaluación.

4.4.1 Técnicas:

Se utilizó la evaluación psicológica y la entrevista, fue realizada por las investigadoras a los habitantes de 60 años de edad o mayores, residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente, departamento de San Miguel. Inicialmente se pidió su colaboración para la investigación y posteriormente se les entrevistó en sus casas de habitación.

4.4.2 Instrumento:

El instrumento aplicado para evaluar la salud mental es:

AUTOR: MILLON, THEODORE

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN
II (MCMI -II)

ADMINISTRACIÓN: Individual o grupal

TIEMPO DE APLICACIÓN: de 25 a 30 minutos

APLICACIÓN: Adultos mayores

NÚMERO DE ITEMS: 175 ítems dicotómico.

Descripción de la prueba: TECNICAS PSICOMETRICAS INTELIGENCIA – PERSONALIDAD – TESTS. Sus 175 elementos de respuesta verdadero-falsa evalúan las siguientes escalas: 4 de fiabilidad y validez, 10 básicas de la personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa. De aplicación fácil, los procedimientos interpretativos están mecanizados y el usuario puede obtenerlos in situ. En el caso de pacientes ambulatorios de centros de salud mental, hospital general o clínica privada para informe pericial. Dispone de puntos de corte en las escalas para tomar decisiones ante trastornos comportamentales o síndromes clínicos. Su corrección se realiza con un disco de corrección/perfil; se necesita 1 uso por sujeto evaluado. Aplicación: individual y colectivo Tiempo: variable, de 25 a 30 minutos Edad: a partir de 18 años Exploración e identificación de personas con dificultades emocionales y personales que puedan requerir una evaluación más profunda o una atención profesional. (Ver descripción completa del instrumento en anexo 1).

Con la información recolectada del test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMI -II) y la entrevista aplicada a los ancianos, se generó el nivel de salud mental. Teniendo en cuenta el número de trastornos presentes en el adulto mayor según la prueba. Se asigna en un nivel determinado de salud mental de afectación o

perturbación, siendo el nivel no significativo el de menor perturbación y patrón descompensado el más perturbado. Según las condiciones siguientes:

1) Si el resultado de todos los niveles en los trastornos es No significativo, resultante es nivel No significativo.

2) Si todos los trastornos presentes estaban en un mismo nivel que da igual ejemplo: leve, leve, leve, leve, **Salud mental:** Leve;

3) Si presenta dos o más niveles mayores en diferentes trastornos se le asigna el nivel más alto de ellos. Ejemplo: severo, leve, moderado, leve, moderado...; **Salud mental:** moderado; otro ejemplo: patrón descompensado, severo, patrón descompensado, moderado, **Salud mental:** Patrón descompensado.

4) Si existen varios trastornos con niveles bajos y uno con nivel alto, se asigna al nivel menor que el más alto presente, ejemplo: moderado, leve, moderado, patrón descompensado, ...; **Salud mental:** Severo.

Es de aclarar que estos niveles son los que emplea el test MCMI –II, por lo tanto, ese mismo modelo se utiliza para presentar los datos de la entrevista. Porque esto facilita relacionar las categorías, por ejemplo, aspectos sociodemográficos, con la Salud Mental. Es de esa forma que se presentan las tablas de aspectos obtenidos de la entrevista, y los resultados del test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMI -II).

4.4.3 Guía de Entrevista:

Se aplicó una guía de entrevista semi estructurada con la finalidad de explorar factores relacionados a la salud mental, como vivencias personales, apoyo por parte de la

familia, ambiente social, enfermedades, entre otros. La entrevista consta de 5 preguntas abiertas.

4.5 Procedimiento de la Investigación.

El equipo de investigación se dirigió al Barrio la Merced de la Ciudad de San Rafael Oriente, lugar en el que se realizó la investigación denominada: “Diagnóstico de la salud mental de Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente departamento de San Miguel, durante el año 2019”. El procedimiento básico efectuado, fue visita casa por casa, hasta completar la muestra, se les solicito a los adultos mayores permitir su consentimiento para colaborar en el proceso de investigación, y a quienes estaban dispuestos se les explicó en qué consistía y la necesidad de que contestaran instrumentos de evaluación y ya definido quienes participarían, teniendo su consentimiento se les realizo preguntas sobre aspectos generales: nombre, edad, con quienes vive, entre otros. Luego, se procedió a realizar la aplicación del test, indicándoles que debían responder con sinceridad según su situación. Se leyó la pregunta y se les dio tiempo para responder, cuando no comprendían se les explicaba. Este proceso se realizó en varias jornadas de visita casa por casa. Hasta completar el numero de 60 personas evaluadas. Posteriormente se les visito nuevamente para realizar la entrevista, utilizando el procedimiento de aplicación del test. Una vez se aplicaron los instrumentos, se ingresaron los datos a la hoja de respuestas digital, esto en el caso del test, obteniendo así los resultados de cada participante. Para obtener la evaluación individual se utilizó el programa Excel, este permite representar gráficamente el resultado de cada participante. Para procesar datos de test y entrevista, así como la prueba de hipótesis, se empleó el SPSS.

CAPÍTULO

V

V. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 Presentación de resultados.

A continuación, se presentan los resultados cuantitativos, obtenidos después de la aplicación de la evaluación psicológica, entrevistas y datos generales (En las tablas cuatro, cinco, seis, siete, ocho y nueve se toma el dato de cada aspecto como 100% para evitar confusión sobre el total de población general).

Tabla N° 2 datos generales de la muestra Estudiada

EDAD		SEXO		NIVEL DE ESTUDIO		ESTADO FAMILIAR		RELIGIÓN	
60-68	31	Femenino	45	Básica	49	Casado	31	Católica	31
69-77	17	Masculino	15	Media	4	Soltero	10	Cristiana	29
78-85	12			Superior	7	Acompañado	6		
						Viudo	13		
Total	60		60		60		60		60

Fuente: Evaluación Psicológica y entrevista vivencial de los adultos mayores

En la tabla n° 2 se describe los datos generales de la población evaluada, en la edad de 60 a 68 años hay 31 personas, de 69 a 77 años 17 personas, y de 78 a 85 años hay 12 personas; en el sexo podemos observar 45 personas de género femenino y 15 personas de género masculino; en el nivel de estudio de educación básica encontramos 49 personas, educación media 4 personas y personas con un nivel de estudio superior hay 7; en lo que es el estado familiar de casados encontramos 31 personas, estado

familiar soltero 10, personas acompañadas 6 y en estado de viudez 13; en la religión a la que pertenecen son 31 personas de religión católica y 29 personas de religión cristiana.

Tabla N° 3 Emociones

Presencia de emociones		Según Test		Según entrevista	
		Frec.	%	Frec.	%
Miedo	SI	32	53.3	31	51.7
	NO	28	46.7	29	48.3
	Total	60	100.0	60	100.0
Ira	SI	14	23.3	33	55.0
	NO	46	76.7	27	45.0
	Total	60	100.0	60	100.0
Alegría	SI	38	63.3	28	46.7
	NO	22	36.7	32	53.3
	Total	60	100.0	60	100.0
Tristeza	SI	31	51.7	33	55.0
	NO	29	48.3	27	45.0
	Total	60	100.0	60	100.0

Fuente: Entrevista vivencial de adultos mayores y test de Millon II.

La tabla 3 muestra la presencia de emociones las cuales son: Miedo, ira, alegría, tristeza, las cuales se clasifican en positivas y negativas según la prueba y entrevista. Así se detalla de la siguiente manera: según el test en la emoción miedo el resultado positivo fue de 32 participante equivalente a 53.3 % y negativo 28 participantes equivalente a 46.7%, según la entrevista en la emoción miedo, el resultado positivo fue de 31

participantes equivalente a 51.7% y 29 participantes en negativo equivalente a 48.3%. En su totalidad de 60 participantes. según el test en la emoción Ira, el resultado positivo fue de 14 participantes, equivalente a 23.3 % y negativo 46 participantes equivalente a 76.7%, Según la entrevista en la emoción Ira el resultado positivo fue de 33 participantes equivalente a 55.0% y 27 participantes fue negativo equivalente a 45.0% en su totalidad de 60 participantes.

Según el test, en la emoción Alegría el resultado positivo fue de 38 participante equivalente a 63.3 % y negativo 22 participantes, equivalente a 36.7%, Según la entrevista en la emoción Alegría el resultado positivo fue de 28 participantes equivalente a 46.7% y 32 participantes se obtuvo negativo equivalente a 53.3%. En el total de 60 participantes. Según el test en la emoción Tristeza el resultado positivo fue de 31 participante equivalente a 51.7 % y negativo 29 participantes equivalente a 48.3%, Según la entrevista en la emoción Tristeza el resultado positivo fue de 33 participantes equivalente a 55.0% y 27 participantes dieron negativo equivalente a 45.0 %. en su totalidad de 60 participantes.

Tabla N° 4 Edad y Estado de Salud Mental.

¿Cuántos años tiene?	¿Cuál es su Estado de Salud Mental?											
	No Significativo		Leve		Moderado		Severo		P. Descompensado		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
60-68	2	6.5	14	45.2	8	25.8	1	3.2	6	19.4	31	100.0
69-77	4	23.5	7	41.2	2	11.8	1	5.9	3	17.6	17	100.0
78-85	3	25.0	4	33.3	3	25.0	1	8.3	1	8.3	12	100.0
Total	9	15.0	25	41.7	13	21.7	3	5.0	10	16.7	60	100.0

Fuente: Entrevista vivencial de los adultos mayores y test Millon II

La tabla 4 muestra la relación entre el estado de salud mental y la edad, por lo que se han hecho tres grupos de edad y se desglosan de la siguiente manera: de 60 a 68, de 69 a 77 y 78 a 85 así también está el estado de salud metal, que se mide en No Significativo, leve, moderado, severo y patrón descompensado, en el cual los datos arrojan los siguientes resultados: entre la edad de 60 a 68 años en estado no significativo se encuentran 2 personas equivalente a 3.3%, en estado leve se encuentran 14 personas equivalente a 23,3%, en estado moderado se encuentran 9 personas equivalente a 15.0% en estado severo se encuentran 6 personas equivalentes a 10.0%. En la edad de 69 a 77 años en estado normal se encuentran 4 personas equivalente a 6.7%, en estado leve se encuentran 7 personas equivalente a 11.7 %, en estado moderado se encuentran 3 personas equivalente a 5.0%, en estado severo se encuentran 3 personas equivalentes a 5.0 %. En la edad de 78 a

85 años en estado no significativo se encuentran 3 personas equivalente a 25.0 %, en estado leve se encuentran 4 personas equivalente a 33.3 %, en moderado se encuentran 3 personas equivalente a 25.0 %, en estado severo se encuentra 1 equivalente a 8.3%., en estado de patrón descompensado se encuentran 1 persona equivalente al 8.3%.

Tabla N°5 Sexo y Estado de Salud Mental

¿Cuál es su sexo?	¿Cuál es su Estado de Salud Mental?											
	No Significativo		Leve		Moderado		Severo		P. Descompensado		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Femenino	6	13.3	20	44.4	9	20.0	3	6.7	7	15.6	45	100.0
Masculino	3	20.0	5	33.3	4	26.7	0	0.0	3	20.0	15	100.0
Total	9	15.0	25	41.7	13	21.7	3	5.0	10	16.7	60	100.0

Fuente: Entrevista vivencial de los adultos mayores y test Millon II

La tabla 5 muestra la relación entre sexo y estado de Salud Mental, por lo que se han hecho 2 grupos de sexo y se describe de la siguiente manera: Femenino y Masculino, así también, el estado de Salud Mental que se mide en no significativo, Leve, Moderado, Severo y patrón descompensado: En el sexo Femenino, en estado Normal de Salud Mental, se encuentran 6 participantes siendo el 13.3% , en Leve se encuentran 20 participantes, equivalentes al 44.4%, en Moderado se encuentran 12 participantes, equivalentes al 26.7%, en Severo se encuentran 0 participantes, equivalentes al 0.00%, en patrón descompensado se encuentran 7 participantes, equivalentes al 15.6%. En el Sexo Masculino en Estado de Salud Mental No significativo, se encuentra 3 participantes equivalentes al 20.0%, Mental Leve se encuentran 5 participantes, equivalentes al 33.3%, en Moderado se encuentran 4 participantes, equivalentes al 26.7%, en Severo se encuentran 0 participantes, equivalentes al 0.0% y en patrón descompensado se encuentran 3 participantes equivalentes al 20.0%

Tabla N° 6 Nivel de Estudio y Estado de Salud Mental

¿Cuál es su nivel de estudio?	¿Cuál es su Estado de Salud Mental?											
	No Significativo		Leve		Moderado		Severo		P. Descompensado		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Básica	5	10.2	22	44.9	10	20.4	3	6.1	9	18.4	49	100.0
Media	1	25.0	2	50.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0
Superior	3	42.9	1	14.3	2	28.6	0	0.0	1	14.3	7	100.0
Total	9	15.0	25	41.7	13	21.7	3	5.0	10	16.7	60	100.0

Fuente: Entrevista vivencial de los adultos mayores y test Millon II

La tabla 6 muestra la relación entre las variables Nivel de Estudio y Estado de Salud Mental; la primera se construyó en los siguientes niveles de educación: Básica, Media y Superior, de la misma forma el estado de Salud Mental valorado en: Normal, Leve, Moderado, Severo y Patrón descompensado. En Educación Básica para el estado de Salud Mental Normal se encuentran 5 participantes equivalentes al 10.2%, en el Leve se encuentran 22 participantes equivalentes al 44.9%, en Moderado se encuentran 13 participantes equivalentes al 26.5%, en Severo se encuentran 0 participantes equivalentes al 0.0%, y en estado de salud descompensado se encuentran 9 participante equivalente al 18.4%. En Educación Media en Estado de Salud Mental No significativo se encuentran 1

participantes equivalentes al 25.0%, en Leve se encuentran 2 participantes equivalentes al 50.0%, en Moderado se encuentran 1 participante equivalentes al 25.0%, en Severo se encuentran 0 participantes equivalentes al 0.0% y en patrón descompensado se encuentran 0 participantes, equivalentes al 0.0%. En Educación Superior en Estado de Salud Mental No significativo se encuentran 3 participantes equivalentes al 42.9%, en Leve se encuentran 1 participantes equivalentes al 14.3%, en el Moderado se encuentran 2 participantes equivalentes al 28.6%, en Salud Mental Severo se encuentran 0 participantes equivalentes al 0.0% y en de patrón descompensado se encuentran 1 participante equivalente al 14.3%.

Tabla N° 7 Estado Familiar y Estado de Salud Mental

¿Cuál es su estado Civil?	¿Cuál es su Estado de Salud Mental?											
	No Significativo		Leve		Moderado		Severo		P. Descompensado		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Casado	6	19.4	9	29.0	8	25.8	3	9.7	5	16.1	31	100.0
Soltero	0	0.0	7	70.0	1	10.0	0	0.0	2	20.0	10	100.0
Acompañado/a	1	16.7	2	33.3	2	33.3	0	0.0	1	16.7	6	100.0
Viudo	2	15.4	7	53.8	2	15.4	0	0.0	2	15.4	13	100.0
Total	9	15.0	25	41.7	13	21.7	3	5.0	10	16.7	60	100.0

Fuente: Entrevista vivencial de los adultos mayores y test Millon II

La tabla 7 muestra la relación entre el Estado familiar y el Estado de Salud Mental, son 4 grupos y se describen de la siguiente manera: Casado/a, Soltero/a, Acompañado/a, Viudo/a. Así también está el estado de Salud Mental donde se mide en niveles No significativo, Leve, Moderado, Severo y Patrón descompensado: En Casado/a en estado de Salud Mental No significativo se encuentran 6 participantes, equivalentes al 19.4%, en Leve se encuentra 9 participantes equivalentes al 29.0%, en moderado se encuentran 8 participantes equivalentes al 25.8%, en Severo se encuentran 3 participantes equivalentes al 9.7% y en patrón descompensado se encuentra 5 personas equivalentes al 16.1% , En el Estado Civil Soltero/a en Estado de Salud Mental No significativo se encuentran 0 participantes equivalentes al 0.0%, en Leve se encuentran 7 participantes equivalentes al 70.0%, en Moderado se encuentran 1 participantes equivalentes al 10.0%, en Severo se encuentran 0 participantes equivalentes al 0.0%, en patrón descompensado se encuentran 2 participantes equivalente al 20.0%. En Estado Civil Acompañado/a en Estado de Salud Mental No significativo, se encuentran 1 participante equivalentes al 16.7%, en el Estado de Salud Mental Leve se encuentran 2 participantes equivalentes al 33.3%, en Moderado se encuentran 2 participantes equivalentes al 33.3%, en Severo se encuentran 0 participantes, equivalente al 0.0%, y en patrón descompensado se encuentran 1 participantes equivalentes al 16.7%. En Estado Viudo/a en Estado de Salud Mental No significativo se encuentran 2 participantes equivalentes al 15.4%, en Leve se encuentran 7 participantes equivalentes al 53.8%, en Moderado se encuentran 2 participantes equivalentes al 15.4%, en Severo se encuentran 0 participantes, equivalentes al 0.0%, y en patrón descompensado se encuentran 2 participantes equivalentes al 15.4%.

Tabla N°8 Religión y Estado de Salud Mental.

Religión	¿Cuál es su Estado de Salud Mental?											
	No Significativo		Leve		Moderado		Severo		P. Descompensado		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Católica	2	6.5	15	48.4	7	22.6	2	6.5	5	16.1	31	100.0
Cristiana	7	24.1	10	34.5	6	20.7	1	3.4	5	17.2	29	100.0
Total	9	15.0	25	41.7	13	21.7	3	5.0	10	16.7	60	100.0

Fuente: Entrevista vivencial de los adultos mayores y test Millon II

La tabla 8 muestra la relación entre Religión y el Estado de Salud Mental se presentan 2 grupos,, de la siguiente manera: religión católica y cristiana, Así también está el estado de Salud Mental que se mide en No significativo, Leve, Moderado, Severo y patrón descompensado: en la religión Católica el estado de salud mental no significativa es 2 participantes equivalente a un 3.3%, leve son 14 participantes equivalentes a 23.35%, en moderado son 11 participantes equivalentes a 18.35 y en estado severo son 2 participantes equivalentes a 6.5%, en estado de salud mental de patrón descompensado se encuentran 1 participante equivalente al 3.4. En la religión cristiana el estado de salud mental no significativo es 7 participantes equivalente a un 11.7%, en estado leve son 11 participantes equivalentes a 18.3%, en moderado son 5 participantes equivalentes a 8.3% y en severo son 1 participante, equivalentes a 3.4%. y en patrón descompensado se encuentran 5 participantes equivalentes al 17.2%.

TABLA 9: Aspectos familiares/ personales y estado de Salud Mental

Aspectos		¿Cuál es su Estado de Salud Mental?											
		No Significativo		Leve		Moderado		Severo		P. Descompensado		Total	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Antecedente de salud mental	SI	1	4.3	10	43.5	5	21.7	1	4.3	6	26.1	23	100.0
	NO	8	21.6	15	40.5	8	21.6	2	5.4	4	10.8	37	100.0
Maltrato	SI	1	2.7	16	43.2	9	24.3	3	8.1	8	21.6	37	100.0
	NO	8	34.8	9	39.1	4	17.4	0	0.0	2	8.7	23	100.0
Satisfacción Familiar	SI	8	17.0	21	44.7	8	17.0	3	6.4	7	14.9	47	100.0
	NO	1	7.7	4	30.8	5	38.5	0	0.0	3	23.1	13	100.0
Competencia Personal	SI	8	17.4	20	43.5	8	17.4	2	4.3	8	17.4	46	100.0
	NO	1	7.1	5	35.7	5	35.7	1	7.1	2	14.3	14	100.0

Fuente: Entrevista vivencial de los adultos mayores y test Millon II

La tabla 9 muestra la relación entre los aspectos familiares/personales y el Estado de Salud Mental. Son cuatro grupos y se describen como sigue: Antecedentes de Salud Mental, Maltrato, Satisfacción Familiar, Competencia Personal, Así también está el estado de Salud Mental que se mide en No significativo, Leve, Moderado, Severo y Patrón Descompensado, teniendo como respuesta SI cuando está presente el aspecto evaluado y NO cuando no está presente, el resultado en Antecedente de Salud Mental y estado de salud mental en la respuesta SI: en No significativo es 1 participante equivalente a 4.3%, en estado Leve son 10 participantes equivalente al 43.5%, en Moderado son 5 participantes equivalentes a 21.7%, en estado Severo es 1 participante equivalente a 4.3%, y en Patrón Descompensado son 6 participantes equivalente a

26.1%. En la respuesta NO el resultado es: en No significativo es 8 participantes, equivalentes a 21.6%, en estado Leve son 15 participantes equivalente al 40.5%, en Moderado son 8 participantes equivalentes a 21.6%, en Severo es 2 participante equivalente a 5.4%, y en Patrón Descompensado son 4 participantes equivalente a 10.8%. El resultado en Maltrato y estado de salud mental en la respuesta SI: en No significativo es 1 participante equivalente a 2.7%, en estado Leve son 16 participantes equivalente al 43.2%, en Moderado son 9 participantes equivalentes a 24.3%, en estado Severo es 3 participante equivalente a 8.1%, y en Patrón Descompensado son 8 participantes equivalente a 21.6%. En la respuesta NO el resultado es: en No significativo es 8 participantes equivalente a 34.8%, en estado Leve son 9 participantes equivalente al 39.1%, en Moderado son 4 participantes equivalentes a 17.4%, en estado severo es 0 participante equivalente a 0.0%, y en Patrón Descompensado son 2 participantes equivalente a 8.7%. El resultado en satisfacción familiar y estado de salud mental en la respuesta SI: en No significativo es 8 participante equivalente a 17.0%, en estado Leve son 21 participantes equivalente al 44.7%, en Moderado son 8 participantes equivalentes a 17.0%, en estado Severo es 3 participante equivalente a 6.4%, y en Patrón Descompensado son 7 participantes equivalente a 14.9%. En la respuesta NO el resultado es: en No significativo es 1 participante equivalente a 7.7%, en estado Leve son 4 participantes equivalente al 30.8%, en Moderado son 5 participantes equivalentes a 38.5%, en estado Severo es 0 participante equivalente a 0.0%, y en Patrón Descompensado son 3 participantes equivalente a 23.1%. El resultado en Competencia personal y estado de salud mental en la respuesta SI: en No significativo es 8 participante equivalente a 17.4%, en estado Leve son 20 participantes equivalente al

43.5%, en Moderado son 8 participantes equivalentes a 17.4%, en estado Severo es 2 participante equivalente a 4.3%, y en Patrón Descompensado son 8 participantes equivalente a 17.4%. En la respuesta NO el resultado es: en No significativo es 1 participante equivalente a 7.1%, en estado Leve son 5 participantes equivalente al 35.7%, en Moderado son 5 participantes equivalentes a 35.7%, en estado Severo es 1 participante equivalente a 7.1%, y en Patrón Descompensado son 2 participantes equivalente a 14.3%.

Tabla N°10 Resultados de Test Millon

TRASTORNOS	No significativo		Leve		Moderado		Severo		Patrón Descompensado		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Pasivo-Agresiva	59	98.3	1	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Masoquista	57	95.0	3	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Agresivo-Sádica	55	91.7	5	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Fóbica	54	90.0	6	10.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Histriónica	47	78.3	13	21.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Narcisista	46	76.7	14	23.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Antisocial	46	76.7	14	23.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Dependiente	31	51.7	29	48.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Esquizoide	30	50.0	30	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Compulsiva	27	45.0	33	55.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Limite	58	96.7	1	1.7	1	1.7	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Depresión	56	93.3	3	5.0	1	1.7	0	0.0	0	0.0	60	100.0
A. Alcohol	54	90.0	4	6.7	2	3.3	0	0.0	0	0.0	60	100.0
A. Drogas	52	86.7	4	6.7	4	6.7	0	0.0	0	0.0	60	100.0
Hipomanía	51	85.0	2	3.3	7	11.7	0	0.0	0	0.0	60	100.0
P. Psicótico	51	85.0	8	13.3	0	0.0	1	1.7	0	0.0	60	100.0
T. Delirante	36	60.0	22	36.7	1	1.7	1	1.7	0	0.0	60	100.0
Somatización	33	55.0	15	25.0	7	11.7	5	8.3	0	0.0	60	100.0
Distimia	41	68.3	14	23.3	2	3.3	2	3.3	1	1.7	60	100.0
Ansiedad	34	56.7	17	28.3	3	5.0	5	8.3	1	1.7	60	100.0
Paranoide	38	63.3	2	3.3	6	10.0	1	1.7	13	21.7	60	100.0
Esquizotípica	32	53.3	1	1.7	8	13.3	6	10.0	13	21.7	60	100.0

Fuente: Test MILLON II

En la tabla 10 se muestran los resultados del test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMI -II) el cual evalúa 22 trastornos, y los resultados se describen de la siguiente manera:

En el trastorno pasivo-agresivo 59 personas obtuvieron un nivel no significativo con un porcentaje de 98.3%, en el nivel leve 1 persona con un 1.7%, y en los niveles moderado severo y patrón descompensado 0 personas equivalentes 0%.

En el trastorno masoquista 57 personas obtuvieron un nivel no significativo equivalentes al 95.0%, en el nivel leve 3 personas con un porcentaje de 5.0%, en el nivel moderado, severo y patrón descompensado 0 personas equivalente al 0%.

En el trastorno agresivo sádico 55 personas resultaron con un nivel no significativo equivalentes al 91.7%, en el nivel leve 5 personas equivalentes al 8.3%, en los niveles moderado, severo y patrón descompensado 0 personas con un 0%.

En el fóbico 54 personas obtuvieron un nivel no significativo equivalentes a un 90.0%, en el nivel leve 6 personas equivalentes al 10.0%, en el moderado, severo y patrón descompensado 0 personas equivalentes al 0%.

En el trastorno histriónico 47 personas obtuvieron un nivel no significativo con un 78.3%, en el nivel leve 13 personas con un 21.7%, en los niveles moderado, severo y patrón descompensado 0 personas con 0%.

En el trastorno narcisista 46 personas resultaron con un nivel no significativo con porcentaje de 76.7%, en el nivel leve 14 personas con un 23.3%, los niveles moderado, severo y patrón descompensado 0 personas con un 0%.

En el trastorno antisocial 46 personas obtuvieron un nivel no significativo con un 76.7%, 14 personas nivel leve con un 23.3% y en los niveles moderado, severo y patrón descompensado 0 personas con un 0%.

En el trastorno dependiente 31 personas obtuvieron un nivel no significativo equivalentes a un 51.7%, el nivel leve lo obtuvieron 29 personas equivalentes a un 48.3%, en los niveles moderado, severo y patrón descompensado 0 personas equivalentes a un 0%.

El trastorno esquizoide 30 personas obtuvieron un nivel no significativo, equivalentes a 50.0%, el nivel leve lo obtuvieron 30 personas que equivalen a un 50.50%, en el nivel moderado, severo y patrón descompensado 0 personas equivalentes a un 0%.

En la tabla n°10 el trastorno compulsivo 27 personas obtuvieron un nivel significativo lo cual equivale a un 45%, el nivel leve lo obtuvieron 33 personas equivalentes a un 55%, en el nivel moderado, severo y patrón descompensado 0 personas con un 0%.

En el trastorno límite 58 personas obtuvieron un nivel no significativo equivalente al 96.7%, una persona con un nivel leve equivalente a 1.7%, una persona con un nivel moderado equivalente a 1.7%, en los niveles severo y patrón descompensado 0 personas equivalentes a 0%

En el trastorno de depresión 56 personas obtuvieron un nivel no significativo equivalentes al 93.3%, en el nivel leve 3 personas que equivalentes al 5.0%, en el nivel

moderado 1 persona equivalentes al 1.7%, en el nivel severo y patrón descompensado 0 personas equivalentes al 0%.

En el trastorno de abuso de alcohol 54 personas obtuvieron un nivel no significativo equivalentes al 90.0%, en el nivel leve 4 personas equivalentes al 6.7%, en el nivel moderado 2 personas equivalentes al 3.3% y el nivel severo y patrón descompensado 0 personas con 0%.

En el trastorno de abuso de drogas 52 personas resultaron con un nivel no significativo con un 86.7%, en el nivel leve 4 personas equivalentes al 6.7%, en el nivel moderado 4 personas equivalentes al 6.7%, en los niveles severo y patrón descompensado 0 personas con un 0%.

En el trastorno de hipomanía 51 persona resultaron con un nivel no significativo con un porcentaje de 85.0%, en el nivel leve 2 personas con un 3.3%, en el nivel moderado 7 personas con un 11.7% y en los niveles severo y patrón descompensado 0 personas con un 0%.

En el trastorno psicótico 51 personas obtuvieron un nivel no significativo equivalente al 85.0%, 8 personas un nivel leve equivalente a 13.3%, en el nivel moderado 0 personas equivalente a 0%, en el nivel severo 1 persona equivalente a 1.7% y en el nivel de patrón descompensado 0 personas equivalente a 0%

En el trastorno delirante 36 personas obtuvieron un nivel no significativo con un 60.0%, el nivel leve lo obtuvieron 22 personas con un 36.7%, el nivel moderado 1 persona con 1.7%, el nivel severo 1 persona con 1.7%.

En el trastorno de somatización 33 personas obtuvieron un nivel no significativo equivalentes a un 55.0%, el nivel leve lo obtuvieron 15 personas con un 25.0%, el nivel moderado 7 personas con un 11.7%, en el nivel severo 5 personas con un 8.3% y el patrón descompensado 0 personas con un 0%.

En el trastorno de distimia 41 personas resultaron con un nivel no significativo equivalentes al 68.3%, en el nivel leve 14 personas con un 23.3%, en el nivel moderado 2 personas con un 3.3% y en el patrón descompensado 1 persona con un 1.7%.

En el trastorno de ansiedad 33 personas obtuvieron un nivel no significativo que es el 56.7%, el nivel leve 17 personas con un 28.3%, el nivel moderado 3 personas con un 5.0%, el nivel severo 5 personas con 8.3%, y el nivel de patrón descompensado 1 persona con un 1.7%.

En el trastorno paranoide 38 personas obtuvieron un nivel no significativo con un porcentaje de 63.3%, en el nivel leve 2 personas con un 3.3%, en el nivel moderado 6 personas con un 10.0% en el nivel severo 1 con 1.7% y en patrón descompensado 13 personas con un 21.7%.

En el trastorno esquizotípico 32 personas obtuvieron un nivel no significativo equivalentes a un 53.3%, el nivel leve 1 persona equivalente a un 1.7%, el nivel moderado lo obtuvieron 8 personas equivalentes a un 13.3%, el nivel severo lo obtuvieron 6 personas equivalentes a 10.0% y el patrón descompensado lo obtuvieron 13 personas equivalentes a un 21.7%.

Tabla N°11 Resultados de los trastornos según la hipótesis

TRASTORNO	AUSENCIA	PRESENCIA				TOTAL (%)
	NO SIGNIFICATIVO	LEVE	MODERADO	SEVERO	PATRÓN DESCOMPENSADO	
Dependiente	51.7	48.3	0.0	0.0	0.0	48.3
Ansiedad	56.7	28.3	5.0	8.3	1.7	43.5
Somatización	55.0	25.0	11.7	8.3	0.0	45.0
Depresión	93.0	5.0	1.7	0.0	0.0	6.7
T. Delirante	60.0	36.7	1.7	1.7	0.0	40.1
Alcohol	90.0	6.7	3.3	0.0	0.0	10.0
Drogas	86.7	6.7	6.7	0.0	0.0	13.4
Total, de puntos porcentuales		156.7	30.1	18.3	1.7	206.8/7 = 29.54

Fuente: Prueba de hipótesis

En la tabla n°11 de resultados de los trastornos según la prueba de hipótesis encontramos en el trastorno dependiente un porcentaje de 51.7% en el nivel no significativo, 48.3% en el nivel leve, y en los niveles moderado, severo y patrón descompensado 0.0% obteniendo un total de 48.3%; en el trastorno de ansiedad se encuentra el 56.7% con un nivel no significativo, el 28.3% con un nivel leve, el 5.0% con un nivel moderado, el 8.3% con un nivel severo, y el 1.7% en el nivel de patrón descompensado siendo un total de 43.5%; en el trastorno de somatización encontramos el 55.0% con un nivel no significativo, el 25.0% con un nivel leve, el 11.7% con un nivel moderado, el 8.3% con un nivel severo y el 0.0% en patrón descompensado obteniendo un total de 45.0%; en el trastorno de depresión se encuentra el 93.0% con un

nivel no significativo, el 5.0% con un nivel leve, el 1.0% con un nivel moderado y en los niveles severo y patrón descompensado un 0.0% obteniendo un total de 6.7%; en el trastorno delirante el 60% con un nivel no significativo, el 36.7% en un nivel leve, el 1.7% en el nivel moderado, el 1.7% en nivel severo y el 0.0% en el nivel de patrón descompensado con un total de 40.1%; en el abuso de alcohol el 90.0% en el nivel no significativo, el 6.7% en el nivel leve, el 3.3% el nivel moderado y el 0.0% en el nivel severo y patrón descompensado obteniendo un total de 10%; y en el abuso de drogas el 86.7% en el nivel no significativo, el 6.7% en el nivel leve, el 6.7 en el nivel moderado y el 0.0% en el nivel severo y patrón descompensado.

5.2 Resumen de la entrevista

La investigación sobre: El diagnóstico de salud mental de los adultos mayores participantes de 60 a 85 años de edad, del Barrio la Merced, San Rafael de Oriente; que comprende la aplicación de un test y una entrevista, durante el proceso mostraron interés, pues colaboraron y contestaron adecuadamente las diferentes interrogantes. La mayoría manifestó que la vejez es una limitante para sus actividades diarias, porque en tiempo anterior realizaban trabajos pesados, mientras que ahora eso es difícil, además mencionan que se sienten inútiles en diversos momentos, y que por su condición no pueden participar de actividades que incurren derroches de energía. Lo anterior hace que se frustren ante esas situaciones, existen momentos en que se sienten aburridos, sin hacer nada y lo toman como una rutina del día a día, pues no hay nada que les distraiga o mantenga entretenidos. Pero, existe una diferencia en este caso, porque no todos los ancianos tienen las mismas expectativas en cuanto a si la vejez es una limitante, hubo participantes, que manifiestan que no les afecta para nada su edad. La entrevista se

realizó con la finalidad de explorar algunos de los factores relacionados con la salud mental, como vivencias personales, apoyo por parte de la familia, ambiente social, enfermedades fisiológicas. La entrevista se aplicó a las sesenta personas que conforman la muestra y que previo resolvieron el test.

5.3 Análisis e interpretación de datos.

La investigación se realizó en el Barrio la Merced de San Rafael de Oriente departamento de San Miguel, con una muestra de 60 personas con edades de 60 a 85 años. Compuesta por 45 mujeres y 15 hombres.

El objetivo general de la investigación es: Conocer la Salud Mental de los Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente Departamento de San Miguel, durante el año 2019. Los datos obtenidos se observan en la tabla número uno que son las puntuaciones del Test MILLON.

Se aprecia en los resultados del trastorno pasivo-agresivo que el 98.3% de los participantes se ubica en nivel no significativo, es decir existe ausencia de esta personalidad, solo el 1.7% de la población tiene características en un nivel leve. El comportamiento pasivo-agresivo no se le considera una enfermedad mental; pero puede interferir en las relaciones y causar dificultades en el trabajo o cualquier otra área de la vida cotidiana. Según Corbin (2013), se caracteriza “*por personas que se resisten a los requerimientos externos, es decir, a las demandas de los demás, con expresiones como el obstruccionismo, la dilación, la terquedad o el olvido, combinado con actitudes negativas y derrotistas*”. Las personas con esta personalidad son manipuladoras y son

dependientes de los demás, por lo que se muestran pesimistas y resentidas, la mayoría del tiempo se encuentran de mal humor y no atienden las críticas de los demás.

En el trastorno masoquista en el nivel no significativo se encuentra el 95.0%, de los participantes, en nivel leve un porcentaje de 5.0%; en el nivel moderado, severo y patrón descompensado nadie puntuó en este rasgo de personalidad equivalente al 0.0%. Por lo tanto, hay ausencia de este aspecto de personalidad en los de adultos mayores, un nivel leve indica que los síntomas son mínimos y no existe perturbación.

En lo referente a las personalidades; agresivo sádica, fóbica, histriónica, narcisista y antisocial, la mayoría de los ancianos que participaron en la investigación se ubica en el nivel no significativo, con porcentajes desde 76.7% hasta 91.7%; el resto se ubica en nivel leve. En los otros niveles: moderado, severo y patrón descompensado nadie tiene puntuación, es decir es 0.0%. Esto indica que hay ausencia de rasgos de estos trastornos y un porcentaje bajo los tiene levemente, los síntomas leves pueden interferir en sus relaciones o actividades mínimamente.

En el trastorno de la personalidad por dependencia se obtuvo que en el nivel no significativo se ubica el equivalente a 51.7%, en el nivel leve esta el 48.3%, en los niveles moderado, severo y patrón descompensado equivalentes a un 0.0 %. Como se aprecia en este caso, los porcentajes son muy similares. En las personas mayores se distinguen tres tipos de dependencia; según Espartinas (2015), *“las cuales tienen como es natural un efecto diferente según su tipología y la persona que la padece, las cuales son dependencia física, psíquica y afectiva”*

Muchas veces los adultos mayores son dependientes, por su edad no pueden hacer todas las actividades que realizaban en su juventud y dependen de otros, para realizar actividades fuera de casa o los quehaceres del hogar, pero también pueden llegar a ser dependientes emocionalmente de los demás familiares y aquí se observa que un 48.3% con nivel leve tienen características de ser personas dependientes.

En cuanto a el trastorno esquizoide de la personalidad los resultados obtenidos en el estado de salud no significativo y leve son de un 50.0% en ambos. En este tipo de trastorno es, según la página Clinic (2016), *una profunda deficiencia en la habilidad para relacionarse con los demás. La persona que padece este trastorno destaca por su falta de afecto motivado a que no desean relacionarse: se mantienen socialmente aislados” Se sitúa al principio de la edad adulta, aunque en la infancia y adolescencia se detectan dificultades de relación y falta de expresividad emocional en los ámbitos familiar y escolar, así como es más frecuente entre los varones.*

Por lo tanto, los adultos mayores muestran características en las que prefieren estar aislados, sentirse incapaces de realizar algunas actividades en conjunto con otras personas. No desear tener relaciones íntimas con las demás personas, poca comunicación o muy vaga, con un lenguaje lento y monótono. Si bien, es cierto pueden ser rasgos esquizoides leves, también es razonable que estos se deban a la edad de los participantes.

En el Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad los datos arrojaron que el 55.0% se encuentra en un estado de salud mental leve y en nivel no significativo esta el 45.0%. El síntoma más común en los adultos mayores según Ofarrill (2016) “*es el*

lavado de manos. También fueron frecuentes el miedo a contraer enfermedades, la duda patológica, los rituales de verificación (ver si la puerta está cerrada etc.) y de limpieza.” Por lo tanto, en los adultos mayores de esta investigación se encuentra que ellos tienen rasgos compulsivos leves, como podrían ser: miedo a las enfermedades que pueden contraer por su edad y la manifestación más común es el lavado de manos, la verificación repetitiva al salir de casa, si deja las puertas cerradas de la casa, si la cocina queda apagada, si no queda ningún foco encendido. Verifican bien por temor a que ocurra algo en casa. Sin embargo, esto no logra causar la ansiedad característica de esta personalidad de interferir en las actividades.

Con respecto al trastorno límite de la personalidad los datos obtenidos fueron que un 96.7% de la población pertenece a no significativo, por lo tanto, no posee rasgos este trastorno. Y el 1.7% de la población está en estado leve, otro 1.7% se ubica en nivel moderado, estos dos niveles últimos indican rasgos de esta personalidad de forma leve o moderada. Estas personas tienen una inestabilidad emocional muy notoria, sus pensamientos y emociones cambian de un momento a otro. Dudan de sus propias capacidades, se manifiesta al final de la adolescencia e inicio de la vida adulta el riesgo de suicidio es mayor y va desapareciendo gradualmente con la edad, sitio web Clinic (2016). En los ancianos hay que profundizar la evaluación, pues algunos rasgos son propios de la edad.

Otro de los trastornos explorados es el trastorno de depresión mayor el 93.3% de la muestra se encuentran en un estado no significativo por lo cual no poseen dicho trastorno, y sólo el 1.7% de la población se encuentra en moderado y el 5.5% de la población se encuentra en un estado leve de depresión.

Con respecto a la depresión, Según Tango (2018), *“es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento.”* La depresión, por lo general no se reconoce, ni se detecta. Los síntomas comunes son: falta de apetito, fatiga, problemas para conciliar el sueño, a veces esos síntomas se confunden con otra afección física por lo cual no reciben el tratamiento adecuado y tienen a empeorar. Pero según los datos en esta investigación en la población evaluada no hay depresión.

En trastorno por abuso de drogas el 86.7% de la población se encuentra en un estado no significativo. El 6.7% pertenece a leve y otro 6.7% al severo. En este aspecto si se encuentra un porcentaje mínimo en nivel severo, los adultos mayores Según Gossop, (2008) *“Son consumidores frecuentes de medicamentos de venta con y sin receta médica. El consumo problemático de estos medicamentos puede ser intencionado o involuntario y de mayor o menor gravedad”*. Por lo general, los adultos mayores tienden a consumir muchos medicamentos por síntomas leves de enfermedad. Siempre quieren tener el medicamento a su alcance por cualquier “cosa”, pueden crearse dependencia. Algunas situaciones de la vida como la jubilación, el fracaso matrimonial, el aislamiento social o la pérdida de un ser querido hacen que aumenten los deseos de consumir medicamentos.

En hipomanía el 85.0% de la población estudiada está en un estado de salud mental no significativo, un 11.7% se encuentra en leve y un 3.3% se localiza en moderado.

Un porcentaje mínimo se ubica en moderado, la hipomanía es un grado menos de manía, a comparación de manía esta se manifiesta en niveles más bajos de energía, no es necesaria la hospitalización de la persona ya que algunos problemas que presenta suelen ser de menor gravedad, Cerdán (2018).

En el trastorno Psicótico, el 85% está en el nivel no significativo, el 13.3% en un nivel leve y el 1.7% de personas en un nivel severo, sobre los últimos dos niveles las respuestas fueron que sentían que los tocaban, o escuchaba voces con claridad, que desconfiaban de su familia, se observó que algunas personas dicen incoherencias, para la aplicación de test y entrevista en la conversación se observaban cambiantes en tono de voz.

El resultado del trastorno delirante es que el 60% se ubica en nivel no significativo ; el 36.7% de la población está en un estado leve, donde el resultado son características del trastorno de forma mínima, el 1.7% está en un nivel moderado, la persona tiene el trastorno y la perturbación es moderada, y en el nivel severo esta 1.7%, en dichas personas predominan mayormente creencia y fantasías, que se les han enseñado a lo largo de su vida y ese puede ser un factor que también genera creer y escuchar lo que no existe, manifiesta haber sentido sustos (fantasmas, el diablo, males espíritus). Por lo que existe alteración de la realidad.

Según MayoFoundation, (2019). El delirio es una alteración seria en las que las capacidades mentales generan pensamientos confusos y una disminución de su conciencia sobre el entorno como ver cosas que no existen (alucinaciones), inquietud, agitación o comportamiento combativo, gritar, gemir o emitir otros sonidos, estar

quieto y retraído, especialmente cuando se trata de adultos mayores, movimientos lentos o aletargados, alteración de los hábitos de sueño, inversión del ciclo noche-día sueño-vigilia.

El trastorno de somatización el 55% se ubica en el nivel no significativo, en el nivel leve el 25.0% de la población, las cuales presentan características del trastorno de forma mínima, que pueden disminuir y prevenir, en el nivel moderado esta el 11.7% de personas las cuales ya tienen mayor presencia y manifestación de síntomas del trastorno, y en el nivel severo se encuentra el 8.3% de la población, estas personas tienen el trastorno según la puntuación en el test, síntomas como dolor y otros pueden experimentar. *Según Pérez, (2019) los pacientes con un trastorno de somatización sufren, suelen presentar múltiples síntomas somáticos (corporales) que causan malestar o pueden originar problemas significativos en la vida diaria. Sin embargo, algunas veces pueden presentar un solo síntoma grave y no varios de ellos.* En la respuesta de la prueba, en la entrevista se obtuvo información sobre las personas que adolecen este trastorno, ya que muchas de ellas manifestaban dolor, pero que medicamente no les ha sido diagnosticado una enfermedad, por lo que estas personas se quejan, se limitan a realizar ciertas actividades, aumentan el dolor que sienten o la enfermedad que tienen, necesitan atención y sufren de aislamiento.

En el trastorno distímico los resultados se describen de la siguiente manera, el 68% se ubica en el nivel no significativo y un 23.3% de la población se encuentra en un nivel de salud mental leve, 3.3% personas en el nivel moderado, 3.3% personas en el nivel severo, y 1.7% personas en patrón descompensado. *Según el Instituto Nacional de la Salud Mental, La distimia es un trastorno afectivo crónico de gran frecuencia,*

caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado. (PSICOACTIVA, 2018)

Al momento de la entrevista se observó que las personas que tienen características de este trastorno, y las que ya lo tienen en un nivel más alto, son sujetos que poseen poca motivación, no salen de casa, tienen una alta dependencia a los hijos, en la primera visita que se realizó, se dieron situaciones donde los adultos le pedían permiso a los hijos para contestar, o le consultaban alguna pregunta que era personal, los participantes que están en los niveles moderado, severo y patrón descompensado, son las personas que manifiestan un temor a estar solos, no se sienten capaces de valerse por sí mismos, aunque no tengan un problema físico o de salud, manifiestan problemas de sueño y alimentación.

En el trastorno de ansiedad los resultados son de la siguiente manera, el 56.7% está en el nivel no significativo, en el estado de salud mental leve se encuentra el 28.3% de la población, el resultado del nivel moderado es de 5.0% de la población, y el 8.3% de la población en el nivel severo, así como el 1.7% personas en patrón descompensado, se observa que la mayoría de personas no presentan el trastorno de ansiedad, pero que hay una cantidad de participantes que están en un nivel leve con características de dicho trastorno, así mismo se encuentra un porcentaje con mayor problema en los niveles moderado, severo y patrón descompensado, pueden presentar *“sentimientos vagamente aprensivos o específicamente fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas”* (Torres,2016).

En la visita que se realizó para aplicar la entrevista, se observó que las personas estaban tensas, se levantaban constantemente, morderse las uñas, una sudoración constante, en ocasiones se detuvo la entrevista y se salían del tema, preguntaban si era bastantes preguntas, pero no lo hacían de forma grosera o con una mala actitud.

En el trastorno Paranoide de la personalidad los resultados se describen de la siguiente manera, en nivel no significativo esta el 63.3% y el el 3.3% de la población se encuentra en el nivel leve, el 10.0% de la población en el nivel moderado, 1.7% de la población en el nivel severo, y 21.7% personas en patrón descompensado. Se observa que es el trastorno con mayor nivel de personas en severo y patrón descompensado, dado que las respuestas de los participantes son de que sienten miedo en el ámbito social por la violencia, y que siempre se encuentran a la expectativa de lo que puede suceder en el lugar donde residen. Autores como *Healthcare, (2019) Define el trastorno Paranoide como una alteración de la personalidad en la que se dan de forma habitual episodios paranoides, es decir, momentos en los que el individuo tiene una especial suspicacia con respecto a los demás, hacia cuyas intenciones siente mucha desconfianza y recelo, interpretándose como perjudiciales para él, y acompañándose de pensamientos de preocupación.* La preocupación y el sentimiento de temor está constantemente en estas personas, así mismo sienten la sensación de que le puede pasar algo malo, al salir de casa, tienen temor cuando sus familiares salen a trabajar, o de compras, y manifiestan que prefieren no salir y quedarse seguros en casa, que están siendo vigilados por los vecinos, los cuales son envidiosos, que la familia se aprovecha de ellos.

En el trastorno Esquizotípico de la personalidad los resultados son 53.3% en nivel no significativo, el 1.7% de la población, se encuentra en el nivel leve, el 13.3% de la población en el nivel moderado, el 10.0% personas en el nivel severo, y 21.7% de la población en patrón descompensado. Por lo que se observa que, del nivel moderado, severo y patrón descompensado, es el segundo trastorno que tiene un mayor porcentaje de personas en estos niveles, los participantes manifiestan los indicadores de dicho trastorno.

Clinic, (2017) describe que las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad como extrañas o excéntricas, y normalmente tienen pocas, o no tienen, relaciones cercanas. Por lo general, no entienden cómo se forman las relaciones ni el impacto de su comportamiento en los demás, malinterpretan las motivaciones y los comportamientos, desarrollan una gran desconfianza de los demás. Se observó durante el proceso de campo que las personas que manifiestan este trastorno, presentan un desapego emocional, hacia sus familiares, no tienen amistades, porque piensan que no hay amigos sinceros, y que son personas que inventan cosas que no son ciertas''chambrosas'', en el caso de las mujeres manifestaron que no pueden tener amistades de hombres, porque las personas van a pensar mal de ellas, y que tienen una integridad que cuidar, y que al tener una amistad o conversar con un hombre es faltarle el respeto al esposo, o a su familia, y que ellas son mujeres honradas, también dicen que han sentido la presencia de males espíritus, que le es difícil dormir en la noche, son muy devotas a la religión, para alejar todo lo malo que les pueda suceder.

Para lograr el objetivo específico uno: Determinar aspectos emocionales más frecuentes en Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San

Rafael Oriente Departamento de San Miguel, durante el año 2019, este objetivo implica que hay que determinar aspectos emocionales más frecuentes en adultos mayores, que es lo que establece uno de los objetivos específicos. La tabla 3 muestra los datos obtenidos de la evaluación de las emociones más frecuentes en los participantes, estas puntuaciones corresponden al test y a la entrevista, de la siguiente manera: en el test, la emoción miedo está presente en el 53.3% de la población, la ira 23.3%, alegría 63.3%, y la tristeza el 51.7%; los resultados de la entrevista son: miedo 51.7%, ira 55.0%, alegría 46.7%, y tristeza el 55.0% de la población. Se aprecia que es el test el que refleja las puntuaciones más altas. En términos generales los ancianos pueden experimentar emociones como miedo y tristeza que son las más habituales según el dato; pero muy importante que la alegría es una emoción positiva y pues es muy frecuente en los participantes. Sobre las emociones en los ancianos, Quiroz (2015) dice lo siguiente, *“en lo emocional también se muestran algunos cambios, en el sentido de placer y dificultad en el proceso de la información emocional. Algunos ancianos pierden el interés por lo emocionante, lo divertido y el deseo sexual, es por esto que en esta etapa algunos ancianos muestran en ocasiones sentimientos de desesperanza, su procesamiento de emociones no logra estar activo como antes y es aquí cuando el anciano puede estar más vulnerable a un estado de melancolía. Por lo que es importante el apoyo de la sociedad para lograr una mejor calidad de vida en el adulto mayor.”*

Esto indica que en las emociones de los adultos mayores ocurren cambios, pueden incluso perder el interés y experimenta sentimientos de desesperanza. Los ancianos podrían volverse muy vulnerables ante cualquier enfermedad o situación que experimenten. Por lo que el apoyo familiar en esta etapa es fundamental e

indispensable. Necesitan siempre que les presten atención para cumplir sus necesidades básicas y así tengan una mejor salud y por lo tanto calidad de vida.

Según el objetivo específico dos: Establecer relación entre las características sociodemográficas y salud mental en adultos mayores. En la tabla 4 evalúa la edad con estado de salud mental, se pudo encontrar que las personas de entre 60 y 68 años, muestran un nivel Moderado de Salud Mental pues existe un 25.8% en ese nivel, pueden estar experimentando indicadores de deterioro de salud mental; en los demás niveles hay menos personas. En la edad de 69 a 77 años en el nivel leve se ubica con el 41.2%, la demás población se encuentra en niveles bajos. En la edad de 78 a 85 años, el más predominante fue el estado de salud leve con 33.3% de los evaluados en ese nivel.

Las personas de 60 años en adelante se vuelven vulnerables a que se afecte su salud mental. Los ancianos pueden sentirse incapaces y pasar por procesos de tristeza, más aún tener ideas de que ya no están en edad para hacer diferentes actividades que requieren esfuerzos físicos. A esta edad es necesario el apoyo familiar para cuidar su salud mental, sobre este punto la OMS afirma que *“La salud mental y el bienestar emocional tienen la misma importancia en la edad mayor que en cualquier otro periodo de la vida. Los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD) en este grupo etario. Aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental, según señala la Organización Mundial de la Salud”* (OMS, 2017) Es decir, que son más vulnerables a sufrir un trastorno que afecte su salud mental. Es interesante destacar que debido a la edad, están en riesgo de sufrir descuido o incluso cualquier tipo de maltrato, lo que puede derivar en problemas emocionales más serios. Sobre esto, es muy interesante lo dice el Dr. Ruales (2017) *“El*

adulto mayor es vulnerable al maltrato físico y psicológico. La depresión en el adulto mayor puede causar grandes sufrimientos y trastornos a la vida humana; los afectados son el 7% de la población de adultos mayores y representa 1.6% de la discapacidad total de personas de más de 60 años. Es muy importante que en los establecimientos de salud especialmente en los del primer nivel de atención se pueda diagnosticar y tratar como se debe la depresión”.

En la tabla 5 se conoce el sexo y el estado de salud mental, se encuentra que el sexo femenino es el que más se ve afectado ya que en los niveles de salud mental, en total son 45 mujeres, las cuales se distribuyen de la siguiente Manera: en no significativo hay 13.3%, en leve 44.4%, en moderado 20.0%, en severo 6.7% y en patrón descompensado 15.6%. Los hombres se encuentran de esta manera: En estado de Salud Mental No significativo 20.0%, en leve 33.3%, en moderado 26.7%, en severo 0.0% y en patrón descompensado 20.0%. La mayoría se encuentra en un nivel leve de salud mental, al igual que las del sexo femenino. Por lo que, no existe diferencia en cuanto niveles de salud mental, que en este caso es afectación leve. En otros casos es diferente, por ejemplo, según el Ministerio de Salud (2018), cuando se habla de discapacidad o problema mental, los hombres se ven un poco más afectados que las mujeres. Si bien las diferencias no son muy marcadas, si existe evidencia de que hay trastornos más frecuentes en el hombre, por ejemplo, el siguiente: el Ministerio de Salud (2018), menciona que *“Se sabe que, de cada 10 personas adultas mayores, 8 tienen problemas de salud física y mental. El 39% de estos problemas se relacionan con funcionamiento de miembros superiores e inferiores, 78.5% con problemas visuales y el*

7.9% de los adultos mayores padecen alguna discapacidad o problema mental, siendo mayormente afectados los hombres con un 8.2% y 7.6% las mujeres”.

Cuando se habla de un trastorno específico como el histriónico de la personalidad la causa principal según el sitio web Medline Plus (2018). Lo padecen con mayor frecuencia las mujeres y el diagnóstico depende de la primera infancia, estilo de crianza y los genes.

Continuando en la tabla 6 se evalúa el nivel de estudio y estado de salud mental; los resultados arrojaron que 49 personas tienen un nivel de educación básica, 4 personas educación media, y 7 personas un nivel de educación superior. Entre los niveles de salud mental en educación básica el nivel más alto es leve con 22 personas equivalentes a 44.9%, en educación media el nivel más alto es leve con 2 personas equivalente a 50%, y en el nivel superior el más alto es moderado con 2 personas equivalente a 28.6%. Se observa que el porcentaje más alto de educación es básico y entre los factores vinculados a la educación que se han encontrado en la entrevista han sido, los tipos de crianza, machismo por del padre, o cuidadores, falta de oportunidades, por vivir en zonas rurales donde no hay escuela, por crecimiento familiar (la hermana mayor cuidaba a los hermanos menores) y pobreza.

El aprendizaje y la educación recibida, repercuten en el estado de salud mental de la persona, esto por las actitudes, afrontamiento y las decisiones que toma la persona en su vida. Si bien no se encuentra, salud mental en niveles altos de afectación, los entrevistados en su mayoría no pudieron continuar sus estudios por pobreza y falta de oportunidades llevaban a las personas a que no continuarán sus estudios y que buscarán

cualquier trabajo que les generaba dinero. Por lo cual, las personas vivían circunstancias muy críticas y eso las llevaba a no continuar en sus estudios.

En la tabla 7 se describe el estado familiar y estado de salud mental. Los resultados fueron 31 personas casadas, 10 solteros, 6 acompañado/a, 13 viudos/a. los niveles más altos de salud mental son: en casado 9 personas están en el nivel leve equivalente a 29.0%, en soltero 7 personas están en leve equivalente a 70.0%, en acompañado 2 personas están en nivel moderado equivalentes a 33.3%, y en viudo/a el resultado es leve con 7 personas equivalentes a 53.8%. Sin embargo, se observa que en estado familiar casado hay 16 personas desde el nivel moderado a descompensado, sobre este aspecto se retoma lo siguiente, Carflor (2016) dice que: *“En la actualidad, las personas mayores, se encuentran más adultos mayores casados y con problemas de cualquier índole.”* Contrario a lo que puede ocurrir en otros grupos de edad en los que estar casado, contribuye a la salud mental, en este estudio se ve más afectación de salud mental en personas casadas, probablemente tenga relación con aspectos que ocurren en esa etapa de la vida, padecimientos físicos, los hijos se van de casa carencias materiales, entre otras.

En la tabla 8 se muestra la relación entre religión y estado de salud mental, las religiones practicadas son católica y cristiana en estas se congregan los entrevistados, la religión católica predomina el 48.4% de la población posee un estado de salud mental leve y un 16.1% poseen patrón descompensado. En la religión cristiana el 34.5% de la población pertenece a un estado de salud mental leve, seguido por el 20.7% que se encuentra en moderado, y por último este patrón descompensado con un 17.2% de la población.

En referencia a Religión y Salud Mental, según Daniel B. Kaplan , (2018) *“El nivel de participación religiosa es mayor entre las personas de la tercera edad que entre cualquier otro grupo de edad. Más de la mitad asisten a servicios religiosos semanalmente o más a menudo.”*. Partiendo de esto se puede afirmar que, las personas adultas mayores asisten más a la iglesia, ya sea católica o cristiana. Asisten a eventos religiosos muy a menudo o semanalmente, estas personas reciben mayor apoyo social, el entorno social les favorece y las actividades que se realizan en las iglesias les ayuda a asumir las cosas de la vida con mejor actitud, porque les permite tener un mayor número de amigos y amigas.

Sobre la religión según Barbara J. Berkman (2018), *“Muchas personas mayores afirman que la religión es el factor más importante que les permite hacer frente a los problemas de salud física y tensiones de la vida (como la disminución de los recursos económicos o la pérdida de un cónyuge o pareja). Por ejemplo, tener una actitud esperanzada y positiva sobre el futuro ayuda a las personas con problemas físicos a mantener la motivación para recuperarse”*.

De esta manera, se sostiene que a los adultos mayores les favorece ir a una iglesia (independientemente la religión que sea), ya que les ayuda a disminuir las tensiones que viven a diario, en su familia, además les enseña a enfrentar problemas serios ya sean de salud física o mental con mayor optimismo. Y tienen una mejor calidad de vida, con mucha actitud y mayor esperanza de vida, ya que sobrellevan las cosas con calma y serenidad.

En la tabla 9 se describen la relación de aspectos familiares y personales con estado de Salud Mental, en total son 4 y se describen de la siguiente manera: Antecedentes de Salud Mental, Maltrato, Satisfacción Familiar, Competencia Personal.

En antecedentes de salud mental y enfermedades patológicas el 38.33% de la población especificó que, si tienen pariente con dichos antecedentes, y además los participantes tienen o han tenido problemas de salud mental.

En Maltrato, el 61.66% de la población ha manifestado que sufrió maltrato, en la niñez, adolescencia, o por parte de la pareja, esto se observa más en el género femenino.

En Satisfacción familiar el 78.33% de la población manifestó que estaban en un lugar estable, que les gusta su casa, y que se sienten bien con las personas que viven, y los participantes que están solos o con la pareja, manifiestan que viven bien así, en su casa.

Competencia personal el 76.66% de la población manifiesta que se puede cuidar por sí mismo, o puede realizar ciertas actividades por sí mismo, pero según lo observado y dicho en la entrevista por ellos mismos, no aceptan que necesitan ayuda, en algunos casos viven con un familiar que los cuida, y se encargan de la casa en lo económico y mantenimiento, pero los adultos no lo aceptan y dicen lo contrario.

Los estudios sobre salud mental, indican que en El Salvador la ansiedad y depresión son muy comunes en la consulta en salud mental en población en general, (Gutiérrez, 2009, 2010). Sin embargo, en esta investigación se aprecia en los datos de las categorías explorados por el test, que, en todos los rasgos de personalidad, o los trastornos clínicos explorados, el nivel que es frecuente es el de no significativo, es decir, la ausencia de

síntomas de los aspectos de salud mental explorados, esto indica que no hay perturbación en la salud mental. Otro aspecto, es que las puntuaciones de los niveles de salud mental leve, moderado y perturbado en los aspectos en que hay población en esos niveles, no logran sobrepasar la puntuación del nivel no significativo, esto indica que es una mínima parte la que experimenta los síntomas. Por lo tanto, basándose los datos descriptivos se afirma que la salud mental de los adultos mayores del Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente no está determinada por los trastornos explorados por el test MILLÓN: Esquizoide, Fobia, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo/Sádico, Compulsivo, Pasivo/Agresivo Masoquista, Esquizotípica, Trastorno Limite, Paranoide, Trastorno de Ansiedad, Somatización, Hipomanía, Distimia, Abuso de Alcohol, Abuso de Drogas, Trastorno Psicótico, Depresión mayor, Trastorno Delirante. De estos aspectos los que tienen puntuaciones en niveles leve, moderado, severo y patrón descompensado no alcanza a ser la mitad de la población evaluada.

Se planteó una hipótesis la cual sostiene que El Diagnóstico de la Salud Mental de Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente, está definido por los trastornos: Dependencia, Ansiedad, Somatización, Depresión Mayor, Trastorno Delirante, Abuso de Alcohol y Abuso de Drogas. Al aplicar, la prueba de proporciones, se observa que el dato encontrado -7.22 es menor al dato de tabla que es el valor $Z 1.65$ por lo que, según esta prueba, la salud mental de los participantes no es determinada por Dependencia, Ansiedad, Somatización, Depresión Mayor, Trastorno Delirante, Abuso de Alcohol y Abuso de Drogas. Este resultado es diferente a lo que plantea el sitio web. Librería digital, 2019, que dice: factores de riesgo psicosocial, la pérdida de los papeles sociales, la pérdida de la autonomía, la muerte de los amigos y

familiares, la disminución de la salud, el aislamiento, las limitaciones financieras y el funcionamiento cognitivo disminuido. Pueden predisponer al anciano a Trastornos depresivos, Trastorno delirante, Trastorno Bipolar, Esquizofrenia, Trastornos de ansiedad, Trastornos somatomorfos, Trastornos por uso de alcohol y otras sustancias, Trastornos del sueño.

Con respecto a la entrevista, se observa en las variables sociodemográficas y salud mental no existe relación desfavorable. Básicamente los resultados son positivos en el sentido que aspectos como religión y otros benefician en la salud mental de la población evaluada.

Los factores psicosociales que predisponen a los adultos mayores a sufrir trastornos de salud mental no han sido determinantes, de manera tal que les genere un trastorno mental, la comunidad se presta para que el anciano se sienta motivado a salir de su casa y a que sea un poco más social, (religión, amistades, entorno social) y la pérdida de autonomía ha sido de mayor aceptación (siempre hay alguien que apoya al adulto mayor), en lo económico siempre hay una persona que está pendiente de ellos. Lo que es el factor de la muerte de un conyugue quienes lo han experimentado se han adaptado a la pérdida, porque gozan de la compañía de un hijo/a o nieto/a.

De igual manera al presentar una enfermedad física cuentan con el apoyo de algún familiar o al no ser así, se aferran a la religión a la cual pertenecen teniendo la fe o creencia de que van a mejorar. En la entrevista se rescataron datos sobre cómo viven en la actualidad: la mayoría de ancianos cuentan con apoyo social o tienen a alguien que

está pendiente de ellos física y económicamente, aunque no vivan en el hogar. Pero si existen casos en los que las personas si desarrollan un nivel alto en un trastorno mental.

Sin embargo, si existen casos en los que las personas si desarrollan un nivel alto en un trastorno mental. Ellos pueden ser más vulnerables” *El adulto mayor es vulnerable al maltrato físico y psicológico. La depresión en el adulto mayor puede causar grandes sufrimientos y trastornos a la vida humana; los afectados son el 7% de la población de adultos mayores y representa 1.6% de la discapacidad total de personas de más de 60 años. Es muy importante que en los establecimientos de salud especialmente en los del primer nivel de atención se pueda diagnosticar y tratar como se debe la depresión*”, señaló el Dr. Rúales. Los adultos mayores son más vulnerables a cualquier tipo de maltrato ya sea físico o psicológico, están más expuestos porque sus defensas bajan y de esa manera pueden desarrollar o adquirir algún trastorno mental.

El hecho de gozar de salud mental satisfactoria no solo implica la ausencia de enfermedad. El componente de salud mental está implícito no como un trastorno mental sino como un componente de sentimientos, de comportamientos, de ideas, el cual debe ser atendido por todo profesional de la salud”, según el Dr. Carlos Escalante, Jefe Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, citado en OPS/OMS (2011). Las emociones encontradas que están presente en las respuestas del test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN son: Miedo, Alegría, Tristeza. Y según el desarrollo de la entrevista se encuentran que las emociones presentes son: Miedo, Ira, Alegría, Tristeza. De hecho, para este aspecto es la tendencia a equilibrio emocional

5.4 Análisis por categoría

La mayoría de los participantes han tenido una infancia difícil e incluso dolorosa; algunos de ellos manifiestan haber recibido maltratos, esto ha repercutido en sus vidas. Pero según su historia, poco disfrutaron de esa etapa debido a que realizaban diversos trabajos. Otros de los participantes describen su infancia como feliz, pero que igual, les correspondió hacer tareas que muchas veces les impedía divertirse. La mayoría de los participantes, recuerda que para sus padres siempre era primero el trabajo, porque incluso los sacaban de estudiar, decían que la escuela no es algo muy productivo y que a lo largo del tiempo solo sería una pérdida del mismo. Esta visión de las cosas era determinada por la situación económica complicada, y pues había que trabajar y llevar comida a la casa. Por este motivo, casi todos cursaron solo los primeros años de la educación básica, muy pocos continuaron sus estudios.

Antecedente de Salud Mental y enfermedades patológicas.

En salud mental y enfermedades patológicas: el 38.33% de la población manifestó que los familiares padecen de algún problema psicológico, y existen antecedentes en los que familiares han estado en tratamiento psiquiátrico por esquizofrenia y problemas de depresión. El resultado más frecuente en la entrevista es: que adolecen de una enfermedad física, tales como: diabetes, problemas del corazón, problemas de nervios, temblores en el cuerpo, dolores de cabeza o articulaciones, lagunas mentales, aquí manifestaron de que muchas veces se sienten solos y melancólicos “tristes” o tienden a llorar con facilidad.

Maltrato

El 78.33% de los participantes manifestaron que experimentaron maltrato en su infancia, este fue desde físico hasta psicológico, las mujeres expresaron que en su mayoría sufrieron maltrato físico y psicológico, pues ellas ejercían la responsabilidad del hogar desde muy menor edad, también dicen que sufrieron maltrato por parte de su pareja o esposo, pues se casaron o acompañaron a muy temprana edad, y comentan que sus parejas eran alcohólicos, machistas o mujeriegos. Por otra parte, los hombres refieren haber sido víctimas de maltrato físico; si no iban a trabajar los golpeaban; desde pequeños tenían que aportar dinero al hogar, ejerciendo trabajos de campo y el papel de padre hacia sus hermanos. Se puede observar, según la entrevista, que las mujeres han sufrido mayor maltrato, porque por lo narrado existe una secuencia de maltrato desde la infancia, la adolescencia y la adultez.

Satisfacción familiar.

El 78.33% de los participantes manifestaron que se sienten bien en el lugar en que viven, en su entorno social (casa, iglesia, vecinos, comunidad), esto independiente de su estado familiar, con su esposo si es mujer o con su esposa si es hombre, viven también con sus hijas e hijos, nietas o nietos o hermanos o hermanas e incluso vivir solos. La mayoría dice que la relación con sus familiares y con quienes conviven es buena, pero existe un porcentaje mínimo de 14.7% que refiere que no se sienten bien con sus familiares y la razón es porque sienten que se aprovechan de ellos. También hay personas que no les gusta vivir con alguien porque prefieren estar solas, estas personas tienen malas relaciones interpersonales, puesto que no se llevan con los vecinos, ni con nadie.

Competencia personal.

El 76.66% de los participantes son personas dependientes de los familiares, por su edad o alguna enfermedad, necesitan apoyo de alguien más; sin embargo, esto no es en todos los casos ya que el 23.33% expreso que es mejor estar solo. Refieren que aun pueden mantenerse por sí mismos, se sienten independientes en su cuidado y en lo que necesitan. Lo que si necesitan y reciben es ayuda económica de familiares. Aunque por lo observado estas personas les cuesta aceptar que alguien les preste ayuda, porque no desean sentirse una carga. Siempre hay alguna persona pendiente del hogar y lo económico.

5.5 Prueba de Hipótesis

La prueba de hipótesis se realiza mediante el estadístico de proporciones con aproximación a la distribución normal, ya que se cumplen las siguientes características: que la determinación de los trastornos presentes en las personas del Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente mayores de 60 años se midió frecuentemente, el tamaño de la muestra “n” es mayor que 30, en este caso $n = 60$, y a pesar de que el muestreo no es aleatorio se realiza la prueba de hipótesis a una confianza del 95%, cuyo resultado es principalmente válido en poblaciones dentro de las mismas condiciones (es decir, no se puede generalizar a otras poblaciones).

Para ello, se realizan los siguientes pasos:

Paso 1. Establecimiento de Hipótesis.

Según el enunciado de las hipótesis su planteamiento queda así (donde P es la frecuencia o proporción promedio personas con trastornos en niveles desde *leve* hasta con *patrón descompensado* en la muestra en estudio):

$$H_i: P > 50\%.$$

$$H_o: P \leq 50\%.$$

Paso 2. Nivel de Confianza. Para la prueba el nivel de confianza que se utilizó es del 95%, lo cual genera un valor de decisión de 1.65 dado que hipótesis de trabajo es unilateral derecha, con 0.05 de significancia. Este valor es encontrado en la tabla de distribución normal, este es llamado valor Z de tabla, Z_t (ver anexo # 5).

Paso 3. Cálculo del valor de Z del estudio (Z_c). Para determinar la presencia de los trastornos que definen el *diagnóstico de salud mental* normal y anormal, se utilizan los siguientes datos que son obtenidos de SPSS:

TRASTORNO	AUSENCIA	PRESENCIA				TOTAL (%)
	NO SIGNIFICATIVO	LEVE	MODERADO	SEVERO	PATRÓN DESCOMPENSADO	
Dependiente	51.7	48.3	0.0	0.0	0.0	48.3
Ansiedad	56.7	28.3	5.0	8.3	1.7	43.5
Somatización	55.0	25.0	11.7	8.3	0.0	45.0
Depresión	93.0	5.0	1.7	0.0	0.0	6.7
T. Delirante	60.0	36.7	1.7	1.7	0.0	40.1
Alcohol	90.0	6.7	3.3	0.0	0.0	10.0
Drogas	86.7	6.7	6.7	0.0	0.0	13.4
Total, de puntos porcentuales		156.7	30.1	18.3	1.7	206.8/7 = 29.54

Para calcular el valor de Z (Z_c) se hace el uso de la siguiente ecuación:

$$Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} \text{ Donde } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$$

Significado: P es el porcentaje de adultos mayores con presencia de algún trastorno.

\hat{p} es el porcentaje de adultos mayores con presencia de algún trastorno que se estima existen en la muestra en estudio.

$\sigma_{\hat{p}}$ se refiere al error estandarizado que se comete al realizar la prueba con este tamaño de muestra.

n es el tamaño de muestra de este estudio.

$$\text{Con } P = 50\% = 0.50, n = 60 \text{ y } \hat{p} = \frac{29.54/100}{60} = \frac{0.2954}{60} = 0.0049$$

$$\text{entonces } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{0.5(1-0.5)}{60}} = 0.0645$$

$$\text{Por lo que, } Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} = \frac{0.0049-0.500}{0.0645} = \frac{-0.4951}{0.0645} = -7.68 . \text{ Así: } Z_c = -7.68$$

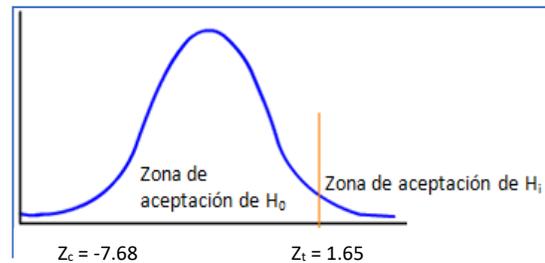
Paso 4. Reglas de Decisión.

Si Z_c es mayor que Z_t , entonces se acepta H_i

Si Z_c es menor que Z_t , entonces se acepta H_o

Paso 5. Decisión Estadística. Dado

que el valor Z calculado con los datos muestrales es de -7.68 el cual es menor al valor Z de tabla 1.65, entonces se acepta la hipótesis nula, la cual dice de la siguiente



manera: El Diagnóstico de la Salud Mental de Adultos Mayores residentes en el Barrio la Merced de la ciudad de San Rafael Oriente, evaluados con el test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN II (MCMII -II) no es: Dependencia, Ansiedad, Somatización, Depresión Mayor, Trastorno Delirante, Abuso de Alcohol y Abuso de Drogas.

CAPÍTULO

VI

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- La salud mental de los ancianos no es determinada por los trastornos explorados por el test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN que son: Dependencia, Ansiedad, Somatización, Depresión Mayor, Trastorno Delirante, Abuso de alcohol y Abuso de drogas.
- No se encuentra perturbación en salud mental, la mayor parte de los participantes se ubica en nivel no significativo y leve.
- Se encuentra que los siguientes trastornos explorados: Esquizotípico de la personalidad, Trastorno Paranoide de la personalidad, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Distímico, Trastorno de Somatización, Trastorno Delirante, son lo que se localizan en mayor nivel los resultados encontrados en las tablas, las cuales están asociadas a Edad, sexo, Nivel de estudio, Estado civil, Religión.
- Según el test INVENTARIO CLÍNICO MULTIXIAL DE MILLÓN, se encuentran presente las siguientes emociones: Miedo, Alegría, Tristeza. Y según entrevista se encuentran que las emociones presentes son: Miedo, Ira, Alegría, Tristeza.
- La salud mental está asociada positivamente con aspectos sociodemográficos como: religión, buenas relaciones interpersonales, estado civil. El entorno donde se encuentran los Adulto Mayor favorece al bienestar de físico y psicológico.

6.2 Recomendaciones

A la familia:

- Ayudar al adulto mayor a mantener su autonomía dentro de lo posible para que ellos se sientan útiles y autosuficientes, asignándoles tareas a realizar dentro y fuera del hogar, involucrándolos en actividades sociales.

A la Comunidad:

- Se deben desarrollar estrategias de prevención que mitiguen el riesgo y el daño en la salud mental en la población de adultos mayores.

A otras instituciones:

- Desarrollar estudios a esta etapa de la vida, debido a que la mayoría de los programas e investigaciones se enfocan en la niñez, adolescencia entre otros, presentando en este grupo un mínimo interés y el efecto de esto es que no se tienen los recursos necesarios.

Referencias Bibliográficas.

Libros:

- ✓ CABALLO. VICENTE E. “Manual de trastornos de la personalidad” Editorial Síntesis. Madrid, España. 2010. Pág. 217, <http://elpsicoasesor.com/caracteristicas-de-la-personalidad-dependiente/>
- ✓ RODRÍGUEZ, JORGE J, Salud Mental en la Comunidad. Organización Panamericana de la Salud, Washington D. C (2009), Pag, 58.
- ✓ PAPALIA, Desarrollo Humano (2009), Pag, 587)

Revistas:

- ✓ Revista Clínica de Medicina de Familia, Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. Pág 4, 16. Guzmán, R. E. (22 de octubre de 2011). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300009
- ✓ Revista Cubana de Medicina General Integral. versión impresa ISSN 0864-2125versión On-line ISSN 1561-3038, v.24 pág n.2. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011
- ✓ Revista Española de Geriatria y Gerontología, Vol. 41. Núm. 1.páginas 55-63 (Enero 2006) Recuperado el 15 de marzo de 2019, <https://www.elsevier.es/es-revista-resvistaespa%c3%b1ola-geriatria-gerontologia-124-articulo-integracion-teorias-del-envejecimiento-13084824>

- ✓ Revista Gerokomos, vol.20 no.4 Barcelona (dic. 2009). Recuperado el 19 de febrero de 2019. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003

Sitios Web:

- ✓ Alcohol, Organización Mundial de la Salud (2018) <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- ✓ Alucinaciones, causas y síntomas Mimenza (2019) <https://psicologiaymente.com/clinica/alucinaciones-causas-sintomas>
- ✓ Ansiedad en la vejez, Aesthesis (2016) <https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/ansiedad-en-la-vejez/>
- ✓ Aspectos emocionales y sociales del Adulto Mayor. Quiroz, M. A. (2015). <https://adigac.org/gallery/articulo%20mayra%201.pdf>
- ✓ Ausencia de habilidades sociales, Echeverria (2012) <https://sosteachercr.com/ausencia-de-habilidades-sociales/>
- ✓ Baja autoestima, Raffino. (7 de diciembre 2018). <https://concepto.de/baja-autoestima/>
- ✓ Cambios de conducta y la Personalidad en la Vejez. Coruxo (2018) <https://www.centroresidencialcoruxo.com/blog/cambios-de-conducta-y-depersonalidad-en-la-vejez#>
- ✓ Características de abuso de alcohol, Enciclopedia libre (2017) <https://www.caracteristicas.co/alcoholismo/#ixzz5iAfQq3kq>

- ✓ Características generales del envejecimiento y las personas mayores, Leuke (29 de enero 2018), <http://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/8768-caracteristicas-generales-del-envejecimiento-y-las-personas-mayores#.XUuPNehKjcc>
- ✓ Casos de trastornos mentales y del comportamiento notificados en los reportes de vigilancia semanal, El Salvador 2005 – 2012. San Salvador: El Salvador. Ministerio de Salud Pública (Minsal) (2012). https://www.researchgate.net/publication/256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_DEPRESION_COMO_INDICADORES_DE_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENTAL_EN_LOS_SALVADORENOS
- ✓ Como afecta la agresividad de una persona mayor, Cuidum (2017) <https://www.cuidum.com/blog/como-afecta-la-agresividad-de-una-persona-mayor-a-suentorno-familiar/>
- ✓ Complejo de superioridad: síntomas y tratamiento, Glover (2018). <https://www.psicologia-online.com/complejo-de-superioridad-sintomas-y-tratamiento-3589.html>
- ✓ Datos factuales sobre el envejecimiento y el alcohol, Healt&Human (2017) <https://www.nia.nih.gov/health/datos-factuales-sobre-envejecimiento-alcohol>
- ✓ Definición de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, (2013). https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- ✓ Deliro, Mayo Clinic (2018) <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/delirium/symptoms-causes/syc-20371386>
- ✓ Depresión en los adultos mayores, Dr. Tango. (7 de agosto de 2018). <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.html>

- ✓ Día Mundial de la Salud- Envejecimiento y salud “La salud añade vida a los años”, Organización Panamericana de la Salud (2012).
https://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=550:día-mundial-salud-envejecimiento-salud-salud-anade-vida-anos&Itemid=291
- ✓ Drogas en el punto de mira Nota del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, Gossop (2008)
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50566_ES_TDAD08001ESC_web.pdf
- ✓ El efecto del estado civil y la conveniencia en pareja en la salud, Sociologías (2015), <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5145047>
- ✓ Emociones positivas y negativas: definición y listas, Bastardas (2019)
<https://www.psicologia-online.com/emociones-positivas-y-negativas-definicion-y-lista-4532.html>
- ✓ Envejecimiento y salud, Organización Mundial de la Salud (2018).
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- ✓ Envejecimiento y salud, Organización Mundial de la Salud (2018).
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- ✓ En El Salvador hay 12 adultos mayores por cada 100 personas Hernandez (2019),
<https://www.elsalvador.com/eldiariodehoy/en-el-salvador-hay-12-adultos-mayores-por-cada-100-personas/612690/2019/>
- ✓ Estadísticas nacionales de atención primaria en salud. San Salvador: El Salvador. Programa nacional de garantía de la calidad de los servicios de salud en El Salvador. San Salvador: El Salvador. Minsal (2003).

256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_DEPRESION_COMO_INDICADORES_DE
_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENTAL_EN_LOS_SALVADORENOS

- ✓ Estadísticas nacionales de atención primaria en salud, Suicidios e intentos de suicidio. San Salvador: El Salvador. Ministerio de Salud (Minsal). (2010).

256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_DEPRESION_COMO_INDICADORES_DE
_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENTAL_EN_LOS_SALVADORENOS

- ✓ Fundación Educación Emocional, Malaisi (2018)
<https://fundacioneducacionemocional.org/que-es-la-tristeza/>

- ✓ Inestabilidad Emocional, Diaz (2018)
<https://www.facebook.com/ResidenciaBerenice/posts/1790252491026455:0>

- ✓ Información general sobre Trastorno de sueño Plus (2019)
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000800.htm> Informe de estadístico de suicidios., San Salvador: El Salvador. Instituto de Medicina Legal, Corte Suprema de Justicia (IML. 2008).

[https://www.researchgate.net/publication/256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_D
EPRESION_COMO_INDICADORES_DE_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENT
AL_EN_LOS_SALVADORENOS](https://www.researchgate.net/publication/256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_DEPRESION_COMO_INDICADORES_DE_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENTAL_EN_LOS_SALVADORENOS)

- ✓ La violencia social delincencial asociada a la salud mental en los salvadoreños. Universidad Tecnológica de El Salvador. Tecnoimpresos. San Salvador: El Salvador. Gutiérrez, J.R. (2012).

[https://www.researchgate.net/publication/256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_D
EPRESION_COMO_INDICADORES_DE_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENT
AL_EN_LOS_SALVADORENOS](https://www.researchgate.net/publication/256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_DEPRESION_COMO_INDICADORES_DE_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENTAL_EN_LOS_SALVADORENOS)

- ✓ La distimia, Guerri (2018) <https://www.psicoadictiva.com/blog/la-distimia-en-que-se-diferencia-de-la-depresion/>
- ✓ La soledad para personas mayores , un riesgo para la salud Carflor (2016), <http://www.carflor.com/blog/la-soledad-en-las-personas-mayores-riesgo-salud/>
- ✓ La salud mental y los adultos mayores, Organización Mundial de la Salud (2017), <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- ✓ La salud mental y los adultos mayores, Organización Mundial de la Salud, (2017). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- ✓ La salud mental, una deuda histórica en El Salvador, La Palabra Universitaria. Universidad Tecnológica de El Salvador: San Salvador, Guitierrez (2009). https://www.researchgate.net/publication/256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_DEPRESION_COMO_INDICADORES_DE_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENTAL_EN_LOS_SALVADORENOS
- ✓ Las 10 fobias y miedos más comunes en las personas adultas. Esfera Psicología (2015), <https://esferapsicologosmadrid.com/blog/las-10-fobias-miedos-mas-comunes-en-personas/>
- ✓ Los adultos mayores y el consumo de medicamentos, Organización Panamericana de la Salud (2012), <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Medicamentos-span.pdf>
- ✓ Miedo, Psicólogos en Madrid, EU (12 de julio 2016) <http://psicologosenmadrid.eu/tag/miedo-definicion-psicologia/>

- ✓ Modelo de atención en Salud para la persona mayor, Ministerio de Salud (2018),
Recuperado de:
file:///C:/Users/Aida%20Segovia/Downloads/MODELO_DE_ATENCION_EN_SALUD_PARA_LA_PERSONA_DE_ADULTO_MAYOR.pdf
- ✓ Perfeccionismo: Una guía básica sobre este rasgo de personalidad. Cerdán (2018)
<https://blog.cognifit.com/es/perfeccionismo/>
- ✓ Perfeccionismo: Una guía básica sobre este rasgo de personalidad. Cerdan (2016).
<https://blog.cognifit.com/es/perfeccionismo/>
- ✓ Personas cínicas: sus 7 características y rasgos típicos. Torres (2019).
<https://psicologiaymente.com/personalidad/personas-cinicas>
- ✓ Personas que se pasan la vida buscando atención, Franco (2019).
<https://lamenteesmaravillosa.com/personas-que-se-pasan-la-vida-buscando-atencion/>
- ✓ Política Nacional de Salud Mental. Diario Oficial, San Salvador: El Salvador. Ministerio de salud Pública (Minsal) (2011).
https://www.researchgate.net/publication/256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_DEPRESION_COMO_INDICADORES_DE_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENTAL_EN_LOS_SALVADORENOS
- ✓ Práctica de la Geriatría, 3e, Palafox (2011).
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1500§ionid=98101716>

- ✓ Psicología jurídica-forense, Psychology, F. (5 de Abril de 2011).
<https://psicologiajuridicaforense.wordpress.com/2011/04/25/trastorno-sadico-de-lapersonalidad/>
- ✓ Religión y espiritualidad en las personas mayores, Kaplan (2016),
<https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/cuestiones-sociales-que-afectan-a-las-personas-mayores/religi%C3%B3n-y-espiritualidad-en-las-personas-mayores>
- ✓ Salud Canales Madfre (2016). <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-y-geriatria/estado-confusional-agudo/>
- ✓ Salud Mental en la Comunidad. Rodríguez, Jorge J, Organización Panamericana de la Salud, Washington D. C (2009) REVISAR LIBRO
- ✓ Servicios de salud pública en San Salvador. Diseño de instrumento de medición. Gutiérrez, J.R. (2010).
https://www.researchgate.net/publication/256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_DEPRESION_COMO_INDICADORES_DE_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENTAL_EN_LOS_SALVADORENOS
- ✓ Sentimiento de pérdida en Adultos Mayores, Barrón (2018).
<https://www.zunoticia.com/sentimiento-de-perdida/>
- ✓ Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. Revista Panamericana de Salud Pública, 22 (5), 348-57. Rodríguez, J., Barrett, T., Narváez, S., Caldas, J., Levav, I., Saxena, S. (2007).
https://www.researchgate.net/publication/256081173_LA_ANSIEDAD_Y_LA_D

EPRESION_COMO_INDICADORES_DE_PROBLEMAS_DE_SALUD_MENT
AL_EN_LOS_SALVADORENOS

- ✓ Soledad y Aislamiento Social en el Anciano, el mundo de Trilicenta (26 de enero, 2011) <https://elmundodetrilicenta.wordpress.com/2011/01/26/soledad-y-aislamiento-social-en-el-anciano/>
- ✓ Tipos de dependencia en personas mayores, Espartinas Geriatrico (6 de mayo 2015), <http://www.espartinasgeriatrico.com/tipos-de-dependencia-en-personas-mayores/>
- ✓ Tipos de manipuladores emocionales, Molina (2009). <https://www.psicologoemocionalonline.com/manipuladores-emocionales/>
- ✓ Trastorno antisocial de la personalidad, Mayo Clinic (2019). <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/antisocial-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20353928>
- ✓ Trastorno de personalidad masoquista (autodestructivo), Pérez (2018) <https://lamenteesmaravillosa.com/trastorno-de-personalidad-masoquista-autodestructivo/>
- ✓ Trastorno de personalidad paranoica, Plus (2019). <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000938.htm>
- ✓ Trastorno de personalidad paranoide, Serna (2019). <https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/trastornos-mentales/trastorno-de-personalidad-paranoide-12238>

- ✓ Trastorno esquizoide de la personalidad, Organización Mayo Clinic (2017),
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizoid-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20354414>
- ✓ Trastorno esquizotípico de la personalidad, Mayo Clinic (2017).
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/schizotypal-personality-disorder/symptoms-causes/syc-20353919>
- ✓ Trastorno histriónico de la personalidad, Medline Plus (2018).
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001531.htm>
- ✓ Trastorno Límite de la Personalidad, Psicología Clínica y de Salud (2016)
<https://isepclinic.es/wiki/trastorno-limite-de-la-personalidad/>
- ✓ Trastorno Narcisista de la Personalidad, Psicología Clínica y Salud (2016).
<https://isepclinic.es/wiki/trastorno-narcisista-de-la-personalidad/>
- ✓ Trastorno obsesivo compulsivo en la vejez ¿Cómo evoluciona el TOC?, Ofarrill (2016).
<https://infotiti.com/2016/07/trastorno-obsesivo-compulsivo-la-vejez-evolucionata-toc/>
- ✓ Trastorno Pasivo-Agresivo de la Personalidad: 10 rasgos característicos. Corbín (2013).
<https://psicologiyamente.com/clinica/trastorno-pasivo-agresivo-personalidad>
- ✓ Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad: características y tratamiento, Glover (2018)
<https://www.psicologia-online.com/trastorno-pasivo-agresivo-de-la-personalidad-caracteristicas-y-tratamiento-3576.html>
- ✓ Trastorno sádico de la personalidad: síntomas y características. Mimenza (2001).
<https://psicologiyamente.com/clinica/trastorno-sadico-de-personalidad>

- ✓ Trastornos mentales ancianos, Fascículo (2019), <https://encolombia.com/libreria-digital/medicina/ecmg/fasciculo-8/ecmg8-transtornos1/>
- ✓ Violencia física, Bembrine (2017).
https://www.ecured.cu/Violencia_f%C3%ADsica

ANEXOS

Anexo 1.

Escala 1: Esquizoide. La orientación pasiva retraída es semejante al trastorno de personalidad esquizoide del DSM-III-R*. Estos pacientes se distinguen por su carencia de deseo y su incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como también a sus demandas.

Escala 2: Fóbica (Evitativa). La orientación activa-retraída es muy parecida al trastorno de personalidad evitativo del DSM-III-R. Estos pacientes experimentan pocos refuerzos positivos tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancian siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolorosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantienen una actitud de vigilancia constante por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. Sólo pueden protegerse a sí mismos a través de una renuncia activa. A pesar de los deseos de relación, han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

Escala 3: Dependiente (Sumisa). La orientación pasivo-dependiente, derivada teóricamente, se corresponde con el trastorno de personalidad dependiente del DSM-III-R. Estos individuos han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la que se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo. La carencia en esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobreprotección parental. Como consecuencia de estas experiencias, han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, tras conocer qué atenciones y apoyos

pueden encontrar y sometiéndose de buena gana a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

Escala 4: Histriónica. La orientación activa-dependiente es equiparable al trastorno histriónico de la personalidad del DSM-III-R. Aunque se vuelven hacia los otros en igual o mayor medida que lo hacen los pasivo-dependientes, estos individuos parecen ser superficialmente bastante distintos a sus contrapuestos pasivos. Esta diferencia en el estilo manifiesto procede de la superficial y emprendedora manipulación de sucesos en los activos dependientes, mediante la cual aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Estos pacientes frecuentemente muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada. Sus comportamientos sociales inteligentes y frecuentemente astutos les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad; bajo esta apariencia, sin embargo, yace una autoconfianza engañosa y una necesidad de repetidas señales de aceptación y aprobación. Elogios y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan en cada fuente interpersonal y en cada contexto social.

Escala 5: Narcisista. La orientación pasivo independiente es paralela al trastorno de personalidad narcisista del DSM-III-R. Estos individuos se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer primario simplemente por permanecer pasivos, o centrados en sí mismos. Las experiencias tempranas les han enseñado a sobreestimar su propio valor; esta confianza y superioridad puede fundarse en falsas promesas; esto es, podría no estar confirmado por aspiraciones verdaderas o maduras. No obstante, presumen alegremente de que los demás reconocerán sus particularidades. A partir de aquí, mantienen un aire de autoconfianza arrogante y, aún sin intención o propósito conscientes, explotan a los demás a su antojo. Aunque los elogios de otros sean tanto de ánimo como de bienvenida, su aire esnob y de presuntuosa superioridad exige poca confirmación para el logro de la aprobación social de cada pensamiento sincero. Su sublime confianza de que las cosas saldrán bien les proporciona pocos incentivos para comprometerse en el continuo tira y afloja de la vida social.

Escala 6A: Antisocial. La orientación activa-independiente es parecida al temperamento y comportamientos socialmente inaceptables del trastorno de personalidad antisocial del DSM-III-R. Estos individuos actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno en favor de uno mismo. Su tendencia al engrandecimiento refleja el escepticismo respecto a las motivaciones de los otros, el deseo de autonomía y el deseo de venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado. Son irresponsables e impulsivos, cualidades que juzgan justificadas, al asumir que los demás son informales y desleales. Insensibilidad y crueldad son sus únicos medios para evitar abusos y engaños.

Escala 6B: Agresivo-sádica. La orientación activo-discordante extiende los límites del DSM-III-R en una nueva e importante dirección, detectando individuos que no son juzgados públicamente como antisociales, pero cuyas acciones significan satisfacción y placer personal en comportamientos que humillan a los demás y violan sus derechos y sentimientos. Dependiendo de la clase social y de otros factores moderadores, pueden igualar los aspectos clínicos de lo que se conoce en la literatura como carácter sádico o, por otra parte, la exhibición de un estilo de carácter parecido al esfuerzo competitivo de la personalidad tipo A. Llamados personalidades agresivas en la teoría del autor, son generalmente hostiles, acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos contenciosos, abusivos y brutales. Aunque muchos recubran sus tendencias más dominadoras y maléficas mediante roles y profesiones socialmente aprobadas, muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

Escala 7: Compulsiva. La orientación pasiva-ambivalente coincide con el trastorno de personalidad compulsivo del DSM-III-R. Estos individuos han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad

hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no solamente suprimiendo el resentimiento, sino también sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás. Sus disciplinadas autorrestricciones sirven para el intenso control, aunque oculto, de sentimientos opuestos, resultando en una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes. Detrás de este frente de decoro y restricción, sin embargo, aparecen el enfado intenso y sentimientos opositoristas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

Escala 8A: Pasivo-agresiva. La orientación activa-ambivalente se aproxima al trastorno de personalidad pasivo-agresiva del DS-III-R, aunque es más extenso en el número y la diversidad de características que comprende. Estos individuos pugnan entre seguir los refuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Esta pugna representa una incapacidad para resolver conflictos parecidos a los del pasivo-ambivalente (compulsivo); sin embargo, los conflictos de las personalidades activas ambivalentes permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Estos pacientes se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia, y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón errático de terquedad o enfado explosivo entremezclado con períodos de culpabilidad y vergüenza.

Escala 8B: Autodestructiva (Masoquista). La orientación pasivo-discordante corresponde a la nueva propuesta del DSM-III-R, el trastorno de personalidad autodestructivo (masoquista), un tipo de carácter bien descrito en la literatura clínica. Relacionándose con los demás de una manera obsequiosa y autosacrificada, estas personas permiten, y quizás fomentan, que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Centrándonos en sus aspectos más lamentables, muchos afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y angustia, estados que ellos experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente sus percances pasados y transforman otras circunstancias afortunadas en resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de una manera modesta e intentan pasar desapercibidos,

frecuentemente intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

En la teoría se formulan tres propuestas adicionales de personalidad patológica para representar problemas estructurales graves y procesos disfuncionales. Difieren de las 10 primeras configuraciones en varios criterios, sobre todo, por su déficit en la competencia social y frecuentes (aunque fácilmente reversibles) episodios psicóticos. Son especialmente vulnerables a las tensiones cotidianas de la vida, menos integrados desde el punto de vista de la organización de la personalidad y menos efectivos en el afrontamiento que los 10 tipos más leves. Se resumen a continuación sus aspectos importantes y similitudes con los trastornos de personalidad del DSM-III-R.

Escala S: Esquizotípica. El trastorno de personalidad esquizotípico del DSM-III-R representa un patrón de distanciamiento disfuncional cognitivo e interpersonal. Estas personas prefieren el aislamiento social con mínimas obligaciones y apegos personales. Inclínados a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y estos individuos son percibidos frecuentemente por los demás como extraños o diferentes. Dependiendo de si su modelo básico ha sido el activo o el pasivo, muestran bien una cautela ansiosa e hipersensible o un desconcierto emocional y falta de afecto.

Escala C: Límite (Borderline). En el trastorno de personalidad límite del DSM-III-R con frecuencia subyacen contenidos teóricos de las pautas dependiente, discordante, independiente y ambivalente. Cada una de estas personalidades límite tienen fallos estructurales, experimentando intensos estados de ánimo endógenos, con períodos recurrentes de abatimiento y apatía, frecuentemente entremezclados con períodos de enfado, inquietud o euforia. Lo que los distingue más claramente de los otros dos patrones graves -el Esquizotípico y el Paranoide- es la disregulación de sus afectos, vista

más claramente en la inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Además, muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, aparecen hiperpreocupados por asegurar el afecto, tienen dificultades para mantener un claro sentido de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Escala P: Paranoide. El trastorno de personalidad paranoide del DSM-III-R equipara más claramente aspectos de tres de los tipos que describe la teoría; primeramente, la pauta independiente, aunque también, de alcance algo menor, la discordante y la ambivalente. Estas personas muestran una desconfianza vigilante respecto de los demás y una defensa nerviosamente anticipada contra la decepción y las críticas. Hay una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia, lo que conduce a estos pacientes a resistirse al control y a las influencias externas, mientras que los otros dos patrones graves se caracterizan bien por la inestabilidad de sus afectos (Límite) o por la disregulación de sus pensamientos (Esquizotípico). Los paranoides se distinguen por la inmutabilidad de sus sentimientos y la rigidez de sus pensamientos.

Dado que pueden darse distintas covariaciones entre los síndromes del Eje I y los estilos de personalidad del Eje II, es crucial construir un modelo en el cual estas interrelaciones puedan especificarse claramente. Aunque los síndromes y las personalidades se evalúen independientemente, cada síndrome debería ser coordinado con el patrón específico de personalidad con el que se relaciona. La mayoría de los síndromes clínicos descritos en esta sección son de tipo reactivo, es decir, de menor duración que los trastornos de la personalidad. Representan comúnmente estados en los que un proceso patológico activo se manifiesta claramente. Muchos de estos síntomas son causados por sucesos externos y aparecen de golpe, frecuentemente acentuando o intensificando los aspectos más prosaicos del estilo básico de personalidad o premórbido. Durante períodos de patología activa, no es infrecuente en los distintos síntomas covariar al mismo tiempo y cambiar a través del tiempo en sus grados de gravedad. Las escalas "A", "H", "N", "D",

"B" y "T" representan trastornos de gravedad moderada; las escalas "SS", "CC" y "PP" reflejan trastornos de gravedad acentuada

Escala A: Ansiedad. Estos pacientes con frecuencia informan de sentimientos vagamente aprensivos o específicamente fóbicos, son típicamente tensos, indecisos e inquietos y tienden a quejarse de una gran variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos y náuseas. Una revisión de los ítemes específicos de la escala ayudará a determinar si el paciente es fóbico y, más específicamente, de una variedad "simple" o "social". Sin embargo, la mayoría muestra un estado generalizado de tensión, manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Los trastornos somáticos -por ejemplo, las manos sudorosas o los trastornos estomacales- son también característicos. También se muestran notablemente excitados y tienen un sentido aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Escala H: Histeriforme (tipo Somatoforme). Aquí encontramos dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento, una preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática, aunque inespecífica de dolores en regiones diferentes y no relacionadas del cuerpo. Algunos muestran evidencia de un trastorno primario de somatización que se manifiesta en quejas somáticas, recurrentes y múltiples, frecuentemente presentadas de una manera dramática, insidiosa o exagerada. Otros tienen una historia que puede ser mejor considerada como hipocondríaca, ya que interpretan las sensaciones o malestares físicos menores como si se tratase de un achaque serio. Si están presentes de forma objetiva verdaderas enfermedades, tienden a magnificarse a pesar de los informes médicos tranquilizadores. Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención.

Escala N: Hipomanía. Estos pacientes evidencian períodos de alegría superficial, elevada autoestima, nerviosa sobreactividad y distraibilidad, habla acelerada,

impulsividad e irritabilidad. También muestran un entusiasmo no selectivo; excesiva planificación para metas poco realistas; una invasión, incluso tiranizando y demandando más calidad en las relaciones interpersonales; disminución de las necesidades de sueño; fuga de ideas y cambios rápidos y lábiles del estado de ánimo. Las puntuaciones muy altas pueden significar procesos psicóticos, incluyendo ilusiones o alucinaciones.

Escala D: Neurosis depresiva (Distimia). Las puntuaciones altas implican que, aunque no aparezca en la vida cotidiana del paciente, se ha visto afectado por un período de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los períodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida. A menos que la escala "CC" (Depresión mayor) se eleve también notablemente, hay pocas probabilidades de que se evidencien aspectos de depresión psicótica. El examen detallado de los ítems específicos que comprenden las puntuaciones altas del paciente debería permitir a los clínicos discernir los aspectos particulares del estado de ánimo depresivo (por ejemplo, desesperanza o baja autoestima).

Escala B: Abuso del alcohol. Las puntuaciones altas del paciente probablemente indican una historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y, como consecuencia, experimentando un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral. Lo importante en esta escala y la siguiente (Abuso de las drogas) es la oportunidad de situar el problema dentro del contexto del estilo de personalidad total de afrontamiento y de funcionamiento del paciente.

Escala T: Abuso de las drogas. Es probable que estos pacientes hayan tenido una historia reciente o recurrente de abuso de drogas, tienden a tener dificultad para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos. Esta

escala está compuesta de muchos ítemes indirectos y sutiles, como la escala de Abuso del alcohol, y puede ser útil para identificar sujetos con problemas de abuso de las drogas que no están dispuestos a admitir su problema.

Escala SS: Pensamiento psicótico. Estos pacientes se clasifican de forma habitual como esquizofrénica, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorientados y ocasionalmente mostrando afectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estar aislados e incomprendidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento sigiloso o vigilante.

Escala CC: Depresión mayor. Estos pacientes son habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal, se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Algunos exhiben un marcado enlentecimiento motor, mientras que otros muestran una cualidad agitada, paseando continuamente y lamentando su estado triste. Varios procesos somáticos se perturban con frecuencia durante este periodo -son notables la disminución del apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz. Son comunes los problemas de concentración, así como sentimientos de inutilidad o culpabilidad. Se evidencian con frecuencia repetidas aprensiones e ideas obsesivas. Dependiendo del estilo de personalidad subyacente, puede haber un patrón tímido, introvertido y apartado, caracterizado por una inmovilidad perezosa, o un tono irritable, quejumbroso y lacrimógeno.

Escala PP: Trastorno delirante. Estos pacientes, con frecuencia considerados paranoideas agudos, pueden llegar a ser ocasionalmente beligerantes, experimentando delirios irracionales pero interconectados de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. Dependiendo de la constelación de otros síndromes concurrentes, puede haber

claros signos de trastornos del pensamiento e ideas de referencia. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados. Son típicamente concomitantes una tensión persistente, sospechas, vigilancia y alerta ante la posible traición.

Etapas procesales del MCMI-I

La fase de validación teórico sustantiva en el desarrollo del MCMI-I (la edición del MCMI) consistió en tres pasos secuenciales: (a) creación de una batería inicial de ítemes basados en la teoría, (b) reducción de la batería de ítemes en base a aspectos racionales y (c) selección de los ítemes para establecer dos formas provisionales equivalentes del instrumento

(Gynther, Burkhart y Hovanitz, 1979; Holden y Jackson, 1979; Wrobel y Lachar, 1982). Las características detalladas de cada síndrome, proporcionan un fondo de comportamientos típicos de respuesta ante síndromes diferentes expresados en diversas situaciones. La redacción de los ítemes, inicialmente escogidos desde este amplio espectro de características, aseguraron que el contenido de la batería inicial fuera abarcativo y representativo. Además de la Psicopatología Moderna (Millon, 1969) -el mayor texto explicativo en aquel tiempo -se analizaron más de 80 fuentes, incluyendo libros de psiquiatría y psicología, escalas de clasificación y pruebas de personalidad publicadas, para producir más de 3500 descriptores, orientados a constituir los ítemes. Se obtuvo un conjunto de 20 escalas clínicas basadas en la teoría; tres de las escalas originales fueron retiradas en la investigación posterior y reemplazadas por escalas de utilidad clínica potencialmente mayor. El subconjunto de las escalas básicas de personalidad varió en número desde 177 ítemes para el patrón Esquizoide hasta 432 para el grupo Antisocial; las escalas de trastornos de personalidad grave oscilaron desde 179 ítemes en la categoría Esquizotípica hasta 200 en el grupo Límite; las escalas de síndromes clínicos variaron en número desde 70 ítems en la categoría Histeriforme hasta 94 en el grupo Ansiedad. Todos los ítemes en esta etapa de desarrollo se expresaron para que la respuesta "Verdadero" significara la presencia del síndrome de la escala. Aunque hubo algún interés inicial con respecto a la predisposición "conformista" (Jackson y Messick, 1961), la investigación posterior indicó que su papel era probablemente menor

(Rorer, 1965). Además, los ensayos preliminares sugirieron que los ítems redactados de forma negativa carecerían de suficiente especificidad diferencial para ser útiles; esto es, hay demasiados tipos de síndromes posibles en un paciente para concluir que un ítem de un comportamiento particular no sea cierto.

2- ¿Actualmente con quienes vives y como se siente ahí?

3- ¿Como es la relación con sus familiares y que tipo de apoyo recibe de ellos?

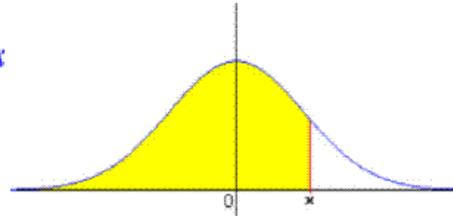
4- ¿Considera que usted se puede cuidar por sí mismo/a?

5- ¿En su familia ha habido casos de suicidio o personas con problemas psicológicos u otra enfermedad?

Anexo 3

TABLA DE DISTRIBUCIÓN NORMAL TIPIFICADA N(0,1)

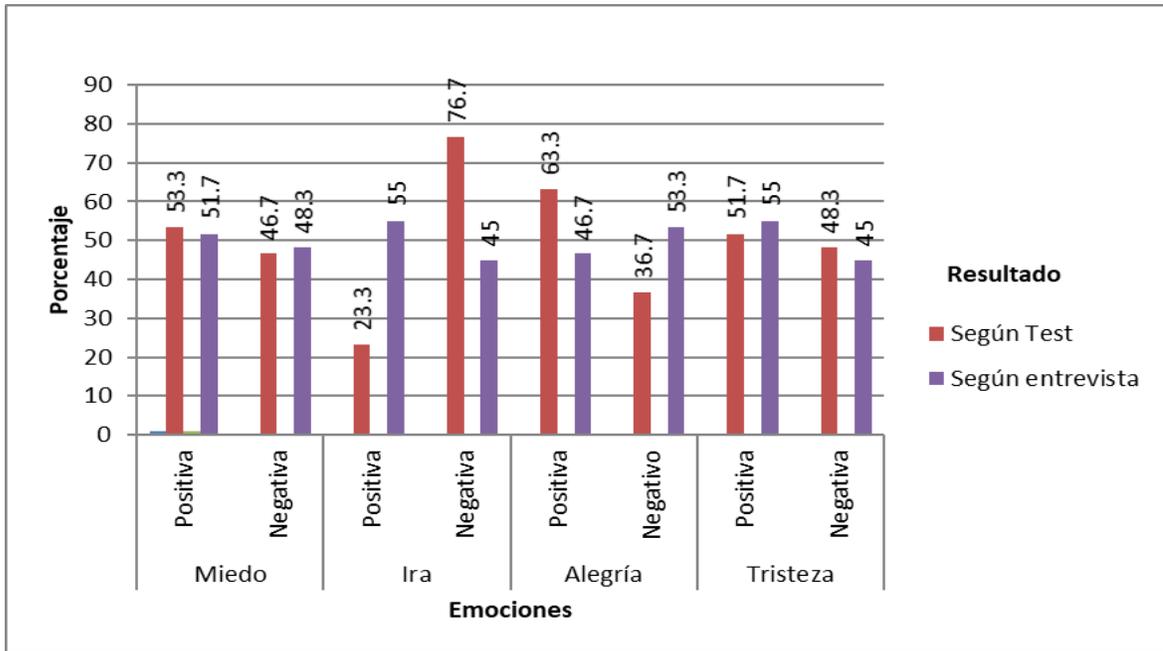
$$F(x)=P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{x^2}{2}} dx$$



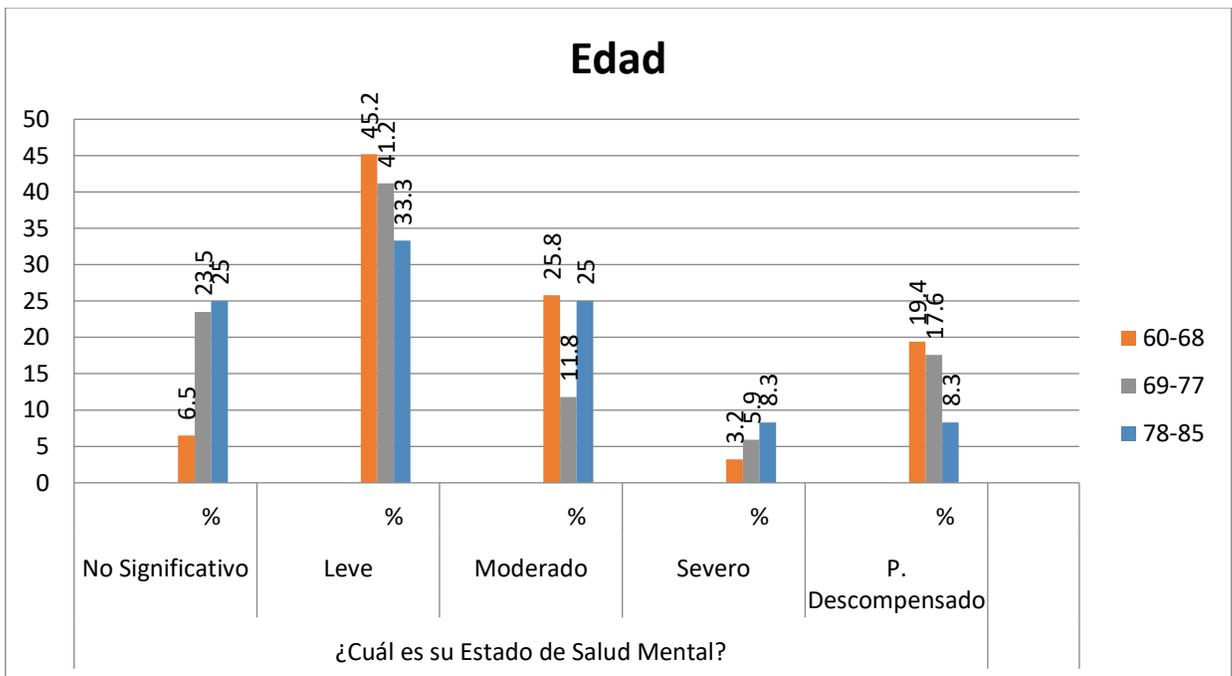
	.00	.01	.02	.03	.04	.05	.06	.07	.08	.09
0,0	0.5000	0.5040	0.5080	0.5120	0.5160	0.5199	0.5239	0.5279	0.5319	0.5359
0,1	0.5398	0.5438	0.5478	0.5517	0.5557	0.5596	0.5636	0.5675	0.5714	0.5753
0,2	0.5793	0.5832	0.5871	0.5910	0.5948	0.5987	0.6026	0.6064	0.6103	0.6141
0,3	0.6179	0.6217	0.6255	0.6293	0.6331	0.6368	0.6406	0.6443	0.6480	0.6517
0,4	0.6554	0.6591	0.6628	0.6664	0.6700	0.6736	0.6772	0.6808	0.6844	0.6879
0,5	0.6915	0.6950	0.6985	0.7019	0.7054	0.7088	0.7123	0.7157	0.7190	0.7224
0,6	0.7257	0.7291	0.7324	0.7357	0.7389	0.7422	0.7454	0.7486	0.7517	0.7549
0,7	0.7580	0.7611	0.7642	0.7673	0.7704	0.7734	0.7764	0.7794	0.7823	0.7852
0,8	0.7881	0.7910	0.7939	0.7967	0.7995	0.8023	0.8051	0.8079	0.8106	0.8133
0,9	0.8159	0.8186	0.8212	0.8238	0.8264	0.8289	0.8315	0.8340	0.8365	0.8389
1,0	0.8413	0.8438	0.8461	0.8485	0.8508	0.8531	0.8554	0.8577	0.8599	0.8621
1,1	0.8643	0.8665	0.8686	0.8708	0.8729	0.8749	0.8770	0.8790	0.8810	0.8830
1,2	0.8849	0.8869	0.8888	0.8907	0.8925	0.8944	0.8962	0.8980	0.8997	0.9015
1,3	0.9032	0.9049	0.9066	0.9082	0.9099	0.9115	0.9131	0.9147	0.9162	0.9177
1,4	0.9192	0.9207	0.9222	0.9236	0.9251	0.9265	0.9279	0.9292	0.9306	0.9319
1,5	0.9332	0.9345	0.9357	0.9370	0.9382	0.9394	0.9406	0.9418	0.9429	0.9441
1,6	0.9452	0.9463	0.9474	0.9484	0.9495	0.9505	0.9515	0.9525	0.9535	0.9545
1,7	0.9554	0.9564	0.9573	0.9582	0.9591	0.9599	0.9608	0.9616	0.9625	0.9633
1,8	0.9641	0.9649	0.9656	0.9664	0.9671	0.9678	0.9686	0.9693	0.9699	0.9706
1,9	0.9713	0.9719	0.9726	0.9732	0.9738	0.9744	0.9750	0.9756	0.9761	0.9767
2,0	0.9772	0.9778	0.9783	0.9788	0.9793	0.9798	0.9803	0.9808	0.9812	0.9817
2,1	0.9821	0.9826	0.9830	0.9834	0.9838	0.9842	0.9846	0.9850	0.9854	0.9857
2,2	0.9861	0.9864	0.9868	0.9871	0.9875	0.9878	0.9881	0.9884	0.9887	0.9890
2,3	0.9893	0.9896	0.9898	0.9901	0.9904	0.9906	0.9909	0.9911	0.9913	0.9916
2,4	0.9918	0.9920	0.9922	0.9925	0.9927	0.9929	0.9931	0.9932	0.9934	0.9936
2,5	0.9938	0.9940	0.9941	0.9943	0.9945	0.9946	0.9948	0.9949	0.9951	0.9952
2,6	0.9953	0.9955	0.9956	0.9957	0.9959	0.9960	0.9961	0.9962	0.9963	0.9964
2,7	0.9965	0.9966	0.9967	0.9968	0.9969	0.9970	0.9971	0.9972	0.9973	0.9974
2,8	0.9974	0.9975	0.9976	0.9977	0.9977	0.9978	0.9979	0.9979	0.9980	0.9981
2,9	0.9981	0.9982	0.9982	0.9983	0.9984	0.9984	0.9985	0.9985	0.9986	0.9986
3,0	0.9987	0.9987	0.9987	0.9988	0.9988	0.9989	0.9989	0.9989	0.9990	0.9990

Anexo 4 Graficas

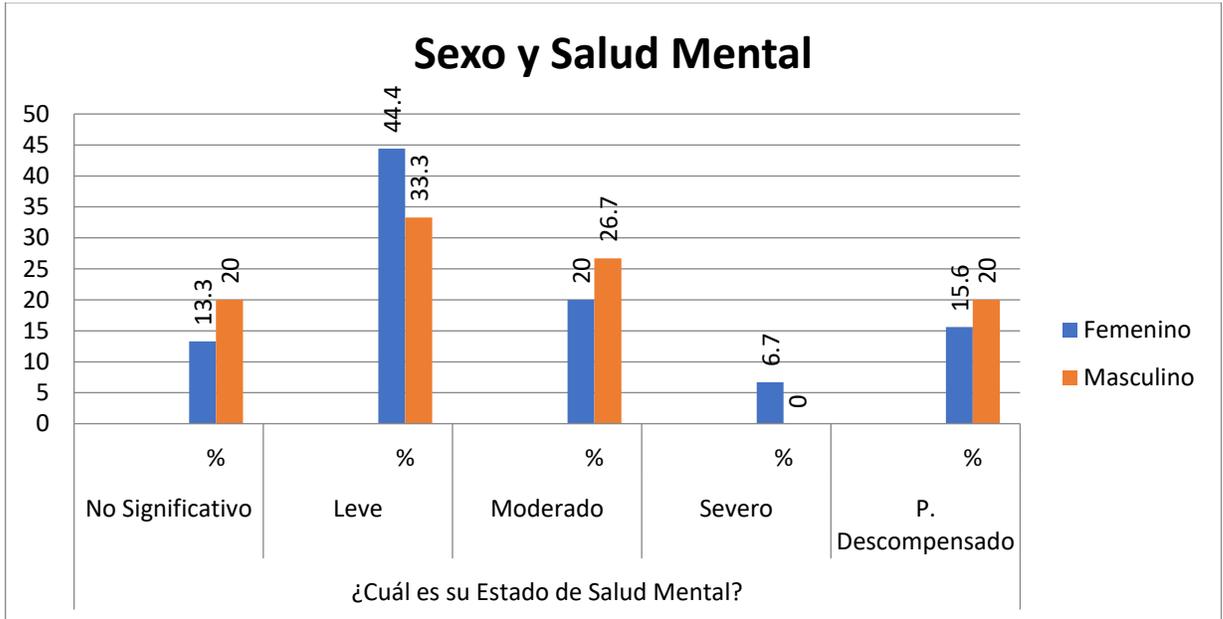
Grafica N°1 Emociones



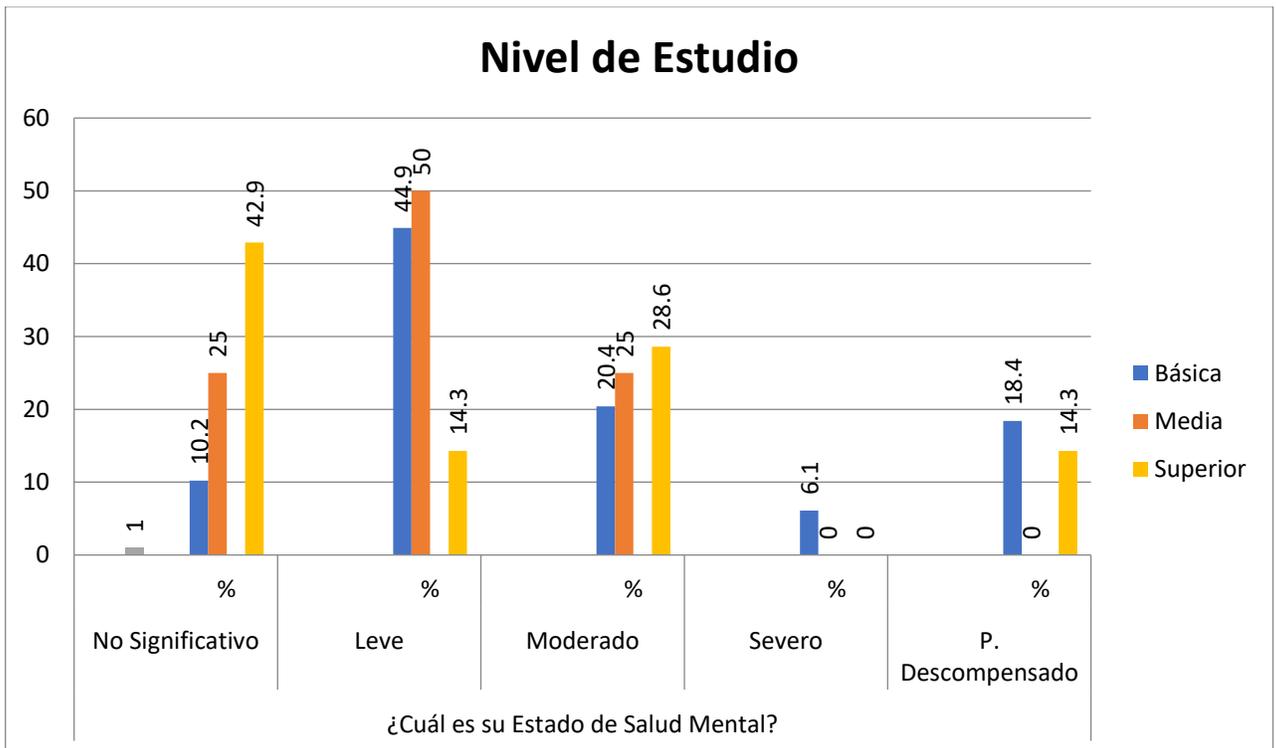
Grafica N° 2 Edad



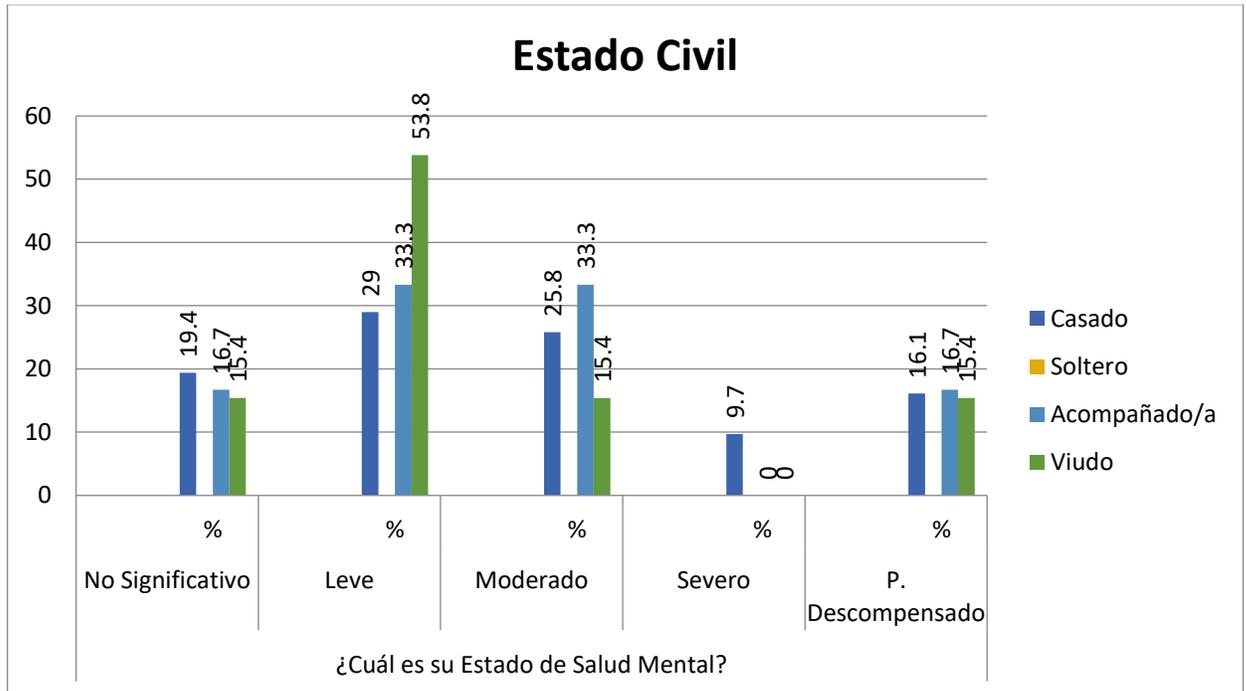
Grafica N° 3 Sexo



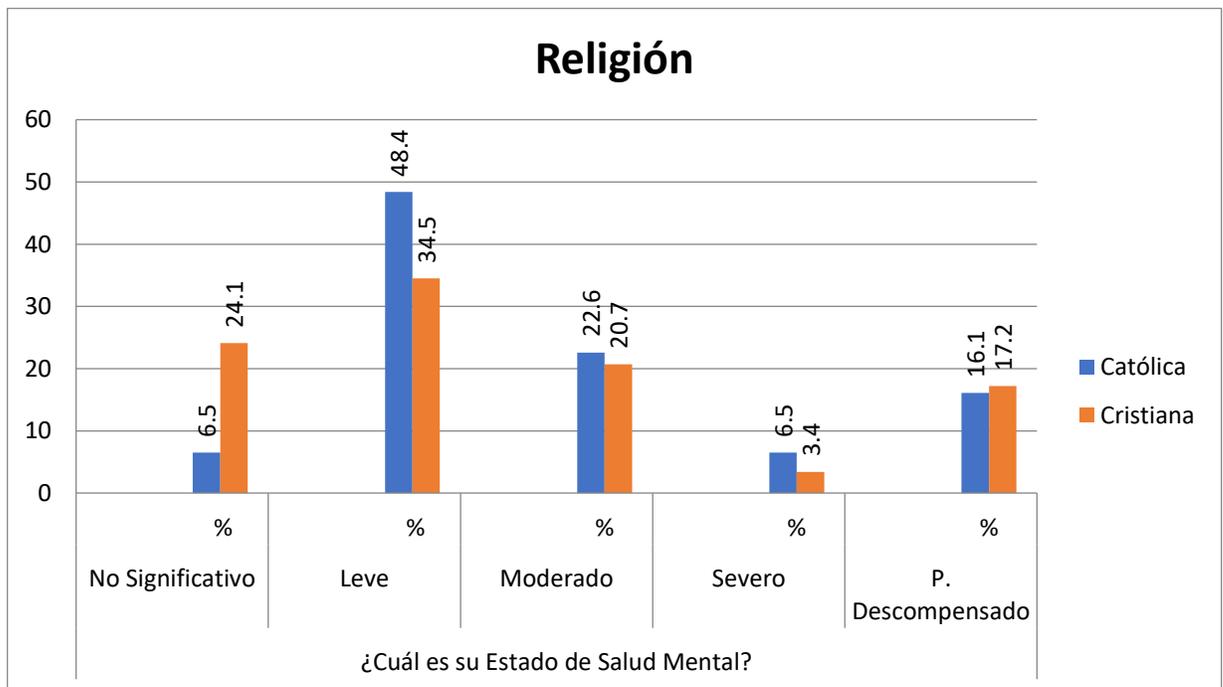
Grafica N° 4 Nivel De Estudio



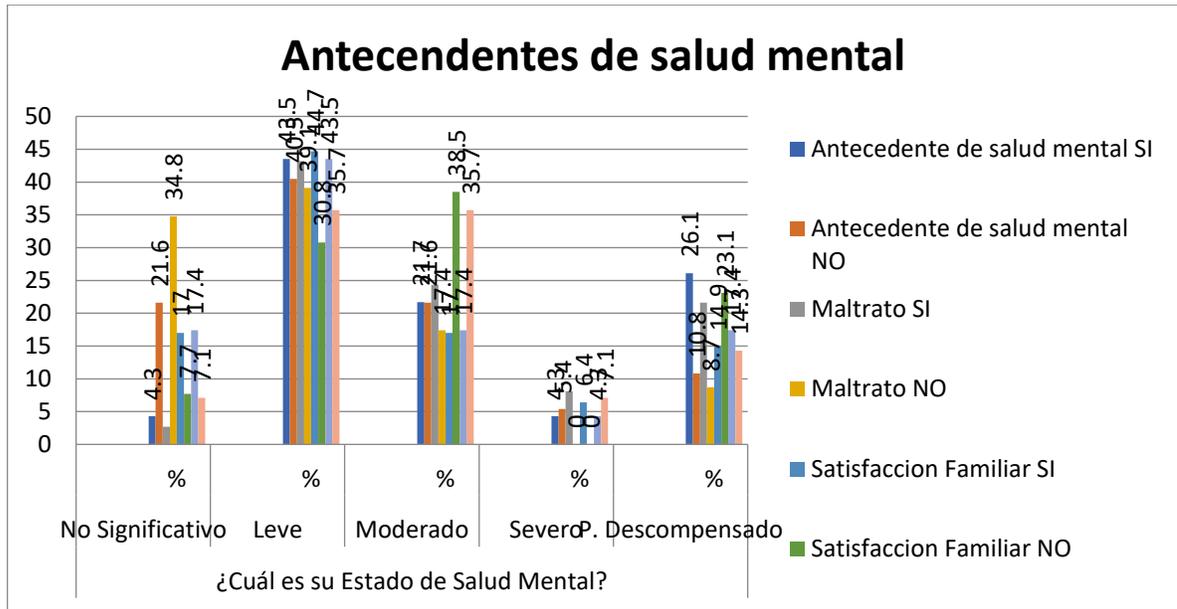
Grafica N° 5 Estado Civil



Grafica N° 6 Religión



Grafica 7 Antecedentes de Salud Mental



Grafica 8 Trastornos

