



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO.

FACULTAD DE ENFERMERIA.

“DEPRESION EN ADULTOS MAYORES”

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA.

PRESENTA:

CAROLINA GONZALEZ RAMIREZ.

ASESORAS:

M.S.E MARIA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA.

DRA. MARIA LETICIA RUBI GARCIA VALENZUELA.

MORELIA, MICH NOVIEMBRE 2012



DEDICATORIAS

A mis padres

Por darme la vida, con su apoyo y motivación me han hecho recordar que la misión más importante es buscar la libertad de emprender el vuelo a donde se desea, a pesar de los tropiezos que se presenten en la vida.

A mis asesoras

Que me apoyaron en todo momento para la elaboración de este documento, brindándome sus conocimientos y sobretodo su paciencia y tolerancia para culminarlo, M.S.E María Magdalena Lozano Zúñiga y Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela.

A mis hermanos

Que estuvieron siempre conmigo festejándome en mis aciertos y alentándome a mejorar y superar mis errores.

A mis amigos

Por apoyarme cuando más lo necesitaba, dedicándome su tiempo y paciencia en los momentos más difíciles de mi carrera, siendo así, un sostén cuando sentía decaer.

A mi escuela

Por brindarme la oportunidad de ocupar sus aulas, teniendo valiosas experiencias con compañeros y maestros de los que aprendí mucho.

INDICE.

1. INTRODUCCION.....	4
2. JUSTIFICACION.....	7
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
4. OBJETIVOS.....	13
5. MARCO TEORICO.....	14
5.1 El Envejecimiento.....	14
5.2 Teorías del Envejecimiento.....	20
5.2.1 Teorías Biológicas.....	21
5.2.2 Teorías Psicológicas del Envejecimiento.....	23
5.2.3 Teorías Sociales del Envejecimiento.....	24
5.3 Depresión en el Adulto Mayor.....	32
5.3.1 Causas de la Depresión.....	37
5.3.2 Cuadro Clínico.....	38
5.3.3 Elementos para el Diagnostico.....	40
5.3.4 Tratamiento.....	42
5.4 Cuidado de Enfermería y Teoría “Déficit de Autocuidado” de Dorothea Orem.....	45
5.5 Escala de Depresión geriátrica Yesavage.....	54
5.5.1 Descripción.....	54
5.5.2 Interpretación.....	55
5.5.3 Propiedades Psicométricas.....	56
6. MATERIAL Y METODOS.....	58
6.1 Tipo de Estudio.....	58
6.2 Limites de Tiempo y Espacio.....	58
6.3 Universo.....	58
6.4 Muestra.....	58
6.5 Criterios de Elegibilidad.....	58
6.6 Variables.....	59
6.7 Instrumento.....	59
6.8 Análisis Estadísticos.....	59
6.9 Recursos.....	60
7 CONSIDERACIONES ETICAS.....	61
8 ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	63
9 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	66
10 BIBLIOGRAFIA.....	68
11 GLOSARIO DE TERMINOS.....	71
12 ANEXOS.....	72

1. INTRODUCCION

El envejecimiento es una preocupación actual para toda América Latina, y para el mundo, en el año de 1982, se realizó la primera asamblea mundial sobre envejecimiento, en Viena Austria y la segunda fue en el año 2002 en Madrid España, ambos eventos auspiciados por la Organización de Naciones Unidas (ONU).

En la primera reunión se manifestó la preocupación de la comunidad internacional acerca del tema, por lo que en ese mismo año surge el documento denominado “Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento” del cual emanan las principales recomendaciones para los países participantes. Con este documento se pretende enfrentar y dar respuesta al fenómeno demográfico que además implica connotaciones económicas, políticas, sociales y culturales. Se debe considerar que la realidad de América Latina requiere definir los lineamientos que servirán de contexto y sustento a las políticas nacionales que desde cada país deben establecerse y diseñarse, pero en un marco internacional (Carvajal M.2002).

En México, si bien la pirámide poblacional aún no ha invertido su forma, el tema del envejecimiento es reconocido como de suma importancia. De acuerdo con los resultados definitivos del II Censo de Población y Vivienda 2005, al 17 de octubre pasado residían en Michoacán de Ocampo un total de 3 966 073 personas, de las cuales 52 por ciento son mujeres y 48 ciento son hombres (INEGI 2005). Continúa mostrándose en la entidad un paulatino proceso de envejecimiento de la población, que se manifiesta por la mayor presencia de población de la tercera

edad; en efecto, no obstante que el tamaño de la población en su conjunto decrece, el que corresponde al sector de 60 años y más se incrementó en poco más de 46 mil personas (Gobierno del Estado de Michoacán 2004).

La atención médica hacia los ancianos, hoy en día es un reto como sistemas de salud, ya que ante el fenómeno demográfico de inversión de la pirámide poblacional se incrementa más aun la demanda asistencial, por lo que es necesario una readecuación a los sistemas sanitarios, una nueva cultura de salud preventiva con énfasis en el autocuidado, en mantener la funcionalidad y la rehabilitación (Sistema nacional de vigilancia epidemiológica -SNVE 2011).

Los trastornos afectivos en el anciano deben ser considerados como el resultado de conjunción de factores heterogéneos, que actúan en el terreno personal del paciente por tanto la etiología resulta ser biopsicosocial, es decir factores biológicos que modifican la neurotransmisión cerebral, predisponiendo la aparición de la depresión en edades adultas, otros son los cambios psicosociales, acentuados en edades más avanzadas como las pérdidas personales, el aislamiento, la soledad y la inestabilidad económica a partir de la jubilación.

Lo anterior resulta relevante por ser generadores de estrés crónico, frecuentemente, causantes de la depresión, con mayor frecuencia en varones se considera que, los trastornos médicos pueden generar depresión en ancianos, por ejemplo el abuso de alcohol, algunos fármacos y sustancias con potencial adictivo.

Predomina la disminución del estado de ánimo, la tristeza; en etapas más avanzadas hay ideas delirantes de culpa, melancolía e ideación suicida. De aquí, la importancia del diagnóstico integral oportuno (Sistema nacional de vigilancia epidemiológica -SNVE 2011).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y de incapacidad en la población de adultos mayores; los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en nuestro país y en nuestro estado, ya que entre otros factores, este aumenta con la edad (Sistema nacional de vigilancia epidemiológica -SNVE 2011).

La depresión en las personas mayores de 60 años esta frecuentemente relacionada con el padecimiento de una perdida mayor, como, por ejemplo, la jubilación, la asunción de un papel de cuidador principal con pérdida del papel habitual de pareja normal) o la muerte de un cónyuge u otro ser querido. La depresión relacionada con una pérdida a menudo se resuelve normalmente sin necesidad de tratamiento, aun cuando pueda interferir con la función cognitiva mientras está presente, al igual que puede hacerlo la depresión que surge por otros motivos. (Rodríguez R, 2004)

2. JUSTIFICACION

En México, hay casi 9 millones de adultos mayores, de acuerdo con cifras oficiales, los adultos mayores son un grupo heterogéneo pero específico, quienes requieren de un mejor acceso y atención en los cuidados de salud, ya que este grupo es vulnerable y más aun cuando los problemas se agravan en la comunidad por los estereotipos negativos, así mismo, con los problemas médicos múltiples con los cuales, la movilidad o la funcionalidad pueden perjudicarse fácilmente.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y de incapacidad en la población de adultos mayores; los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en nuestro país y en nuestro estado, ya que entre otros factores, este aumenta con la edad (Sistema nacional de vigilancia epidemiológica -SNVE 2011).

Durante varios años, la depresión ha sido una de las enfermedades más frecuentes que presenta el adulto mayor. De acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión (DSM-IV), el sujeto debe experimentar al menos cuatro síntomas en el episodio depresivo mayor, en un periodo de al menos dos semanas en las cuales éstos deben mantenerse la mayor parte del día, durante el cual presenta un decaimiento del ánimo o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades; debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, disminución aguda del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades (www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2003/sem41/pdf/ acceso 3 mayo 2011).

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan. Los estudios simultáneos y comparables en 15 países de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas productivas por trastornos físicos y mentales fue similar (Ormel J. 2008).

Diversos estudios muestran que las personas con trastornos de ansiedad o depresión tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud, con un mayor costo de atención. En el caso de la población anciana, un reporte con una muestra representativa de la ciudad de México comparo las tasas de utilización de servicios de salud de acuerdo con la presencia o ausencia de depresión y morbilidad grave en los últimos seis meses y encontró que las personas con depresión y sin con morbilidad reciente tuvieron una razón 64% mayor que las personas que no tenían depresión [OR=1.64; IC 95% = 1.3-2.1] y para las que tenían con morbilidad y depresión la razón fue aún mayor [OR=2.6; IC 95%= 2-3.3] (Warner et al. 2012).

Un estudio del contexto sociocultural de la depresión llamo la atención acerca del sentimiento de soledad que los adultos mayores ligan fuertemente con conceptos de la depresión.

Los ancianos explicaron cómo la depresión no era simplemente equiparable a la soledad. En cambio, la soledad era vista como un precursor de la depresión. Los adultos mayores tomaron de sus ideas

acerca del envejecimiento cuando dijeron que la soledad está muy relacionada al proceso de envejecer (Warner et al. 2012).

La depresión es comúnmente un problema de salud mental en adultos mayores un 15% de este grupo etáreo sufre este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Solo un 15% de los adultos mayores con depresión reciben tratamiento adecuado (Douglas C. 2010).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es una situación muy grave que se caracteriza por cinco de los siguientes síntomas: tristeza, desinterés en las actividades cotidianas, pérdida y ganancia importante de peso, disminución o aumento notable del sueño, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de interés, sentimientos de inutilidad o culpa inadecuada, disminución de la capacidad de concentración o para pensar, pensamientos recurrentes de muerte, incluso ideas o intentos de suicidio (Kristen L. 2008).

Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y la considerable disminución de su calidad de vida. La sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como una “enfermedad mental en la que las personas experimentan una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. Un factor único no es el responsable de la aparición de los síntomas depresivos en la vejez. La fenomenología de los eventos depresivos en el paciente geriátrico requiere ser estudiada desde un punto de vista bio-psico-social. Durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social. Biológico y psicológico; que son protagonistas de. Dicho proceso y contribuyen en mayor o menor grado para que en un momento determinado el paciente presente sintomatología depresiva.

Es en esta época de la vida, cuando se presenta mayor número de pérdidas (amistades, cónyuge, trabajo, rol en la familia y en la sociedad), las cuales, antes de su aparición constituían para el paciente una fuente de gratificación.

Por tal razón, fenómenos como la jubilación, que se considera en la actualidad como sinónimo de minusvalía y la consecuente pérdida de roles en el trabajo y en la familia. Lo que determinan que en los

pacientes se activen mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son eficientes, favorecerán una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad.

El mayor o menor grado de adaptación ante estas pérdidas se da en función de los recursos con que cuente el anciano, tanto de tipo personal, psicológico y económico, como social y familiar. La pérdida del estatus económico, se da como consecuencia de la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad. La pensión, representa un 30 a 50% de su ingreso previo, aunado a la innovación, favorecerán que sus necesidades básicas no puedan ser cubiertas en forma satisfactoria, situación que es generadora de frustración y síntomas depresivos. Es muy común que ante estos fenómenos, la respuesta del paciente sea hacia el aislamiento, estableciéndose una pobre interacción tanto con su familia, como con sus amistades y demás miembros de la sociedad.

El aspecto psicológico, como parte esencial en la dinámica de la depresión del paciente geriátrico, involucra el tipo de personalidad que el paciente haya desarrollado durante su vida previa. Las personas narcisistas y obsesivas, tienen un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos durante la vejez. En general, las personas narcisistas están siempre atentas de obtener sus satisfactores a partir de bienes materiales, así como, el de buscar diferentes medios para mantenerla belleza física, la juventud y la salud.

Los cambios del envejecimiento, al ejercer su efecto en la apariencia física de las personas, encuentren en ellas pérdidas de belleza y juventud. Por lo cual al no lograr adaptarse adecuadamente a ello favorecerán cuadros depresivos.

Se dice, por otro lado, que la gente con personalidad obsesiva, utiliza parte de su energía para modular ciertas reacciones de agresividad para evitar conflictos con los demás.

Por lo anterior descrito se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de depresión según la escala de Yesavage que presentan los adultos mayores de la comunidad sub-urbana de la colonia Tenencia Morelos de la Ciudad de Morelia Michoacán?

4. OBJETIVOS.

Objetivo general.

Analizar el nivel de depresión de acuerdo a la escala de Yesavage que presentan los adultos mayores de la comunidad sub-urbana de la colonia Tenencia Morelos de la Ciudad de Morelia Michoacán

Objetivos específicos.

- Identificar el nivel de depresión que presentan los adultos mayores de la Tenencia Morelos de acuerdo al género
- Señalar nivel de depresión según ocupación que reportan los mayores de 60 años de la comunidad mencionada
- Valorar nivel de depresión considerando el Estado civil de los adultos mayores de una comunidad suburbana
- Identificar el nivel de depresión de acuerdo a grupo de edad que reportan los mayores de 60 años de la comunidad Tenencia Morelos

5. MARCO TEORICO

5.1 El envejecimiento

El envejecimiento es una preocupación actual para toda América Latina, en el año de 1982, en el marco de la Organización de las Naciones Unidas se realizó la primera asamblea mundial sobre envejecimiento. Los resultados describieron entonces la preocupación de la comunidad internacional acerca del tema, de este foro surge el documento “Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento” la asamblea contó con la participación de 128 países, entre ellos 18 de Latinoamérica y el Caribe, dicho documento es mejor conocido como “El Plan de Viena” y contiene las principales recomendaciones que emanaron de esta reunión a la comunidad internacional. Cada realidad nacional de América Latina requiere definir los lineamientos que servirán de contexto y sustento a las políticas nacionales que desde cada país deben establecerse y diseñarse, pero en un marco internacional.

En México si bien la pirámide poblacional aún no ha invertido su forma, el tema del envejecimiento sí se es reconocido como de suma importancia. En México, hay casi 9 millones de adultos mayores, de acuerdo con cifras oficiales, los adultos mayores son un grupo heterogéneo pero específico, quienes requieren de un mejor acceso y atención en los cuidados de salud, ya que este grupo es vulnerable y más aun cuando los problemas se agravan en la comunidad por los estereotipos negativos, así mismo, con los problemas médicos múltiples con los cuales, la movilidad o la funcionalidad pueden perjudicarse fácilmente (Sistema nacional de vigilancia epidemiológica SNVE 2011).

En el caso de Michoacán representa el 8 % de toda su población, se trata del grupo demográfico con mayor incidencia de enfermedades, en

especial crónico-degenerativas lo cual representa gastos importantes que la mayoría no puede cubrir, ya que un porcentaje considerable no cuenta con seguridad social ni recursos económicos. En Michoacán además de las estrategias que impulsa el Gobierno Federal, la Secretaria de Salud (SSM) puso en marcha el Programa de Atención a Adultos Mayores, mediante el cual todas las personas mayores de 65 años de edad que carezcan de algún tipo de seguridad social tienen derecho a la gratuidad en la consulta externa y los medicamentos que deriven de ella (Secretaria de Salud 2007). Existen varias acciones por parte del gobierno pero no suficiente para lo que la atención que requiere esta población.

La atención medica hacia los ancianos, hoy en día es un reto como sistemas de salud, ya que ante el fenómeno demográfico de inversión de la pirámide poblacional se incrementa más aun la demanda asistencial, por lo que es necesario una readecuación a los sistemas sanitarios, una nueva cultura de salud preventiva con énfasis en el auto cuidado, en mantener la funcionalidad y la rehabilitación (Sistema nacional de vigilancia epidemiológica SNVE 2011).

La Organización Mundial de la Salud define como adulto Mayor a toda persona de 60 años en países en vías de desarrollo y mayores de 65 años de edad para países desarrollados. Gracias a los avances de la medicina, de las diversas ciencias y a la promoción y protección de la salud, las personas en la actualidad viven más años. En América en 1960 la esperanza de vida al nacer era de unos 70 años. Hacia 1987 la esperanza de vida había aumentado hasta 71.5 años para varones y 78 años para las mujeres (Kozier, Erb, Olivieri, 1998).

Para muchos estudiosos del tema, la definición de adulto mayor es mucho más que la edad cronológica o establecer una condición como de jubilado. Muchas personas de 60 años se encuentran en óptimas condiciones de vitalidad, salud y facultad mental, sin deterioro aparente. Actualmente se habla del concepto de “cuarta edad” para referirse a las personas que viven más de 80 años (Aréchiga & Cereijido, 1999).

Además del cambio biológico, la influencia del entorno social, la calidad de vida y la propia expectativa que tiene cada individuo, influye en la conducta de los mismos. El envejecimiento como proceso irreversible se observa en la madurez, después de los 30 años de edad, a partir de entonces los cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y psicológicos que se asocian al cambio del tiempo y tornan al individuo más vulnerable al medio y se merma su capacidad de adaptación a los retos de la vida. A medida que el mundo toma conciencia sobre el envejecimiento, entendiéndolo como el resultado natural del ciclo vital y no como una enfermedad, el personal del área de la salud, debe hacer suya la misión de crear una nueva cultura: donde los prejuicios, las segregaciones así como los atropellos se cambien por respeto, integración y flexibilidad, aceptando la vejez y a los viejos en la dimensión justa (Rodríguez R., 2004).

El envejecimiento es un proceso complejo y dinámico con componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos inseparables e íntimamente relacionados. Se trata de un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continuados hasta la muerte.

El anciano tiene múltiples necesidades y problemas que requieren comprensión y cuidados por parte de la enfermera para promover la salud, el bienestar; la recuperación de la enfermedad o incapacidad y el

éxito en la evolución hacia la senescencia. Las personas envejecen de modo diferente y a distinta velocidad, puesto que los cambios del envejecimiento se producen a una velocidad desigual en las distintas partes del cuerpo, estos cambios deberían considerarse como puntos de referencia para el cuidado de enfermería y los problemas presentados por el proceso de envejecimiento.

Con la vejez acontece una identificación progresiva y gradual de la conducta y el funcionamiento. Debido a que el anciano que afronta un estrés y un cambio tiene un margen más estrecho para la capacidad de reserva, esta reducción no suele ser manifiesta durante el estado de reposo del cuerpo. No todos los cambios funcionales en los ancianos se deben al envejecimiento; algunos se deben a la enfermedad. La enfermera debe preocuparse por mantener al anciano en un nivel funcional óptimo. El objetivo es el bienestar, pese al grado de deterioro físico, cognitivo o emocional.

El envejecimiento es un proceso universal objetivo y subjetivo, desde el punto de vista objetivo, comienza con el nacimiento, pero se asocia más con el anciano o el adulto de edad avanzada. Cronológica y legalmente, se considera viejo a la persona de 60 años de edad o más. La edad subjetiva puede estar relacionada con sentimientos personales, edad personal, edad cognitiva, edad social, etc.

Las definiciones de edad funcional deben de estar relacionadas con la salud, independencia física y funcionamiento social y psicológico.

La edad funcional ha ce hincapié en que esas capacidades y cambios se producen a distinta velocidad; todos los ancianos de la misma edad cronológica no funcionan al mismo nivel. Aparte de ser individual, la

edad funcional tiene de asociarse en menor grado con actitudes negativas sobre la vejez. Las capacidades funcionales se asocian con el bienestar. Proporciona una base mejor para los cuidados de enfermería, ya que le permite dirigir su atención hacia los problemas de salud reales o potenciales. Preguntar sobre la edad cronológica de las personas no da tanta información como preguntas: ¿Cómo se sienten?, el estado de su salud o que actividades pueden realizar durante un día. Una valoración de la edad funcional responde a todas estas cuestiones.

Muchos de los miedos a envejecer se deben al modo en que la sociedad percibe la vejez y el miedo a lo inevitable de ese deterioro. Hay muchos miedos respecto a la seguridad y protección, al amor y pertenencia, y a las amenazas al concepto de sí mismo. Los ancianos, sin embargo, han demostrado su capacidad para adaptarse y sobrevivir. Tienen mayores experiencia vitales, coraje, sabiduría hay resistencia y un espíritu independiente que les ayuda a adaptarse al proceso de envejecimiento. Los ancianos rara vez se consideran a si mismos como viejos; dicen que los demás se vuelven más jóvenes.

Las enfermeras deben identificar y resolver los sentimientos personales sobre la vejez, y en especial sobre el propio proceso de envejecimiento. Deben desarrollar una filosofía que sea contraria a los puntos de vista negativos que la sociedad mantiene hacia la vejez. Esta filosofía debe reforzar una visión del envejecimiento orientada a la madurez en lugar de reforzar la tendencia actual de considerar la vejez como la última mitad de la vida, un declive un proceso de degeneración que conduce a la incompetencia a un autoconcepto negativo y a una baja autoestima, con la muerte como resultado final. Esto es necesario si se pretende

ayudar de forma válida a que el anciano se adapte al proceso normal del envejecimiento y a los problemas que pueda presentar.

Para la Organización Mundial de la Salud el envejecimiento individual es “Un proceso normal que ocurre a todos los seres vivos, comienza en el momento en que se nace, se acentúa en los últimos años. Se produce una limitación de la adaptabilidad. Es un proceso no uniforme, es diferente de una especie a otra, de un hombre a otro, en un mismo ser humano no todos sus órganos envejecen al mismo tiempo”. (Rodríguez, R. 2004).

Este proceso normal para todos los seres vivos, tiene como principal característica el que efectivamente existe una limitación para adaptarse a los nuevos cambios, estos en materias biológicas, psicológicas y sociales, debido a que ante determinados cambios se necesita de un determinado tiempo para responder y adaptarse, y por ende es también, en donde se acentúan los riesgos de presentar descompensaciones o enfermedades, además las personas envejecen de distinta manera de acuerdo al género, a la edad, a la etnia, a si viven en la zona urbana o rural, si viven en países industrializados o en vías de desarrollo, a su condición social, económica, nivel educativo, si viven solos o en familia.

5.2 Teorías del envejecimiento

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

Una definición alternativa podría ser un descenso en la capacidad para sobrevivir al estrés. El estrés se considera como cualquier factor o proceso que tiende a desviar el ambiente interno de su equilibrio normal, con el punto final del deterioro homeostático en un ambiente interno incompatible con la vida. El envejecimiento comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como por ejemplo una enfermedad. La enfermedad es un estado patológico o anormal presente en cualquier célula órgano o sistema orgánico en una unida de tiempo o que se extiende abarcando muchas unidades de tiempo. Por desgracia muchas personas consideran que el envejecimiento es un estado patológico o una enfermedad. El envejecimiento no es ni una enfermedad ni el resultado de una suma de múltiples estados patológicos.

El envejecimiento y la muerte, al igual que el nacimiento y la maduración son parte del ciclo vital normal. Se estudia el envejecimiento a partir de teorías biológicas, psicológicas y sociales. Las teorías biológicas intentan explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales de los organismos vivos que determinan los cambios evolutivos.

El envejecimiento puede ser definido como edad biológica, edad psicológica y edad social. Por lo tanto, se trata de un fenómeno enormemente complejo que requiere que se considere a la persona que

envejece como un todo en relación en relación con su ambiente. Esta perspectiva presta conocimiento a los múltiples aspectos del cuidado requerido por el anciano. Las teorías psicológicas intentan describir y explicar la conducta del anciano en relación con otras personas. Se piensa que factores biológicos y ambientales influyen sobre el proceso de cambio de conducta. El desarrollo de la teoría relacionada con los aspectos sociológicos del envejecimiento se ha centrado, en gran medida, en los medios con que los ancianos se adaptan durante la última etapa de su vida y sobre su estatus como grupo en comparación con otros grupos de edad de esta sociedad. Algunas teorías comparan al anciano a través de las sociedades.

Las teorías subestiman la importancia de la planificación de cuidados de un modo diversificado e individualizado, teniendo en cuenta las limitaciones funcionales y físicas de la persona, sus preferencias, su estilo de vida y su personalidad. Acentúan las influencias de la cultura, la familia, la educación, la comunidad, los roles y los patrones de respuesta y los estados patológicos.

5.2.1 Teorías biológicas

- ❖ Teoría del envejecimiento programado (envejecimiento celular):
Establecen que las manifestaciones de los cambios de la senectud son el resultado de programas genéticos que contienen “genes del envejecimiento” responsables de los cambios seniles que preceden el fallecimiento y la muerte del organismo.

- ❖ Teoría del enlace cruzado: sugiere que la formación de enlaces químicos potentes entre las moléculas orgánicas causa un

aumento de la rigidez, la inestabilidad química, y la insolubilidad del tejido conectivo y del ADN.

- ❖ Teoría del deterioro aleatorio: se basa en las reacciones de los radicales libres. propone que un aumento en los radicales libres inestables causa un deterioro en los sistemas biológicos. Cuando los radicales libres atacan las moléculas, lesionan las membranas celulares. El envejecimiento se produce a causa de una lesión celular acumulada que interfiere en el sistema inmunitario va perdiendo su capacidad para discriminar entre lo propio y lo ajeno, abocando en un momento de la enfermedades inmunitarias.

- ❖ Estrés y teorías virales: la teoría del desgaste natural conceptualiza que las estructuras corporales dejan de funcionar como resultado del desgaste o sobreuso. Cuando las células se agotan el cuerpo no funciona bien. La teoría de adaptación al estrés supone que los efectos de una lesión residual secundaria al estrés se acumulan y el cuerpo pierde su capacidad para resistir el estrés y se muere. Las teorías virales son similares a las que favorecen las enfermedades víricas. Asumen que en el organismo existe un virus lento o un virus común que puede formar parte del proceso del envejecimiento. Presuponen que le virus esta presente en el cuerpo desde el momento del nacimiento y crece según va envejeciendo.

5.2.2 Teorías psicológicas sobre el envejecimiento.

- ❖ Teoría de las necesidades humanas: Maslow [1954] propone que la conducta humana está motivada por una jerarquía de cinco necesidades: fisiológica, de seguridad, de amor y pertenencia, autoestima y realización personal. Estas necesidades se priorizan de manera que las necesidades biológicas, como el funcionamiento fisiológico o la seguridad preceden a las necesidades de crecimiento personal. La realización personal requiere la libertad para expresar y perseguir objetivos personales, y ser creativo en un ambiente estimulante y desafiante. Maslow sostiene que la incapacidad para el crecimiento personal provoca sentimientos de fracaso, depresión y la percepción de que la vida no tiene sentido.

- ❖ Teoría del individualismo: Jung [1960] propone la idea del desarrollo de la personalidad a lo largo de toda la vida, más que el logro de las necesidades básicas. Según Jung la personalidad está compuesta por un yo o identidad del yo, y un consciente personal o colectivo. El inconsciente personal está constituido por los sentimientos íntimos y las percepciones que rodean a las personas o sucesos vitales importantes. El inconsciente colectivo está compartido por todas las personas y contiene las memorias latentes de origen humano y es la base de la personalidad sobre la que se desarrolla el inconsciente personal y el yo.

Jung sostiene que las personas mayores a medida que envejecen se comprometen en la búsqueda interior para criticar sus creencias y logros.

Una vejez satisfactoria significa la aceptación del pasado y la capacidad para afrontar el deterioro funcional y la pérdida de los allegados.

- ❖ Teoría del desarrollo de las fases de la personalidad: La personalidad se desarrolla en ocho fases secuenciales con sus correspondientes tareas vitales. La fase octava, de integridad frente a la desesperación, se caracteriza por la evaluación de los logros vitales; las luchas interiores incluyen la indiferencia, la aceptación de los cuidados, el desapego y deterioro físico y mental.
- ❖ Paradigma del curso vital: Las fases vitales son predecibles y se estructuran mediante roles, relaciones, valores y objetivos. Las personas se adaptan al cambio de roles y de relaciones. Las normas y características del grupo de edad son parte importante del curso vital.
- ❖ Teoría de la optimización selectiva con compensación: Los individuos afrontan las pérdidas que causa la vejez a través de la selección de actividades y roles, la optimización y la compensación. Los puntos vitales críticos son morbilidad, mortalidad y calidad de vida. La optimización selectiva con compensación facilita una vejez satisfactoria.

5.2.3 Teorías Sociales del envejecimiento

Las primeras teorías sobre el envejecimiento tienen su origen en las disciplinas psicosociales las cuales intentan explicar el envejecimiento en términos de cambios de la conducta, la personalidad y la actitud. El desarrollo personal se considera un proceso que dura toda la vida, caracterizado por transiciones.

- ❖ Teoría de la actividad: Esta teoría describe que es necesario seguir ocupado y participar en actividades para lograr una vida satisfactoria. Una hipótesis de esta teoría es que la inactividad afecta negativamente el autoconcepto y la calidad de vida percibida por el individuo y acelera el envejecimiento.
- ❖ Teoría de la desconexión: los sociólogos Cumming y Henry sostienen que la vejez se caracteriza por una desconexión gradual de la sociedad y las relaciones. Afirman que esta separación es deseada por la sociedad y las personas mayores y sirve para mantener el equilibrio social. Estas personas quedan libres de responsabilidades sociales y tienen tiempo para reflexionar, mientras el traspaso de la responsabilidad de las personas mayores a las jóvenes favorece el funcionamiento social, sin la interrupción de los miembros perdidos. El resultado de la desconexión es un nuevo equilibrio que es, idealmente satisfactorio, tanto para el individuo como para la sociedad.
- ❖ Teoría de la subcultura: Rose [1965] considera a las personas mayores como una subcultura singular dentro de la sociedad, formada como respuesta defensiva a las actitudes negativas de la sociedad y a la pérdida de la categoría social que acompaña el envejecimiento. Esta teoría propone que aunque esta subcultura separa a las personas de edad avanzada del resto de la sociedad, estas personas prefieren relacionarse entre sí. Las personas mayores prefieren separarse de la sociedad en una subcultura, compartiendo la pérdida de posición social y la consideración negativa de la vejez. La salud y la movilidad son determinantes de la posición social.

- ❖ Teoría de la continuidad: Esta teoría sostiene que la personalidad está totalmente desarrollada cuando la persona llega a una edad avanzada, y suele seguir uniforme a lo largo del resto de la vida. Los modelos de afrontamiento y de personalidad ofrecen indicadores para saber cómo el individuo que está envejeciendo se adaptará a los cambios en su salud, ambiente o situaciones socioeconómicas y de las actividades que erigirá para participar; en consecuencia, la teoría de la continuidad reconoce que las diferencias individuales producen respuestas variables del envejecimiento.

Los modelos de afrontamiento del pasado se repiten cuando el adulto que envejece debe adaptarse al declive físico, económico y social, y reflexionar sobre la muerte. Las tareas principales son la identificación con las personas del mismo grupo, la localización de una residencia compatible con sus propias limitaciones y el aprendizaje de nuevos roles después de la jubilación.

- ❖ Teoría de la estratificación por edades: La sociedad está estratificada por grupos de edades, que son la base para adquirir recursos, roles, posición y respeto de los demás. Las cohortes por edad están influidas por su contexto histórico y comparten similares experiencias, creencias, actitudes y expectativas sobre las transiciones del curso vital.
- ❖ Teoría de la adaptación del individuo a su ambiente: La función depende de la fuerza del yo, la movilidad, la salud, el conocimiento, la percepción sensorial y el ambiente. Las aptitudes personales cambian la capacidad del individuo para adaptarse a las necesidades ambientales.

- ❖ Teoría de la gerotranscendencia: Los mayores evolucionan desde una perspectiva materialista y racional a la integridad con el universo. Una transformación satisfactoria incluye la exteriorización, aceptando la muerte inminente, las relaciones importantes, la conexión intergeneracional, y la unidad con el universo.

La vejez constituye una época en la que se presentan cambios físicos y transformaciones sociales. Es una etapa que requiere que el individuo se adapte a los cambios que le ocurren, a continuación se describen en forma breve algunos cambios por los que transita el adulto mayor (Zimbardo, 1999).

Retiro

- ❖ Durante la juventud el anciano aprende que el individuo se mide por su productividad y la ganancia económica debido a eso muchos ancianos son infelices. Por lo que al retiro se le considera una especie de castigo que lleva consigo la pérdida de la propia estima.

Ruptura

- ❖ A medida que las personas se vuelven mayores tienden a retirarse gradualmente de la sociedad y esto es recíproco. Por lo cual la ruptura permite al anciano gozar de un modo de vida más ocioso, en oposición a este se halla la ética de trabajo la cual exige actividad, incluyendo la actividad social para mantener un sentido de autoestima.

Dependencia

- ❖ Una persona cuya pensión es sustancialmente menor que el ingreso anterior al retiro debe sufrir una reducción también sustancial en su nivel de vida si es que no cuenta con fondos adicionales. La dependencia económica puede ser generada por esa y otras causas más como lo son física y mentalmente. La dependencia física se deriva las enfermedades o lesiones que exigen una persona que cuide del anciano. La dependencia mental puede derivarse de la pérdida de la memoria, de la orientación o del juicio lo cual a su vez puede provocar enfermedad la lesión física. Lo cual reducirá a su vez la economía; si el ingreso es suficiente el anciano puede vivir “independientemente” en su casa, pero si eso no es así este va a vivir con sus familiares y si el familiar no quiere o sea capaz de responsabilizarse del anciano no le queda de otra que apoyarse con una institución de beneficencia.

Perdida del cónyuge

- ❖ La pérdida del cónyuge a causa de la muerte es relativamente rara antes de la edad madura más se torna cada vez más frecuente una vez iniciada la vejez.

La Familia

- ❖ Algunos autores enfocan la estructura familiar o la configuración de los actores y papeles que la comprenden, otros hacen énfasis en las actividades y funciones que cumplen sus miembros. Friedman (1979) identificó cinco funciones principales: afectiva, reproductiva, de sociabilización, cuidados a la salud, y función económica.

- ❖ Una vez establecidas la configuración de los miembros se establecen las tareas o metas generales que deben lograrse para que sobreviva la familia lo que desarrolla las reglas y papeles que caracterizan su funcionamiento día con día.

Las personas mayores tienen cada vez menos posibilidades de contar con el apoyo familiar por lo que a mayor desarrollo económico la institucionalización es más frecuente. La familia tiene como función importante el crear condiciones ideales para que el individuo se desarrolle adecuadamente al favorecer la socialización entre sus miembros; esta debe ser considerada un sistema abierto debido a sus características pues constituye el grupo de interacción y desarrollo más importante para sus miembros, siendo así la pauta sobre el bienestar y apoyo para cada uno de ellos. cualquier evento que provenga del interior o exterior del núcleo familiar traerá consigo una reacción o respuesta que repercutirá positiva o negativamente a cada uno de sus integrantes (Atkinson & Murria, 1997).

Soledad

- ❖ El sentimiento de soledad invade a la vejez aun si viven con sus cónyuges, la consecuencia de la soledad es la poca satisfacción de vivir, la calidad de vida no puede ser satisfactoria si se halla agobiada por la soledad, el aislamiento social y la amargura. El contexto social que rodea al anciano juega un gran papel, siendo este el que determina su estado de salud y bienestar por lo cual es indispensable considerarlo como factor para su valoración, tomando como gran entorno principal su familia.

Un estudio del contexto sociocultural de la depresión llamo la atención acerca del sentimiento de soledad que los adultos mayores ligan fuertemente con conceptos de la depresión. Los ancianos explicaron cómo la depresión no era simplemente equiparable a la soledad. En cambio, la soledad era vista como un precursor de la depresión. Los adultos mayores tomaron de sus ideas acerca del envejecimiento cuando dijeron que la soledad está muy relacionada al proceso de envejecer (Warner et al. 2012).

Los trastornos afectivos en el anciano deben ser considerados como el resultado de conjunción de factores heterogéneos, que actúan en el terreno personal del paciente por tanto la etiología resulta ser bio-psico-social, es decir factores biológicos que modifican la neurotransmisión cerebral, predisponiendo la aparición de la depresión en edades adultas, otros son los cambios psicosociales, acentuados en edades más avanzadas como las pérdidas personales, el aislamiento, la soledad y la inestabilidad económica a partir de la jubilación.

Lo anterior resulta relevante por ser generadores de estrés crónico, frecuentemente, causantes de la depresión, con mayor frecuencia en varones se considera que, los trastornos médicos pueden generar depresión en ancianos, por ejemplo el abuso de alcohol, algunos fármacos y sustancias con potencial adictivo.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y de incapacidad en la población de adultos mayores; los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en nuestro país

y en nuestro estado, ya que entre otros factores, este aumenta con la edad (Sistema nacional de vigilancia epidemiológica -SNVE 2011).

La depresión en las personas mayores de 60 años esta frecuentemente relacionada con el padecimiento de una perdida mayor, como, por ejemplo, la jubilación, la asunción de un papel de cuidador principal con pérdida del papel habitual de pareja normal) o la muerte de un cónyuge u otro ser querido. La depresión relacionada con una pérdida a menudo se resuelve normalmente sin necesidad de tratamiento, aun cuando pueda interferir con la función cognitiva mientras está presente, al igual que puede hacerlo la depresión que surge por otros motivos (Rodríguez, R. 2004)

5.3 Depresión en el adulto mayor

La depresión se puede definir como un estado de abatimiento o tristeza, que bien puede ser, reactivo a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria y proporcional, sin ser un estado patológico. Asimismo puede presentarse como un síntoma aislado pero más persistente, acompañando a otras patologías, generalmente de naturaleza crónica (Martínez A 1998).

La depresión es una enfermedad; no es una cosa de “voluntad”, ni de un proceso normal del envejecimiento. Es tan común que en términos psiquiátricos se equipara a “un resfriado”. No obstante, es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte (Douglas C. 2010).

Es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

La depresión del anciano difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. Según varios autores, la tristeza es uno de los síntomas menos comunes; en cambio la somatización, irritabilidad y alteraciones cognoscitivas son más frecuentes.

En el siguiente cuadro se puede apreciar de manera resumida y concisa la diferencia de la depresión, demencia y delirio en aspectos muy generales:

Trastornos psiquiátricos en el adulto mayor

FACTOR	DEMENCIA	DEPRESION	DELIRIO
Etiología	Variada: Ictus (demencia multinfarto).	Variada: pérdida, aflicción, Trastorno metabólico u hormonal, reacción a fármacos, factores genéticos.	Variada: tumor, trastorno metabólico, fiebre alta, reacción a fármacos, ansiedad aguda, intoxicación etílica, abstinencia alcohólica.
Inicio	Gradual	Gradual o brusco en respuesta a la pérdida u otros factores.	Agudo.
Curso	Progresivo, Irreversible	Variable: puede ser crónico y progresivo o temporal y reversible.	Reversible con tratamiento y eliminación de la causa.
Memoria	Perdida reciente en primer lugar, que evoluciona a remota; finalmente perdida completa.	Intacta.	Intacta.
Orientación	Disminuida en tiempo, después en lugar y finalmente personal.	Puede estar disminuida en tiempo.	Variable pero temporalmente.
Atención	Duración corta, distraimiento fácil.	Puede no estar afectada.	Duración muy corta.
Velocidad psicomotora	Normal o lentificada a medida que la enfermedad progresa.	Lentificada	Hiperactivo rápido.
Nivel de Energía	Normal o agitado hasta últimas etapas de la enfermedad.	Energía mínima.	Hiperactivo): puede necesitar ayuda para evitar fatiga.
Lenguaje.	Afasia anomia, habla sin sentido carente de significado para los demás.	Sin dificultades, puede que no sea voluntaria a menos que se le estimule.	Sin dificultades, lenguaje rápido.

Simón S., Compton H., 1998 Enfermería Gerontológica, Mc Graw Hill Interamericana, México

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. La principal razón de esta afección es que vivir muchos años implica vivir siendo viejo y este fenómeno a la vez supone un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que finalmente inciden en la presencia de alteraciones afectivas. El anciano va asistiendo a estas limitaciones que día a día la vida le va imponiendo y la depresión es la primera manifestación psicológica que se presenta en él mismo, por lo que los ancianos constituyen una población con riesgo de padecer cuadros depresivos según la discapacidad, su intensidad y la organización de su personalidad.

Así el adulto mayor sufre crisis, tiene tiempo para encontrarse a sí mismo y percibir su realidad y es entonces cuando comienza a tomar conciencia de que su vida está cambiando, además de experimentarse los cambios físicos que surgen en él. Es frecuente la asociación de una patología crónica con una enfermedad depresiva, así encontramos una lista de enfermedades orgánicas que dan origen a síntomas depresivos, por ejemplo, enfermedades neurológicas como: demencia, accidentes cerebro vasculares, enfermedad de Parkinson; enfermedades metabólicas carenciales: anemia, hipoglucemia; enfermedades endocrinas: hipotiroidismo; enfermedades cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial; tumores: cáncer de páncreas, tumores cerebrales.

Por otra parte, el anciano es un ser socialmente deficiente en el sentido de haber perdido a este nivel, algunos de los pilares básicos en los que sustentaba su vida (conyugue, familiares, amigos, actividades y prestigio profesional). Todos estos elementos, además de la jubilación, la pérdida de estatus y de funciones familiares pueden tornarse

peligrosos para el anciano si no logra encontrar un equilibrio que favorezca su armonía psíquica, conllevando a una alteración afectiva.

El gran porcentaje de depresión en el adulto mayor se corrobora al revisar las fichas en los consultorios de atención primaria, donde se observa que “uno de cada tres usuarios mayores de 60 años sufre sintomatología depresiva” (guías clínicas, como la escala geriátrica de Yesavage) siendo esta detectada frecuentemente por médicos no especialistas, ya que este trastorno a pesar que deteriora el funcionamiento cotidiano de las personas, no constituye un motivo frecuente de consulta.

Existen varios tipos de trastornos depresivos; en general, la depresión se clasifica de acuerdo con su gravedad: ligera, moderada o grave. Los trastornos más comunes que vemos en el tratamiento depresivo grave y el trastorno depresivo distímico, o bipolar.

Depresión Severa: se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir solo una vez en la vida.

Distimia: Incluye síntomas crónicos a largo plazo que no incapacitan en su mayoría, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer **de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.**

Trastorno bipolar: Llamado también enfermedad maniaco depresiva, no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de estado de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de estado de ánimo disminuido (depresión).

Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase maniaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros (Simón S., Compton H., 1998).

Muchas veces se inicia por ciertos procesos de la vida con ciertos cambios y como se van dando paulatinamente se va presentando la depresión leve a moderada. Por las características del adulto mayor se abordara los signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento de este tipo de depresión.

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas puede variar según la persona y su enfermedad en particular; no sólo los médicos, sino también los pacientes, suelen tener dificultades para identificar los síntomas. Los más comunes son: sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que antes disfrutaban, ausencia de sentimientos y actividades placenteras, además de, incomodidades físicas que no se alivian ni siquiera con tratamiento, como malestares persistentes, dolores de cabeza o problemas digestivos. Los dos síntomas más importantes para el diagnóstico son los sentimientos de tristeza y la pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban (Douglas C. 2010).

5.3.1 Causas de la depresión

No existe una única causa conocida de la depresión. Más bien, parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos (Douglas C. 2010).

Se considera que un adulto mayor padece trastorno depresivo mayor cuando, acompañado al humor depresivo, encontramos por lo menos cuatro de los siguientes síntomas: descenso por el interés a las actividades habituales, insomnio o hipersomnia, trastornos del peso, fatiga, ideas de culpabilidad, dificultad de concentración, ansiedad e ideas de suicidio.

FACTORES PREDISPONETES PARA LA DEPRESION EN ADULTO MAYOR	
Biológicos.	Historia familiar (predisposición genética) Episodios anteriores de depresión. Cambios en la neurotransmisión propios de la edad.
Físicos	Enfermedades específicas. Deprivación sensorial (sordera o ceguera) Dolencias crónicas (Dolor o pérdida de función) Fármacos.
Psicológicos	Conflictos no resueltos. Pérdida de memoria y demencia. Trastornos de la personalidad.
Sociales.	Perdida de familiares y amigos. Aislamiento. Perdida de trabajo y jubilación. Disminución de los ingresos económicos.

Sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica. Temas de enfermería gerontológica. 1999. Madrid, España.

Otras de las variables asociadas con la depresión en la tercera edad son: ser mujer, separado(a), viudo(a), nivel socioeconómico bajo, insuficiente apoyo social y la ocurrencia de eventos vitales recientes adversos o inesperados.

Lo anterior resulta relevante por ser generadores de estrés crónico, frecuentemente, causantes de la depresión, con mayor frecuencia en varones se considera que, los trastornos médicos pueden generar depresión en ancianos, por ejemplo el abuso de alcohol, algunos fármacos y sustancias con potencial adictivo.

Predomina la disminución del estado de ánimo, la tristeza; en etapas más avanzadas hay ideas delirantes de culpa, melancolía e ideación suicida. De aquí, la importancia del diagnóstico integral oportuno (Sistema nacional de vigilancia epidemiológica SNVE 2011).

5.3.2 Cuadro clínico

- ❖ Grupos de signos y síntomas relacionados con la depresión
 - ✓ Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa. Desgano y anhedonia: el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.
 - ✓ Ansiedad: es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante.

Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.

- ✓ Insomnio: al paciente le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

- ✓ Alteraciones del pensamiento: imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.

- ✓ Alteraciones somáticas: por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.

- ✓ Alteraciones del comportamiento: el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

- ✓ Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

- ✓ Pérdida del placer: en lo sexual, se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.
- ✓ Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.
- ✓ Pensamiento suicida: los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- ✓ Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.

5.3.3. Elementos para el diagnóstico

Predomina la disminución del estado de ánimo, la tristeza; en etapas más avanzadas hay ideas delirantes de culpa, melancolía e ideación suicida. De aquí, la importancia de un diagnóstico integral oportuno (Sistema nacional de vigilancia epidemiológica -SNVE 2011).

Generalmente los pacientes se quejan de síntomas físicos vagos y consultan por dolores, astenia, disminución de peso, trastorno del sueño o nerviosismo, disminución de memoria, concentración y raciocinio, frecuentes respuestas de “no sé”, humor deprimido.

Por lo que el diagnóstico se ve dificultado por la creencia de que a cierta edad es normal presentar melancolía, por las frecuentes quejas funcionales del envejecimiento normal y por la atipicidad de los rasgos psiquiátricos, que hoy en día se pueden dar a cualquier edad.

En edades avanzadas la depresión tiene algunas características diferenciales respecto a la que presentan las personas más jóvenes, como son la menor influencia de los factores genéticos en su aparición y la mayor probabilidad de asociarse a trastornos cognitivos, siendo otras manifestaciones características la pérdida de apetito, el insomnio intenso, la mayor presencia de hipocondría, y la mayor frecuencia de síntomas psicóticos con delirios de culpa y ruina, niega algún aspecto de su cuerpo, poco frecuente a otras edades.

La valoración debe consistir en la realización de una historia clínica metódica integral, prestando especial atención a las funciones mentales para descartar la presencia de un trastorno mental orgánico. Entre las pruebas complementarias están las de laboratorio.

Para la detección, diagnóstico y medición de la intensidad de los síntomas contamos con una serie de instrumentos que nos pueden ayudar, a los que se suman los autoinformes y la entrevista con el paciente y sus cuidadores.

5.3.4 Tratamiento

El tratamiento de los trastornos depresivos en el primer nivel de atención a la salud es posible y conveniente. La evaluación de diversas intervenciones muestra que éstas son efectivas para disminuir la depresión y la discapacidad asociada a ella, así como de relativo bajo costo. La clave del éxito parece estar en la integración de servicios, con colaboración multidisciplinaria, combinada con recursos de acuerdo con las necesidades y preferencias de cada paciente (Warner et al. (2012).

Una vez que se tiene el diagnóstico se elige el tratamiento que puede ser con fármacos específicos o con psicoterapia; también se puede combinar el tipo de tratamiento psicoterapia y fármacos. La participación de la familia en coordinación con los servicios de salud es muy importante.

La psicoterapia cognitivo-conductual y otras psicoterapias estructuradas, como las terapias dinámicas breves, las terapias de grupo o las técnicas de reminiscencia, siguen siendo las más aconsejables para los tratamientos de la depresión no muy grave y de la distimia; sin embargo, cuando la depresión es lo suficientemente grave, con presencia de síntomas psicóticos, es necesario iniciar el tratamiento farmacológico, para después combinarlo con la psicoterapia; además, en los episodios maníacos está indicado el tratamiento con litio.

- La terapia cognitiva es un procedimiento directivo, estructurado, limitado en el tiempo y centrado en los problemas «aquí-ahora» (presta poca atención a los problemas de la infancia, a diferencia del psicoanálisis), que interactúa de forma intencionada con el paciente. Se basa en el supuesto teórico de que los afectos y la

conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo [Beck, 1967, 1973].

- Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos más graves; los pacientes muy preocupados no son capaces de hacer una introspección y tratar de insistir en ello con métodos cognitivos puede agravar las ideas perseverantes. En general, las técnicas conductuales son útiles por cuanto producen una mejora en el nivel de funcionamiento, contrarrestan los pensamientos obsesivos, modifican actitudes inadecuadas y proporcionan un sentimiento de gratificación.
- La terapia psicoanalítica deriva del psicoanálisis freudiano e incluye la psicoterapia individual, en la que se trata de hacer consciente lo inconsciente para después interpretarlo como base del tratamiento. Cuando se aplica esta técnica a las personas mayores es conveniente que éstas se encuentren sentadas y no acostadas. La psicoterapia de grupo es válida para todo tipo de ancianos, excepto los que presenten graves demencias y ciertas depresiones psicóticas. La mayoría de los autores piensan que es la técnica más adecuada para trabajar dentro de las instituciones, ya que presenta múltiples ventajas terapéuticas, al contribuir a superar los sentimientos de soledad y aislamiento, al tiempo que emplea diferentes técnicas, como la de evocación de reminiscencias del pasado para dar al paciente otra visión de su vida, la terapia de familia o el psicodrama.

- Otras terapias son las derivadas de orientaciones clásicas, como las de relajación, las psicomotrices, y la terapia de autocontrol y orientación a la realidad; también hay que citar las terapias ocupacionales o actividades socio terapéuticas, como la musicoterapia, la biblioterapia, la terapia con animales de compañía y las terapias culturales y artísticas.

El adulto mayor particularmente requiere el apoyo de la familia, para realizar su tratamiento y darle seguimiento.

5.4. Cuidado de Enfermería y Teoría “Déficit de Autocuidado” de Dorothea Orem

Cuidado de Enfermería.

La enfermería ha hecho hincapié en los aspectos holísticos culturales como eje de actuación, que es lo que nos posiciona como disciplina independiente y nos acerca a una dimensión cada vez más próxima al campo de lo social (Dueñas J., 2000). El cuidar y el cuidado se constituyen en el hacer de la enfermería como una forma, un estilo, un patrón, una dimensión, un sistema, una estructura, un proceso, u otros, con actitudes y estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configura la práctica del ser-haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir (Du Gas, 1990).

El avance de la enfermería como profesión, hace que muestre la relación del conocimiento con los valores y los principios éticos y bioéticos que sustentan el ejercicio profesional de la enfermería como práctica social. La evolución que ha tenido la enfermería al pasar de un oficio o trabajo artesanal con labores de cuidado basadas en el espíritu de servicio y en la intuición a fin de actuar para hacer el bien, constituyen prácticas que fueron miradas con aprecio por las personas beneficiadas debido al espíritu de bondad y de acompañamiento que mostraron en su momento. Las prácticas de enfermería, en la segunda mitad del siglo XX, han sufrido una reconocida transformación hacia un proceso de acción sistematizado, sustentado en conocimientos con fundamentos teóricos y aplicación progresiva de los adelantos de la tecno-ciencia y de la ética que hoy, con los cambios y progresos alcanzados, le imprimen a dichas prácticas de cuidado el carácter de una disciplina y práctica profesionales con su propia naturaleza, su

carácter disciplinar e interdisciplinar, y su dimensión ética (Dueñas, J. 2000).

En la actualidad existen diversas Teorías de Enfermería para proporcionar atención, para fines de este trabajo se abordara la propuesta de Dorothea Orem con su propuesta teoría de “Déficit del autocuidado”.

Dorothea Orem define el autocuidado como toda acción que es aprendida por la persona en su contexto sociocultural. Acción que permite al individuo satisfacer sus necesidades para mantener la vida, la salud y curar las enfermedades; propias o de personas bajo su responsabilidad. La capacidad de la persona para comprometerse en el autocuidado se ve influida por su edad, actividad, estado de salud, experiencia, recursos intelectuales, sus intereses, motivaciones y su autoestima. La dificultad de aplicar el autocuidado, aunado a la incapacidad de decidir y efectuar una acción, propicia puede generar un estado de dependencia social (Kérouac, 2001).

Para Orem, todos los seres humanos comparten necesidades universales, como la alimentación e higiene, propone la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencia del sujeto. Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos, como percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc. y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de la enfermería (Marriner & Alligood, 1999).

De allí que la enfermera guíe, enseñe, apoye y proporcione un entorno favorable para el desarrollo de la persona que atiende.

A principios de la década de 1970, Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general, que fueron presentados en la escuela de Enfermería de la Maquette University en 1973. En este modelo se identifican cinco premisas Básicas que describen una teoría general de la Enfermería:

- Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
- La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se presentan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
- Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.
- La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.

- Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.

Teoría del déficit de autocuidado

Dorothea Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de **tres sub-teorías**: *la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.*

❖ Teoría de los sistemas de Enfermería

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados por enfermeras, a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado independiente. La actividad de la enfermera se aplica a iniciativas de acción deliberada, entre ellas la intencionalidad y las operaciones de diagnóstico, prescripción y regulación. Los sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales, para personas dentro de una unidad de cuidados dependientes, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes semejantes o presentan limitaciones similares que les impiden comprometerse en un autocuidado o cuidado dependiente o para familias y otras unidades multipersonales.

❖ Teoría del Déficit del autocuidado

La idea central de la teoría del déficit del autocuidado es que la necesidad del servicio de enfermería se asocia con factores subjetivos que afectan a personas, jóvenes o maduras, cuyas acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, los que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo, y les impide aplicar de forma permanente medidas que controlen o dirijan los factores que regulan el desarrollo y el buen funcionamiento propio de las personas a cargo. Déficit de autocuidado es una expresión que expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de cuidado. El déficit de autocuidado es un concepto abstracto que, al ser expresado en términos de limitaciones de acción, orienta la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor de autocuidado.

❖ Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería.

Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y desarrollo humano como es, por ejemplo, la regulación endocrina. Por tanto, el autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos, por ejemplo en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollo específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía. (Mariner, A. 1994)

Esta teoría muestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico, la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados dependiente. (Mariner, A. 1994)

Según Orem el autocuidado es una acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto social-cultural. La persona inicia una acción de manera voluntaria, deliberadamente, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad. Esta acción emana de su exigencia, ya sea sentida por las personas, u observada por otra, siendo necesario su compromiso. La aptitud de la persona para comprometerse en el autocuidado depende de sus capacidades activas, su edad, su etapa de desarrollo, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y sus motivaciones.

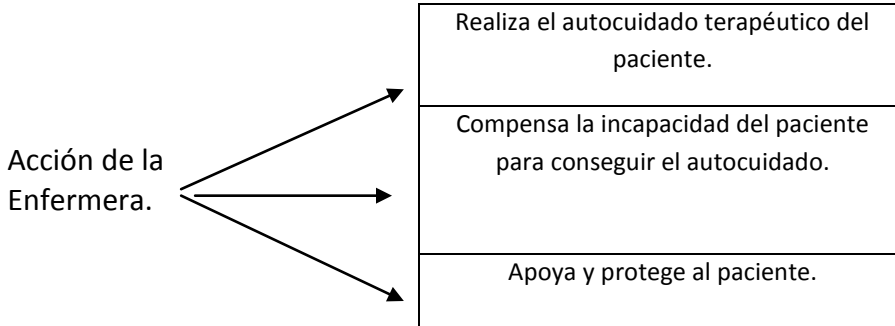
La imposibilidad de ejercer los autocuidados esta unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una accion personal.En consecuencia, la incapacidad de la persona para satisfacer su necesidad de autocuidado puede engendrar un estado de dependencia social.

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque esta centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. Los cuidados enfermeros tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado. Ademas, la enfermera completa los deficit del autocuidado causados por la diferencia existente entre entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.

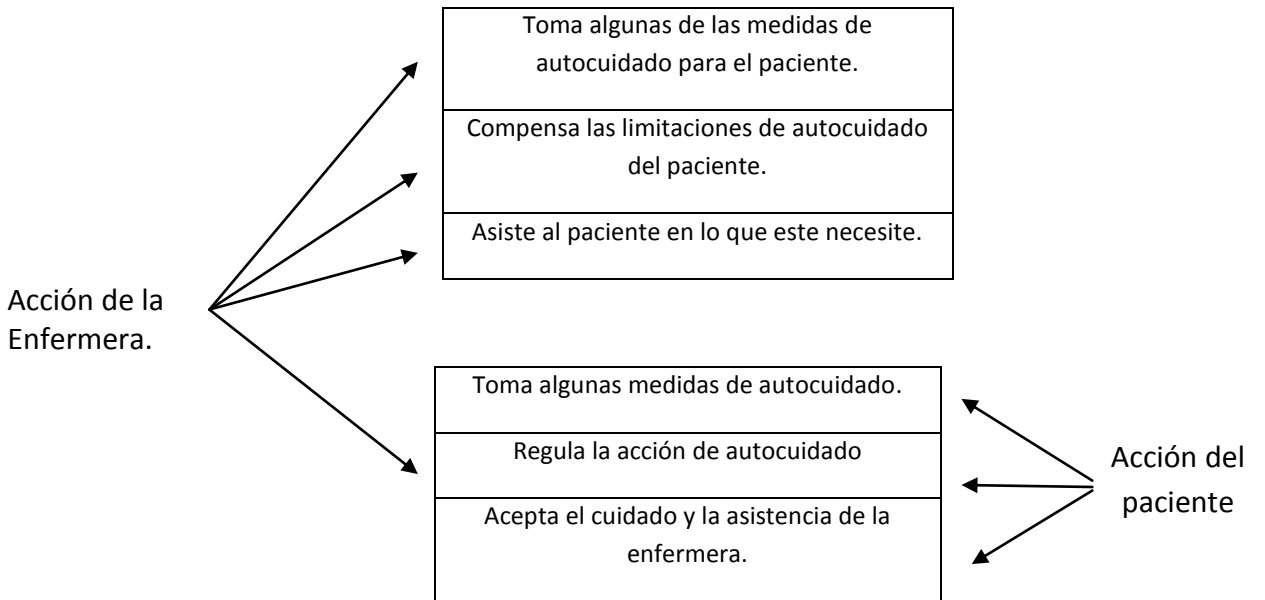
El rol de la enfermera consiste entonces en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para esto la enfermera escoge un sistema de intervención totalmente compensatorio o de asistencia enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona. (Kerouac, S. 2001)

Esquema de la Propuesta teórica de Dorothea Orem.

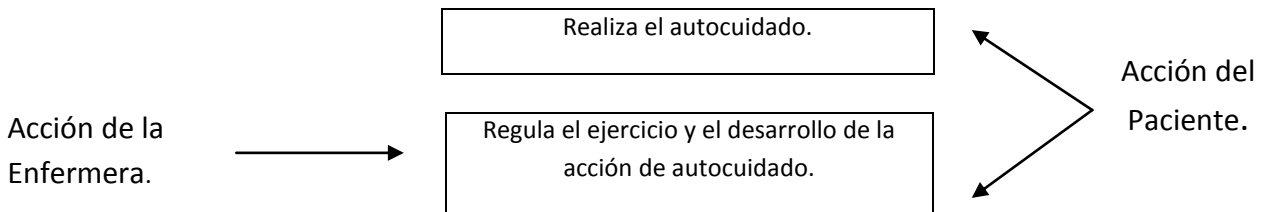
Sistema Totalmente Compensador



Sistema Parcialmente Compensador.



Sistema de Apoyo Educativo.



❖ **Metaparadigma**

- Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.
- Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.
- Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.
- Enfermería como cuidados: El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto meta paradigmática el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería (Wesley R.1997).

5.5 Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

5.5.1. Descripción

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aun más abreviadas (4, 5, 10 ítems).

En nuestro país, Perlado F. (1987) realizó una primera traducción al castellano de la versión de 30 ítems, siendo González F. (1988) quien realiza los primeros estudios de validación, pero introdujo modificaciones sustanciales que desnaturalizaban la versión original (la redujo a 20 ítems y transformó la escala de respuesta). Una segunda adaptación al castellano fue validada por Ramos-Brieva y cols (1991) y Salamero y cols (1995).

De la versión de 15 ítems existen múltiples traducciones, y en fecha reciente Aguado C y cols (2000) han presentado un primer avance de su estudio de adaptación y validación.

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser auto-administrado, si bien se admite también su aplicación etero-administrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación auto-administrada.

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

5.5.2 Interpretación

Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 ó 0-15, según la versión.

Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:

No depresión	0-9 puntos
Depresión leve- moderada	10-19 puntos
Depresión severa	20-30 puntos

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión. Sin embargo, son necesarios más estudios para adaptar la escala y sus puntos de corte a nuestro medio, con especial referencia a las versiones reducidas.

5.5.3 Propiedades psicométricas

Para la versión de 30 ítems (Anexo 1), los índices psicométricos establecidos son buenos, con una elevada consistencia interna, elevados índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y buena validez predictiva (sensibilidad 84 %, especificidad 95 %, para un punto de corte ≥ 15 ; y del 100 % y 80 %, respectivamente, para un punto de corte ≥ 11), datos estos confirmados en los estudios realizados en nuestro medio.

La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 80 y el 90 % y una especificidad algo menor, entre el 70 y el 80 %, para el

punto de corte ≥ 6 ; puntos de corte más altos (≥ 10), mejoran la especificidad con una sensible reducción de la sensibilidad (92 % y 72 %, respectivamente, en el estudio de Emerson L.).

En los estudios realizados en nuestro país, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intra observador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 % para el punto de corte ≥ 5 .

El aumento del punto de corte produjo, en estos estudios, un pequeño aumento de la especificidad con una pérdida notoria de sensibilidad [por ej., para un punto corte ≥ 6 , la sensibilidad fue del 68 % y la especificidad del 83 %] (Martínez 2011)

6. MATERIAL Y METODOS

6.1 Tipo de estudio

La presente investigación fue un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y observacional

6.2 Límites de tiempo y espacio

- El estudio se llevó a cabo durante el periodo que comprende del mes de febrero a junio de 2011.
- En una comunidad suburbana de la ciudad de Morelia Michoacán

6.3 Universo

Se considerará como universo de trabajo toda la comunidad de Tenencia Morelos

6.4 Muestra

Se conformo de 183 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio

6.5 Criterios de elegibilidad

Criterios de Inclusión:

- Personas mayores de 60 años, residentes de la colonia tenencia Morelos de Morelia Michoacán
- Que aceptaron participar en el estudio

Criterios de Exclusión

- Personas menores de 60 años, o que no sean residentes de la colonia tenencia Morelos de Morelia Michoacán
- Que no aceptaron participar en el estudio

Criterios de eliminación:

- Formatos incompletos o mal llenados

6.6 Variables

- Variable Dependiente
 - Depresión leve/moderada o severa
- Variable Independiente
 - Ítems considerados en la escala de Yesavege
 - ¿Está satisfecho con su vida?
 - ¿Tiene a menudo buen ánimo?
 - ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer otras actividades?
 - ¿Se siente lleno de energía?
 - ¿Tiene problemas para concentrarse?

Se presenta la escala de Yesavege completa en anexo 1

- Variables socio demográficas
 - Estado civil
 - Genero
 - Edad
 - Ocupación

6.7 Instrumento.

Para llevar a cabo la recolección se utilizo “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage” de 30 ítems (anexo 1).

6.8 Análisis estadísticos

Se utilizo el paquete estadístico SPSS versión 18.

6.9 Recursos

a) Recursos Humanos

Responsable: Carolina González Ramírez

Asesoras: Mtra. María Magdalena Lozano Zúñiga
Dra. María Leticia Rubí García Valenzuela

b) Recursos Materiales

- Cuestionarios, hojas de papel, fotocopias, tinta de impresora.

c) Recursos Financieros

- Beca de 6,000.00 pesos otorgada por la Coordinación de la Investigación Científica de la UMSNH para transporte y algunos recursos materiales.

7. CONSIDERACIONES ETICAS

Los aspectos éticos involucrados en el presente estudio están garantizados por la confiabilidad y el resguardo que tendrá el investigador sobre la información obtenida del estudio de la investigación.

Lo anterior basado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

En su Título II, Capítulo I, Artículo 13:

Se refiere a que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14:

La investigación que se realice en seres humanos deberá contar con el consentimiento informado y por escrito.

Artículo 16:

Se deberá proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación.

Artículo 17:

Investigación sin riesgo, son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expediente clínico y otros, en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo 18:

Se suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación y/o el sujeto de investigación así lo considere.

Artículo 32:

El diseño experimental deberá ofrecer medidas prácticas de protección para los individuos y asegurar que se obtendrán resultados validos, haciendo participar al mínimo de sujetos para que sea representativo.

Artículo 113:

La conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar.

8. ANALISIS DE RESULTADOS Y DISCUSION

En esta investigación se conto con la participación de 183 adultos mayores habitantes de la colonia Tenencia Morelos de la ciudad de Morelia Michoacán. De los cuales el 60.1% es del sexo femenino y el 39.9% es del sexo masculino, lo cual coincide con un estudio comparativo entre países de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que en los hombres. Seedat S. (2009)

Respecto a las variables contenidas en la escala de Yesavage se destaca que aunque al preguntar si se siente satisfecho con su vida el 87% respondió que sí, de los participantes un 63% dice ya no encontrar la vida estimulante, y un 41% también dice estar preocupado por su futuro. Esto último coincide con Belio M. (2005), que refiere que los adultos mayores consideran que, al dejar de realizar actividades de la vida cotidiana y toma de decisiones autónomas, impacta de manera negativa la salud psicológica, creándole un sentimiento de tener una vida inútil y vacía.

En lo referente a la retener información de corto plazo, un 45% siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas.

Lo que concierne al contacto social un 57% prefiere evitar reuniones sociales y un 32% dice se le dificulta tomar decisiones, se relaciona con lo expresado con Sainz J, (2002), cuando una persona comienza a experimentar depresión deja de realizar muchas de las actividades que anteriormente le producían placer y por lo tanto procuran quedarse en su casa solos que salir.

Al analizar el resultado de los ítems para detectar depresión según escala de Yesavage Geriátrica se determino que un 46.7% presenta depresión, independiente del grado. Al valorar el nivel se establece con un 15.3% la calificación que corresponde a leve/moderado, y con un 31.1% lo que toca a depresión severa. Algo que puede estar influyendo para la presencia de síntomas de depresión es lo Kupfer, D. (1991), refiere y es que el individuo al sentirse solo genera desesperanza o aburrimiento, inclusive un conjunto de sentimientos que le generan depresión.

Si se considera que el mayor porcentaje de participantes fueron del sexo femenino con un 60.1 % y varones un 39.9%, no es de extrañar que la mayoría de las prevalencias queda en este género, como es la depresión de acuerdo al sexo que se reporta un 29.5% con depresión. Siendo un 10.9% nivel de leve/moderada y un 18.6% severa.

Tomando en cuenta que los participantes se agruparon en escala de 5, con rango inicial de edad de 60 años y rango final de 80 y mas años de edad, se observa que la mayor presencia de depresión se localiza de 60 a 64 años con 19.4% con depresión, siendo 3.8% con depresión leve/moderada y un 12.6% con depresión severa. Lo cual puede ser porque inician periodo de jubilación y coincide con muchos cambios en su vida.

El mayor porcentaje del estado civil en los participantes fue casado con un 65.6% por lo que el mayor porcentaje de personas que presentan síntomas de depresión ésta en este mismo rubro con un 29.5%. Llama la atención que de las personas casadas un 19.7

presentan depresión severa mientras tanto un 9.8% presenta depresión leve/moderada: Donde más se presentan los síntomas de depresión es en el estado civil de divorciados ya que aquí un 50% presenta depresión severa, y un 30% de este mismo rubro presenta depresión leve/moderada. A diferencia de los solteros(as) un 25% reporta depresión severa y un 75% reporta nivel normal.

Al valorar por ocupación donde se identifico el mayor porcentaje de depresión, se aprecia que se encuentra con un 28% en la ocupación Hogar del cual 10.1% presenta depresión leve/ moderada y 17.9% depresión severa.

9. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- ✚ El resultado de los ítems para detectar depresión según escala de Yesavage Geriátrica reporta que casi 5 de cada 10 cursa con depresión. De los cuales aproximadamente 2 de cada 10 de los que presentan depresión es de nivel leve/moderado, y 3 de cada 10 se determino que cursa con depresión severa. Lo cual es muy preocupante por la implicación que conlleva la depresión en las actividades de la vida diaria así como los costos para la persona, familia y a los servicios de salud.

- ✚ Llama la atención en los resultados la presencia de depresión severa, 3 de cada 10 individuos encuestados.

- ✚ El profesional de enfermería requiere implementar estrategias de atención en primer nivel de atención, para la detección y tratamiento oportuno, así como seguimiento a los casos registrados.

- ✚ La facultad de enfermería tiene la posibilidad de definir necesidades de la población a través del trabajo coordinando trabajo de los grupos de estudiantes que acuden a zona de influencia en relación con metas y programas de la Secretaria de Salud.

- ✚ El diagnóstico de Depresión requiere una sistematización, con seguimiento del profesional de enfermería, con trabajo en equipo interdisciplinario y multidisciplinario. Considerando la valiosa participación del individuo la familia y/o cuidador.

10. BIBLIOGRAFIA

- Aréchiga, H. & Cereijido, M. (Coord.) (1999). El envejecimiento sus desafíos y esperanzas. México D.F.: Siglo veintiuno editores.
- Atkinson, R. & Murria, M. (1997). *Guía clínica para la planeación de los Cuidados*. México D.F.: McGraw-Hill-Interamericana editores
- Bazo, M. T. et als. (1999). *Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva Internacional*. Madrid: Medica Panamericana
- Beers, M.H. & Berkow, R (2000). *Manual Merck de geriatría*. 2ª edición, México D.F.: Editado por Elsevier-Masson
- Belsky, J. (1999). *Psicología del envejecimiento. Teoría, Investigaciones e Intervenciones*. Barcelona España: Masson.
- Burke, M. & Walsh, M. (1998). *Enfermería Gerontológica*. España: Editado por Elsevier
- Carvajal M. (2002) Carvajal M. Luz María, Dulcey-Ruiz Elisa, Mantilla M. Graciela, Comunicación y envejecimiento. www.imsersomayores.csic.es Acceso 18 de junio de 2011
- Carstensen, L. L. (1990). *Cambios relacionados con la edad en la actividad social*. Barcelona España: Editorial Martínez Roca
- Consejo Nacional de Población (CONAPO), (2000). *Proyecciones de Población de México 1995-2020*. México D.F.: CONAPO
- Du Gas, (1990). *Tratado de Enfermería Práctica*, México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
- Douglas C. Nance (2010) Depresión en Adultos Mayores, Envejecimiento humano una visión transdisciplinaria, pp 239-248 México DF., 2010 Instituto de Geriatría ISBN 978-607-460-121-3
- Dueñas, J., (2000). Principales diagnósticos de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. *Cuidados de Enfermería*. España: recuperado 16 mayo 2007. <http://www.terra.es/personal/duenas>
- García, J. (2002). Perfil epidemiológico del adulto mayor en México. *Panorama Epidemiológico de la población de edad avanzada*. México D.F.: recuperado 18 febrero 2007. <http://www.facmed.unam.mx/salud>

- Gobierno del Estado de Michoacán, (2004). *Adultos Mayores. Sector fundamental para el gobierno del estado. Atención a los adultos mayores*. Michoacán México: recuperado 8 de Diciembre 2006. <http://www.michoacan.gob.mx/gobierno/amayores salud>
- Gubrium, J. (1972). *Toward a socio-environmental theory of aging. The Gerontologist*. Chicago: University of Chicago Press
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), (2005). *Las personas mayores en España. Informe 2004, Datos estadísticos estatales: indicadores demográficos, económicos, sociales, de salud y de servicios sociales*. Madrid España: (On line) recuperado 25 Septiembre 2006. <http://www.imsersomayores.csic.es/estadistica>
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI., (2005). *Información Estadística, II Conteo de población y vivienda 2005. Población en hogares y viviendas*. México D.F: recuperado 18 de noviembre 2006. www.inegi.gob.mx
- Kozier, B., Erb, G. & Olivieri, R., (1998). *Enfermería Fundamental (Vol.III)*. (4ª ed.). México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
- Kristen L. (2008) *Enfermería Geriátrica*. 1ª Edición. Madrid, España: Mc Graw Hill; 2008
- London, O. (1995) *Enfermería Materno Infantil*. 4ª edición, México D.F.: McGraw Hill Interamericana editores.
- Martínez (2011) J, Onis C, Albert C, et al. [http://: www.stanford.edu/~yesavage/Spanish6.html](http://www.stanford.edu/~yesavage/Spanish6.html). (Visitado 18/12/2011).
- Martínez A 1998, Tópicos de gerontología, Academia 2. Serie de monografías Científicas de la FES Zaragoza, México: UNAM, 1998: 140-51
- Marriner, A.T., & Raile, M. A. (1999). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid España: Harcourt Brace.
- Moragas, R. M. (2004). *Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida*. 3ª edición. Barcelona España: editorial Herder.
- Morales, R. et al (2002) *Geriatría*. México D.F.: Mc Graw Hill Interamericana editores.

- Ormel J. (2008) Petukhova M. Chatterji S. Aguilar- Gaxiola S et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across de world Br. J Psychiatry 2008: 192(5):368-375
- Pinazo, H. & Sánchez, M. (coord.). (2005). *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*. España: Pearson Educación.
- Rodríguez, B. (2003). *Proceso Enfermero Aplicación Actual*, 2ª edición. México D.F.: ediciones Cuellar.
- Rodríguez, R. et al. (2004). *Teoría del envejecimiento*. México, D.F.: Mc Graw Hill Interamericana editores.
- Salvarezza, L. (Compilador). (2005). *La vejez: una mirada gerontológica actual* 2ª edición Argentina: Editorial Paídos.
- Secretaria de Salud (SS), (2007). *Programa del Adulto Mayor. Programas Prioritarios*. México: recuperado 11 Marzo 2007. <http://www.ssa.gob.mx>
- Seedat S. (2009) Scott KM Angermeyer MC. Berglund P et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Arch Gen Psychiatry 2009; 50(4):386-395
- Simón S., Compton H., Enfermería Gerontológica, Mc Graw Hill Interamericana, México D.F, 1998, Pág. 356-362
- Sistema nacional de vigilancia epidemiológica (SNVE 2011), Boletín epidemiológico número 33, volumen 28, semana 33, del 14 al 20 de agosto del 2011 México D.F. www.secretariadesalud.gob acceso 20 enero 2012-06-27
- Sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica. Temas de enfermería gerontológica. 1999. Madrid, España
- Zimbardo, P., (1999) *Psicología de Vida*, México D.F.: editorial Trillas
- Warner et al. (2012) Enfocando la depresión como problema de salud pública en México, Salud Mental vol. 35, No. 1, enero-febrero 2012
- Wesley R. (1997), *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana, México DF. 1997
- www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2003/sem41/pdf/edit4103.pdf acceso 3 mayo 2011

11. GLOSARIO DE TERMINOS.

Adulto Mayor: Persona que cuenta con sesenta años o más de edad y que se encuentre domiciliada o en tránsito en el territorio nacional.

Envejecimiento: Proceso de cambio gradual y espontaneo que conlleva a la maduración a lo largo de la infancia, la pubertad y los primeros años de la edad adulta seguida por un declive durante las edades media y avanzada de la vida.

Senectud: Proceso temporal que implica la pérdida de la capacidad celular de división, crecimiento y función, y que en último término resulta incompatible con la vida es decir el proceso de senectud termina con la muerte.

Calidad: Componente de un programa en el que los resultados de los cuidados que se prestan a una población de pacientes específicos y se evalúa según criterios definidos y establecidos por profesionales.

Valoración Funcional: Es la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia.

Colágeno: Proteína de estructura Fibrilar que constituye la base de las fibras blancas de la piel, tendones, cartílagos óseos y todos los demás tejidos conjuntivos.

Homeostasis: Tendencia de los sistemas biológicos a mantener la estabilidad mientras se adaptan continuamente a condiciones optimas para vivir.

Glucación: Reacción entre la glucosa y las proteínas del cuerpo.

Enzima: Proteína que cataliza una relación biológica.

Hísticas: Pertencientes al tejido o de su propia naturaleza.

12. ANEXOS

Anexo 1

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage		
Ítem	Pregunta a realizar.	1 punto si responde.
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Puntuación Total:

0 - 10 = Normal.

11 -14 = Depresión Leve- Moderada

>14 = Depresión Severa.

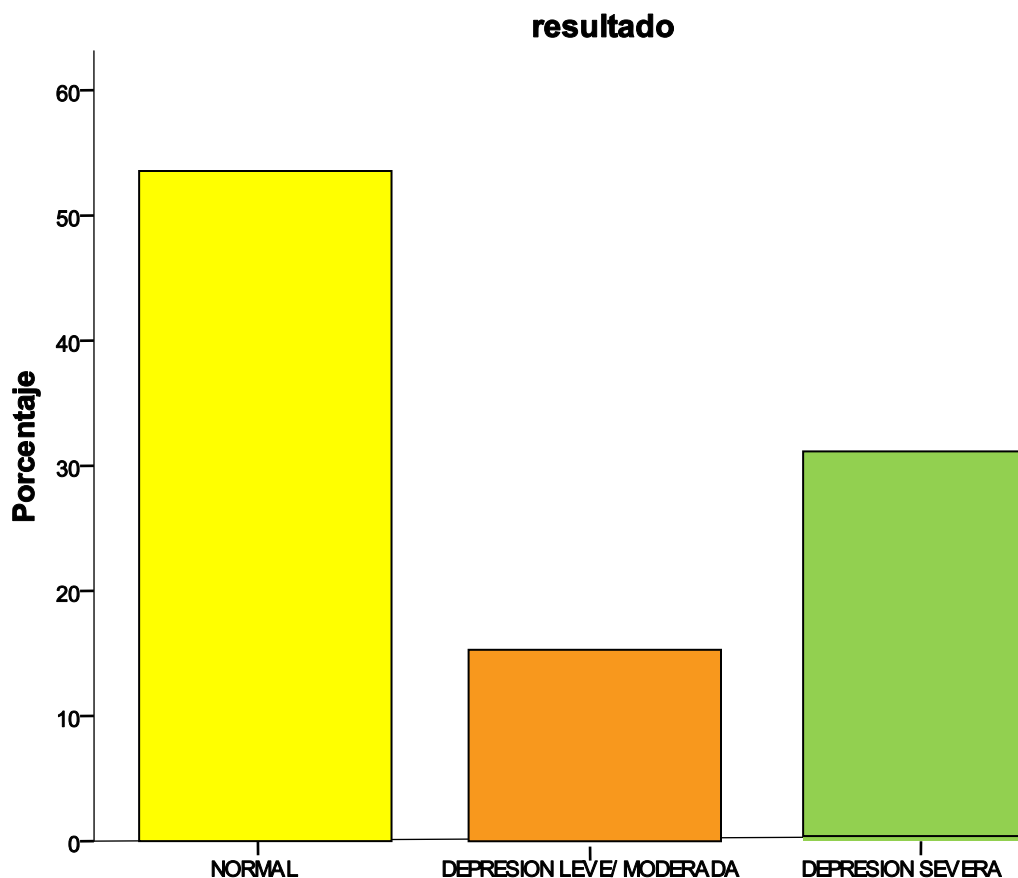
Anexo 2

Resultados.

resultado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NORMAL	98	53,6	53,6	53,6
	DEPRESION LEVE/MODERADA	28	15,3	15,3	68,9
	DEPRESION SEVERA	57	31,1	31,1	100,0
	Total	183	100,0	100,0	

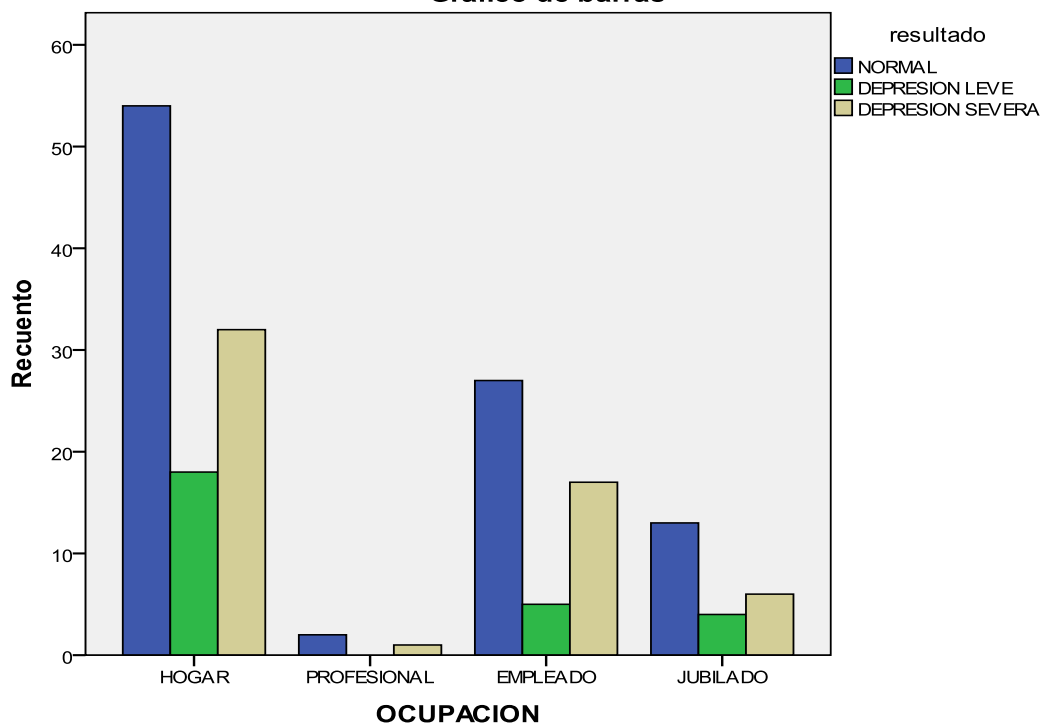
De la población total estudiada (183 adultos mayores) se observa que 98 personas representadas con un 53.6% no presentan depresión mientras que 28 personas (15.3%) presentan depresión leve/ moderada y 57 personas (31.1%) depresión severa.



Nivel de depresión según Ocupación.

			resultado			Total
			NORMAL	DEPRESION LEVE	DEPRESION SEVERA	
OCUPACION	HOGAR	Recuento	54	18	32	104
		% del total	30.2%	10.1%	17.9%	58.1%
	PROFESIONAL	Recuento	2	0	1	3
		% del total	1.1%	.0%	.6%	1.7%
	EMPLEADO	Recuento	27	5	17	49
		% del total	15.1%	2.8%	9.5%	27.4%
	JUBILADO	Recuento	13	4	6	23
		% del total	7.3%	2.2%	3.4%	12.8%
Total		Recuento	96	27	56	179
		% del total	53.6%	15.1%	31.3%	100.0%

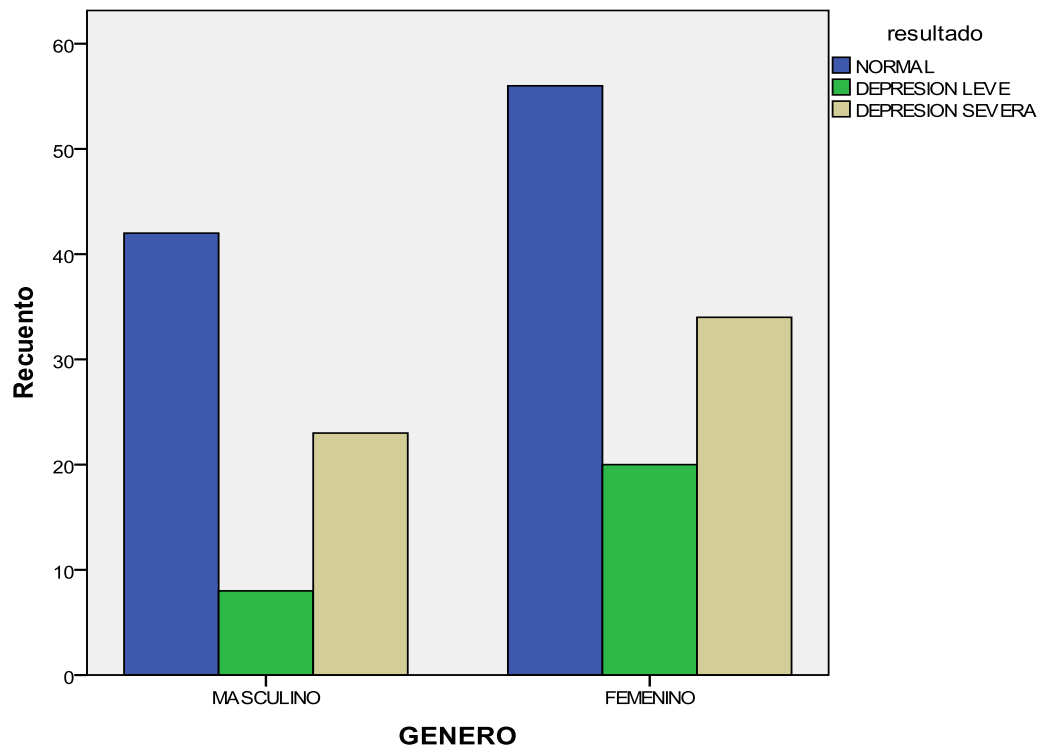
Gráfico de barras



Nivel de depresión según género.

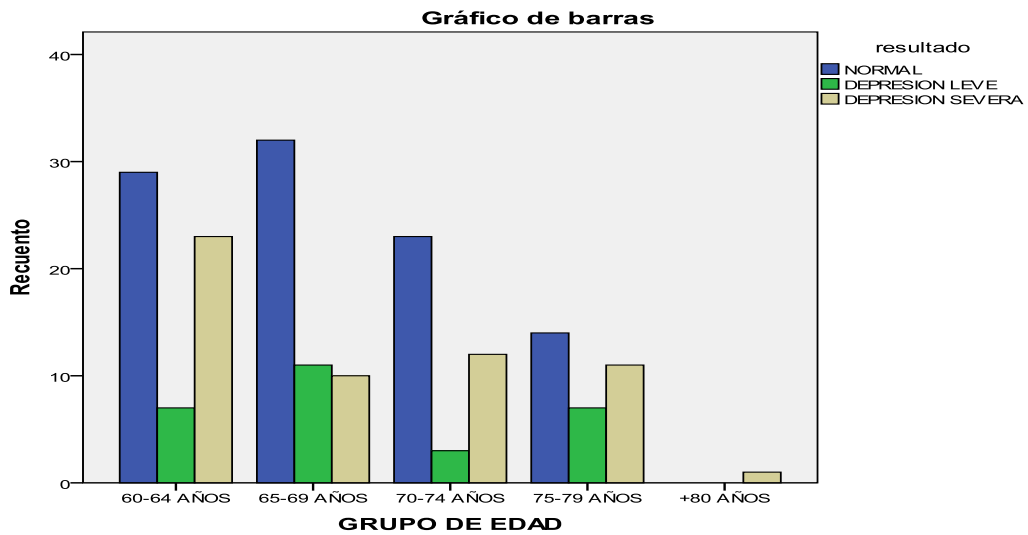
			resultado			Total
			NORMAL	DEPRESION LEVE	DEPRESION SEVERA	
GENERO	MASCULINO	Recuento	42	8	23	73
		% del total	23.0%	4.4%	12.6%	39.9%
	FEMENINO	Recuento	56	20	34	110
		% del total	30.6%	10.9%	18.6%	60.1%
Total		Recuento	98	28	57	183
		% del total	53.6%	15.3%	31.1%	100.0%

Gráfico de barras



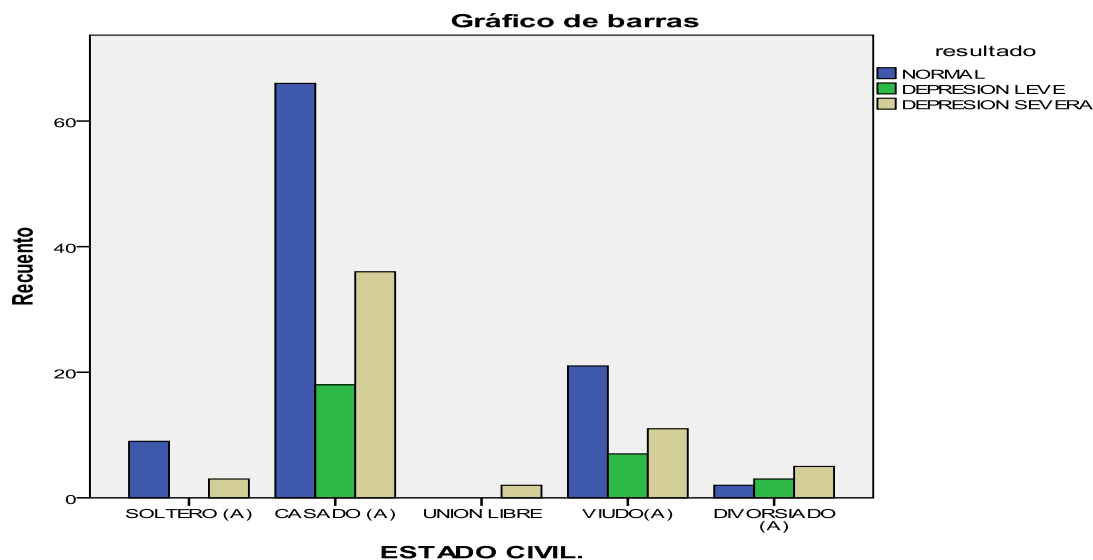
Nivel de depresión según grupo de edad.

			resultado			Total
			NORMAL	DEPRESION LEVE	DEPRESION SEVERA	
GRUPO DE EDAD	60-64 AÑOS	Recuento	29	7	23	59
		% del total	15.8%	3.8%	12.6%	32.2%
	65-69 AÑOS	Recuento	32	11	10	53
		% del total	17.5%	6.0%	5.5%	29.0%
	70-74 AÑOS	Recuento	23	3	12	38
		% del total	12.6%	1.6%	6.6%	20.8%
	75-79 AÑOS	Recuento	14	7	11	32
		% del total	7.7%	3.8%	6.0%	17.5%
	+80 AÑOS	Recuento	0	0	1	1
		% del total	.0%	.0%	.5%	.5%
Total		Recuento	98	28	57	183
		% del total	53.6%	15.3%	31.1%	100.0%



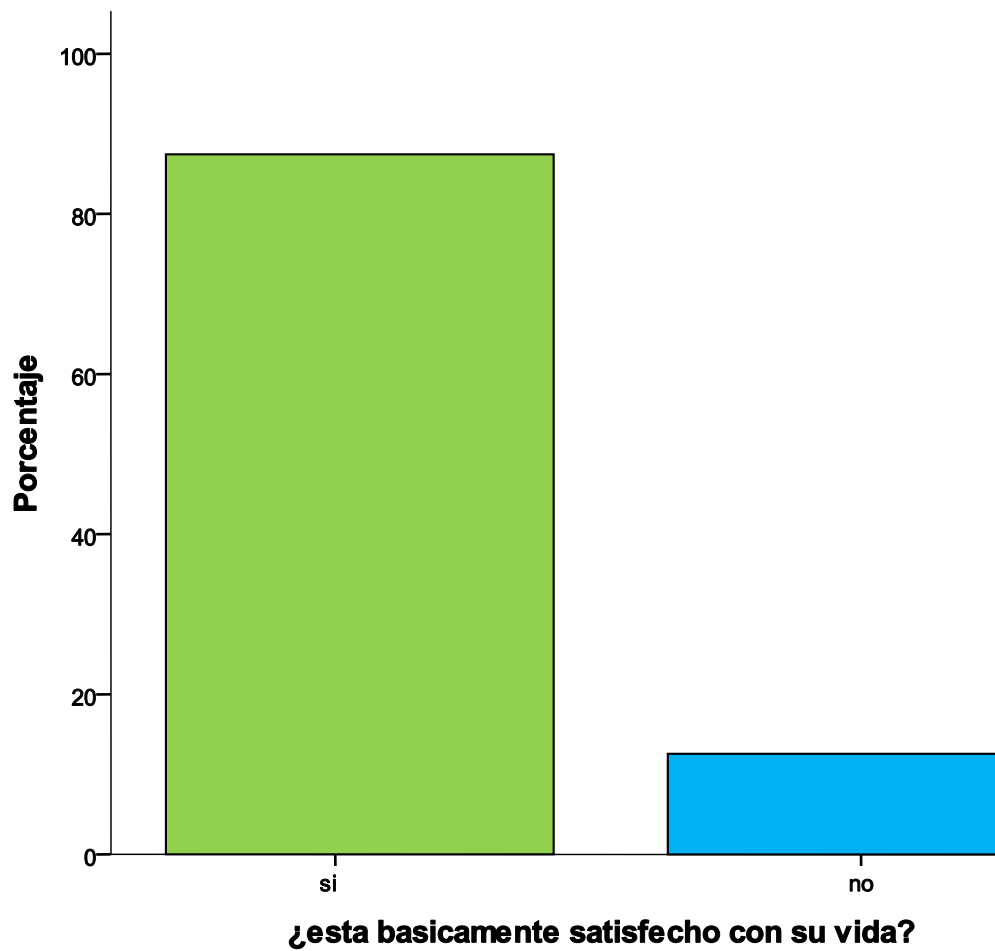
Nivel de depresión de acuerdo al estado civil.

			resultado			Total
			NORMAL	DEPRESION LEVE	DEPRESION SEVERA	
ESTADO CIVIL.	SOLTERO (A)	Recuento	9	0	3	12
		% del total	4.9%	.0%	1.6%	6.6%
	CASADO (A)	Recuento	66	18	36	120
		% del total	36.1%	9.8%	19.7%	65.6%
	UNION LIBRE	Recuento	0	0	2	2
		% del total	.0%	.0%	1.1%	1.1%
VIUDO(A)	Recuento	21	7	11	39	
	% del total	11.5%	3.8%	6.0%	21.3%	
DIVORSIADO(A)	Recuento	2	3	5	10	
	% del total	1.1%	1.6%	2.7%	5.5%	
Total		Recuento	98	28	57	183
		% del total	53.6%	15.3%	31.1%	100.0%



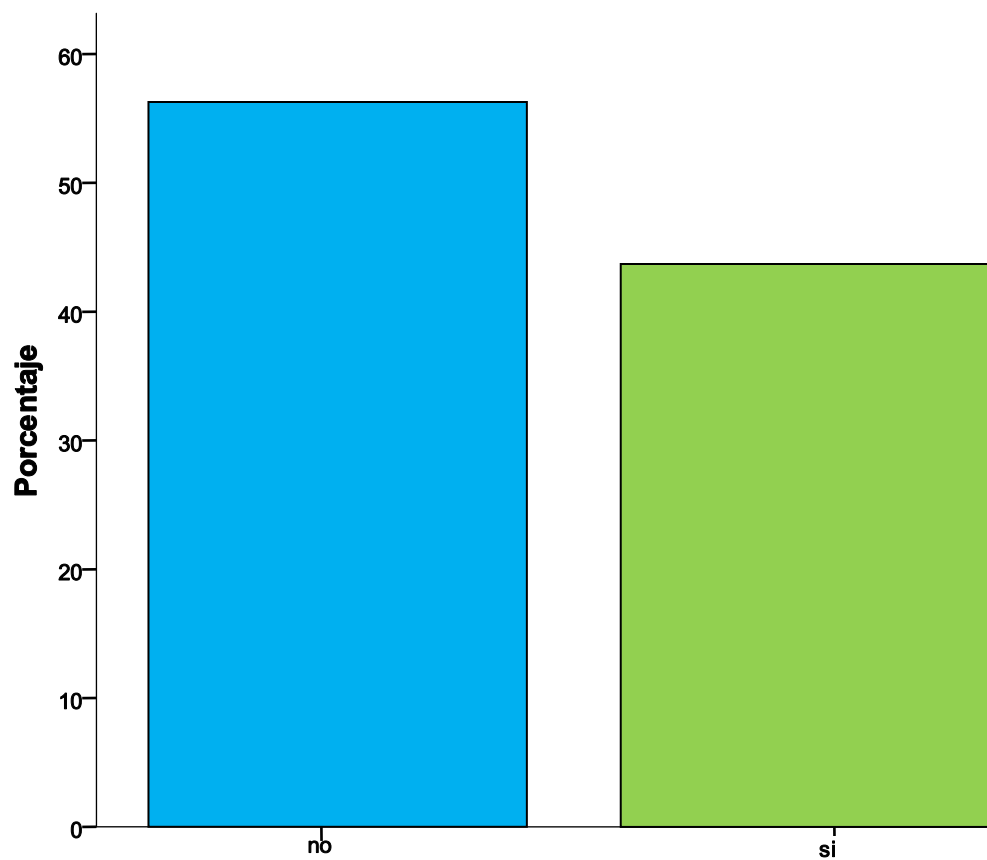
¿Está básicamente satisfecho con su vida?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	160	87.4	87.4	87.4
	no	23	12.6	12.6	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?

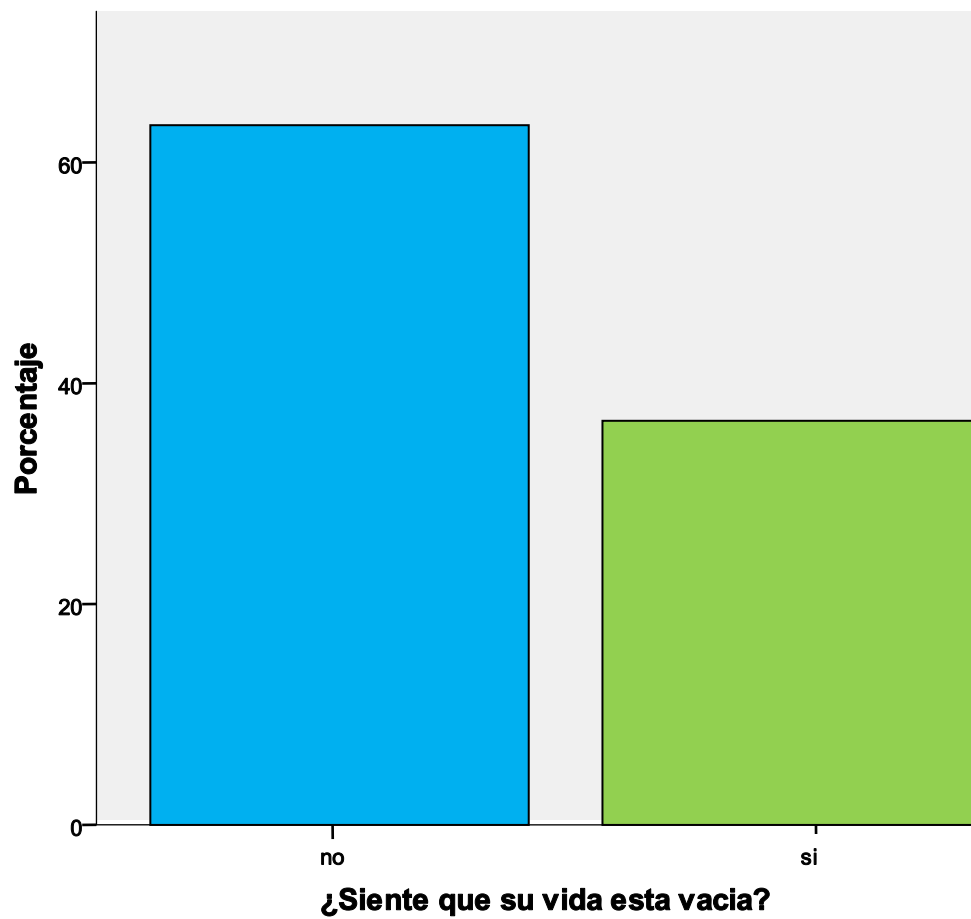
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	103	56.3	56.3	56.3
	si	80	43.7	43.7	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?

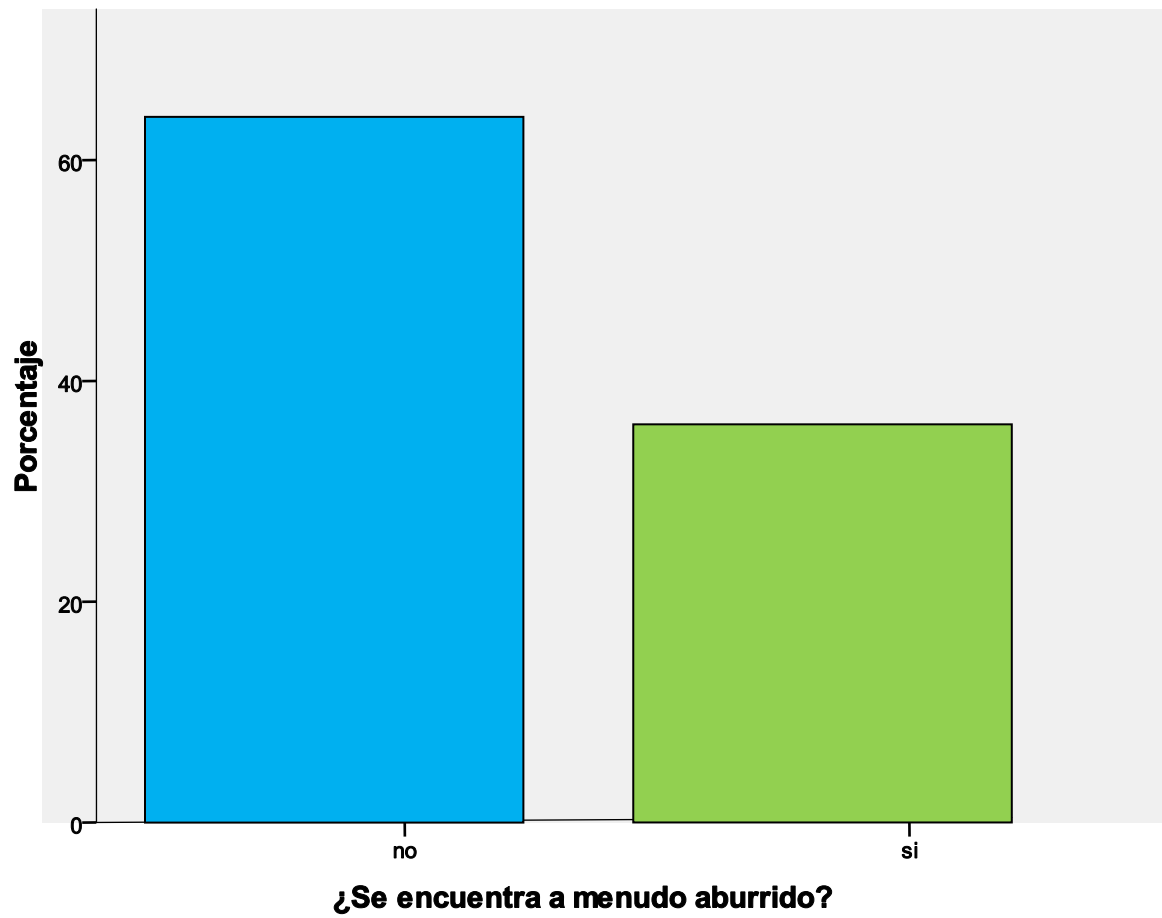
¿Siente que su vida está vacía?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	116	63.4	63.4	63.4
	si	67	36.6	36.6	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



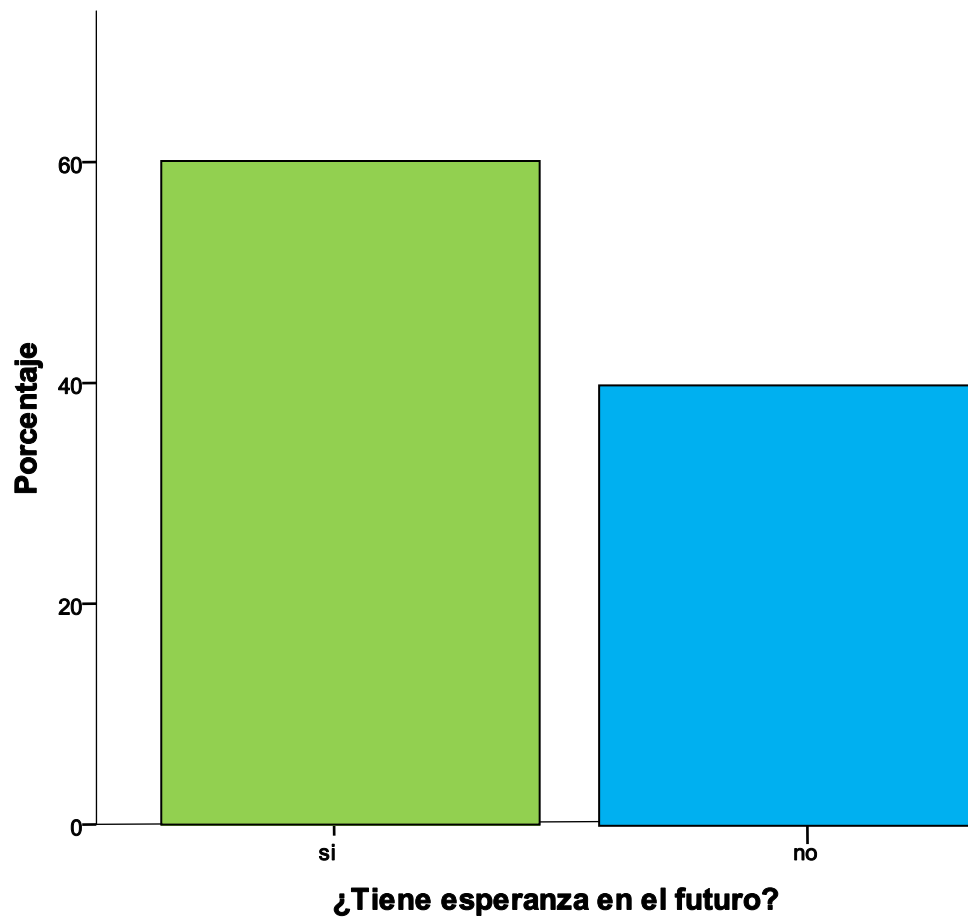
¿Se encuentra a menudo aburrido?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	117	63.9	63.9	63.9
	si	66	36.1	36.1	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



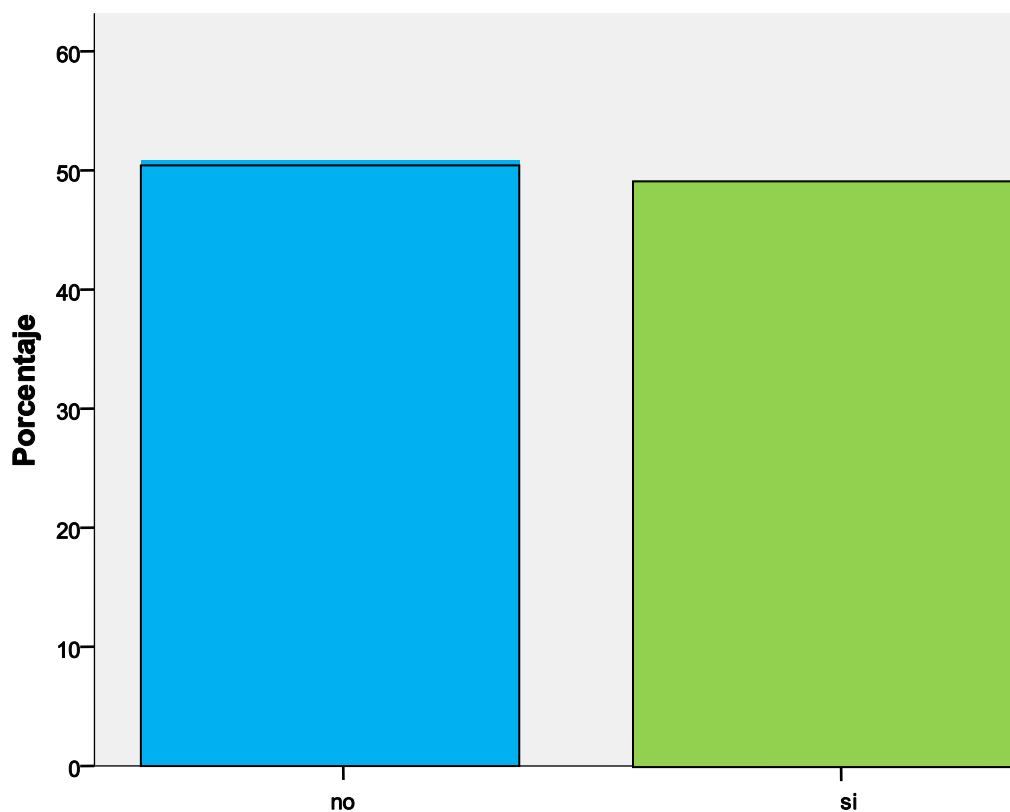
¿Tiene esperanza en el futuro?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	110	60.1	60.1	60.1
	no	73	39.9	39.9	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?

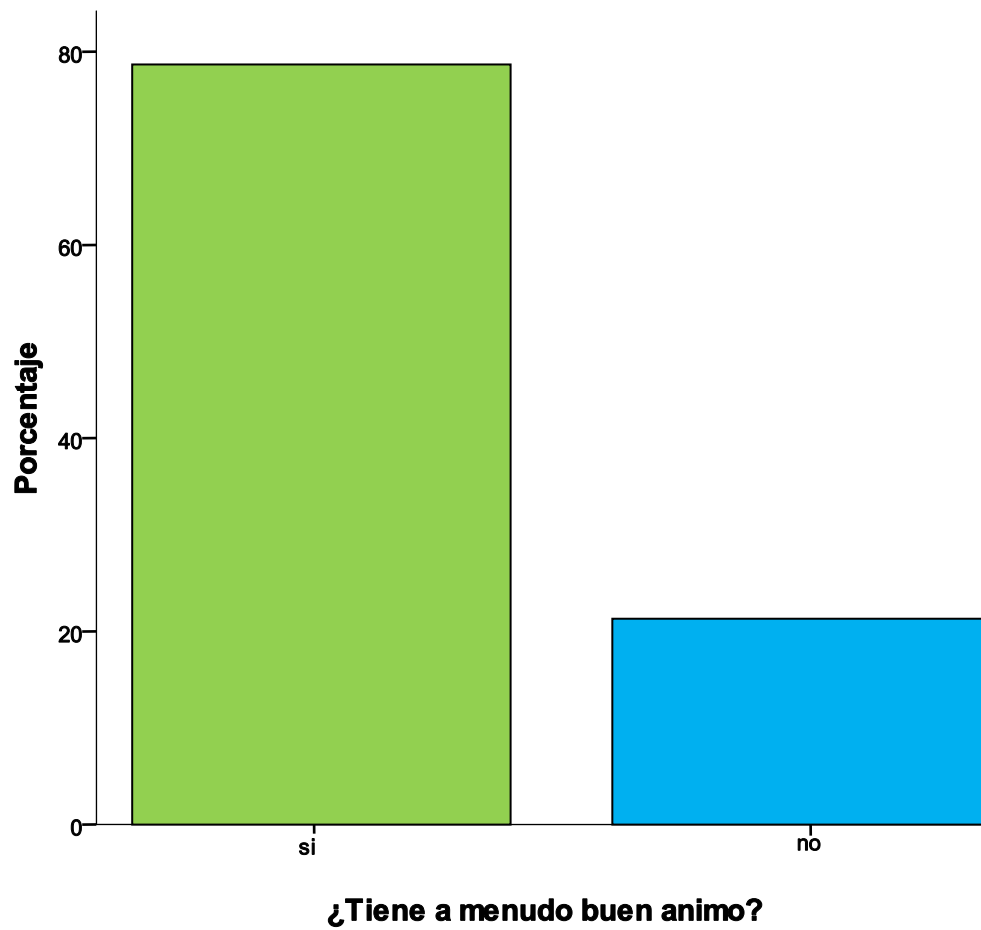
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	93	50.8	50.8	50.8
	si	90	49.2	49.2	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?

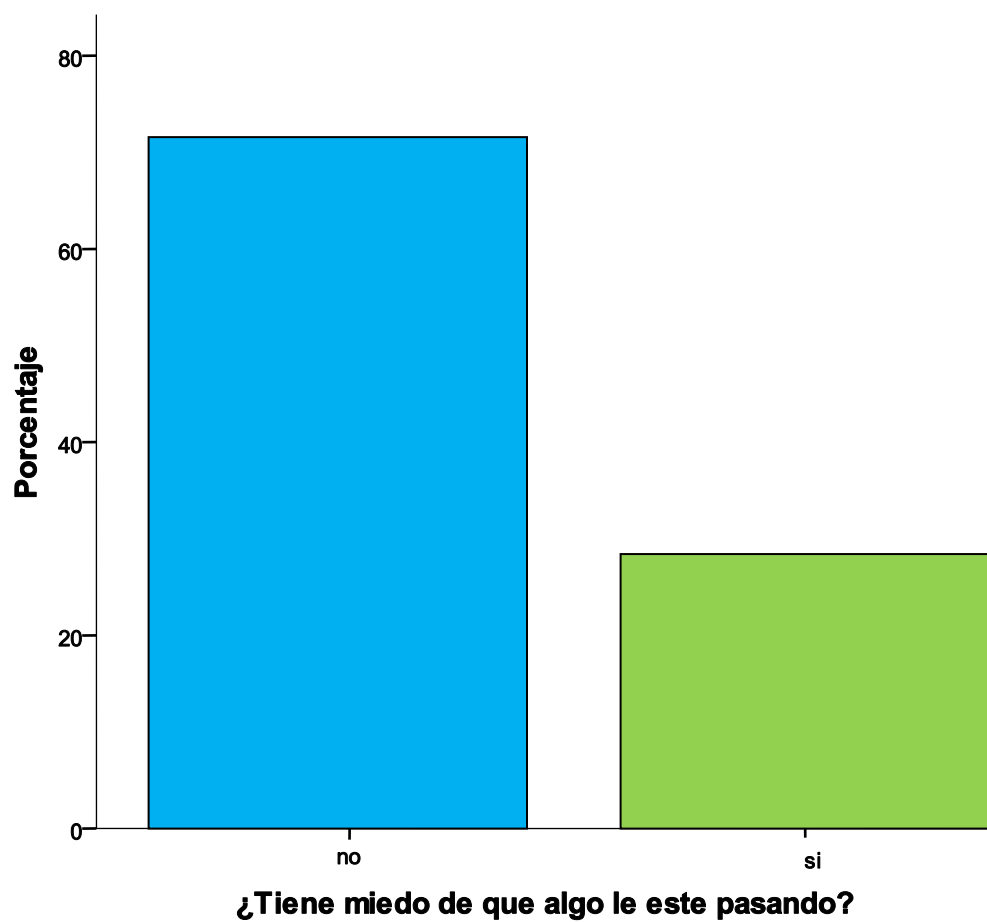
¿Tiene a menudo buen ánimo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	144	78.7	78.7	78.7
	no	39	21.3	21.3	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



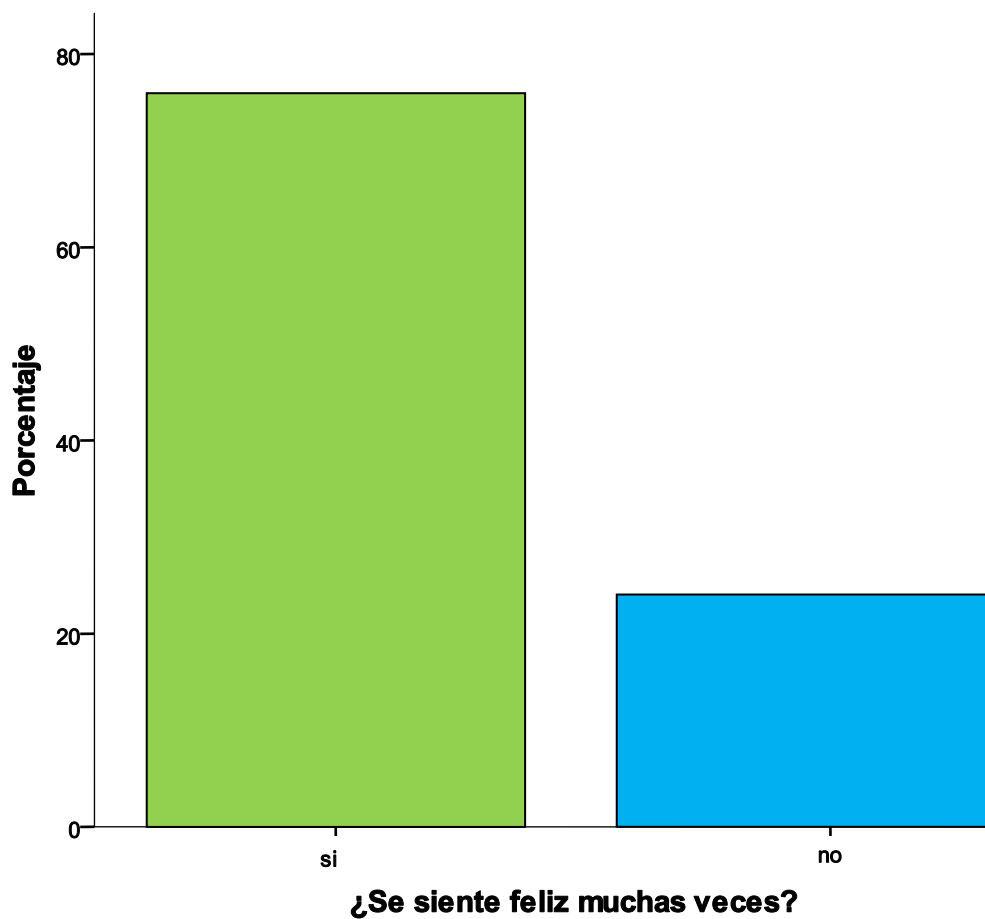
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	71.6	71.6	71.6
	si	52	28.4	28.4	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



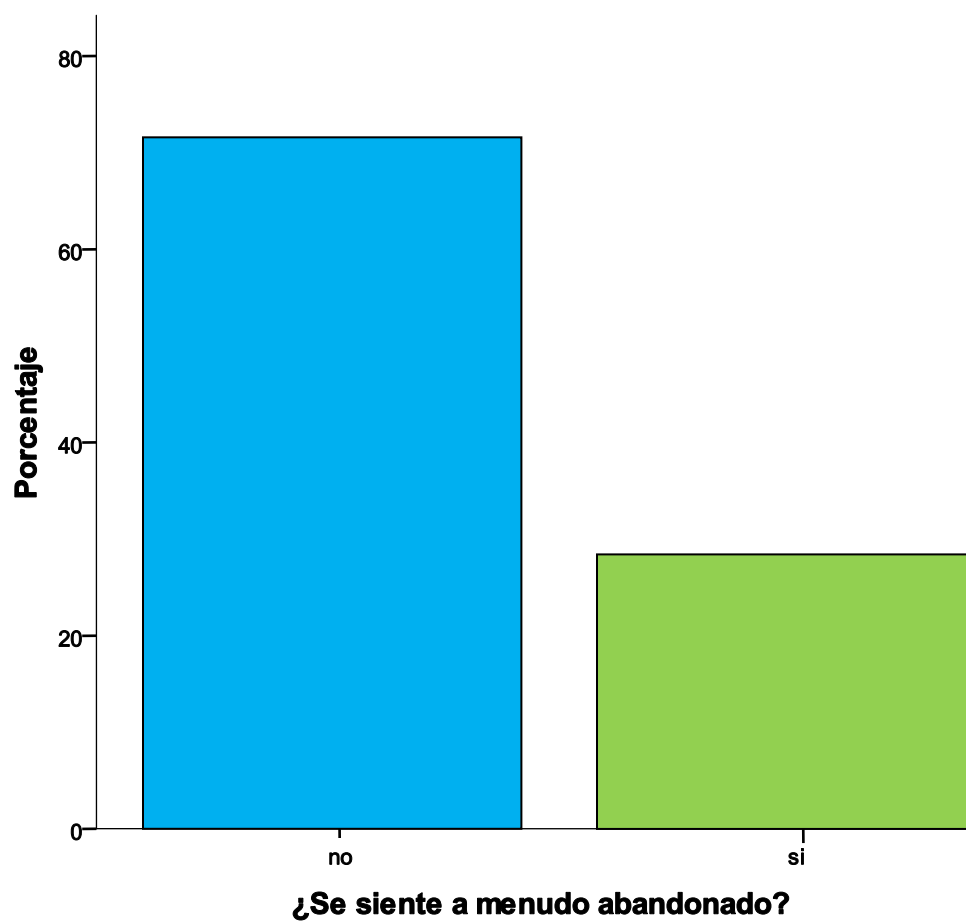
¿Se siente feliz muchas veces?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	139	76.0	76.0	76.0
	no	44	24.0	24.0	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



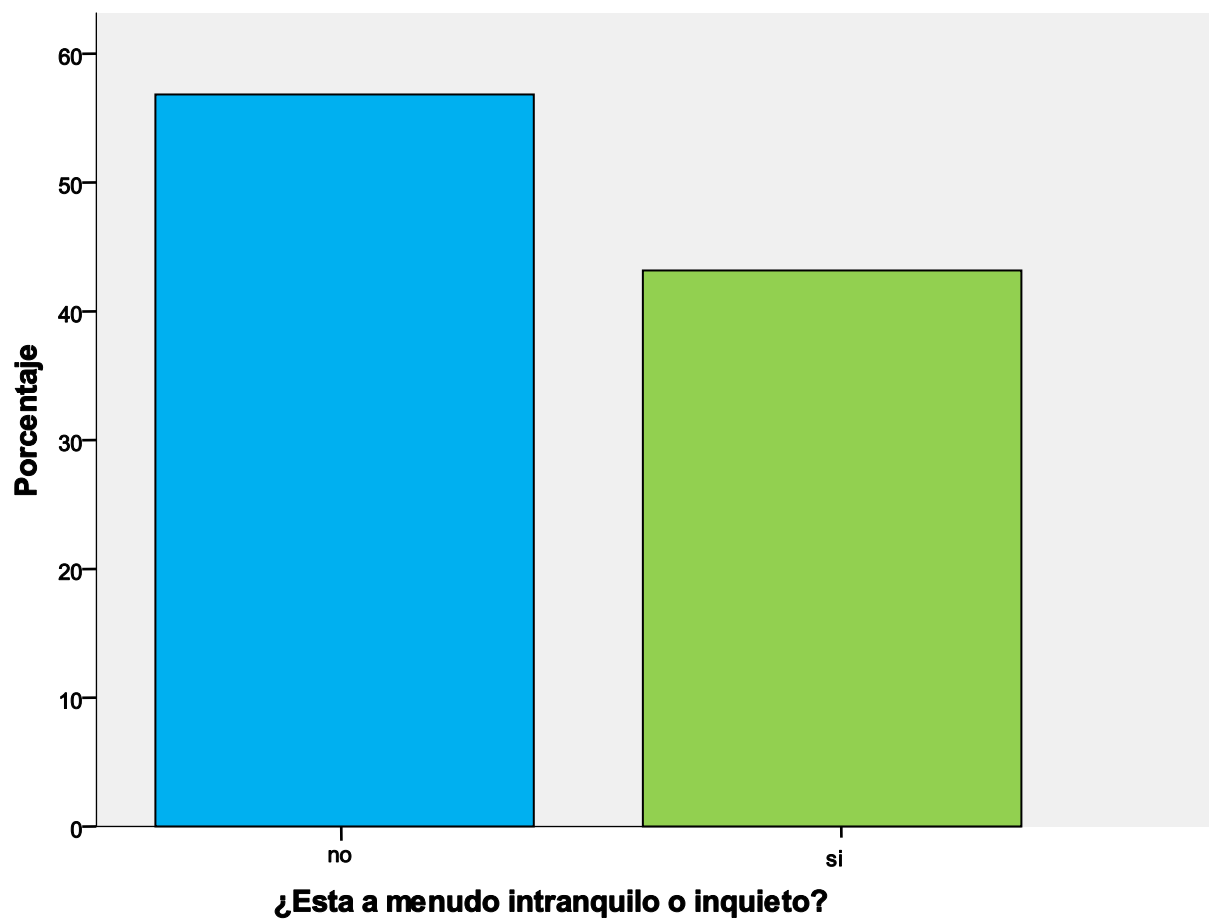
¿Se siente a menudo abandonado?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	131	71.6	71.6	71.6
	si	52	28.4	28.4	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



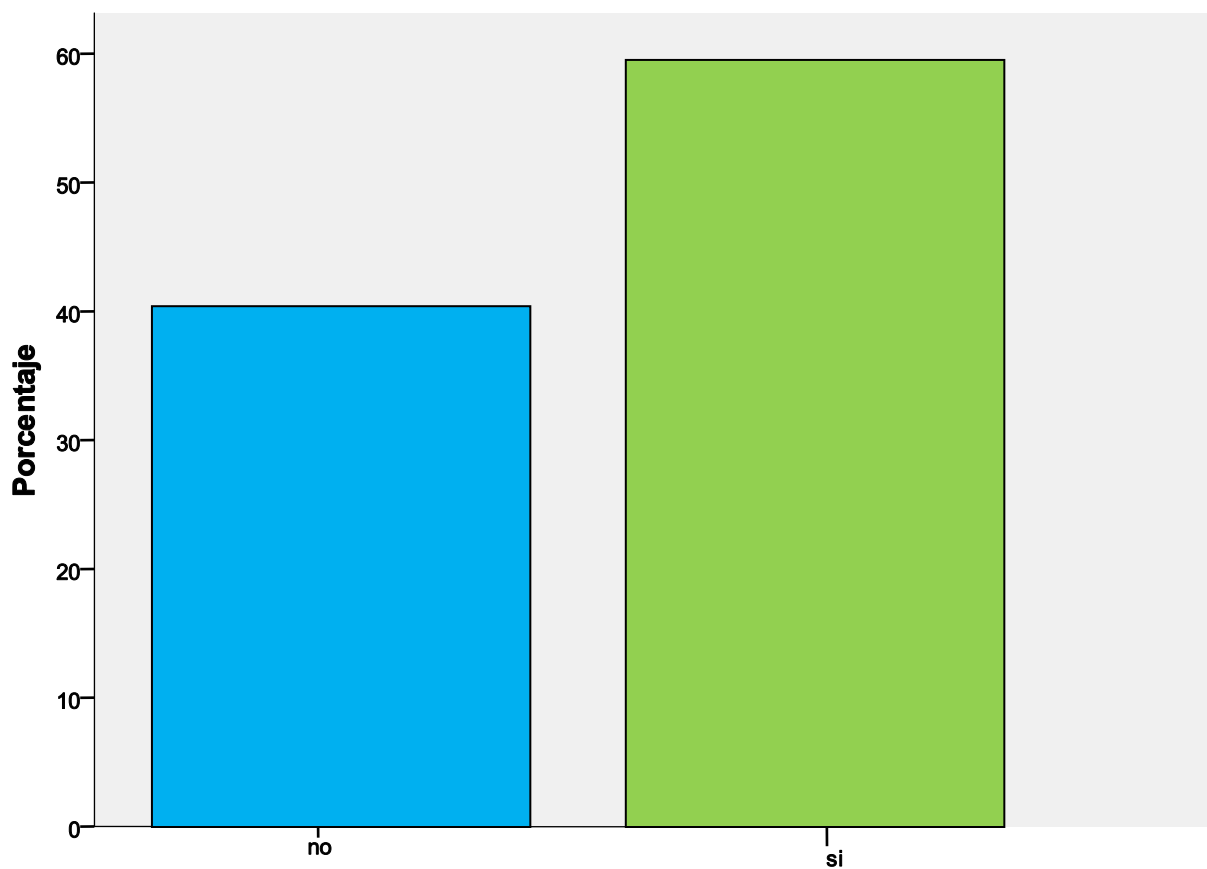
¿Está a menudo intranquilo o inquieto?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	104	56.8	56.8	56.8
	si	79	43.2	43.2	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Prefiere quedarse en casa que a caso salir y hacer cosas nuevas?

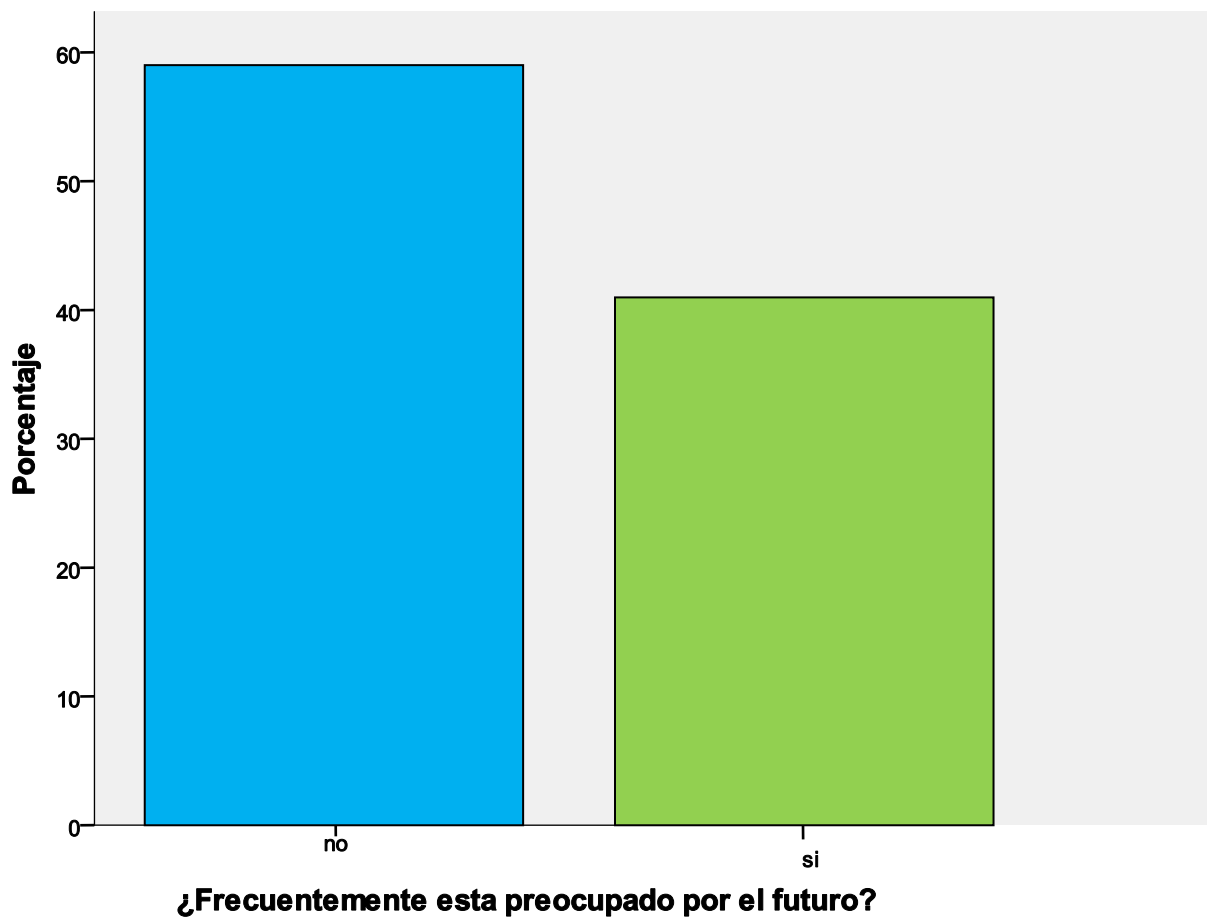
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	74	40.4	40.4	40.4
	si	109	59.6	59.6	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Prefiere quedarse en casa que a caso salir y hacer cosas nuevas?

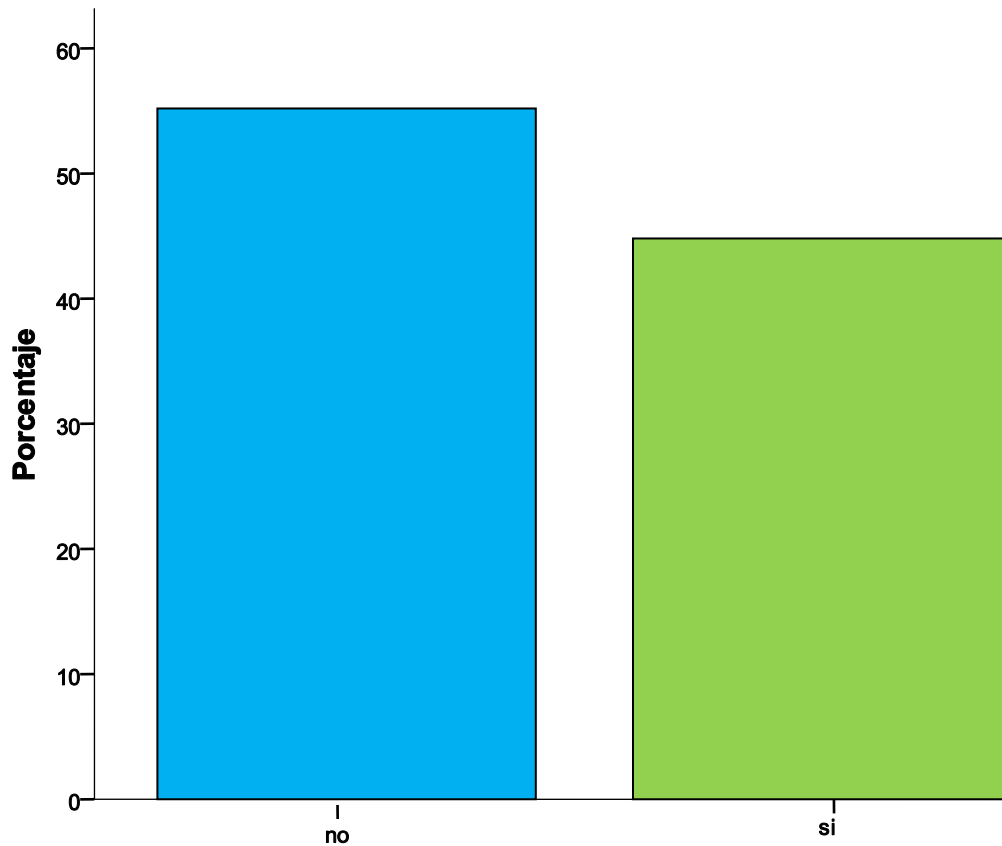
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	108	59.0	59.0	59.0
	si	75	41.0	41.0	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?

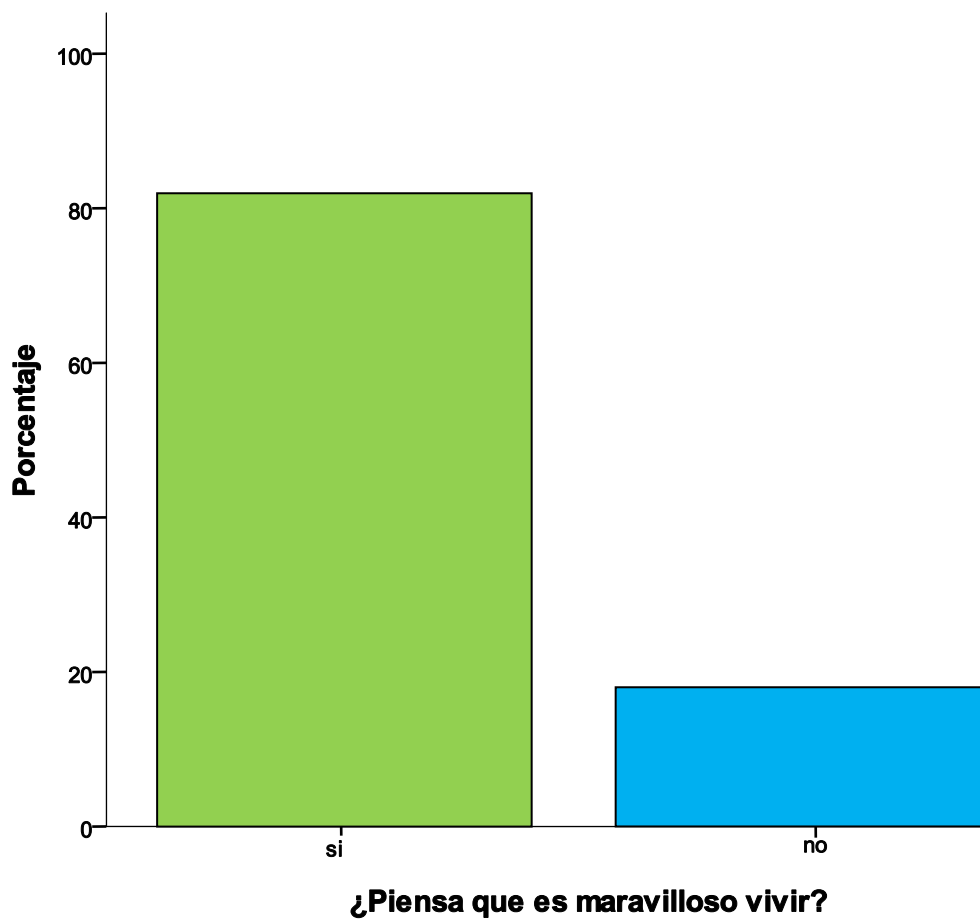
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	101	55.2	55.2	55.2
	si	82	44.8	44.8	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Encuentra que tiene mas problemas de memoria que la mayoría de la gente?

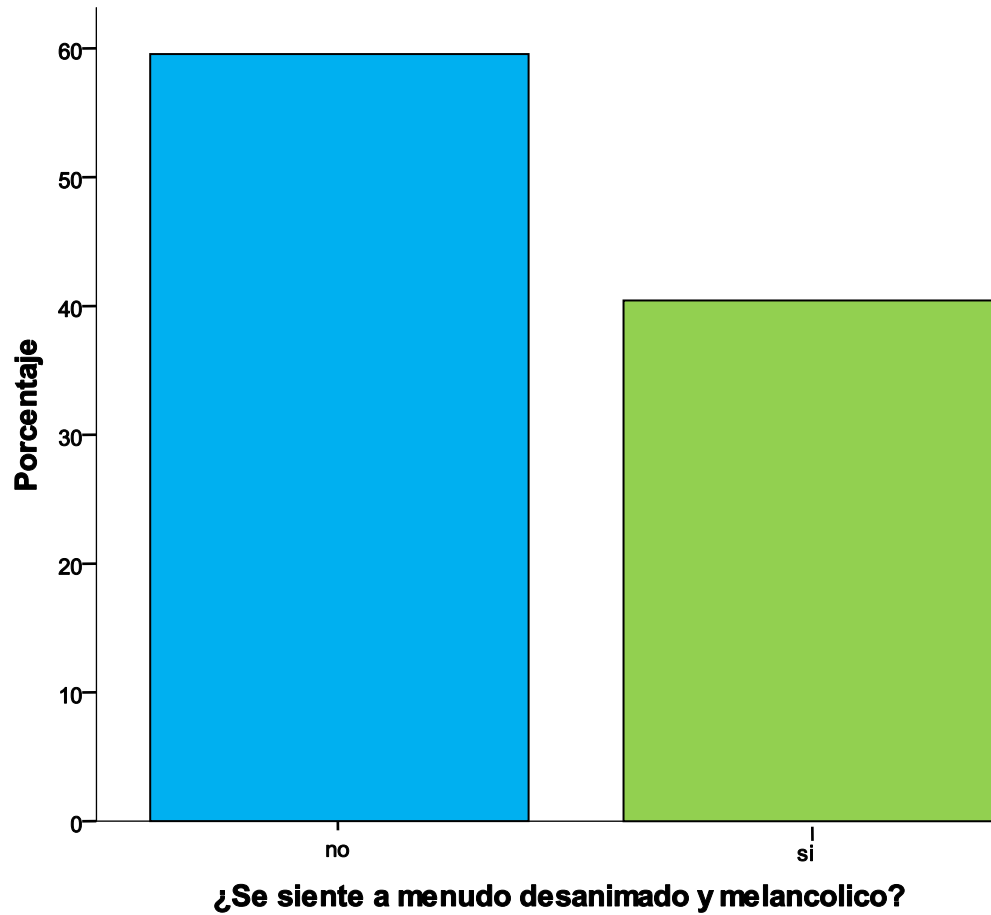
¿Piensa que es maravilloso vivir?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	150	82.0	82.0	82.0
	no	33	18.0	18.0	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



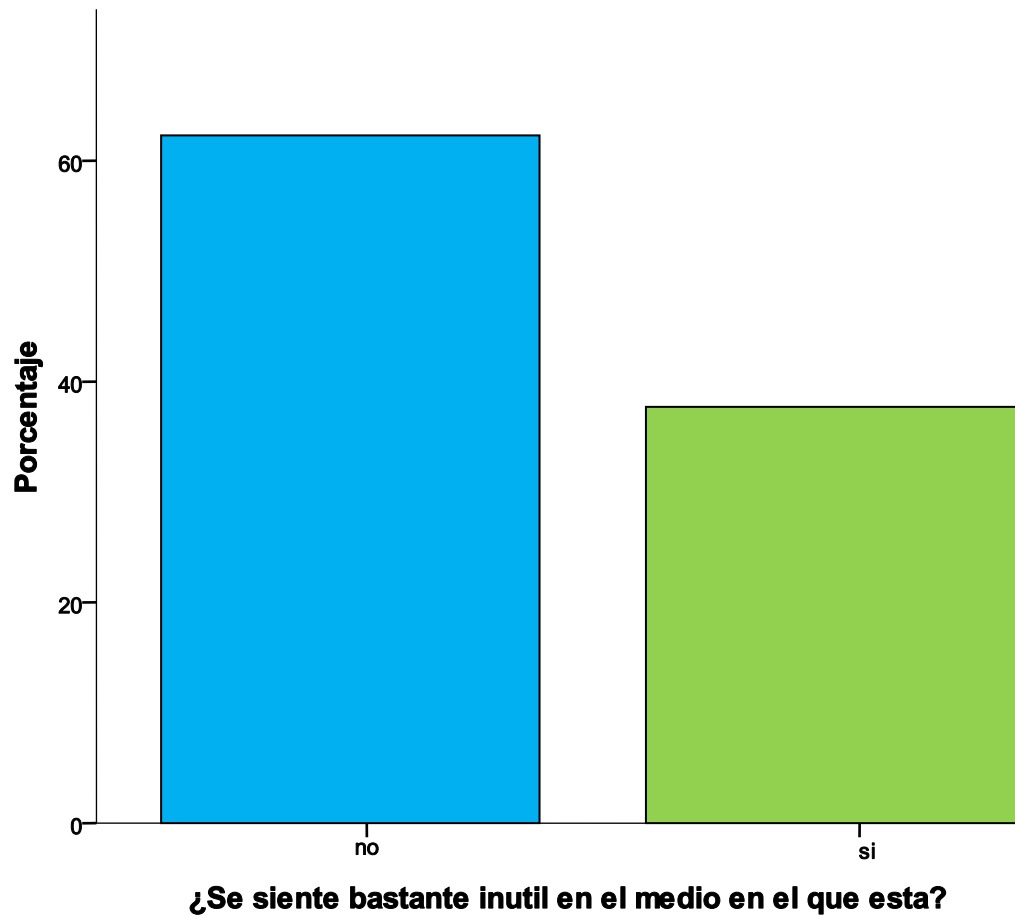
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	109	59.6	59.6	59.6
	si	74	40.4	40.4	100.0
Total		183	100.0	100.0	



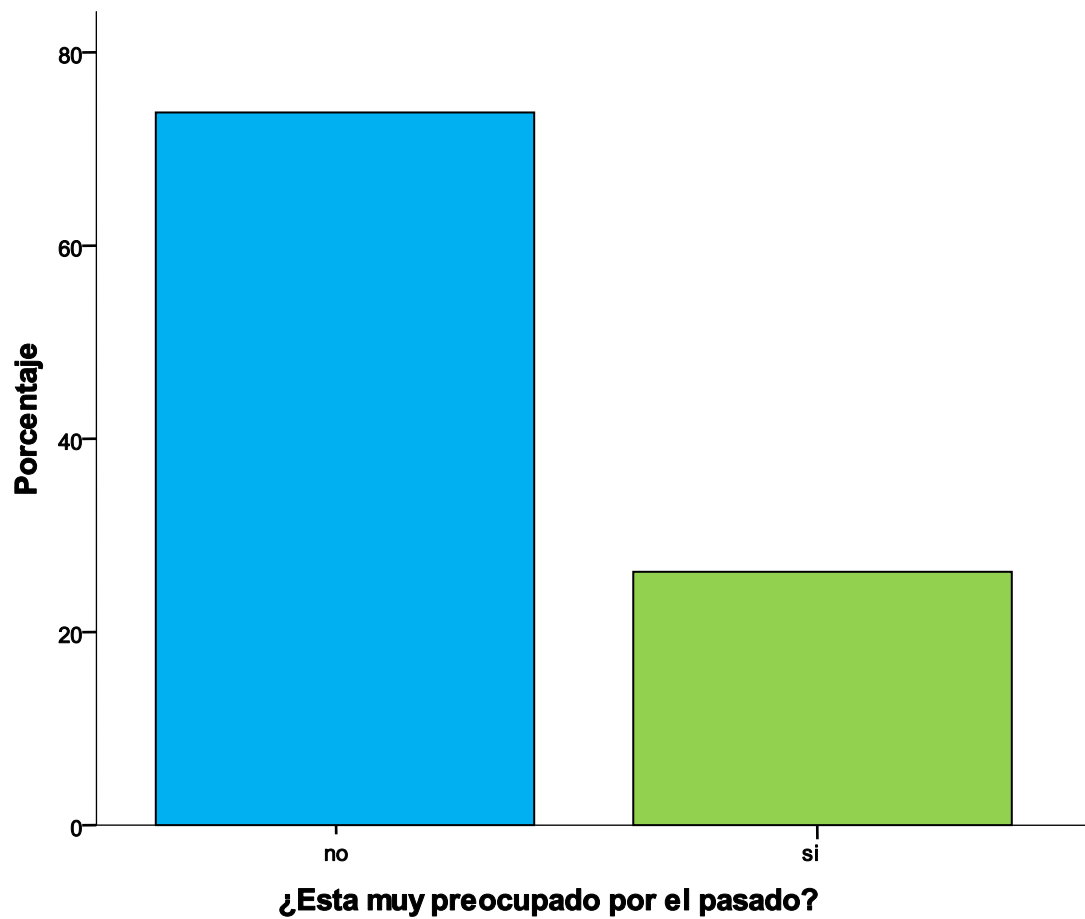
¿Se siente bastante inútil en el medio en el que esta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	114	62.3	62.3	62.3
	si	69	37.7	37.7	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



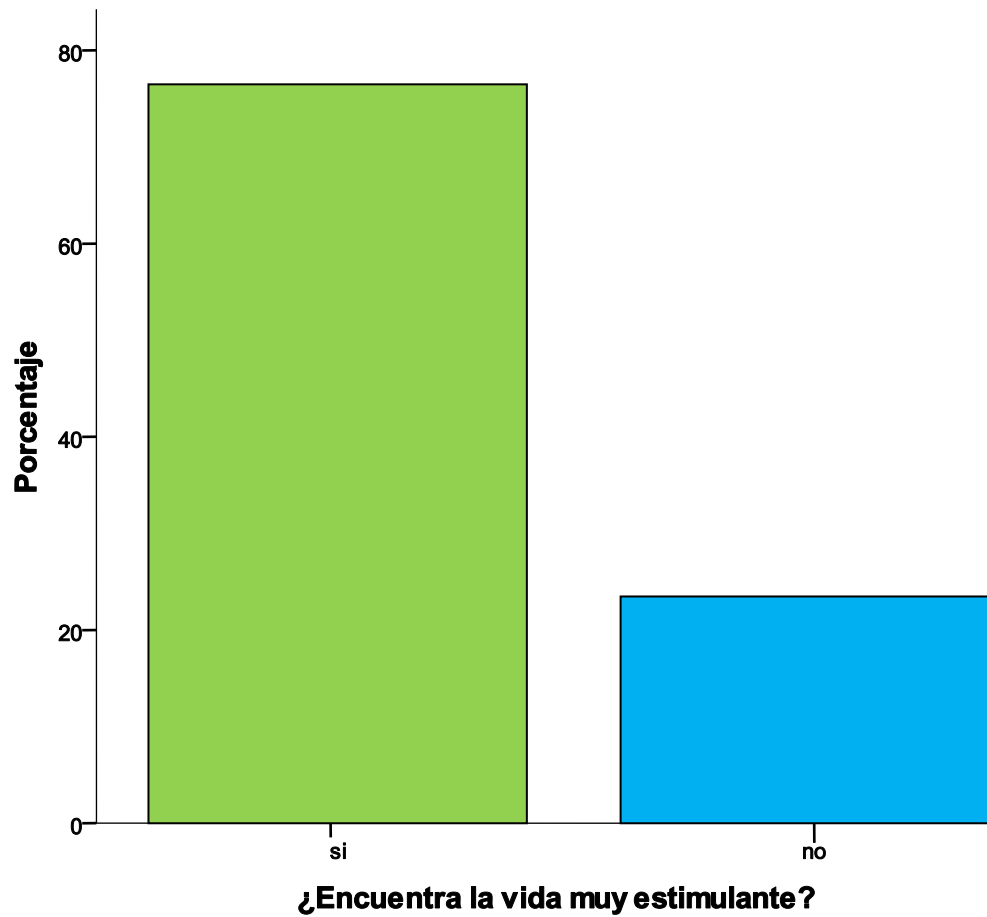
¿Está muy preocupado por el pasado?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	135	73.8	73.8	73.8
	si	48	26.2	26.2	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



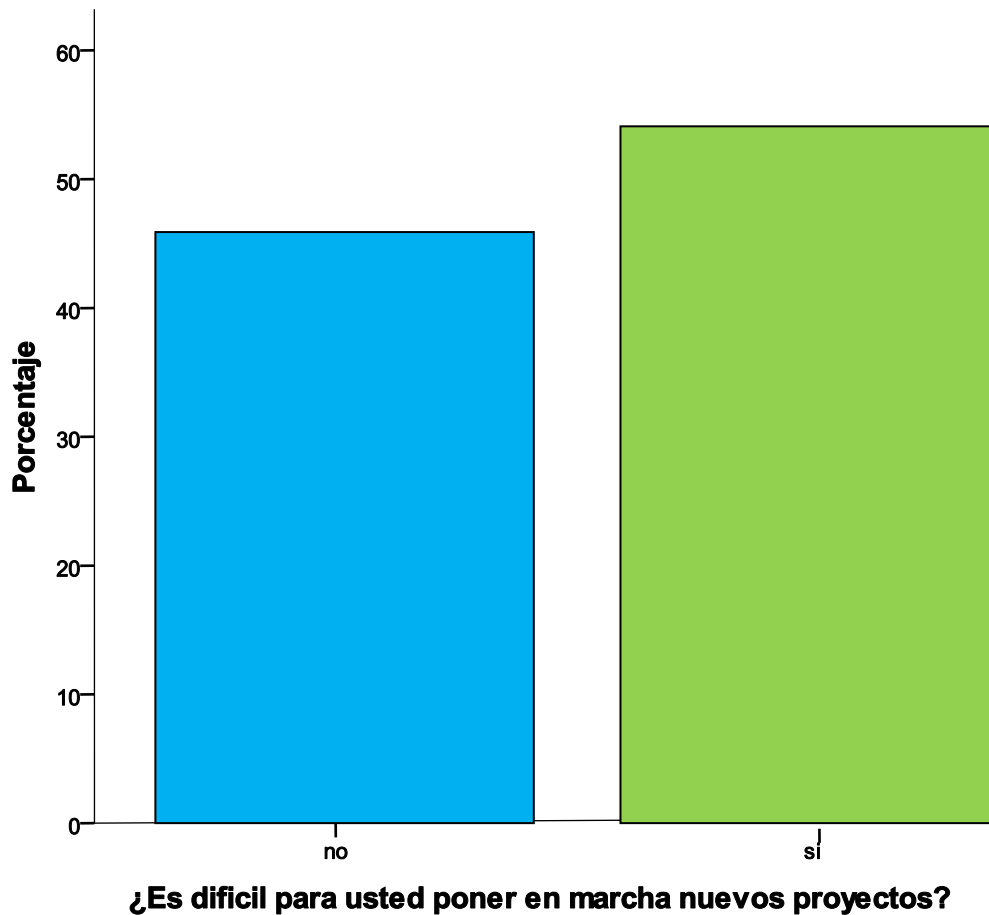
¿Encuentra la vida muy estimulante?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	140	76.5	76.5	76.5
	no	43	23.5	23.5	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



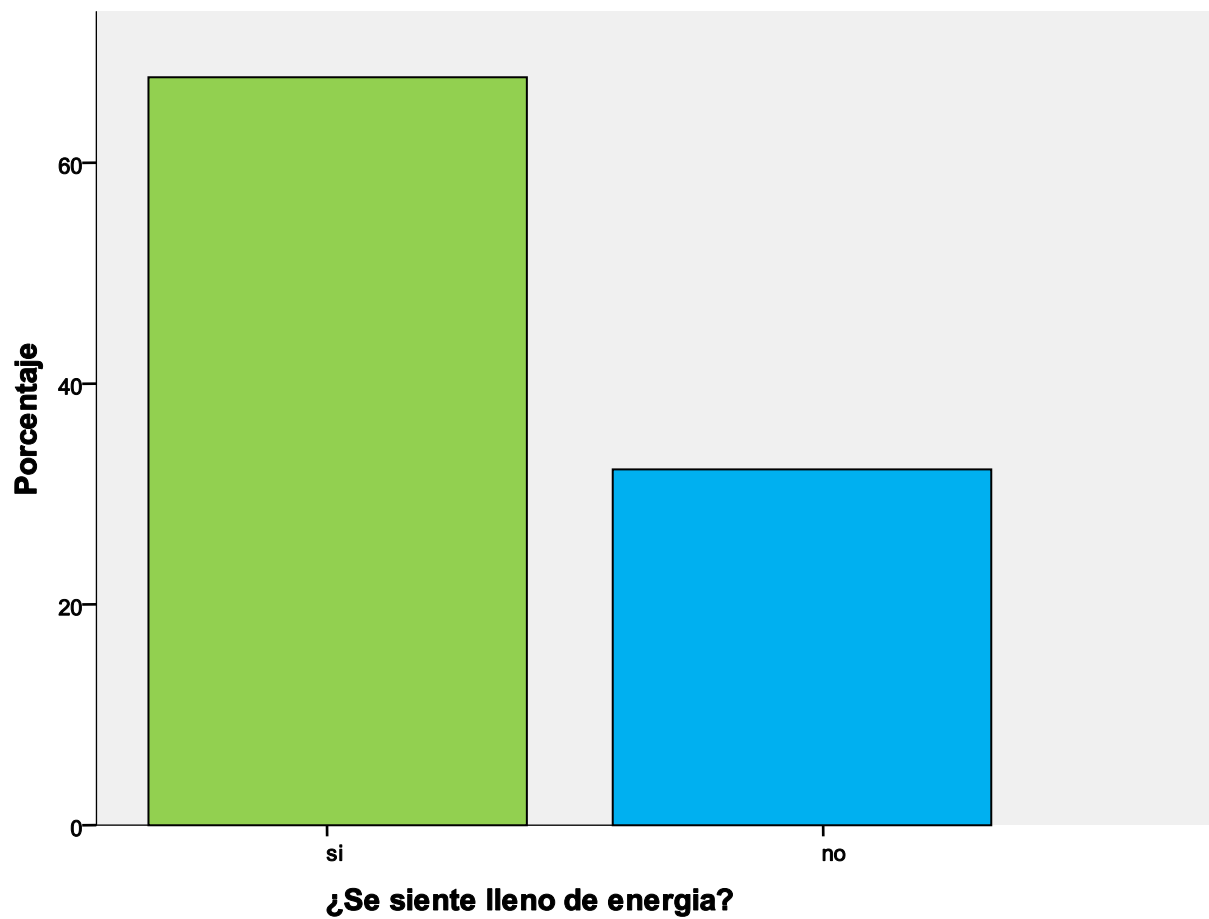
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	84	45.9	45.9	45.9
	si	99	54.1	54.1	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



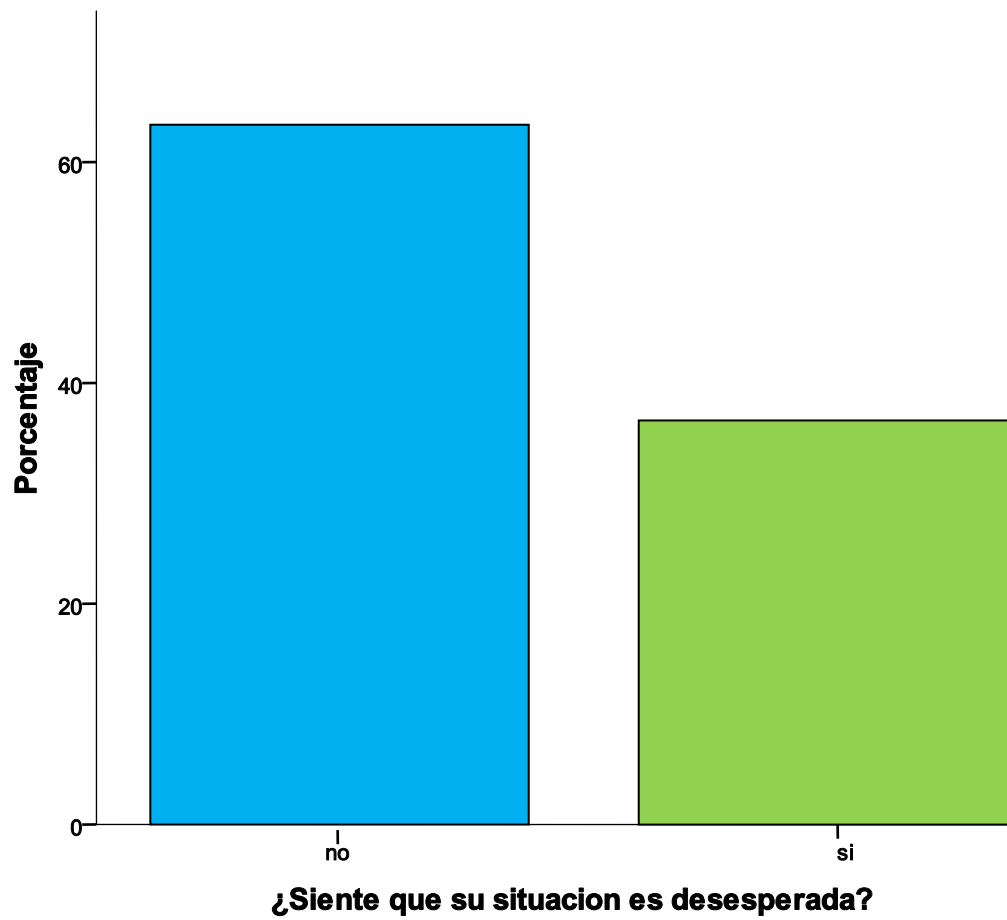
¿Se siente lleno de energía?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	124	67.8	67.8	67.8
	no	59	32.2	32.2	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



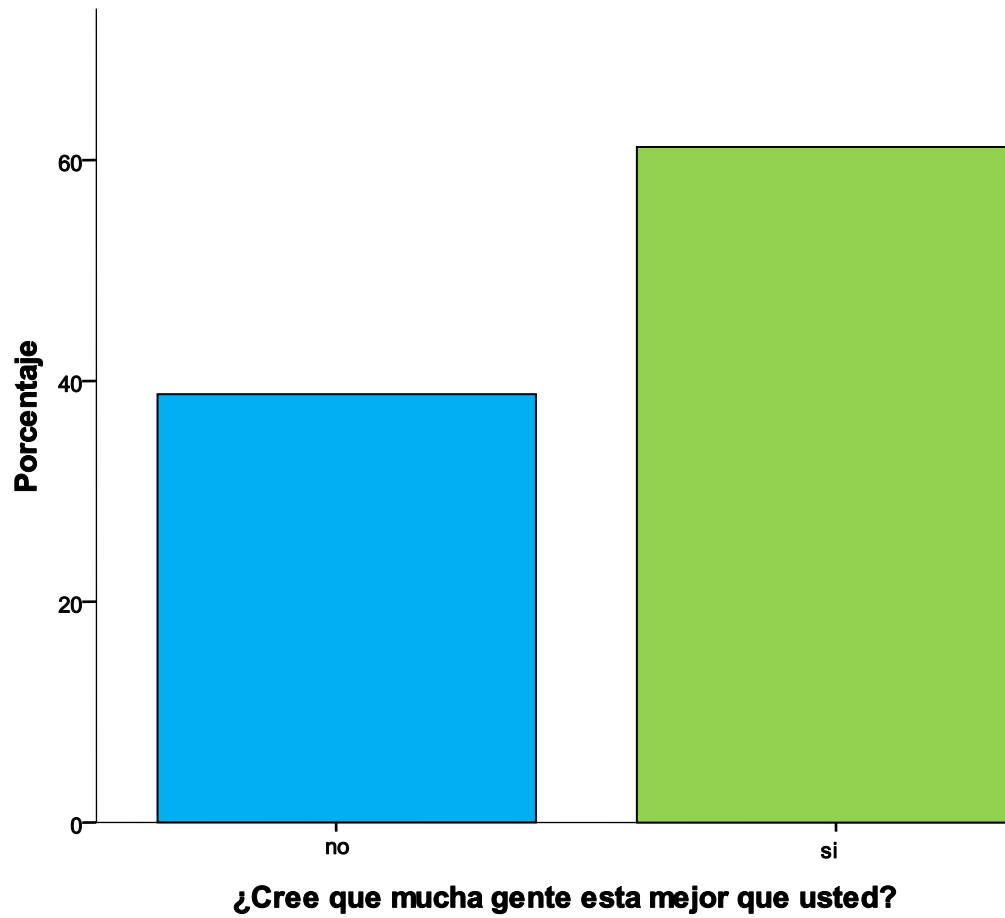
¿Siente que su situación es desesperada?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	116	63.4	63.4	63.4
	si	67	36.6	36.6	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



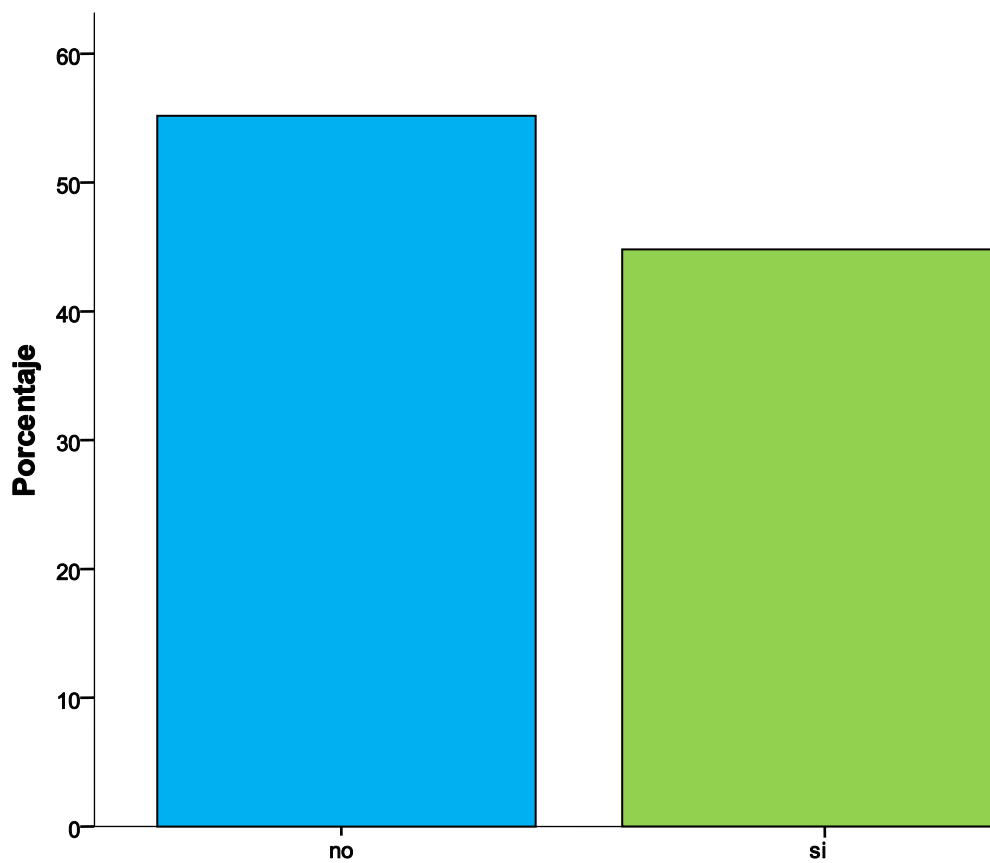
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	71	38.8	38.8	38.8
	si	112	61.2	61.2	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?

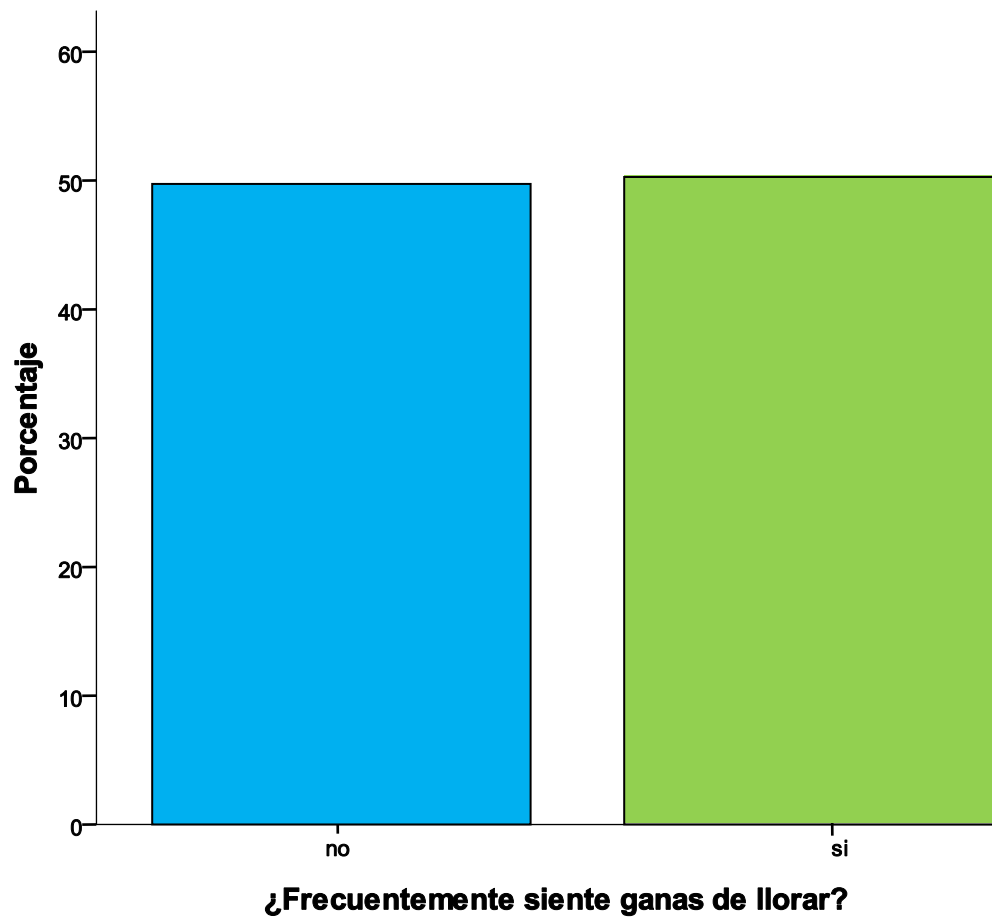
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	101	55.2	55.2	55.2
	si	82	44.8	44.8	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Frecuentemente esta preocupado por pequeñas cosas?

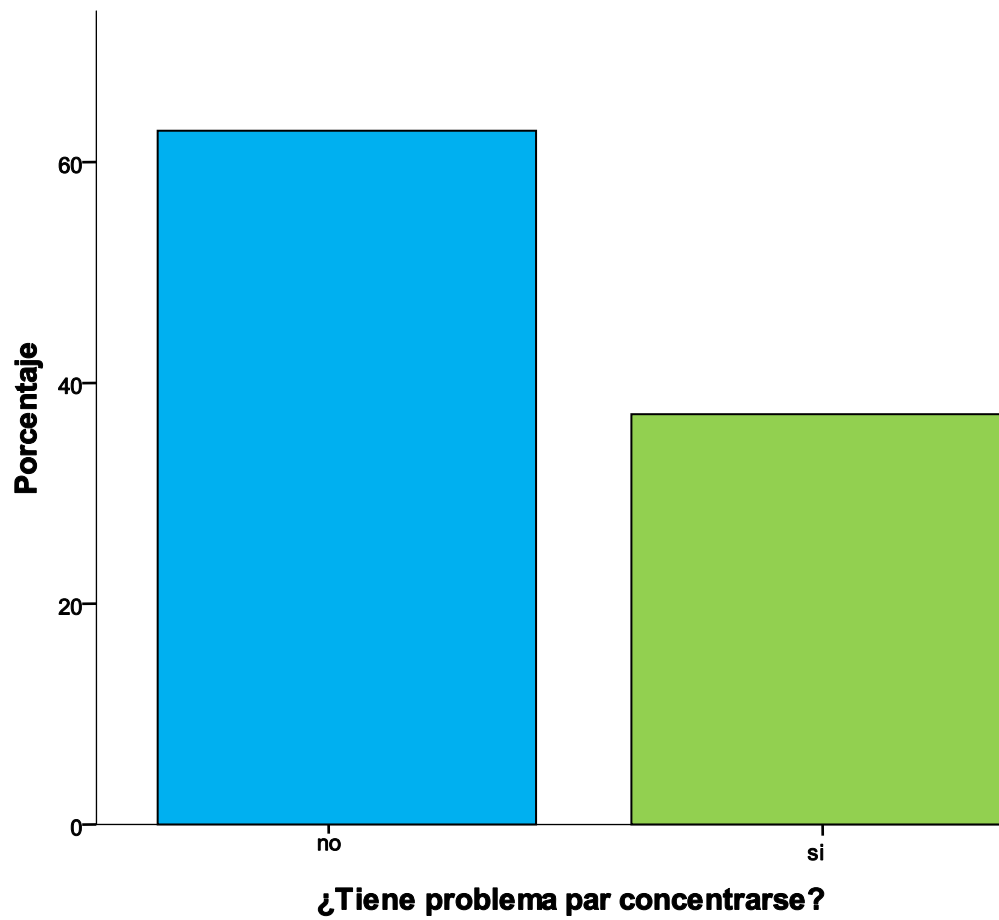
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	91	49.7	49.7	49.7
	si	92	50.3	50.3	100.0
Total		183	100.0	100.0	



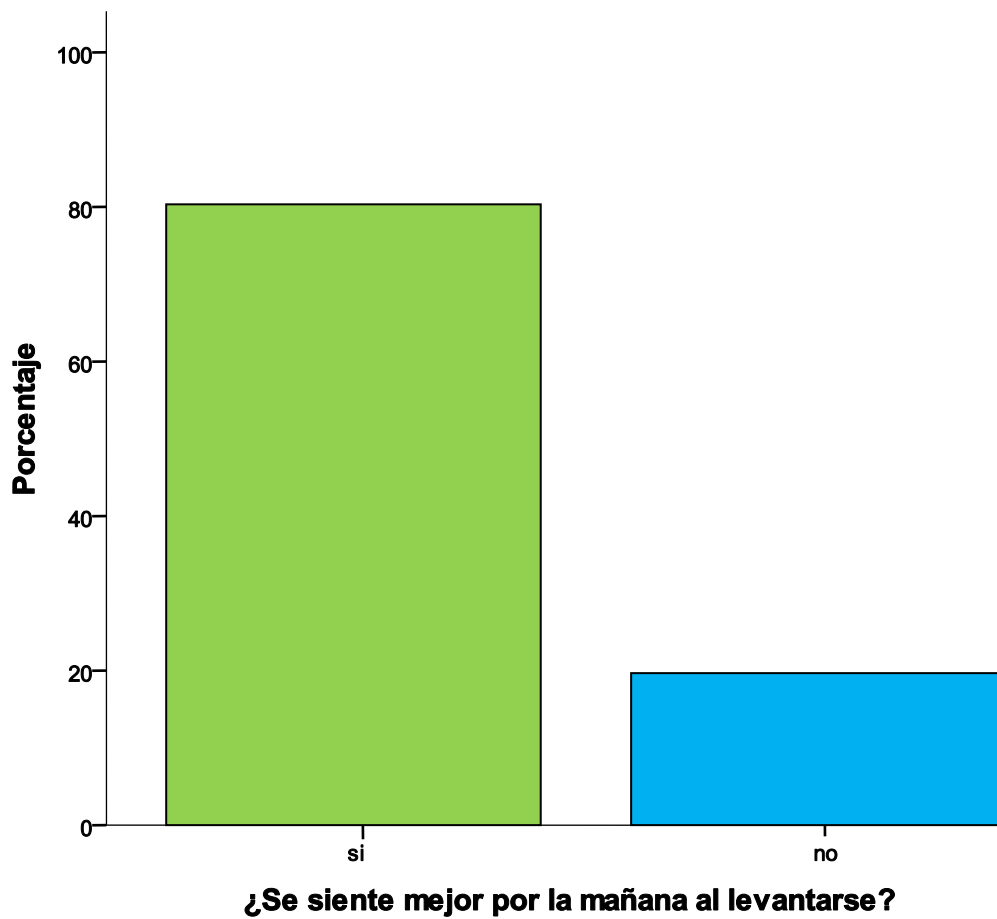
¿Tiene problema para concentrarse?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	115	62.8	62.8	62.8
	si	68	37.2	37.2	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



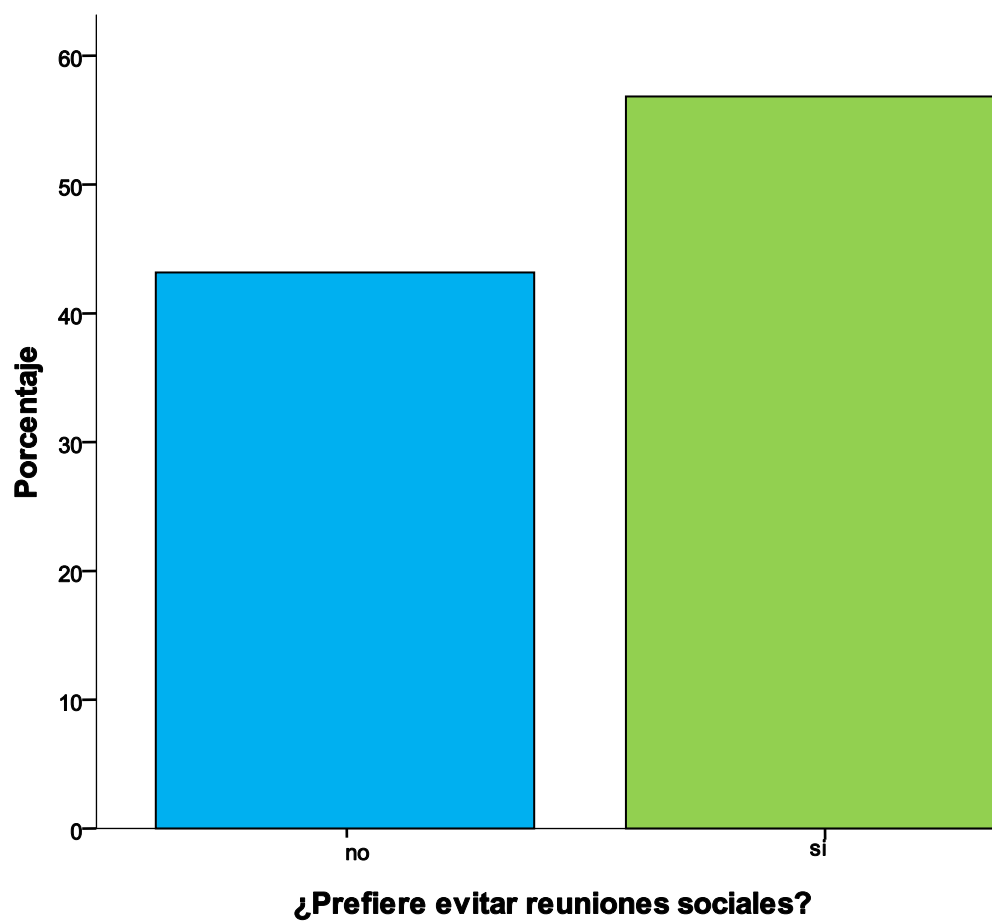
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	147	80.3	80.3	80.3
	no	36	19.7	19.7	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



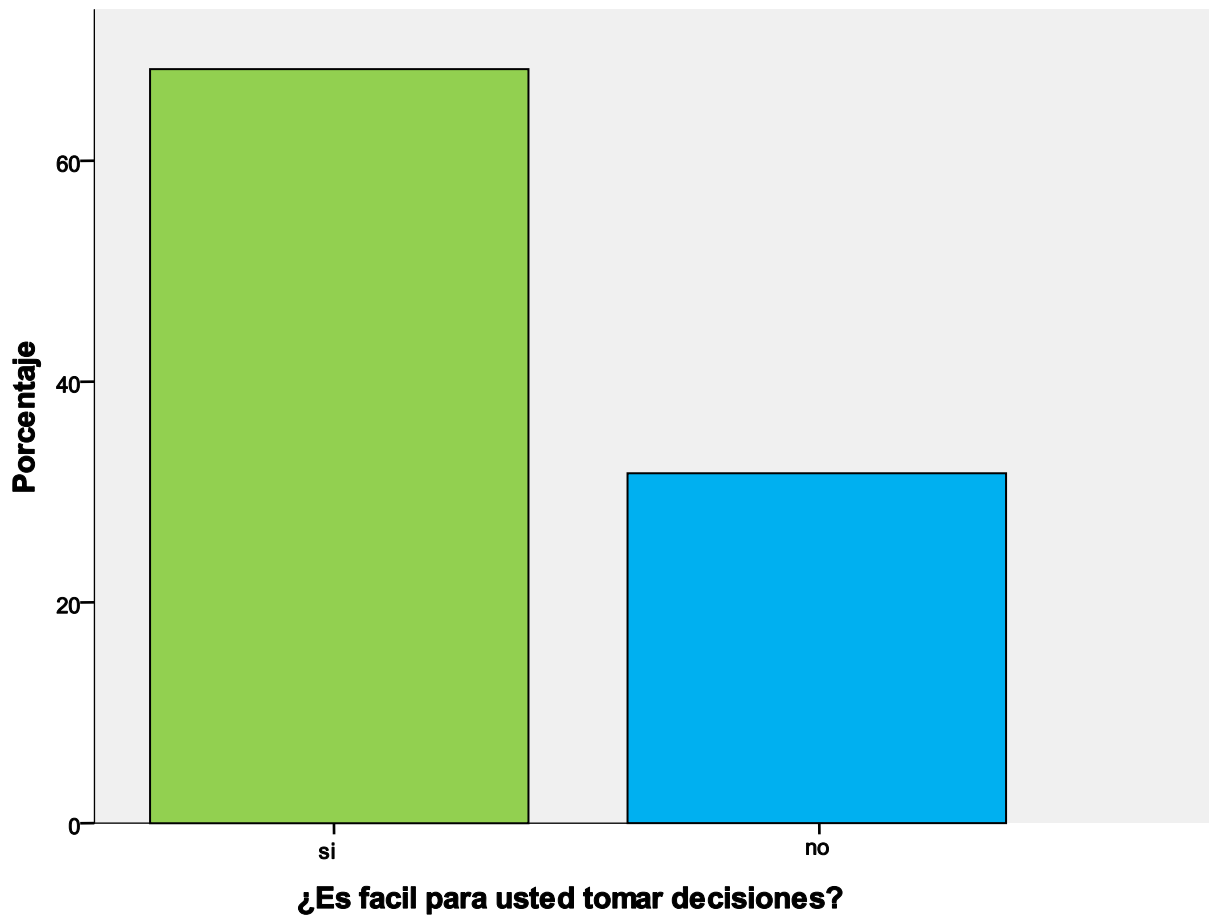
¿Prefiere evitar reuniones sociales?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	79	43.2	43.2	43.2
	si	104	56.8	56.8	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Es fácil para usted tomar decisiones?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	125	68.3	68.3	68.3
	no	58	31.7	31.7	100.0
	Total	183	100.0	100.0	



¿Su mente esta tan clara como lo acostumbra a estar?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	126	68.9	68.9	68.9
	no	57	31.1	31.1	100.0
	Total	183	100.0	100.0	

