UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

Título: Perfil psicosocial de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en fundación de desarrollo social de Quezaltepeque, periodo 2024.

Anteproyecto para ser presentado para su revisión y aprobación

Presentado por:

- Katherine Vanessa Navarro Portillo
- Patricia Eugenia Ramos Marín
- Osmar Enoc Portillo Ayala

Asesor: Dra. Liliam Herrera

Fecha: octubre de 2024

Contenido

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR 1
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
A. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
B. ENUNCIADO DEL PROBLEMA 5
C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 6
OBJETIVO GENERAL 6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 6
D. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN 7
E. JUSTIFICACIÓN 8
F. FACTIBILIDAD 9
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA 10
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 23
A. ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO 23
B. SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO 23
C. MATRIZ DE VARIABLES E INDICADORES 25
D. TÉCNICAS A EMPLEAR EN RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN 28
E. INSTRUMENTOS DE REGISTRO Y MEDICIÓN 28
F. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN 29
G. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS 29
H. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 30
I. PRESUPUESTO 31
J. ESTRATEGIAS DE UTILIZACIÓN DE RESULTADOS 32
CAPÌTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN. 33
A. DISCUSIÒN DE RESULTADOS 39
CAPÌTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 40
K. BIBLIOGRAFÍA 43
ANEXOS 47
Anexo 1 47
ANEXO 2 48
ANEXO 3 52

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles repercuten sensiblemente en el bienestar y calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados, especialmente en las personas adultas mayores, quienes son más vulnerables para el padecimiento de trastornos sicosociales. **OBJETIVO:** Caracterizar el perfil psicosocial del paciente adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de la Fundación de Desarrollo Social Quezaltepeque. **METODOLOGÌA:** El enfoque del estudio es cuantitativo, de tipo descriptivo; con una muestra de 170 pacientes. **RESULTADOS:** la mayoría de los participantes se encuentra en el rango de 60 a 65 años, con una distribución casi equitativa entre hombres y mujeres, aunque los hombres predominan en los grupos de edad mayores. En cuanto al estado civil, la mayor proporción son casados; la ocupación de los participantes muestra que muchos se dedican a diversas actividades laborales, aunque las mujeres tienden a estar más activas que los hombres, que suelen estar jubilados. Un hallazgo significativo es que el 100% de los pacientes presenta trastornos de ansiedad, mientras que la depresión afecta más a las mujeres. La depresión es más prevalente en aquellos con diabetes mellitus en comparación con los que solo padecen hipertensión arterial; en cuanto a la calidad de vida; aquellos con solo una de las enfermedades crónicas perciben su calidad de vida como buena, mientras que quienes padecen ambas condiciones reportan una calidad de vida baja. **CONCLUSIÒN:** Los pacientes adultos mayores que padecen principalmente de Diabetes son los que predominan en el padecimiento de Ansiedad y depresión.

Palabras Clave: Adulto mayor, trastornos psicosociales, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus son consideradas enfermedades crónicas debido que tienen una larga duración (OMS, mayor a 6 meses), suelen recurrir a tratamientos continuos y existe una progresión lenta del paciente. No son consideradas transmitibles de persona a persona. La población con mayor índice de estos padecimientos, son los adultos mayores, debido que no existe un control pertinente por parte de las personas afectadas.

La cuarta parte de la población mundial es hipertensa y la prevalencia de diabetes en la sociedad, está oscilando entre un 6% - 8% de la población adulta. En El Salvador, según el Sistema de Gestión de información (SIG) del Ministerio de Salud, en el municipio de Quezaltepeque, departamento de San Salvador, para el 2023, se cuenta con una población de 566 personas con padecimiento de hipertensión arterial, las cuales 322 personas cuentan tratamiento activo, 161 personas registradas con diabetes mellitus y 83 personas con tratamiento activo (1).

En este sentido, es importante conocer el tipo de perfil psicológico y social de los pacientes, debido a que es de vital importancia para poder llevar un buen manejo del tratamiento, ya que diversas investigaciones han concluido que, el tener algún tipo de trastorno que afecte el perfil psicosocial, afecta el estado de salud general de los pacientes diagnosticados con estas enfermedades debido a que, un paciente con enfermedades crónicas puede tener afectaciones psicoafectivas que lleven a alterar aún más su condición de salud, por lo tanto es importante identificar estos factores para incidir en un nuevo problema de salud que lleguen a presentar.

La investigación se realizó en la clínica de la Fundación de Desarrollo Social (FUNDESO) de Quezaltepeque en el periodo de 2024, en la fundación se atienden en la consulta externa alrededor de 13,000 pacientes con diferentes enfermedades, entre ellas diabetes e hipertensión, a quienes se les brinda atención clínica.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas son las responsables del 60% de las muertes en el mundo, por el impacto que tiene en la sociedad, dos de estas enfermedades han sido consideradas pandemias mundiales, estas son la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), los países más afectos se encuentran en bajo y mediano desarrollo, en estos lugares habita el 80% del total de personas que padecen estas enfermedades, estos países reciben menos del 10% de los recursos mundiales destinados al control de estas enfermedades (1).

La Organización Mundial de la Salud estableció que la reducción y el control de hipertensión arterial (HTA) constituían un objetivo de salud prioritario en el mundo. En la mayoría de los casos (90-95%), se desconoce el origen de las elevaciones crónicas de la PA y existen datos que señalan que los factores psicosociales, entre ellos los hábitos de salud, estrés, emociones negativas, además de ciertos factores biomédicos clásicos como la obesidad, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y glucosa elevada tienen un papel importante a la hora de explicar su desarrollo y mantenimiento (1).

El metaanálisis y revisiones narrativas de la literatura científica sugieren que tanto el nivel de estrés percibido, especialmente el nivel de estrés en el trabajo como la ansiedad y la depresión, el rasgo de ira y los estilos de expresión interna y externa de la ira constituyen variables psicológicas de vulnerabilidad a la hipertensión arterial (1).

Por otro lado, estudios refieren que las personas con diabetes no diagnosticada tienen un bajo riesgo de desarrollar trastornos afectivos comparadas con quienes sí la tienen y entre quienes son diagnosticados, el riesgo de presentar trastornos afectivos se incrementa después de dos años del diagnóstico (1).

La prevalencia de la depresión en adultos con diabetes tipo 2 es aproximadamente el doble de alta comparada con aquellos adultos sin diabetes. En cuanto a la caracterización con la escala POMS (test para la medida del estado de ánimo), algunos estudios refieren que los pacientes diabéticos tienden a presentar mayores IPE (insuficiencia pancreática exógena) al compararse con adultos saludables. En términos clínicos, una mayor cantidad de complicaciones relacionadas con la diabetes se asocia con una mayor presencia de depresión (2).

Los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. Su sólo diagnóstico implica la perdida del estado de salud, además de la puesta en marcha de cuidados y nuevas rutinas que permitan seguir las instrucciones del equipo de salud. En el caso de los diabéticos se han informado mayores niveles de depresión (hasta seis veces más alta que en el resto de la población), ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía. En el caso de la hipertensión, la ansiedad es una dimensión naturalmente asociada con ella por las reacciones fisiológicas que implica (3).

Además, por su sintomatología, son los hipertensos los que tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras condiciones crónicas se ha informado además mayor angustia, problemas de funcionamiento sexual, de sueño y autocontrol. Además de esos síntomas se presentan otros ocasionados por el propio tratamiento farmacológico como dolor de cabeza, mareo, estreñimiento, baja energía o efectos sedantes, náuseas, flatulencia y broncoespasmos, entre otros (3).

B. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el perfil psicosocial de los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas (hipertensión arterial y diabetes mellitus) en Clínica asistencial FUNDESO Quezaltepeque, periodo marzo – septiembre 2024?

C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el perfil psicosocial del paciente adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de la fundación de desarrollo social Quezaltepeque, periodo marzo – septiembre 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1- Determinar la prevalencia de los trastornos psicosociales en adultos mayores con enfermedades crónicas.

2- Clasificar el tipo de enfermedad crónica con la condición psicológica de los pacientes adultos mayores.

3- Evaluar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con enfermedad crónica.

D. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en Clínica asistencial FUNDESO ubicada en Barrio El calvario novena calle poniente y primera avenida sur #69 Quezaltepeque del departamento de La Libertad, correspondiente a la región Central SIBASI.

La Clínica asistencial FUNDESO para el año de 2023 presentó una cobertura de 13,000 usuarios, siendo el sexo femenino que más prevalece en la consulta con una con una media de edad de 55 años brindando servicios médicos de medicina general, medicina interna, Ginecología, Pediatría, Oftalmología, Otorrinolaringología, ortopedia, consulta de cirugía general, dermatología, cardiología, urología, optometría y óptica, odontología.

De los pacientes con enfermedades crónicas que se atiende son alrededor de 6,000 pacientes a quienes se les brinda atención en Clínica asistencial FUNDESO.

Servicios diagnósticos de laboratorio clínico, rayos X, ultrasonografías, holter, ecocardiograma, tránsito intestinal, tubo digestivo superior, enema baritado de colon, esofagograma y servicios paramédicos de atención nutricional, atención psicológica y fisioterapia.

En horarios de lunes a viernes de 7 am a 4 pm y sábado de 7 am a 11 am.

E. JUSTIFICACIÓN

El impacto psicológico de las enfermedades cardiacas en cuanto a los estados de ánimo, refieren la existencia de altos niveles de ansiedad, depresión, ira, fatiga y comparados con la población general. Al igual que la diabetes mellitus, se estima que los niveles de depresión son del doble comparados con los encontrados en la población general (4).

Desde el punto de vista psicosocial, los padecimientos crónicos como la hipertensión y la diabetes mellitus afectan a la población, principalmente de dos formas: deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios y, por otro lado, aumentando el uso de servicios de salud y asistencia, entre otros. Los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. En el caso de los diabéticos se ha informado de mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía. En el caso de la hipertensión, la ansiedad es una dimensión naturalmente asociada con ella por las reacciones fisiológicas que implica (5).

En este sentido, los factores psicológicos que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de las patologías mencionadas, tienen relevancia en la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen estas enfermedades, por lo tanto, también es importante saber cómo se aborda esta problemática desde la perspectiva de la psicología de la salud, y las posibles alternativas de solución que brinda para contrarrestar los efectos de estas enfermedades.

La presente investigación contribuyó en la evaluación de la salud mental y el desarrollo de la misma en pacientes adultos mayores con antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial que asisten a clínica asistencial fundación de desarrollo social (FUNDESO) de Quezaltepeque. De esta forma brindamos una herramienta que puede servir de apoyo para el manejo integral del adulto mayor, enfocándose también en el cuidado y bienestar de la salud psicosocial de dichos pacientes. En El Salvador no existen al momento estudios previos que nos reflejen el perfil psicosocial del adulto mayor que ha sido diagnosticado con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

F. FACTIBILIDAD

El estudio fue factible ya que contamos con 3 investigadores encargados del levantamiento de la información, se obtuvo el apoyo de recursos materiales, financieros y de tiempo para poder llevar a cabo el recaudamiento de esta, se contó con la autorización y apoyo de la dirección de Fundación De Desarrollo Social De Quezaltepeque y orientación de nuestra asesora de investigación de Universidad Evangélica de El Salvador.

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

A. ESTADO ACTUAL

La hipertensión arterial constituye un importante problema de salud. En el mundo aproximadamente 7,6 millones de muertes prematuras. De hecho, las cifras de prevalencia en el mundo son disímiles; en Estados Unidos casi una tercera parte de la población de 20 años o más tienen la presión arterial alta y en Canadá uno de cada 5 adultos vive con la enfermedad. Un estudio en Argentina comunicó que la prevalencia de HTA es de 33,5 % y que 37,2 % de la población desconocía su afección; en Perú la prevalencia general es de 23,7 % y en la ciudad de São Paulo, Brasil, es de 23 %. En Cuba la padecen alrededor de 30 % de los adultos y de ellos, menos de 40 % están controlados. (5)

Al respecto, se ha confirmado que existe relación entre los diversos factores de estrés psicosocial y la HTA, pues estos factores pueden tener un importante papel en la causa de la enfermedad, influir en su curso o determinar el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes.

El estudio muestra 105 pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria y atención familiar en personas mayores dependientes, el estudio demostró que existen niveles altos de ansiedad y depresión en los pacientes hipertensos, además de una mayor incidencia de eventos vitales, como problemas legales, ser víctima de violencia, dificultades con la vivienda, separación de la pareja y desempleo.

En el mismo estudio, predomino la hipertensión arterial en el sexo femenino, coincidió con lo obtenido en otros estudios; este resultado puede ser explicado en el hecho de que las féminas demandan más atención para tratar sus problemas de salud, ya sea porque tienen más tiempo disponible para hacerlo, por poseer menor tasa de empleo fuera del hogar, o porque se exponen a más estresores que pueden ocasionar una mayor cantidad de trastornos psicosomáticos como dicha afección. No obstante, en algunas investigaciones se ha hallado una preponderancia de la entidad clínica en el sexo masculino. (5)

La mayoría de los autores señalan que a medida que aumenta la edad se incrementa la posibilidad de padecer HTA. En edades avanzadas se presentan determinados factores psicosociales como la disminución de capacidades y algunas habilidades debido al envejecimiento, la frustración por las metas no resueltas, los conflictos intergeneracionales, la dependencia, la pérdida de seres queridos y la jubilación; todos ellos causantes de estrés, los que pueden interactuar junto con una mayor vulnerabilidad a padecer algunas enfermedades comunes en estas edades (5).

En base al estudio anterior, se refleja que las amas de casa están expuestas a mayor cantidad de eventos psicosociales negativos como consecuencia de su condición, entre los cuales pueden citarse: la dependencia económica, la vida monótona y rutinaria, las pobres expectativas y la menor accesibilidad a los servicios de salud; ellas son, con mayor frecuencia, víctimas de la violencia de su pareja (5).

Aunque el promedio de eventos vitales estresantes que experimentaron los hipertensos fue similar a los que presentan quienes no padecían la enfermedad, se encontró que la existencia de conflictos con la pareja, el ser víctima de maltrato y padecer una enfermedad física, se comportan como factores de riesgo de la HTA; tales eventos interfieren en el funcionamiento social, familiar, laboral y académico de la persona, y en dependencia de los recursos de enfrentamiento que utilice, la efectividad percibida de ellos y la vulnerabilidad individual pueden determinar la aparición de estrés (5).

En este sentido, se sugiere que en el examen integral a los adultos mayores hipertensos se deben incluir instrumentos que posibiliten la indagación sobre situaciones de violencia y abuso doméstico; el maltrato es un motivo de incumplimiento terapéutico y un ejemplo de las consecuencias negativas del maltrato para el control de las enfermedades crónicas como la HTA.

En último lugar, en esta serie se confirmó la importancia de tener en cuenta los aspectos psicosociales en la evaluación de todo paciente hipertenso, lo que garantizará una atención más integral y un resultado satisfactorio del tratamiento; no

obstante, la limitación del estudio estuvo relacionada con su diseño, que no permitió extrapolar los resultados al resto de la población, y solo se analizaron los pacientes que acudieron al consultorio, por lo que sugirió realizar otros estudios que incluyan la población general. (5)

Por otro lado, con el aumento de la edad se relacionan diversos factores psicosociales que influyen en la fragilidad del adulto mayor y la aparición de consecuencias adversas para su salud, evidenciado en diferentes estudios que respaldan este criterio.

Por su parte, la Diabetes Mellitus Tipo II es una enfermedad que comprende un conjunto de alteraciones metabólicas, las cuales están caracterizada por la hiperglucemia crónica, debido a un desperfecto en la secreción de la insulina, o en la acción que debe generar la misma, siendo una patología que ha prosperado en la sociedad, repercutiendo sobre la salud de la población y afectando la calidad de vida (5).

Alrededor de 425 millones de personas adultas en el mundo padecen de diabetes, reportándose una mortalidad de aproximadamente cuatro millones de personas para el 2017, lo que equivale a un fallecimiento por cada ocho segundos. Esta enfermedad, así como sus complicaciones acarrean cuantiosas pérdidas económicas para las economías nacionales, los sistemas de salud, las personas y sus familias, debido a los costos, la pérdida de empleos y los ingresos (6).

El tema en estudio demuestra la gran relevancia y el reto inquebrantable sobre el cuidado del adulto mayor. En el análisis de la literatura científica se coincide en la estrecha relación existente entre la activación del pensamiento negativo y el hecho de salud que tiende a perturbar a las personas, quienes observan múltiples afectaciones en el funcionamiento fisiológico de su organismo. (6)

Sobre los adultos mayores es necesario aclarar algo de suma importancia, el hecho de padecer una enfermedad agudiza las situaciones emocionales, surgen cambios como la depresión, generalmente poseen una baja autoestima conllevándolos al descuido de su higiene personal y enfermedades como la Diabetes Mellitus Tipo II desarrolla un avance silencioso que los debilitan psicológicamente y aumenta el peligro en esta etapa de la vida.

El propio diagnóstico de una enfermedad crónica como la diabetes produce estados de angustia y ansiedad en el adulto mayor, esto marca la necesidad de mostrar a cada paciente los diversos cuidados que deberá tener en cuenta para evitar las complicaciones de esta patología para una mejor convivencia dentro de una aceptable calidad de vida.

Al ser el envejecimiento un proceso resultante de complejas asociaciones e interacciones entre factores genético (intrínsecos) y ambientales (extrínseco), se deben considerar los tres niveles que influyen en la determinación social de la salud para este grupo de personas, siendo estos: nivel macrosocial, nivel grupal y el individual (6).

Las emociones fuertes provocan repentinamente un incremento en los niveles del azúcar, con ello puede aumentar la presión arterial hasta límites de hipertensión transitoria o si el mal estímulo se mantiene día a día, se transforma en permanente, con sus consecuencias negativas para el corazón, debido a que el cuerpo no posee los mecanismos compensatorios normales para que el páncreas libere una cantidad adicional de insulina para disminuirla, al contrario de lo que sucede ante episodios de alegría que ayuda a mantener la presión arterial normal y facilita el equilibrio del azúcar en la sangre, evitando complicaciones lo que de manera indirecta, las emociones pueden estar interfiriendo con las conductas de autocuidado (6).

Es decir, ciertas emociones, pueden estar relacionadas con que la persona realice o no sus rutinas de cuidado como la dieta, el ejercicio y el control de su medicación.

La Diabetes Mellitus Tipo II es una enfermedad crónica que presenta periodos de vida normal a pesar de los cambios en el estilo de vida que se requieren para tener un buen control; en ocasiones presenta periodos que requieren intensos cuidados médicos y familiares, pues la vida del paciente pudiera estar en riesgo (6).

La angustia emocional asociada con adaptarse y vivir con diabetes se ha denominado angustia por diabetes, estos pacientes y sus familias entran en un nuevo estilo de vida que incluye un intercambio diario de alimentos, inyecciones, pruebas de sangre y orina, por ello se recomienda la capacitación y educación en relación con todo lo que implica su padecimiento, así los pacientes y sus familias aprenden, olvidan y vuelven a aprender muchas de las partes básicas de la diabetes, por esto es importante la repetición de la información necesaria, para lograrse un manejo exitoso de la diabetes la existencia de una relación congruente entre la salud mental del paciente, el tono emocional de la familia y el cuidado de los niveles de glucosa en sangre, puesto que la angustia de la diabetes está asociada con el control glucémico.

En cuanto a los factores psicosociales, son aquellos que incluyen argumentos sociales, conductuales y emocionales complejos, estos influyen en la vida del paciente diabético y al mejorar los mismos se logran resultados médicos satisfactorios y un claro bienestar psicológico, de allí que promover resultados médicos óptimos y el bienestar psicológico, es esencial, como también lo es ofrecer atención respetuosa y receptiva a las necesidades, preferencias individuales del paciente, en la identificación de problemas, una buena práctica de atención psicosocial centrada en el paciente adulto demanda de comunicaciones e interacciones, desde la evaluación de diagnóstico, los servicios de intervención deben tener en cuenta el contexto donde se desenvuelve la persona con diabetes (6).

En el contexto de atención de esta enfermedad, la evidencia científica observadas en los artículos para la evaluación psicosocial, recomienda a los proveedores de atención modelos clínicos teniendo en cuenta los recursos disponibles, siendo una perspectiva enfocada en los factores psicológicos más comunes que afectan a las personas con

diabetes y las comorbilidades psicológicas derivada de su enfermedad, por ello el estado del arte recomienda fundamentalmente:

- Se deberá dar oportuno seguimiento al desempeño del comportamiento de cada paciente, enfatizando en los factores psicosociales que afectan el autocontrol.
- Integrar la atención psicosocial con la atención médica colaborativa con el objetivo de elevar la calidad de vida relacionada con la salud.
- Evaluar la presencia de depresión, síntomas de angustia, ansiedad, así como los trastornos alimentarios de la diabetes e incluir a los miembros de la familia y/o cuidadores de estos.
- Es necesario incorporar estrategias de intervención considerando la evaluación de las circunstancias que pueden afectar los resultados de salud psicológica y física de los adultos mayores que poseen diabetes.
- Asimismo, es significativo que los proveedores recluten miembros de la red de apoyo social del paciente diabético para ayudar en la prevención y resolución de problemas psicosociales.

Actualmente se ha recurrido de forma muy positiva al uso de la comunidad en línea de diabetes (DOC), se trata de una forma de incrementar el conocimiento para mejorar el autocuidado y el apoyo emocional recíproco con otros usuarios para el control de la diabetes, esta inventiva ha llenado los vacíos cognitivos y se ha manifestado como una estrategia beneficiosa para aumentar la vigilancia y atención estándar de la diabetes. (5)

Por otro lado, las manifestaciones mentales que con mayor frecuencia acompañan a las condiciones crónicas de salud son: depresión, ansiedad en las personas mayores. Los pacientes con enfermedades cardiovasculares y Diabetes Mellitus se asocian frecuentemente con depresión, ansiedad y en concreto el trastorno de ansiedad generalizada.

En la diabetes se afirma que uno de cada cuatro pacientes con este trastorno padece depresión. También existe una asociación independiente con la ansiedad.

La presencia de una comorbilidad entre condiciones crónicas y trastornos mentales implica para los pacientes:

- Peores resultados clínicos
- Menor calidad de vida
- Reducción de la capacidad para manejar con eficacia los síntomas físicos.

Por ejemplo, en personas con diabetes, los problemas de salud mental comórbidos se asocian con, peor control glucémico, más complicaciones y menor adherencia a la medicación.

La afectación psicosocial utilizando la escala de depresión geriátrica, esta escala fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones, pero en el presente trabajo se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos sí se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa.

(7) La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (Si o No en negritas).

Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos. La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos. Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas.

Por comorbilidad entendemos la presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario y el efecto de estos trastornos o

enfermedades adicionales. La comorbilidad entre trastornos mentales y físicos nos lleva a la interrelación entre salud mental y física. (7)

Los mecanismos son complejos y las pruebas nos remiten a una combinación e interacción de factores biológicos, psicosociales, ambientales y de comportamiento. Todo esto ocurre en ambas direcciones. Aquí estamos hablando de, cómo el tener una o varias enfermedades físicas crónicas, implica frecuentes problemas de salud mental. Hay numerosas pruebas de que tener un problema de salud mental (depresión, ansiedad etc.) aumenta el riesgo de aparición de una amplia variedad de enfermedades físicas, por ejemplo, la depresión aumenta el riesgo de enfermedad coronaria y cardiopatía isquémica y el estrés crónico tiene un impacto sobre el sistema cardiovascular, el nervioso e inmunológico, siendo por tanto más susceptible a una amplia gama de enfermedades.

El estrés y las emociones percibidas por pacientes crónicos pueden tener consecuencias a veces importantes sobre la enfermedad y en el control de la enfermedad crónica. En pacientes con enfermedad crónica es frecuente que la presencia de algunos síntomas (fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida de peso, disfunción sexual) aunque correspondan a criterios diagnósticos de depresión, en realidad son atribuibles a la inestabilidad de la enfermedad crónica (8).

Se identifican subfactores del estrés en pacientes crónicos:

- **Estrés emocional y estrés interpersonal** son consecuencia del diagnóstico y de vivir con la enfermedad.
- **Estrés con el médico y estrés con el régimen de tratamiento** se relaciona con las demandas que impone el tratamiento.

Las causas que pueden generar estrés en un paciente crónico son, la complejidad y las demandas diarias del tratamiento. La responsabilidad en el manejo de su enfermedad, dominio de destrezas, exigencia de puntualidad en la realización de las mismas, mantenimiento del plan de tratamiento, vencer a diversas presiones y “tentaciones” sociales para cumplir el régimen. (8)

La ansiedad está ligada a los diagnósticos de enfermedad crónica de una persona ya sea en mayor o menor proporción; podría decirse que las manifestaciones ansiosas suelen ocupar el primer lugar entre las condiciones negativas que generan deterioro de la calidad de vida de los pacientes crónicos.

Las evidencias empíricas destacan que algunos factores psicológicos negativos como la ansiedad y depresión pueden afectar significativamente la adaptación o el nivel de adhesión requerido para el desarrollo del tratamiento de esta patología, lo cual puede afectar el nivel de vida del paciente y genera pérdida potencial de años de vida (8).

Se empleó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982), ampliamente usado a nivel mundial para el estudio de la ansiedad tanto estado como rasgo. En el STAI la Escala A (Ansiedad Estado A/E) consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir cómo se siente, entre tanto, la Escala R (Ansiedad rasgo A/R) consta de igual número de frases que representan cómo se siente el sujeto. Cada subescala está impresa en una de las caras del ejemplar del STAI, para facilitar la aplicación y consta de una escala de medición tipo Likert que va de 0 a 3 puntos en cada ítem. En la escala A/E las puntuaciones tienen la siguiente equivalencia: 0= nada, 1= algo, 2= bastante, 3=mucho.

A nivel psicosocial, las enfermedades crónicas producen altos niveles de estrés teniendo un efecto negativo sobre el ajuste psicológico de las personas que las padecen y requieren un periodo de adaptación de parte del individuo y de la familia se identifican cinco procesos relacionados con el ajuste a las enfermedades crónicas: como la adaptación a sus actividades diarias, la conservación del estado funcional, la percepción de la calidad de vida en sus diferentes dimensiones, y la ausencia de trastornos psicológicos y emociones negativas (8).

El impacto de la enfermedad crónica produce estrés a nivel financiero, sensación negativa hacia sí mismo y las propias capacidades, como cambios en la filosofía de vida y problemas de conducta y emocionales. Por otro lado, el impacto de la enfermedad crónica sobre las familias y cuidadores produce alteraciones a nivel de comunicación e interacciones, como también coaliciones y alianzas familiares, además de altos niveles de incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad.

La Plataforma en Madrid de Organizaciones de Pacientes editó a finales de 2022 un informe que analiza el impacto de la cronicidad en las personas mayores a partir del estudio de una serie de variables como la atención sanitaria recibida, el conocimiento de los recursos de apoyo disponibles, el estado psicológico, la soledad, la necesidad de ayuda, o la situación económica de las personas que padecen enfermedad crónica, entre otras. El malestar psicológico se presenta con frecuencia entre las personas con enfermedad crónica. Casi la totalidad de las personas encuestadas (89%) han experimentado frecuentemente (28%) o de manera ocasional (61%), “pensamientos y emociones negativas”.

Entre estas, presentan un mayor malestar las mujeres mayores de 80 años con menor nivel de estudios, de clase social baja, con más de una enfermedad crónica y una alta tasa de frecuentación médica. Este factor se ve agravado por el descenso en el nivel de relaciones sociales debido a los condicionantes de salud. Tal y como señala el estudio: “Esta menor sociabilidad refuerza la situación de malestar: a menor frecuencia de relaciones el malestar psicológico es mayor y viceversa”. El malestar psicológico obedece principalmente a las limitaciones para realizar la vida que llevaban antes de la enfermedad.

Por otro lado, no sentirse bien anímicamente también predispone a una menor sociabilidad. El hecho es que la enfermedad crónica determina una menor sociabilidad y este hecho contribuye a aumentar el malestar psicológico (8).

La Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud - BREF (WHOQOL-BREF) es una medida autoinformada de 26 ítems que se desarrolló para evaluar las percepciones individuales en el contexto de su cultura y sistemas de valores, y sus metas, estándares y preocupaciones personales. El WHOQOL-BREF mide los siguientes dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Una puntuación más alta indica una calidad de vida más alta, mientras que una puntuación más baja indica una calidad de vida más baja.

Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF

proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora. El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. (9)

Muchos estudios habían informado de la prevalencia de la depresión en hipertensos, pero la estimación cuantitativa de la prevalencia global de la depresión es escasa. Se sabe poco sobre prevalencia de la depresión en pacientes hipertensos.

Aunque cada vez es más cómodo evaluar la situación mediante escalas de autoevaluación, estos métodos pueden centrarse en síntomas somáticos, y estos síntomas pueden no ser un síntoma de depresión y, en consecuencia. Esto puede sobreestimar o subestimar la prevalencia de depresión en pacientes hipertensos.

Así pues, estimar la prevalencia de la depresión en pacientes hipertensos es el primer paso para comprender la carga de la enfermedad. Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis de estudios transversales en pacientes hipertensión para estimar la prevalencia de la depresión y los efectos de los métodos diagnósticos en la estimación de la prevalencia de la depresión. (10)

Los trastornos mentales afectan la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Por otro lado, las enfermedades crónicas, por sus características suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida del paciente. En la fase inicial aguda, los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación; y posteriormente, la fase de asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (11).

Los pacientes crónicos, pueden presentar incluso cuadros depresivos. En algunos, la depresión puede ser grave y prolongada, con intensos sentimientos de indefensión,

desesperanzas, dependencias con respecto a los demás y una innecesaria restricción de actividades; en estos casos, los pacientes deben recibir una intervención psicológica para tratar este problema (12)

La depresión en adultos mayores es una patología frecuente, que se asocia a comorbilidades, uso excesivo de recursos en salud, suicidio y mortalidad. Generalmente está subdiagnosticada y subtratada. (13)

Las manifestaciones de ansiedad son frecuentes entre las personas mayores y pueden ser lo bastante disruptivas en su vida como para considerarlas un problema clínicamente significativo. Se han asociado a un número significativo de consecuencias negativas, tales como incremento de la discapacidad, disminución de la sensación de bienestar y satisfacción con la vida, aumento de la mortalidad y mayor riesgo de enfermedad coronaria en varones, así como suele suponer una utilización reiterada y excesiva de servicios de salud. (14)

B. Marco Conceptual

Perfil psicológico: El perfil psicológico es una herramienta utilizada en psicología para describir y analizar las características, rasgos y comportamientos de una persona. Se basa en la recopilación de información a través de entrevistas, pruebas psicológicas y observación directa, con el objetivo de obtener una comprensión más profunda de la personalidad y el funcionamiento psicológico de un individuo.

Perfil social: Se trata de una herramienta que ha sido utilizada en diversas disciplinas, muchas de ellas relacionadas hacia las áreas sociales. Su fin es el de recoger datos personales de los individuos para poder hacer una primera valoración de acuerdo a un tema o situación en específico.

Adulto mayor: Se considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo como el nuestro.

Enfermedad crónica: Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento.

Calidad de vida: la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A. ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

El enfoque de la investigación es de tipo cuantitativo debido a que enfatiza la interpretación estadística del investigador con información cuantificada que en este caso son los pacientes en estudio con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, con perfil psicosocial ya sea depresión y/o ansiedad.

El enfoque de estudio es descriptivo porque no se busca causa y efecto, sino describir el perfil psicosocial del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Según la temporalidad del estudio es de tipo transversal, ya que, el estudio se realiza en un determinado periodo de tiempo que en este caso es de marzo a septiembre en el año 2024.

B. SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO

I. Unidad de análisis, población y muestra

Población de estudio: Pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas (hipertensión arterial y diabetes mellitus) de Quezaltepeque, La Libertad que consultan en Clínica Asistencial FUNDESO en el periodo 2024.

Unidad de análisis: Pacientes adulto mayor con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus.

Muestreo estadístico

El muestreo de este estudio es un muestreo deliberado, tomando en cuenta la población total de clínica FUNDESO Quezaltepeque que padece Hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, de 301 personas, utilizando la calculadora Netquest, logramos calcular la muestra poblacional encargada de responder nuestro cuestionario, siendo así el total de 170 personas nuestra muestra.

Para el uso de la calculadora, utilizamos la población total de 301 personas, utilizando una heterogeneidad del 50%, un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Criterios de inclusión:

Criterios demográficos: hombres mayores de 65 años y mujeres mayores de 60 años.

Criterios clínicos: usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus.

Criterios geográficos: usuarios que asisten a consultar en clínica asistencial FUNDESO Quezaltepeque, La Libertad.

Criterios de exclusión

- Que no asista a clínica asistencial FUNDESO Quezaltepeque
- Que posea otra enfermedad diferente a hipertensión arterial y diabetes mellitus
- Que no sea adulto mayor

C. MATRIZ DE VARIABLES E INDICADORES

Título: Perfil psicosocial de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial y diabetes mellitus en fundación de desarrollo social de Quezaltepeque, periodo 2024.

Enunciado: ¿Cuál es el perfil psicosocial del paciente adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus?

Objetivo General: Caracterizar el perfil psicosocial del paciente adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de la fundación de desarrollo social Quezaltepeque, periodo marzo – septiembre 2024.

Objetivos específicos	**Variables**	**Conceptualización**	**Operativización**	**Indicadores**	**Ítem**
Determinar la prevalencia de los trastornos psicosociales en adultos mayores con enfermedad crónica	Prevalencia de trastornos psicosociales	● Proporción de paciente con estado de depresión ● Proporción de pacientes con estado de ansiedad	Formula: Total, de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus que se encuentran en depresión / Total de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus X 100= Total, de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus que se encuentran con ansiedad / Total de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus X 100=	%de pacientes con estado de ansiedad y % de pacientes con estado de depresión	Preguntas de encuesta para ansiedad 17,18,19, 20,21,22, 23,24,25, 26,27,28, 29,30,31, 32,33,34, 35,36, Preguntas de encuesta para depresión 2,3,4,5,6, 7,8,9,10, 11,12,13, 14,15,16
Clasificar el tipo de enfermedad	Clasificar pacientes con	1. Pacientes con	Los trastornos psicosociales se medirán con	Porcentaje de pacientes con hipertensión	

crónica con la condición psicológica de los pacientes adultos mayores	hipertensión arterial y diabetes mellitus que padezcan depresión y/o ansiedad	hipertensión y depresión. 2. Pacientes con hipertensión y ansiedad. 3. Pacientes con diabetes mellitus y depresión 4. Pacientes con diabetes mellitus y ansiedad	escala de depresión geriátrica ● 0-4 puntos sin síntomas depresivos ● 5-8 puntos síntomas depresivos leves ● 9-10 puntos síntomas depresivos moderados ● 12-15 síntomas depresivos graves Escala de ansiedad ● 0-5 puntos no se encuentra en estado de ansiedad ● 5-10 estado de ansiedad leve ● 10-15 estado de	arterial y ansiedad Porcentaje de pacientes con hipertensión arterial y depresión Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus y ansiedad Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus y depresión	

			ansiedad moderado ● 15-20 estado de ansiedad severo		
Evaluar la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con enfermedad crónica	Evaluar calidad de vida de pacientes con enfermedad crónica que padezcan ansiedad y/o depresión	1. Calidad de vida de pacientes hipertensos con ansiedad 2. Calidad de vida de pacientes hipertensos con depresión 3. Calidad de vida de pacientes con Diabetes mellitus y ansiedad	La Calidad de vida se medirá con la escala WHOQOL-BREF que clasifica con items: 1- muy mala 2- malo 3- regular 4- buena 5- muy buena	Porcentaje de paciente con calidad de vida mala Porcentaje de pacientes con calidad de vida regular Porcentaje de paciente con calidad de vida muy buena	Preguntas de encuesta para evaluar calidad de vida 37,38,39, 40,41,42, 43,44,45.

		4. Calidad de vida de pacientes con Diabetes mellitus y depresión			

D. TÉCNICAS POR EMPLEAR EN RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN

La técnica utilizada para la recopilación de información en el presente trabajo fue la entrevista estructurada a través del instrumento de cuestionario, cuenta con preguntas cerradas de si y no serán desarrolladas por el investigador.

El procedimiento fue de la siguiente manera:

- Se obtuvo autorización a la dirección de la clínica asistencial FUNDESO de Quezaltepeque.
- Se pasó el cuestionario con previa validación a través de la prueba.
- Las entrevistas se realizaron el sábado por la mañana.

E. INSTRUMENTOS DE REGISTRO Y MEDICIÓN

Se realizo la obtención de datos por medio de un cuestionario que consta de 52 ítems, los cuales se dividen en 7 preguntas generales, 45 preguntas cerradas que a su vez se subdividen en,15 preguntas evaluando depresión, 20 preguntas evaluando ansiedad, 10 preguntas evaluando calidad de vida, para pacientes que padecen hipertensión arterial y diabetes mellitus en clínica FUNDESO Quezaltepeque, posteriormente se realizara una base de datos en Excel Versión 2010, los datos

obtenidos serán resguardados por los investigadores para fines de la investigación que es totalmente confidencial.

Cuestionario adulto mayor FUNDESO Quezaltepeque.

Ver anexo 3

F. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se elaboró un consentimiento informado para dar cumplimiento a los cuatro principios éticos, que son equidad, confidencialidad, no maleficencia y justicia.

Equidad: ya que todas las personas que forman parte de la población van a tener la misma probabilidad de participar en el estudio, no se excluirá a ninguna persona por su sexo, edad o nivel socio económico por ello el muestreo se realizó de forma aleatoria.

- Confidencialidad: en el mismo instrumento no se pide el nombre de la persona, únicamente datos generales.
- No maleficencia: en ningún momento se cometerá daño físico, emocional o psicológico a la persona que participe
- Justicia: no se obligará al participante a contestar el cuestionario si no es su voluntad hacerlo, él participante tendrá el derecho de retirarse en el momento en el que él decida.
- Ver anexo

G. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS

Se realizo la obtención de datos por medio de muestra realizada (cuestionario/encuesta) que consta de 52 ítems para pacientes que padecen hipertensión arterial y diabetes mellitus en clínica FUNDESO Quezaltepeque, posteriormente se realizó una base de datos en Excel versión 2010, una vez realizado

se presentaron datos que fueron resguardados por los investigadores que son para fines de la investigación, totalmente confidencial.

H. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ITEM		ACTIVIDADES / MESES SEMANAS	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	CAPITULO 1	SELECCIÓN DEL TEMA																																															
2		PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA																																															
3		OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN																																															
4		CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN																																															
5		JUSTIFICACIÓN DE INVESTIGACIÓN																																															
6		FACTIBILIDAD DE INVESTIGACIÓN																																															
7	CAPITULO 2	MARCO TEORICO																																															
8		MARCO CONCEPTUAL																																															
9		DESARROLLO DE OBJETIVOS																																															
10		BIBLIOGRAFIA																																															
		CORRECCIONES																																															
11		ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO																																															
12		SUJETO Y TIPO DE ESTUDIO																																															
13		VARIABLES E INDICADORES																																															
14		TECNICAS A AMPLICAR EN RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN																																															
15	CAPITULO 3	INSTRUMENTOS DE REGISTRO Y MEDICIÓN																																															
16		ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN																																															
17		PROCESAMIENTO Y ANALISIS																																															
18		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																															
19		PRESUPUESTO																																															
20		ESTRATEGIAS DE UTILIZACIÓN DE RESULTADOS																																															
21		FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS																																															
22		ANEXOS																																															
23	CAPITULO IV, V	CAPITULO IV: ANALISIS DE LA INFORMACIÓN																																															
24		CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES																																															

I. PRESUPUESTO

ITEM	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL	RESPONSABLE
A. Personal				
Honorarios del investigador	3	$92	$368	Ósmar Portillo Katherine Navarro Patricia Ramos
Reunión de tesis	2 veces al mes	$30	$240	Ósmar Portillo Katherine Navarro Patricia Ramos
B. Equipos				
Computador	1	$300	$300	Katherine Navarro Osmar Portillo
Internet	3	$10	$80	Ósmar Portillo Katherine Navarro Patricia Ramos
Impresora	1	$20	$20	Ósmar Portillo Katherine Navarro Patricia Ramos
C. Viajes				
Viaticos	3	$3	$24	Ósmar Portillo Katherine Navarro Patricia Ramos
Transporte	3	$5	$40	Ósmar Portillo Katherine Navarro Patricia Ramos
D. Materiales				
Papeleria	1	$20	$20	Ósmar Portillo Katherine Navarro

				Patricia Ramos
Fotocopias Papel	1	$15	$15	Ósmar Portillo Katherine Navarro Patricia Ramos
TOTAL, DEL PROYECTO			$1107	Ósmar Portillo Katherine Navarro Patricia Ramos
Costos indirectos 3% del total			$33.21	

J. ESTRATEGIAS DE UTILIZACIÓN DE RESULTADOS

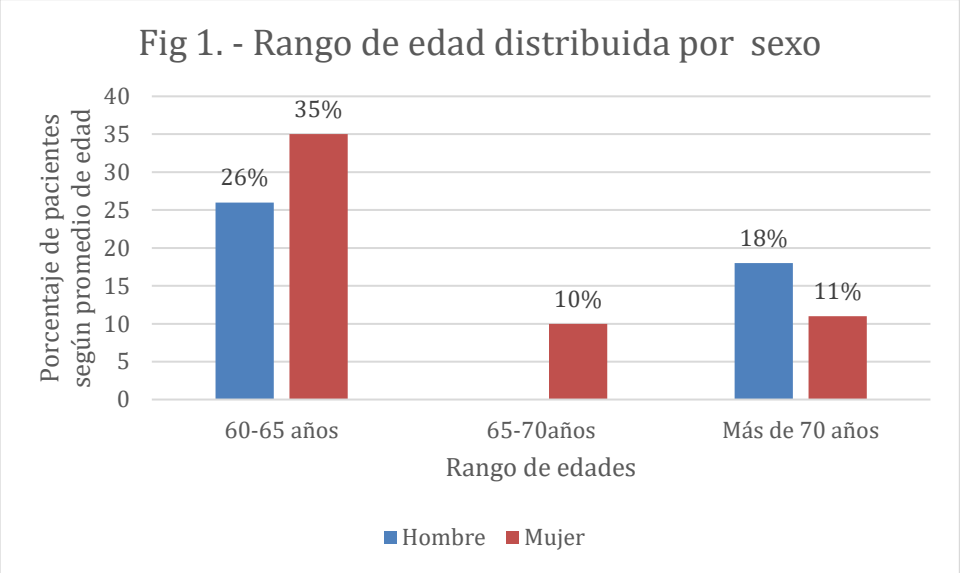
Los datos de la investigación con estudio de tipo cuantitativo se obtuvieron por medio de cuestionarios que se le realizó a la población meta estudio en FUNDESO Quezaltepeque, posteriormente se realizó una base de datos con toda la información obtenida, además de representarlas por medio de gráficas para su manejo y comprensión al jurado calificador, una vez obtenidos los resultados se pondrán en práctica los aportes de la investigación en FUNDESO Quezaltepeque.

CAPÌTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

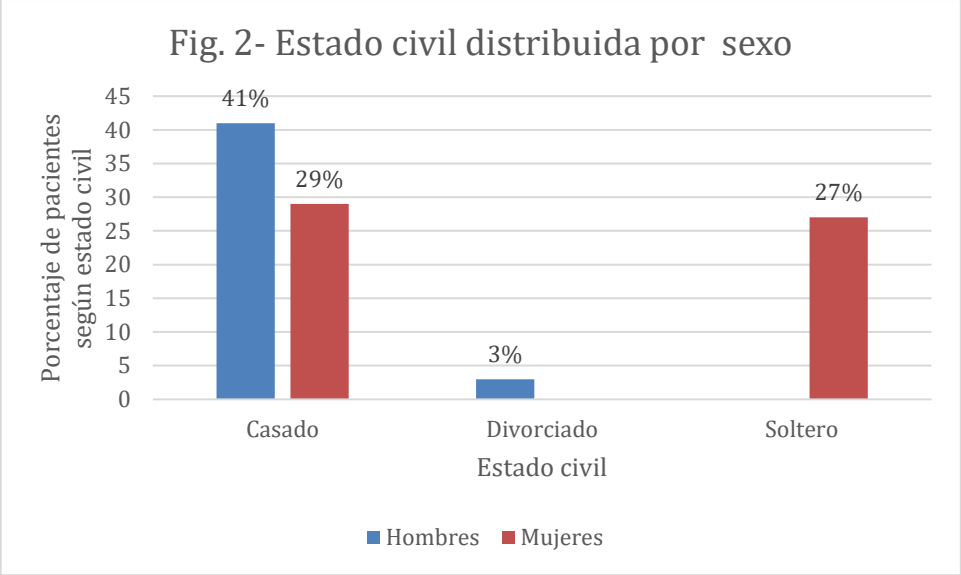
Se realizo el levantamiento de la información en un periodo de 3 meses, sin tener ninguna dificultad para completar la muestra de 170 personas que cumplieron los criterios de inclusión para el estudio.

Se elaboro una base de datos en Excel con los datos obtenidos a través de los cuestionarios, en la cual se codificaron las variables de estudio, posteriormente se tabularon los datos y se utilizaron pruebas no paramétricas para su análisis e interpretación. Finalmente se presentan los principales resultados en graficas.

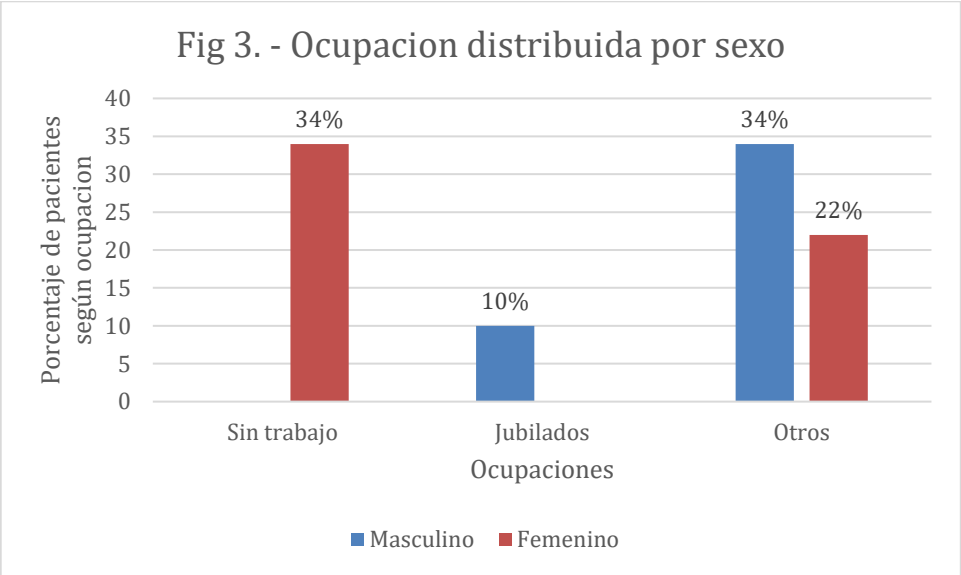
I. Información sociodemográfica



Análisis figura 1. En la gráfica se observa la distribución del rango de edad de los participantes del estudio distribuidos por el sexo, en donde la mayor proporción se encuentra en el rango de 60-65 años tanto del sexo masculino como sexo femenino, posteriormente se encuentra una proporción intermedia en el rango de 70 años en donde predomina el sexo masculino y finalmente en menor proporción el rango de edad de 65 a 70 años con mayor porcentaje en el sexo femenino.



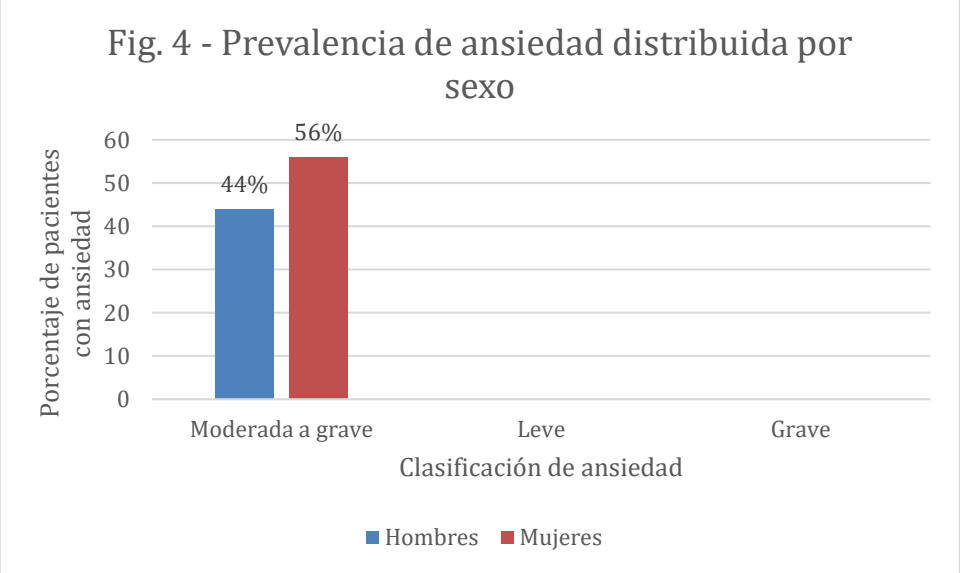
Análisis figura 2. En la gráfica se presenta el estado civil de los participantes del estudio distribuida por sexo, en donde se observa una mayor proporción de la población de estudio con estado civil de casados, predominado el sexo masculino, le sigue el estado civil de solteros, en donde predomina el sexo femenino y en menor proporción el estado civil de divorciados-con predominio del sexo masculino.



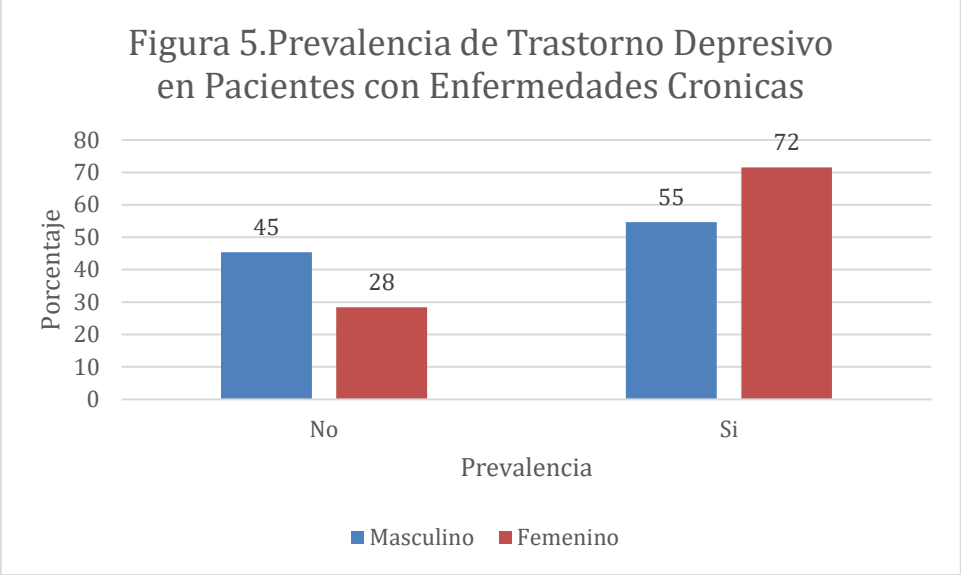
Análisis figura 3. En la gráfica se observa la ocupación que predomina en los participantes del estudio, se observa en mayor proporción la ocupación de otros en donde se incluyen las ocupaciones como empleos formales, informales, negocios propios, oficios varios, con predominio en el sexo masculino, le sigue la proporción intermedia que se encuentran sin trabajo con predominio del sexo femenino y en

menor proporción se encuentran jubilados con predominio del sexo masculino, observando que las mujeres que participaron aún se encuentran en alguna actividad de ocupación comparada con los hombres quienes se encuentran jubilados.

II. Prevalencia de los trastornos psicosociales en adultos mayores con enfermedades crónicas de clínica FUNDESO, PERIODO 2024.

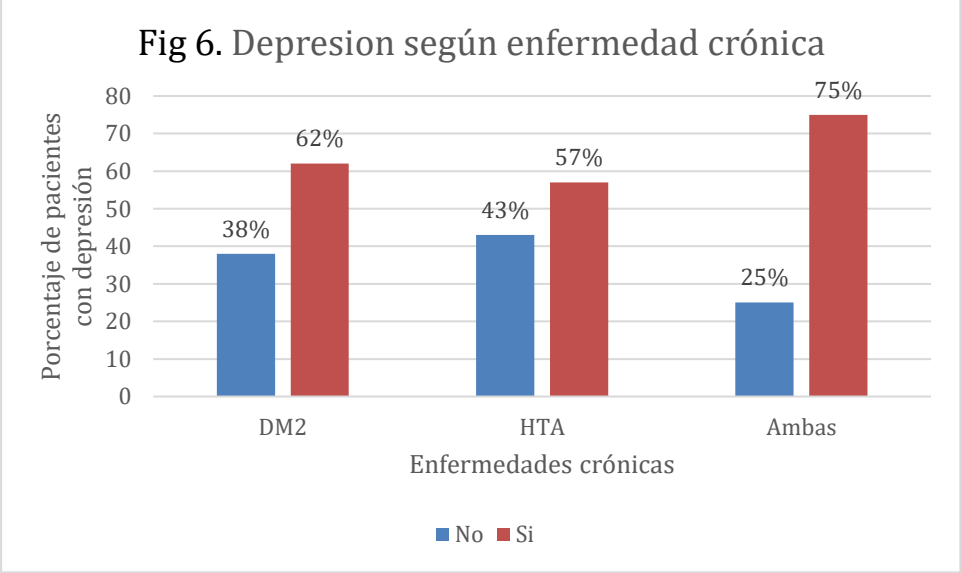


Análisis Figura 4. En la gráfica se observa la prevalencia del trastorno de ansiedad en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que consultan en clínica FUNDESO en periodo 2024, en la cual se observa que la prevalencia de ansiedad es del 100% de los pacientes; así también, la proporción es mayor en el sexo femenino, en la categoría de ansiedad moderada a leve en comparación al sexo masculino.



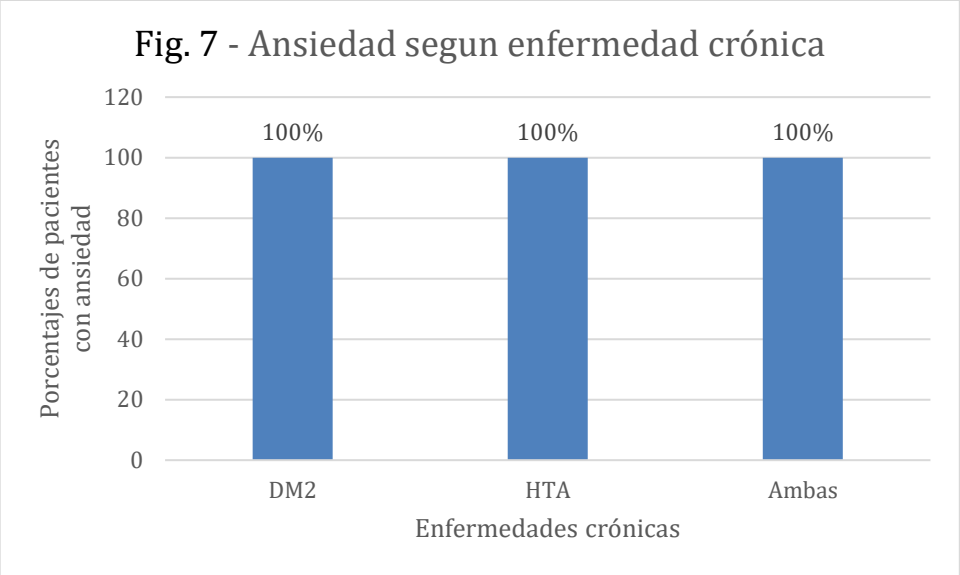
Análisis figura 5. En la gráfica podemos observar que la prevalencia de trastorno depresivo es mayor en pacientes del sexo femenino y en menor proporción se encuentra el sexo masculino; mientras que en el grupo de los que no padecen trastorno depresivo, el sexo masculino es quien se antepone en el estudio.

III. Clasificación del tipo de enfermedad crónica con la condición psicológica de los pacientes adultos mayores.



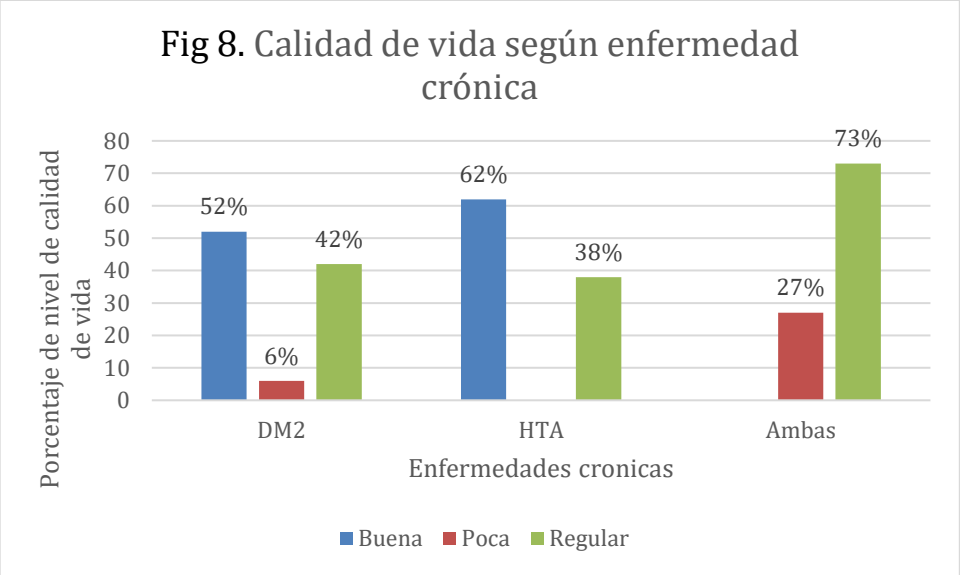
Análisis figura 6. En la gráfica se observa la distribución de cada una de las enfermedades crónicas de Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus en los adultos mayores y la presencia del trastorno de depresión; observando que este trastorno se presenta en mayor proporción en los adultos mayores que padecen de Diabetes

Mellitus comparada con los que padecen de Hipertensión arterial, mientras que en los pacientes que padecen de ambas enfermedades crónicas la proporción de la condición de depresión es mayor.



Análisis figura 7. En la gráfica se observa la distribución de cada una de las enfermedades crónicas. de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y ambas, que padecen los adultos mayores y la presencia del trastorno de ansiedad; observando que este trastorno se presenta en el 100% de los pacientes.

IV. Calidad de vida de los pacientes adultos mayores con enfermedad crónica.



Análisis figura 8. En esta grafica ~~s~~e observa la percepción de la calidad de vida según la enfermedad crónica que padecen los pacientes adultos mayores, en donde los pacientes que padecen ya sea de Diabetes Mellitus o Hipertensión, la percepción de la calidad de vida es buena, mientras que los pacientes que padecen de ambas enfermedades la consideran como un poca calidad de vida, y por último la calidad de vida regular es percibida en menor proporción los pacientes con ambas enfermedades y los que padecen de diabetes mellitus.

A. DISCUSIÒN DE RESULTADOS

Se realizó una comparación de los resultados con otros estudios, en el estudio titulado Factores de riesgo psicosociales de hipertensión arterial en una comunidad venezolana, existe relación entre los diversos factores de estrés psicosocial y la HTA, pues estos factores tienen un importante papel en la causa de la enfermedad, influir en su curso o determinar el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes (5).

Se encontró niveles altos de ansiedad y depresión en los pacientes hipertensos, además de una mayor incidencia de eventos vitales, como problemas legales, ser víctima de violencia, dificultades con la vivienda, separación de la pareja y desempleo. presentaron una asociación significativa con la HTA la edad de 55 o más años, la razón mujer-hombre hipertensos fue de 2,2 (5).

Otro estudio titulado: Prevalence of depression in adults with type 2 diabetes mellitus and associated factors. Archivosdeneurociencias.org. realizaron una investigación en 155 adultos hombres y mujeres con diagnóstico de DMT2, de los cuales 126 (81.3%) fueron mujeres, un rango de edad de 22 a 87 años y una mediana de 63 años. La prevalencia de síntomas depresivos fue de 29.7%, siendo mayor en mujeres (30.7%). El 94.8% de los adultos tenían vulnerabilidad al estrés, siendo mayor en los que tenían síntomas depresivos (97.8%) (17).

En el estudio realizado se encontró que, los pacientes adultos mayores con enfermedad crónica ya sea diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas enfermedades, el sexo predomina con trastornos psicosocial es el femenino; así mismo se encontró en el estudio “prevalencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, donde menciona que las mujeres son las que más padecen de depresión; por lo que los resultados son similares a otros estudios encontrados (17).

En cuanto al padecimiento de ansiedad el total de los pacientes lo padecen en la clasificación de moderada, al comparar este con el estudio Preocupación patológica en hipertensos en comparación con normotensos en población michoacana (México) menciona que, este trastorno se presenta en la categoría del sexo femenino en pacientes adultos mayores, siendo la hipertensión arterial la enfermedad crónica con mayor prevalencia (26).

CAPÌTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- El sexo que mayor predomina en el estudio es el femenino, con rango de edad entre 60-65 años, en cuanto el estado civil la mayor proporción en población es de casados donde predomina el sexo masculino.
- En la mayoría de los pacientes adultos mayor se encuentra con alguna ocupación ya sea con empleo formal, informales, negocios propios donde predomina el sexo masculino.
- El trastorno psicosocial con mayor prevalencia en el paciente adulto mayor con enfermedad crónica es el trastorno de ansiedad, en donde todos los pacientes la padecen, en la categoría de leve a moderada siendo predominante en el sexo femenino con un rango de edad entre 60- 65 años.
- El trastorno de depresión en el adulto mayor se encuentra principalmente en los pacientes con diabetes mellitus comparado con los pacientes con hipertensión arterial, mientras que en los pacientes que padecen de ambas enfermedades crónicas la proporción de la condición de depresión es mayor.
- Los pacientes que padecen diabetes mellitus o hipertensión arterial, la percepción de calidad de vida es buena, mientras que los pacientes que padecen ambas enfermedades crónicas la consideran como poca calidad de vida.

B. RECOMENDACIONES

Dirigidas al centro de salud Fundación de Desarrollo Social (FUNDESO) de Quezaltepeque

- Realizar intervenciones psicológicas dirigidas al manejo de la ansiedad en mujeres y hombres de 60-65 años:

Dado que el trastorno de ansiedad predomina en todos los pacientes específicamente con este rango de edad; es recomendable desarrollar programas de intervención que incluyan técnicas de manejo del estrés y

ansiedad, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), mindfulness y actividades físicas adaptadas como yoga o caminatas.

Crear grupos de apoyo emocional dirigidos específicamente a mujeres, donde se discutan y compartan experiencias relacionadas con el manejo de la enfermedad y el bienestar emocional.

- Programas de apoyo psicosocial para pacientes con diabetes mellitus y depresión:

La alta prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus sugiere la necesidad de intervenciones específicas para este grupo. Se recomienda implementar programas de detección temprana de síntomas depresivos en pacientes diabéticos, además de integrar el tratamiento psicológico junto con el manejo médico de la enfermedad.

Proponer espacios de atención psicológica dentro de la fundación para ofrecer asesoramiento y terapia a aquellos pacientes que presentan síntomas depresivos, especialmente a quienes viven con ambas enfermedades crónicas.

- Promover la percepción positiva de la calidad de vida:

Aunque los pacientes que padecen de una sola enfermedad crónica (diabetes o hipertensión) perciben una buena calidad de vida, es crucial desarrollar estrategias para mantener y mejorar esa percepción. Esto podría incluir programas educativos sobre autocuidado, nutrición, y la importancia del control de la enfermedad.

Para los pacientes con ambas condiciones crónicas, que perciben una menor calidad de vida, se recomienda desarrollar actividades que fomenten el bienestar emocional, social y físico, como talleres de manejo integral de las enfermedades crónicas, y actividades recreativas o de integración social que mejoren su sentido de pertenencia y bienestar.

4)Fomentar el empleo y la ocupación en adultos mayores:

Dado que la mayoría de los hombres mayores continúan en alguna forma de ocupación, sería beneficioso implementar programas de capacitación y apoyo para adultos mayores que deseen mantenerse activos laboralmente. También se puede explorar la creación de oportunidades para trabajos formales o informales que sean adecuados a su edad y condiciones de salud.

Para aquellos que ya tienen negocios propios, la fundación podría ofrecer asesorías financieras o de gestión para que los pacientes mayores puedan seguir siendo productivos sin comprometer su salud.

- Sensibilización y apoyo a los pacientes con doble diagnóstico (diabetes e hipertensión):

Los pacientes que padecen ambas enfermedades deben ser priorizados en los programas de apoyo psicosocial y médico, ya que su percepción de calidad de vida es más baja. Se podría recomendar la creación de un grupo especializado dentro de la fundación, con personal multidisciplinario (médicos, psicólogos, trabajadores sociales) para ofrecer una atención más cercana y personalizada. Fomentar el acceso a información sobre cómo el manejo adecuado de ambas enfermedades puede mejorar la calidad de vida, además de integrar actividades de autocuidado y hábitos de vida saludable en los programas de la fundación.

- Estrategias de intervención comunitaria:

Dado que una parte significativa de los adultos mayores están casados y mantienen relaciones familiares, es recomendable involucrar a los familiares y cuidadores en programas de educación y apoyo para que puedan contribuir a mejorar el bienestar psicosocial del paciente.

La fundación podría ofrecer charlas y talleres dirigidos a las familias de los pacientes, para ayudarles a comprender el impacto de las enfermedades crónicas en la salud mental y emocional, y enseñarles cómo proporcionar un apoyo adecuado.

Estas recomendaciones tienen como objetivo mejorar el bienestar psicosocial de los pacientes adultos mayores, especialmente de aquellos con mayor vulnerabilidad debido a la coexistencia de enfermedades crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

1.Organización Mundial De La Salud, Enfermedades crónicas, una epidemia según la OMS, indicadores en salud normatividad derechos. 2016. Disponible en: https://www.asivamosensalud.org/actualidad/enfermedades-cronicas-una-epidemia-segun-la-oms

2.Martínez-Soto J, Ramos-Frausto VM. Perfil anímico en pacientes con enfermedades crónicas: su relación con variables sociodemográficas y clínicas. Rev Psicol [Internet]. 2022; 40(1):329–67. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472022000100329

3. Riveros, Angélica; Cortazar-Palapa, Jackeline; Alcazar L., Fernando; Sánchez-Sosa, Juan José. Asociación Española de Psicología Conductual Granada, España, Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/337/33705302.pdf

4. Joel Martínez-Soto, Victor Manuel Ramos-Frausto, Perfil anímico en pacientes con enfermedades crónicas: su relación con variables sociodemográficas y clínicas, 2022

5.Vázquez Machado A. Factores de riesgo psicosociales de hipertensión arterial en una comunidad venezolana. Medisan [Internet]. 2014; 18(2):211–8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200010

6.Reinoso GNS, Gavilanes ADV. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida de adultos mayores que padecen de Diabetes Mellitus Tipo II. Rev Publicando [Internet]. 20207(24):39–48. Disponible en: https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2078

7. Jerome A. Yesavage, Instituto Nacional de Geriatría, Escala de Depresión Geriatrica (Geriatric Depression Scale GDS). 2016. Disponible en: GDS_CUIDAMHE (inger.gob.mx)

8.Moleon, Inventario de Ansiedad Estado Rasgo, 2020. Disponible en: 7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (doctormoleon.com)

9.Murgieri, Escala de Calidad De Vida, 2009 Pág: 4 Disponible en: Microsoft Word - 18. WHOQOL-BREF.doc (juntadeandalucia.es)

10.Li Z, Phd Y, Li L, Phd P, Chen MD, Hu Y. Prevalence of Depression in Patients With Hypertension, A Systematic Review and Meta-Analysis. 2015.

11. Roya T, Lloyd CE. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review, 2012 Elsevier B. V. 2012;

12.María Isabel BordonYegros, depression in patients with chronic arthritis rheumatoidea, Paraguay 2012.

13.Cabrera, I. and Montorio, I. (2009) "Ansiedad y envejecimiento," Revista espanola de geriatria y gerontologia, 44(2), pp. 106–111. doi: 10.1016/j.regg.2009.01.001.

14.Parra, D. I., López Romero, L. A., & Vera Cala, L. M. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. Enfermería Global, 20(2), 316–344. https://doi.org/10.6018/eglobal.423431

15. Antonio J Garcia-Ruiz, Francisca Leiva-Fernández, Francisco Martos, Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, 2001, Disponible es: https://www.researchgate.net/publication/288900368_Calidad_de_vida_en_pacientes_con_hipertension_arterial_y_diabetes_mellitus_tipo_2

16.Alcazar, F., Instituto Mexicano Del Seguro, L., & México, Y. J. J. (Eds.). (2004). ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales1 Angélica Riveros2

17.Guarneros-Soto, N., Merino-Zeferino, B., Ruíz-Jiménez, L. del C., Juárez Martínez, L., Tapia-Plascencia, M. P., & García-Villegas, E. A. (2021). Prevalencia de depresión en adultos con diabetes mellitus tipo 2 y factores asociados. Archivos de Neurociencias, 26(01). https://doi.org/10.31157/archneurosciencesmex.v26i01.203

18. Fernández-Vázquez A, Dávila-Mendoza R Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica de medicina familia. (2017)

19.Fernández-San Martín MI, Andrade-Rosa C, Molina JD, Muñoz PE, Carretero B, Rodríguez M, Silva A. Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17(3): 279-87.

20.Márquez CE, Soriano SS, García HA, Falcón GMP. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Aten Primaria 2005; 36(6): 345.

21.Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud (pp. 1045-1089). Madrid: Siglo XXI.

22.Vázquez Machado, A., Mukamutara, J., Meireles Ochoa, M. Y., & Vázquez Arias, L. (2019). Trastornos depresivos y eventos vitales en pacientes con hipertensión arterial y su relación con la adherencia terapéutica. Multimed, 23(5), 1079–1094. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000501079

23. Natalia Correa Flores, Ansiedad en la vejez, 2016, Disponible en: https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/ansiedad-en-la-vejez/

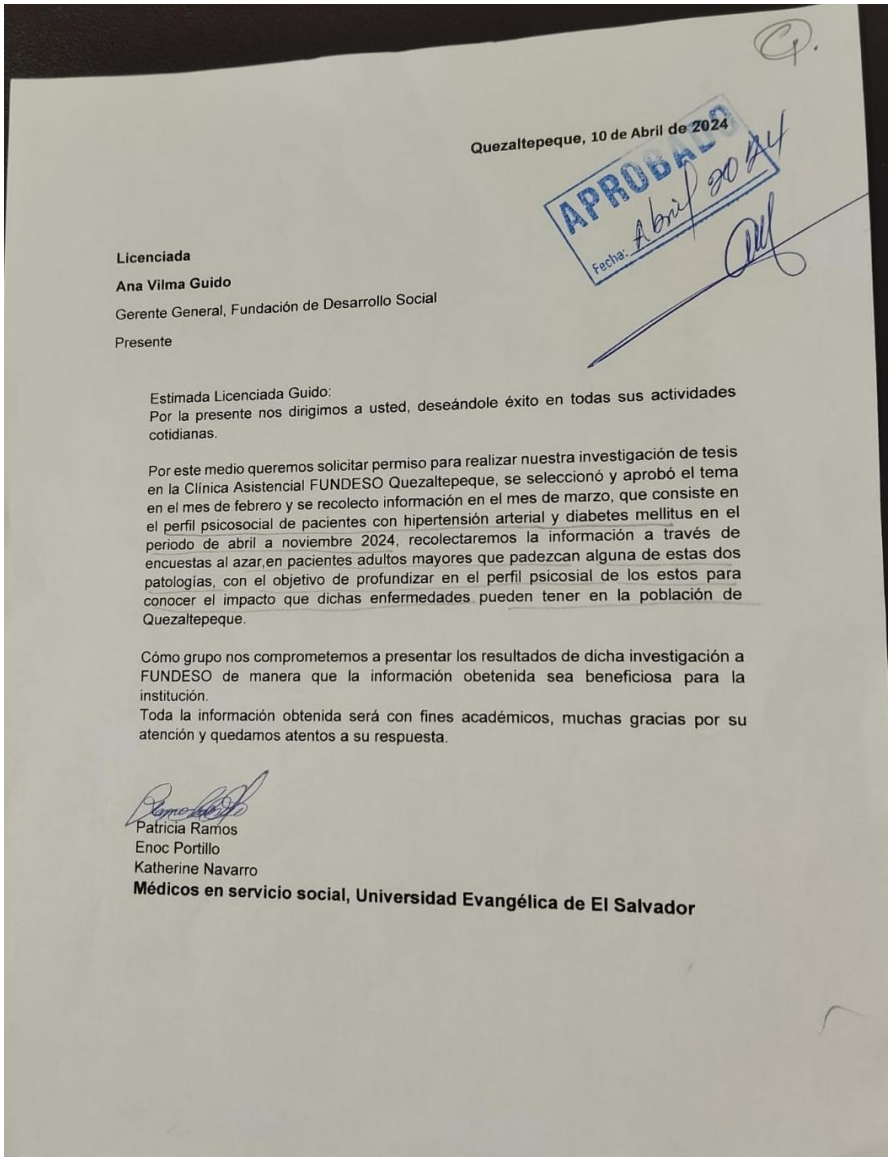
24. Organización Mundial de la Salud, Salud mental de los adultos mayores, 2023. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

25.Hameed Y, Maidment I, Laidlaw K, Hilton A, Kishita N, Medline Plus, Depresión en los adultos mayores, 2022. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm

26. Marcela Velazquez Diaz, Fernando Espinoza Gonzalez, Maria Patricia Martinez Medina, Ferran Padros Blasquez, Preocupación patológica en hipertensos en comparación con normotensos en población michoacana (mexico), 2016, https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662016000200070&lng=es&nrm=i&tlng=es

ANEXOS

Anexo 1



Quezaltepeque, 10 de Abril de 2024

APROBADO
Fecha: Abril 30 24

Licenciada
Ana Vilma Guido
Gerente General, Fundación de Desarrollo Social
Presente

Estimada Licenciada Guido:
Por la presente nos dirigimos a usted, deseándole éxito en todas sus actividades cotidianas.

Por este medio queremos solicitar permiso para realizar nuestra investigación de tesis en la Clínica Asistencial FUNDESO Quezaltepeque, se seleccionó y aprobó el tema en el mes de febrero y se recolecto información en el mes de marzo, que consiste en el perfil psicosocial de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en el periodo de abril a noviembre 2024, recolectaremos la información a través de encuestas al azar,en pacientes adultos mayores que padezcan alguna de estas dos patologías, con el objetivo de profundizar en el perfil psicosial de los estos para conocer el impacto que dichas enfermedades pueden tener en la población de Quezaltepeque.

Cómo grupo nos comprometemos a presentar los resultados de dicha investigación a FUNDESO de manera que la información obetenida sea beneficiosa para la institución.
Toda la información obtenida será con fines académicos, muchas gracias por su atención y quedamos atentos a su respuesta.

Patricia Ramos
Enoc Portillo
Katherine Navarro
Médicos en servicio social, Universidad Evangélica de El Salvador

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD EVANGELICA DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

He sido informado que el tema de investigación es: “Perfil psicosocial de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en fundación de desarrollo social de Quezaltepeque, periodo 2024” y que la meta de este estudio es caracterizar el perfil psicosocial del paciente adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus de la fundación de desarrollo social Quezaltepeque, periodo marzo-septiembre 2024.

De igual manera se me ha indicado que debere responder una encuesta, la cual tomara aproximadamente 7 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial, por lo que la información que se recoja no se utilizara para ningún otro propósito fuera de los de a investigación y publicación de resultado de este estudio sin mi consentimiento,por lo cual acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por los estudiantes Katherine Navarro, Patricia Ramos y Osmar Portillo.

Así mismo, he sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto cause prejuicio alguno sobre mi persona.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio puedo contactar a los investigadores de este proyecto a través del siguiente número telefónico: 7553-4533 respectivamente. En dado caso yo desee comunicarme de manera virtual con los investigadores puedo hacerlo a través del correo electrónico patyr309615@gmail.com.

Entiendo que de estar de acuerdo con todo lo anteriormente mencionado, firmare voluntariamente el presente documento.

Firma de consentimiento: _____

Anexo 3

Escala para la evaluación de la calidad de vida

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	**No (1)**
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	**Sí (1)**	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	**Sí (1)**	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	**Sí (1)**	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	**No (1)**
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	**Sí (1)**	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	**No (1)**
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	**Sí (1)**	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	**Sí (1)**	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	**Sí (1)**	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	**No (1)**
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	**Sí (1)**	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	**No (1)**
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	**Sí (1)**	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	**Sí (1)**	No (0)

Interpretación	
0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
12-15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Anexo 5

Escala de ansiedad

7.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se *siente usted ahora mismo*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

1. Me siento calmado	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 1. Algo 2. Bastante 3. Mucho

ANEXO 3

UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR

Cuestionario adulto mayor FUNDESO Quezaltepeque

I. Preguntas generales

1. SEXO: _____.

2. EDAD: _____.

3. ESTADO CIVIL: _____.

4. OCUPACION: _____.

5.¿QUÉ ENFERMEDAD CRÓNICA PADECE?

HIPERTENSIÓN ARTERIAL ___ DIABETES MELLITUS _____

6. ¿HACE CUANTO TIEMPO FUE DIAGNOSTICADO CON ESA ENFERMEDAD? _____.

7. ¿HACE CUÁNTO TIEMPO ESTÁ EN CONTROL DE SU ENFERMEDAD? _____

#	PREGUNTA	OPCIONES					RESPUESTA
8	¿Como se siente con su enfermedad?	Muy bien	Bien	No importante	Mal	Muy mal	
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	
II. EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN							
9	En general, ¿Está satisfecho con su vida?	Si		No			
		1		**2**			
10	Tras ser diagnosticado con su enfermedad, ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Si		Si			
		1		**2**			
		Si		Si			

11	¿Siente que su vida está vacía?	**1**	**2**	
12	¿Se siente con frecuencia aburrido?	Si **1**	Si **2**	

13	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si **1**	Si **2**	
14	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Si **1**	Si **2**	
15	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si **1**	Si **2**	
16	¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	Si **1**	Si **2**	
17	¿Prefiere usted, quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Si **1**	Si **2**	
18	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de gente?	Si **1**	Si **2**	
19	¿En estos momentos piensa que es maravilloso estar vivo?	Si **1**	Si **2**	
20	¿Actualmente se siente inútil?	Si **1**	Si **2**	
21	¿Se siente lleno de energía?	Si **1**	Si **2**	
22	¿Se siente sin esperanza en este momento?	Si **1**	Si **2**	
23	¿Piensa que la mayoría de gente está en mejor situación que usted?	Si **1**	Si **2**	

III. EVALUACIÓN DE ANSIEDAD

	Me siento calmado	Nada	Algo	Bastante	Mucho	

24		**1**	**2**	**3**	**4**	
25	Me siento seguro	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
26	Estoy tenso	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
27	Estoy contrariado	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
28	Estoy a gusto	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
29	Me siento alterado	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	

30	Estoy preocupado ahorita por posibles desgracias futuras	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
31	Me siento descansado	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
32	Me siento angustiado	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
33	Me siento confortable	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
34	Tengo confianza en mi mismo	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
35	Me siento nervioso	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
36	Me siento muy distraido	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
37	Me siento oprimido	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
	Estoy relajado	Nada	Algo	Bastante	Mucho	

38		**1**	**2**	**3**	**4**	
39	Me siento satisfecho	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
40	Estoy preocupado	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
41	Me siento aturdido y sobre emocionado	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
42	Me siento alegre	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
43	En este momento me siento bien	Nada	Algo	Bastante	Mucho	
		1	**2**	**3**	**4**	
IV. EVALUACIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA						
44	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	Buena	Regular	Mala		
		1	**2**	**3**		
45	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	Mucho	Regular	Mala		
		1	**2**	**3**		
46	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	Mucho	Regular	Mala		
		1	**2**	**3**		
47	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	Mucho	Regular	Mala		
		1	**2**	**3**		
48	¿Cuánto disfruta de la vida?	Mucho	Regular	Poco		
		1	**2**	**3**		
49	¿Qué tanto siente que su vida tiene sentido?	Mucho	Regular	Poco		
		1	**2**	**3**		
50	¿Cuál es su capacidad de concentración?	Mucho	Regular	Poco		
		1	**2**	**3**		
51	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	Mucho	Regular	Poco		
		1	**2**	**3**		
		Mucho	Regular	Poco		

52	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	**1**	**2**	**3**	