

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. JOSE ASEFF YARA"
CIEGO DE ÁVILA

Determinación de los factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en los adultos mayores

Determination of the psychosocial factors, enhancers of suicidal behavior in older adults

Yeney de la Caridad Bethancourt Santana (1), Jesús Bethancourt Enríquez (2), Yolaida Moreno Rodríguez (3), Anilet Saavedra Díaz (4).

RESUMEN

Introducción: El suicidio es el acto voluntario, autoinfligido, de amenaza vital, se refiere al acto de quitarse la propia vida, constituye una de las diez principales causas de muerte en el mundo.

Método: Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar la presencia de factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en adultos mayores pertenecientes a las casas de abuelos, en el municipio de Ciego de Ávila, desde septiembre del 2009 hasta febrero del 2010. Durante la investigación se trabajó con una muestra de 50 adultos mayores. Se plantea Cuáles factores psicosociales potenciadores de la conducta suicida están presentes en los adultos mayores pertenecientes a las casas de abuelos, en el municipio de Ciego de Ávila. Se aplicó un cuestionario, la escala para evaluar el nivel de actitud hacia el intento suicida, el test de completamiento de frases Rotter, la escala de autovaloración, la escala de depresión geriátrica, la escala de riesgo psicosocial, la prueba de percepción del funcionamiento familiar y una entrevista re-test.

Resultados: El 42.0% de los ancianos presentaban un alto nivel de actitud hacia el intento suicida, con mayor incidencia en el sexo femenino.

Conclusiones: Entre los factores psicológicos que se evidenciaron con mayor frecuencia estuvieron: depresión, autovaloración inadecuada, necesidades insatisfechas, ansiedad, conflictos y duelo; factores macrosociales, insatisfacción en actividades cotidianas, pérdida de seres queridos, aislamiento e inactividad; los factores microsociales de menor aparición fueron la afectividad, la armonía y la cohesión.

Palabras clave: ADULTO MAYOR, SUICIDIO, FACTORES PSICOSOCIALES.

1. Licenciada en Psicología. Profesora Instructora.
2. Especialista de 2do Grado en Fisiología Normal y Patológica. Profesor Asistente.
3. Licenciada en Psicología. Profesora Instructora. Máster en Atención al Niño Discapacitado.
4. Licenciada en Psicología.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es el acto voluntario, autoinfligido, de amenaza vital, se refiere al acto de quitarse la propia vida, constituye una de las diez principales causas de muerte en el mundo. Es un problema humano que existe desde el origen mismo del hombre, sucede en todas las épocas, afecta a ambos sexos y a todas las clases sociales. La conducta suicida es la manifestación más extrema de violencia por estar orientada hacia el individuo mismo (1).

Por sus consecuencias, la conducta suicida es un problema grave de salud pública, en el que las muertes por suicidio son solo una parte. Muchas personas más sobreviven a los intentos de acabar con su propia vida, a menudo suficientemente grave para requerir asistencia médica. Cada persona que se suicida deja tras sí a muchos familiares y seres queridos, cuyas vidas resultan profundamente afectadas desde el punto de vista emocional, social y económico.

El mecanismo de la aparición de la conducta suicida puede ser explicado por el mecanismo que explica la aparición del estrés, fruto de la relación hombre-medio (factores sociales). Además

factores intrínsecos de la personalidad que dan al traste con una mala adaptación y la aparición de la pérdida del sentido de la vida, desesperanza, depresión (factores psicológicos) (2).

El suicidio de un individuo a lo largo de la última etapa de su vida es un hecho no infrecuente que suele relacionarse con la depresión del paciente. Sin embargo, no está claro el papel de las enfermedades físicas para diferenciarlas de las puramente mentales. Este desconocimiento se ve influenciado por el deficiente número de investigaciones que en torno al tema se realizan (3).

El envejecimiento se estudia en nuestros días como un proceso continuo y dinámico que inicia con el nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida, la etapa después de los 60 años de edad que termina con la muerte. También se le conoce con los términos vejez, senectud, ancianidad o tercera edad. Al respecto, en la ancianidad ocurren cambios estructurales y funcionales después de alcanzar la madurez, que implican una disminución en la capacidad para adaptarse ante factores nocivos y una repercusión en el aumento de la probabilidad de muerte (4).

El problema principal de los ancianos consiste en vencer los obstáculos y resolver las dificultades que plantea la adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que acontecen con los años, para ello es imprescindible la familia como principal red de apoyo.

La familia como célula fundamental de cualquier sociedad tiene una función trascendental, constituye el medio natural para el desarrollo de sus miembros; es básica para el grupo social y las personas, cumple funciones como: protección, reproducción, socialización, cuidado y satisfacción de necesidades materiales y espirituales. En relación al adulto mayor supera la ayuda de cualquier organismo formal, ya que para el anciano la familia debe ser la mayor fuente de protección y promotora de la elevación de la autoestima cuando se logra una participación activa del senescente en el hogar (5).

En la Atención Primaria de Salud (APS) el programa del médico y la enfermera de la familia tiene como principal objetivo el contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente. En los ancianos este enfoque resulta imprescindible ya que su incorporación a la familia y la comunidad como individuos activos y participativos, constituye un importante factor protector contra la depresión y la conducta suicida (6-7).

Entonces la prevención del acto suicida no es un problema exclusivo de las instituciones de salud mental, psiquiatras y psicólogos, sino de toda la comunidad, sus organizaciones, instituciones e individuos. En la medida en que mayor cantidad de personas, sean profesionales o voluntarios, sepan qué hacer, frente a un paciente con riesgo suicida, mayor será la posibilidad de evitar que se autolesione.

Para esto en Cuba, se llevan a cabo estudios dirigidos por el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED), el cual radica en el Hospital General Calixto García, en Ciudad de La Habana. Este centro ha sido promotor de estudios, formación de recursos humanos, en fin, de la política más general de atención a los ancianos.

El Ministerio de Salud Pública incluye la atención a los mayores dentro de sus programas priorizados, por ello, promueven la existencia de los llamados "círculos de abuelos" junto al Instituto Nacional de Deportes y Recreación (INDER).

Además se cuentan con las llamadas "Casas del abuelo", las cuales ofrecen atención diurna y los ciclos de alimentación a la población mayor de cada municipio. Esta institución cuenta con recursos básicos para la atención comunitaria de ancianos que pagan un precio módico y que optan por pasar el día en dicho centro, aun cuando vivan en familia (1).

En la actualidad las organizaciones internacionales de la salud, para enfrentar las causas y consecuencias de las enfermedades, han priorizado en sus conferencias internacionales la utilización del enfoque de riesgo como una proyección fundamental del enfoque clínico-epidemiológico en la medicina preventiva y social, de lo cual no escapan los estudios dedicados a resolver los problemas del adulto mayor (8).

La salud y el logro de una vejez saludable y feliz no se resuelven en el terreno de la medicina solamente, hay que mejorar la calidad de las condiciones sociales de vida para evitar así el comportamiento suicida y su incidencia. Garantizar una vida saludable a las personas envejecidas es un desafío para los servicios de salud. El estado de salud en ellos se mide por la capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad la cual permite de una forma dinámica el desempeño de sus actividades diarias (2).

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar la presencia de factores psicosociales potenciadores de conductas suicidas en adultos mayores pertenecientes a las Casas de Abuelos, en el municipio de Ciego de Ávila, desde septiembre del 2009 hasta febrero del 2010.

El universo de trabajo lo constituyeron los 68 adultos mayores registrados en las Casas de Abuelos, del municipio de Ciego de Ávila; a los cuales se les aplicó la técnica del mini-examen de Estado Mental (MMSE-Folstein), con el objetivo de determinar el deterioro cognitivo presentes en estos, y obtener así el tamaño de la muestra, la cual quedó conformada por 50 adultos mayores, se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional.

Criterios de inclusión: 1-Tener 60 años y más para ambos sexos. 2-Adultos supuestamente sanos. 3-Que el adulto mayor conserve las capacidades psíquicas para realizar las actividades básicas de la vida diaria. 4-Adultos mayores que no expresen negativa a cooperar con la investigación.

Criterios de exclusión: 1-Adultos mayores con deterioro cognitivo para que no influya en los resultados de la investigación. 2-Adultos que se nieguen a contribuir con la investigación.

La recolección de información se realizó a través de las siguientes técnicas y en relación con los objetivos trazados. Se utilizó el análisis documental (expedientes), un cuestionario, la escala para evaluar el nivel de actitud hacia el intento suicida, la técnica de completamiento de frases (Rotter), la escala de autovaloración (Dembo-Rubinstein), la escala de depresión geriátrica (Yesavage), la escala de riesgo Psicosocial, la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) y una entrevista semiestructurada de re-test.

La recolección de información se realizó en cuatro sesiones previamente concertadas con el objetivo de evitar agotamiento y cansancio físico, así como la pérdida de motivación e interés, lo cual podría influir en los resultados de la investigación.

Para el procesamiento de la información, inicialmente, se realizaron estudios de casos de manera individualizada, califica cada técnica aplicada de forma cualitativa y cuantitativa. Se utilizaron técnicas de Estadística Descriptiva para obtener números absolutos y el por ciento como medida de resumen. Los resultados quedaron expresados en texto, gráficos y tablas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La población objeto de estudio estuvo constituida por 50 ancianos, con un predominio del sexo femenino (29/50 58.0%), mientras que el sexo masculino representó el 42.0% (21/50), coincide con la población geriátrica nacional e internacional la cual se caracteriza por un mayor número de representantes del sexo femenino. Al analizar la variable edad, existió un predominio de los grupos etáreos de 70 a 74 años (20.0%), de 75 a 79 años (24.0%) y de 80 años en lo adelante con un 32.0% (Tabla No. 1).

Los ancianos presentaban un alto nivel de actitud hacia el intento suicida, con mayor incidencia en el sexo femenino (14/29 48.27%), aunque en el sexo masculino también estuvo presente (7/21 33.33%). Se destaca que el 26.0% de los casos se encontraba con un nivel medio (Tabla No. 2).

En la escala los Ítems que evalúan el nivel de actitud hacia el intento suicida en estos ancianos, sobresalen al calificarlos, los deseos de atentar contra su vida, ideación y plan suicida, soledad al no tener personas en quien confiar sus problemas, fracasos reiterados y pérdidas de control ante situaciones de la vida, pérdida del sentido de la vida, conflictos en la comunicación familiar, unido a la depresión. Todo lo cual refleja un desequilibrio en los tres componentes de la actitud (sentir, pensar y actuar), lo que eleva el riesgo de asumir una conducta suicida en estos ancianos.

Al aplicar las técnicas de manera individual (Tabla No. 3), se obtuvo que los principales factores psicológicos que potencian la conducta suicida en la población estudiada fueron:

La depresión (34/50 68.0%), donde 28/50 (56.0%) adultos mayores tenían depresión mayor; 8/50 (16.0%) presentaban depresión menor. La autovaloración inadecuada (32/50 64.0%). La ansiedad (24/50 o 48.0%); las necesidades insatisfechas (23/50 o 46.0%); presencia de conflictos (20/50 o 40.0%); duelo (14/50 o 28.0%). Era característico en el Rotter encontrar repuestas cortas, con frases que denotaban conflictos actuales, generadores de ansiedad.

La depresión establece entre las quejas de tipo psicológico y mentales, la disfuncionalidad mental que prepara o regenta al anciano a un estado disfórico, dicho síndrome permite que la unión

global de este se ensombrezca, la rutina diaria carece de objetivo, es mermada día a día por este déficit y carencia de sentimiento positivo, el anciano se considera inútil, caduco, un ser que espera el momento de la muerte (el ansiado y deseado momento que no llega). Los importantes síntomas depresivos subyacentes son inducidos junto a enfermedades médicas; el curso de las manifestaciones aumenta del mismo modo adecentado por las carencias sociales del anciano en situaciones tales como la institucionalización (aislamiento social, duelo, insuficientes visitas familiares, escasos lazos sociales y el consecuente fracaso interpersonal). Los trastornos crónicos o invalidantes o enfermedades médicas sostienen el estado depresivo del paciente (9-10).

La sintomatología sucesiva del anciano tendente al suicidio presenta normalmente desesperanza, insomnio, angustia, irritabilidad, incomunicación, pasividad, apatía, desinterés, estado de tensión, agitación constante y sentimientos depresivos (11).

La ansiedad también puede enmascarar la depresión en esta edad, además de algunos factores psíquicos como la pérdida de intereses, de actividad placentera y los trastornos del sueño y las alteraciones de la atención y la memoria, sugieren también depresión oculta; inciden otros factores psicológicos y sociales como la actitud negativa hacia sí mismo, los demás y el ambiente, la autovaloración negativa, y la autoestima pobre, así como conductas de lentitud, de aislamiento y disminución del validísimo (12).

Resulta comprensible entonces que en la escala de riesgo psicosocial, 25/50 (un 50.0%) presenta un riesgo severo, 6/50 (un 12.0%) riesgo moderado y 14/50 (un 28.0%) ligero riesgo. Solamente 5/50 (10.0%) no manifestaron riesgo.

Entre los factores macrosociales potenciadores de la conducta suicida, alcanzaron mayor frecuencia la insatisfacción en actividades cotidianas (31/50 o 62.0%); la pérdida de seres queridos (31/50 o 62.0%); el aislamiento (25/50 o 50.0%) y la inactividad (22/50 o 44.0%) (Tabla No. 4); estos resultados coinciden con la mayoría de los trabajos revisados.

Desde el punto de vista macrosocial deben tenerse en cuenta factores como: pérdidas (del cónyuge, amigos, hijos, familia); aislamiento, determinado por la soledad física o espiritual, por falta de comunicación; ausencia de confidente, lo cual es importante desde el punto de vista emocional; la inactividad física, lo cual conlleva a frustraciones, vida sedentaria y enfermedades crónicas; inadaptación a la jubilación (sin una debida preparación psicológica y social, supone el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva, que puede llevar a que el individuo no encuentre bienestar ni estimulación en las actividades diarias), puede verse afectada la situación económica, el estado emocional y la participación social; la insatisfacción con actividades cotidianas; aparece el síndrome de la vida rutinaria en el anciano; pérdida de roles sociales, no querer o no poder ejercer las actividades sociales que antes realizaban lo que limita su radio de acción; institucionalización, cuando no tienen los soportes sociales necesarios se convierten en generadores de alteraciones emocionales (ansiedad, depresión), caída, deterioro cognitivo, etc.; condiciones materiales de vida, vivienda y recursos económicos que repercuten en el bienestar y la calidad de vida; además de la edad avanzada, que aumenta la morbilidad y disminuye la salud (13).

Al estudiar los factores microsociales potenciadores de comportamiento suicida en el estudio se encontraron 4/50 (8.0%) familias funcionales; 26/50 (52.0%) moderadamente funcionales; 19/50 (38.0%) disfuncionales; 1/50 (2.0%) severamente disfuncional.

La afectividad (5/50 o 10.0%), la armonía (7/50 o 14.0%) y la cohesión (9/50 o 18.0%) fueron las variables que presentaron menor frecuencia entre los adultos mayores estudiados. Sin embargo, la adaptabilidad de la familia está presente en el 52.0% de los casos, se observa que 17/50 (34.0%) están satisfecho con la comunicación establecida con su entorno (Tabla No. 5).

Según Arés Muzio P. la vida familiar es una experiencia emocional en la que las sensaciones de bienestar, afecto, amor son tan contagiosas como las negativas, ansiedad, resentimientos o no aceptación (5).

Desde el punto de vista microsociales, la familia juega roles principales, como la adaptación para satisfacer las necesidades del anciano y la aceptación por parte de los miembros de esta de los deseos de los ancianos, a partir de reajustes en el estilo de vida que les permita participar en la discusión de cuestiones familiares. La comprensión y la protección que sean capaces de brindarles, en dependencia de las limitaciones funcionales que puedan presentar, contribuirán a su beneficio.

La familia cubana promedio ha sufrido cambios que son negativos para los ancianos tales como: la disminución de personas jóvenes para cuidarlos, el aumento de la longevidad (los hijos envejecen a la par de los padres), la industrialización que trae como consecuencia disminución de la comunicación familiar, los problemas de la vivienda que conllevan a que sea desplazado de sus medios tradicionales, la emigración interna y externa que genera que los ancianos se queden solos (14).

CONCLUSIONES

Fue más frecuente el nivel de actitud alto hacia el intento suicida. Entre los factores psicológicos potenciadores de esta conducta estuvieron: depresión, autovaloración inadecuada, necesidades insatisfechas, ansiedad, conflictos y duelo.

Predominaron los factores de riesgo macrosociales de la conducta suicida, entre ellos: insatisfacción en actividades cotidianas, pérdida de seres queridos, aislamiento e inactividad. Dentro de los factores microsociales con menor aparición: la afectividad, la armonía y la cohesión; mientras que aparece una elevada adaptabilidad por parte de las familias.

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional observational study was carried out, with the objective of determining the presence of psychosocial factors, enhancers of suicidal behavior in older adults belonging to grandparents homes, in Ciego de Avila, from September 2009 to February 2010. During the research it was worked with a sample of 50 older adults. It started from the scientific problem, which psychosocial factors, enhancers of suicidal behavior are present in older adults belonging to grandparents home in Ciego de Ávila? To respond to the objectives was applied a questionnaire, the scale to assess the level of attitude toward the suicide attempt, sentences completion test (Rotter), self-assessment scale, the geriatric depression scale, the scale of psychosocial risk, perception test of family functioning and a re-test interview; that allowed to conclude that 42.0% of elderly had a high level of attitude toward the suicidal intent; psychological factors that were most often are: depression, inadequate self-assessment, unmet needs, anxiety, conflict and grief; macrosocial factors, dissatisfaction in everyday activities, loss of loved ones, isolation and inactivity; the microsocial factors of minor appearance were affection, harmony and cohesion.

Key words: ELDERLY, SUICIDE, PSYCHO-SOCIAL FACTORS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peña CO. Factores psicosociales potenciadores de comportamiento suicida en adultos mayores [tesis]. Santiago de Cuba: Policlínico Josué País García; 2007.
2. Guridi GMZ. Caracterización de pacientes geriátricos con intento suicida en un área de salud [tesis]. Ciudad de La Habana: Policlínico Docente "Mártires de Calabazar"; 2007.
3. Ordóñez Monak I. Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años. Rev Colombiana Psiquiatr [Internet]. 2013 [citado 22 Nov 2013]; 43(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00347450>
4. Pérez Martínez VT, Arcia Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 [citado 17 Ene 2011]; 24(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200006&lng=es&nrm=iso
5. Gutiérrez BE. Las edades de la senectud. La Habana: Científico-Técnica; 2008.
6. Miranda Guerra A, Hernández Vergel L, Rodríguez Cabrera A. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 [citado 17 Nov 2010]; 25(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864_21_2520090003&lng=es&nrm=iso
7. Jonis M, Lacta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. Rev Med Hered [Internet]. 2013 [citado 21 Ene 2013]; 24(1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2013000100013&script=sci_arttext
8. Núñez Blanco P, Gómez Chávez M, Núñez Gómez M. Comportamiento del intento suicida en el adulto mayor. Policlínico Andrés Ortiz. X Seminario Internacional de Atención Primaria de

- Salud - Versión Virtual [Internet]. 2012 [citado 21 Nov 2013]; 24(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/login>
9. Núñez Cabezas V. El impacto de la depresión en el bienestar del adulto mayor en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela. Universidad Técnica de Ambato [Internet]. 2014 [citado 22 May 2014]; [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7496>
 10. Herrera Chicaiza C. La Terapia Ocupacional y el Estado de Ánimo del Adulto Mayor en el Asilo de Ancianos del Hospital Provincial Docente Ambato e el periodo Lectivo Marzo 2010 – Enero 2011. Universidad Técnica de Ambato [Internet]. 2013 [citado 3 Mar 2013]; [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/5530>
 11. Ribot Reyes V, Alfonso Romero M, Ramos Arteaga M. Suicidio en el adulto mayor. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2013 [citado 5 Nov 2013]; 11(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2012000500017&lng=es&rm=iso&tlng=es
 12. Cardona Jiménez J, Villamil Gallego M, Henao Villa E, Quintero Echeverry A. El afrontamiento de la soledad en la población adulta. Rev Univ Pontif Boliv [Internet]. 2011 [citado 5 Nov 2013]; 11(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revistas.upb.edu.co/>
 13. Bastidas Bilbao H. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. Rev Psicol Perú [Internet]. 2014 [citado 5 Nov 2014]; 32(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/indexaa>
 14. Gutiérrez Zurbarán GT, Gil Rojo I, Jiménez Acosta VA, Lugo Jáuriga B. Suicidio en la tercera edad: un problema de salud comunitario. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2001 [citado 19 Ene 2011]; 39(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032001000200012&script=sci_arttext

ANEXOS

Tabla No.1: Adultos mayores según grupo de edad y sexo.

Edad	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%		
60-64	4	8.0%	3	6.0%	7	14.0%
65-69	2	4.0%	3	6.0%	5	10.0%
70-74	5	10.0%	5	10.0%	10	20.0%
75-79	9	18.0%	3	6.0%	12	24.0%
80-más	9	18.0%	7	14.0%	16	32.0%
Total	29	58.0%	21	42.0%	50	100%

Fuente: Cuestionario.

Tabla No.2: Adultos mayores según nivel de actitud hacia el intento suicida y sexo.

Nivel de actitud hacia el intento suicida	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%		
Alto	14	28.0%	7	14.0%	21	42.0%
Medio	5	10.0%	8	16.0%	13	26.0%
Bajo	8	16.0%	3	6.0%	11	22.0%
Sin riesgo	2	4.0%	3	6.0%	5	10.0%
Total	29	58.0%	21	42.0%	50	100%

Fuente: Escala para evaluar el nivel de actitud hacia el intento suicidio.

Tabla No.3: Adultos mayores según factores psicológicos y sexo.

Factores Psicológicos	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%		
Depresión	21	42.0%	13	26.0%	34	68.0%
Ansiedad	14	28.0%	10	20.0%	24	48.0%
Vivencia de soledad	11	22.0%	9	18.0%	20	40.0%
Vivencia estorbo	1	2.0%	4	8.0%	5	10.0%
Vivencia de amenaza en el futuro	4	8.0%	9	18.0%	13	26.0%
Duelo	9	18.0%	5	10.0%	14	28.0%
Miedo a la muerte	6	12.0%	6	12.0%	12	24.0%
Conflictos	7	14.0%	13	26.0%	20	40.0%
Falta de proyectos vitales	3	6.0%	14	28.0%	17	34.0%
Frustraciones	7	14.0%	5	10.0%	12	24.0%
Necesidades insatisfechas	12	24.0%	11	22.0%	23	46.0%
Autovaloración inadecuada	17	34.0%	15	30.0%	32	64.0%

Fuente: Test Rotter, Escala de depresión geriátrica, Escala de autovaloración.

Tabla No.4: Adultos mayores según factores macrosociales y sexo.

Factores Macrosociales	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%		
Pérdidas	15	30.0%	16	32.0%	31	62.0%
Inactividad	10	20.0%	12	24.0%	22	44.0%
Aislamiento	14	28.0%	11	22.0%	25	50.0%
Ausencia de confidente	4	8.0%	4	8.0%	8	16.0%
Insatisfacción con actividades cotidianas	14	28.0%	17	34.0%	31	62.0%
Inadaptación a la jubilación	6	12.0%	11	22.0%	17	34.0%
Pérdidas de papeles sociales	10	20.0%	9	18.0%	19	38.0%
Malas condiciones de vivienda	9	18.0%	10	20.0%	19	38.0%

Fuente: Escala de riesgo psicosocial.

Tabla No.5: Adultos mayores según factores microsociales y sexo.

Factores Microsociales	Sexo				Total	%
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%		
Cohesión	5	10.0%	4	8.0%	9	18.0%
Armonía	3	6.0%	4	8.0%	7	14.0%
Comunicación	9	18.0%	8	16.0%	17	34.0%
Adaptabilidad	15	30.0%	11	22.0%	26	52.0%
Afectividad	3	6.0%	2	4.0%	5	10.0%
Roles	7	14.0%	9	18.0%	16	32.0%
Permeabilidad	8	16.0%	5	10.0%	13	26.0%

Fuente: Prueba de Percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).