



UNIVERSIDAD MICHUACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO.

FACULTAD DE ENFERMERIA

**“DEPRESION EN ADULTOS MAYORES EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DEL IMSS”**

T E S I S

Para obtener el título de
Licenciada en Enfermería.

PRESENTA:

SILVIA JOSEFINA RAMIREZ CEBALLOS

ASESORAS:

M.C. MARIA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA

M.C. Ma. MARTHA MARIN LAREDO

COASESOR ESTADISTICO:

MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO

MORELIA MICH. SEPTIEMBRE 2009

DIRECTIVOS:

M.C. JOSEFINA VALENZUELA GARANDILLA
DIRECTORA FACULTAD DE ENFERMERIA

M.E. MA. DE JESUS RUIZ RECENDIZ
SECRETARIA ACADEMICA

M.E. ANA CELIA ANGUIANO MORAN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

MESA DE JURADO:

PRESIDENTA:

M. C. MARIA MAGDALENA LOZANO ZUÑIGA

PRIMERA VOCAL:

L.E EVANGELINA CHAVEZ CARVAJAL

SEGUNDA VOCAL:

ING. RICARDO JOSE GUADALUPE MARTINEZ MOLINA

SUPLENTE:

DR. JOSE LUIS CALDERON RODRIGUEZ

DEDICATORIA

*“A mis padres por el apoyo que me dieron para realizar
la profesión que yo elegí”.*

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

“Por haberme dado una familia, vida todo este tiempo, por la posibilidad de poder obtener el conocimiento y el valor de seguir adelante y de poder desempeñarme como profesional en enfermería”.

A MI FAMILIA:

“A mi esposo y mis hijos por el apoyo y cariño que me brindaron durante la realización de este proyecto”.

A MIS ASESORES:

“Por el apoyo y paciencia que tuvieron para conmigo, ya que son partícipes de este momento tan importante que me llena de dicha al lograr un avance tan grande en mi vida, muchas gracias”.

A LA FACULTAD DE ENFERMERIA:

“Por brindarme la oportunidad de formar parte de la institución y formarme como profesional”.

SILVIA JOSEFINA RAMIREZ CEBALLOS

CONTENIDO

INTRODUCCION	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. JUSTIFICACION	10
3. OBJETIVOS	11
4. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	12
4.1. Concepto del adulto mayor.....	12
4.2. Cambios fisiológicos y Psicológicos que se Presentan en el Adulto mayor	12
4.3. Panorama Epidemiológico.....	22
4.4. Depresión en el adulto mayor.....	26
4.5. Autocuidado en el adulto mayor de acuerdo a Dorothea Orem.....	36
5. METODOLOGIA.....	61
6. ANALISIS DE RESULTADOS	64
7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	67
8. BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	72

INTRODUCCION

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera como “personas mayores” a aquellas que cuentan con 60 años en adelante, mientras que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) denominan a este grupo humano como “Adultos Mayores” de conformidad con la resolución 50/141. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), ha estudiado a las personas mayores de edad desde 1948, (1) fecha en que la Asamblea General aprueba la resolución 213 (III) relativa al proyecto de declaración de los derechos de la vejez, desde entonces el tema es abordado de forma indirecta por la asamblea y por los organismos interesados en las cuestiones sociales. Sin embargo, en 1977 se aborda el problema de forma directa al hacer énfasis en que es necesario organizar una Asamblea Mundial sobre las personas de edad, el 14 de diciembre de 1978, la Asamblea General de las Naciones Unidas decide, en su resolución 33/52, convocar en 1982 una Asamblea Mundial sobre el envejecimiento.

El propósito de la Asamblea Mundial es que sirviera de foro “para iniciar un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyan al desarrollo de sus países”. En su resolución 35/129, del 11 de diciembre de 1980, se manifiesta además, su deseo de que como resultado de la Asamblea Mundial “las Sociedades reaccionen mas plenamente ante las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de las poblaciones y ante las necesidades especiales de las personas de edad”. (1).

El Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento es aprobado en la primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de Viena, Austria, efectuada del 26 de julio al 6 de agosto de 1982, (3) rubricado por representantes de 120 países, Estos recomiendan medidas como el empleo y la seguridad económica, la salud y la nutrición, la vivienda, la educación y el bienestar social. Además se consideran a las personas de edad como un grupo de población diverso y activo, con aptitudes y necesidades especiales en algunos casos.

En la Asamblea general, se designa el 1 de octubre Día Internacional de las personas de edad (resolución 45/106, de diciembre 14 de 1990) y se solicita contribuciones al fondo fiduciario de las Naciones Unidas para el envejecimiento, el cual apoya proyectos en beneficio de los ancianos en países en desarrollo. Aunque este plan significa un gran acontecimiento, esto no representa el sentimiento vivo en los corazones y mentes de la mayoría de las personas mayores, ni llega tampoco al público en general.

En México el envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. En el año 2000, el censo de Población y Vivienda Mexicano informo que los mayores de 50 años de edad representaban el 13.4% de la Población, y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicaría para el año 2025 y representara la cuarta parte de la Población Mexicana en el año 2050. Sin embargo con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan. La depresión es una de estas enfermedades y, además, constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociados a una alta mortalidad.

En estudios longitudinales en México se ha comprobado que incluso la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, servicio de urgencias y costos elevados como pacientes ambulatorios.

La prevalencia de la depresión varía según el instrumento diagnóstico utilizado o el grupo poblacional estudiado. En Estados Unidos y Europa, la prevalencia de la depresión varía entre el 6 y el 20% aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%. En México se encontró el 50% de depresión.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Sociedad Panamericana de Psiquiatría describe la depresión como *“una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”*.

En el año 2000 el Censo de Población y Vivienda de México informó que los mayores de 50 años de edad representan el 13.4% de la población y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicaría para el año 2025 y representaría la cuarta parte de la población mexicana en el año 2050. Sin embargo con el avance de la edad algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan.

La depresión es una de estas enfermedades y, además constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociados a una alta mortalidad. En estudios longitudinales se ha comprobado que la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, y costos globales elevados.

Por lo descrito surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Existe algún grado de depresión en los adultos mayores que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de México, en el periodo comprendido de noviembre de 2008 a enero de 2009?.

2. JUSTIFICACION.

Durante el siglo XX la población en México experimentó importantes transformaciones sociales y económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes por el que atravesó el país que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente y la de los niños tiende a disminuir, en la actualidad de acuerdo con los resultados del último recuento censal en el país residen 97.5 millones de personas. De estas alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más, y 3.3 millones son hombres.

La esperanza de vida de población masculina de 60 años o más pasó de 10.9 a 17.5 años entre 1940 y 2000, incrementando 6.6 años, mientras que la esperanza de vida de población femenina de este grupo de edad aumentó 7.3 años en este mismo lapso, al pasar de 12.8 a 20.1 años.

La vulnerabilidad del adulto mayor se encuentra en situación de riesgo, social, debido a factores propios de su ambiente doméstico o comunitario. Se considera que el grupo de adultos mayores por sus condiciones físicas, enfermedades crónicas degenerativas, situación familiar, económicas, discapacidad, accidentes son causas de decesos.

Con el avance de la edad, algunas de las capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan. La depresión es uno de ellos y, además, constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta mortalidad.

3. OBJETIVOS.

3.1.-GENERAL

Detectar la depresión en adultos mayores usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Jilotepec, Estado de México.

3.2. ESPECIFICOS.

3.2.1 Identificar los adultos mayores con depresión de acuerdo al médico familiar.

3.2.2 Determinar la prevalencia de la depresión, según sexo y grupo etario.

3.2.3 Reconocer los grados de depresión que presentan los adultos mayores.

4. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.

4.1. CONCEPTO DEL ADULTO MAYOR.

La organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como “*personas mayores*” a aquellos que cuentan con 60 años de edad en adelante mientras que la Organización de Naciones Unidas (ONU) denomina a este grupo humano como “*adultos mayores*” de conformidad con la resolución 50/141. (2)

El envejecimiento de la población en el mundo está bien documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en países en desarrollo con incremento en cifras absolutas y relativas de personas mayores de 60 años.

4.2 CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS QUE SE PRESENTAN EN EL ADULTO MAYOR.

Entre los 30 y los 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 cm. por año; este cambio es más acentuado en las mujeres. Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales.

El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye, el compartimiento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir aproximadamente un 20% promedio.

Función neurológica: el peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce un 20%. En el sistema nervioso y muscular se acumula un pigmento rico en lípidos y proteínas llamado lipofuscina. Que altera la efectividad de la función neurológica. El número de neuronas funcionales disminuye y estas son remplazadas por neuroglia que es el tejido de soporte, la mielina disminuye al igual que la densidad de conexiones. Hay disminución de la síntesis de catecolaminas, estos cambios estructurales y funcionales tienen implicaciones cognitivas como disminución de la respuesta intelectual, razonamiento abstracto,

memoria y capacidad de aprendizaje. También con los años disminuye la cantidad diaria de sueño como consecuencia el anciano se despierta con la sensación de no haber dormido en toda la noche.

Función órganos de los sentidos: esta función trae como consecuencia una modificación en la capacidad de percibir los estímulos ambientales y por lo tanto tiene un gran impacto en el proceso de adaptación.

Vista: disminuye la grasa peri orbitaria, la elasticidad de los párpados, lo cual ocasiona su hundimiento. El iris del ojo al igual que la glándula lagrimal existe resequedad. La pupila reduce su tamaño y se hace lenta su capacidad de reacción a la luz por lo cual, los ancianos se encandilan fácilmente y requieren de un tiempo para adaptarse a la oscuridad. Se disminuye la discriminación de los colores verde, azul y violeta serán difíciles de ver.

Audición: se observan hipertriosis que interfiere con la expulsión del cerumen producidas por las células apocrinas las cuales a su vez disminuyen número y actividad produciendo un cerumen más seco, que se impacta fácilmente, ocasionando obstrucción de conducto auditivo externo. Los principales cambios que se encuentran en el oído interno, se asocia la degeneración de las estructuras vestibulares, atrofia de la cóclea, incluyendo pérdida simultánea de las neuronas cocleares, atrofia del órgano Corti y de las estrías vasculares. La presbiacucia es una pérdida progresiva de la audición, se acompaña de disminución de la percepción de los tonos altos y se relaciona con el órgano de Corti o con la pérdida de células nerviosas es más común en los hombres que en las mujeres.

Gusto y olfato: con el envejecimiento se observa disminución y atrofia de papilas gustativas, ocasionando una reducción de la capacidad para percibir los sabores ácidos, salados, dulces y amargos. La atrofia de la mucosa nasal disminuye la capacidad de percibir los olores.

Tacto: en esta edad se reduce o retrasa con frecuencia la respuesta inflamatoria produciendo un estímulo de dolor muy bajo.

Función de oxigenación y circulación: el envejecimiento reduce la elasticidad y contractilidad de las arterias y del músculo cardíaco, debido a la pérdida de elastina y a un incremento de los depósitos de colágeno, calcio y tejido fibroso. En las grandes arterias se aprecia engrosamiento y endurecimiento de sus paredes estos cambios ocasionan un incremento en la presión arterial sistólica y en la resistencia vascular periférica. Los capilares, también presentan un engrosamiento lo que reduce el intercambio de oxígeno, nutrientes y productos de desecho.

Función de protección: la piel, por su extensión es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en especial por la acción de la luz solar. Con el tiempo se hace más delgada, seca, transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento. Con esta edad la epidermis se adelgaza el 50% lo cual trae como consecuencia un retardo en el proceso de cicatrización, el número de melanocitos disminuye lo que reduce la barrera contra los rayos ultravioletas, esto trae como consecuencia la aparición del lentigo senil

Función de líquidos, electrolitos y eliminación: en la vejez la cantidad de agua corporal disminuye en un 60% por lo cual se limita su capacidad para mantener un equilibrio hídrico y presentar los niveles de minerales como el sodio, potasio, magnesio, fosfato y calcio necesarios para prevenir una falla orgánica. Se presenta una disminución de la sensación de sed con la consecuente reducción en la ingesta de líquidos y algunas ocasiones tienen restricción en el consumo como pérdida terapéutica para los problemas cardiovasculares o por temor a episodios de incontinencia. En la vejiga el tejido elástico es reemplazado por tejido conectivo, el músculo detrusor se debilita y el vaciamiento vesical es incompleto, esto trae como consecuencia una disminución de la capacidad vesical y un incremento en la frecuencia de eliminación. En el esfínter se aprecia una

menor resistencia a los cambios de presión intrabdominal e intravesical, ocasionando dificultad para iniciar la eliminación urinaria.

Función de la nutrición: en la dentadura se observa disminución de la producción de dentina, acortamiento de la pulpa de la raíz del diente, retracción gingival y pérdida de la densidad alveolar, cambios que incrementan el riesgo de pérdida de los dientes. La disminución en la producción de saliva ocasiona resequedad de la mucosa oral, mayor dificultad para percibir los sabores y deglutir los alimentos. Los movimientos peristálticos son más lentos asociados a la disminución de la actividad física y a los cambios en el sistema nervioso por esta razón se puede presentar estreñimiento.

Función de la actividad y descanso: entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular, dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye con los años ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Hay decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical. En los hombres la masa ósea es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitor de estos sobre los osteoblastos, se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémur y vertebras, también puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D. el compromiso de los huesos vertebrales se asocia a disminución de su altura, situación que se acompaña además de una deshidratación y reducción de tamaño de los discos intervertebrales, ocasionando un acortamiento del tronco y por lo tanto una reducción de la estatura, un incremento de la xifosis dorsal, y un aumento en el diámetro antero posterior del tórax, todo lo anterior trae como consecuencia disminución de la fuerza y la resistencia muscular, lenificación de la actividad motora y de las respuestas reflejas, modificándose en algunos casos la ejecución de movimientos finos, algunas personas presentan temblor en las manos, cabeza y cuello y fasciculaciones. Pueden presentar también trastornos en el equilibrio,

por lo cual la marcha se caracteriza por ser de pequeños pasos con una base de sustentación amplia, con ligera flexión del cuello, tronco, codos y rodillas.

CAMBIOS PSICOLOGICOS.

Envejecer es universal e inevitable. La vejez es un periodo importante de la vida por derecho propio.

Esta edad es la época de la vida en la que las personas deben adaptarse a una nueva estructura de funciones y manejar correctamente las disminuciones en las capacidades y las ganancias en sabiduría, experiencia y paciencia, es por ello que deben buscarse actividades diferentes para el nuevo estilo de vida.

Adaptación al medio: en el caso del adulto mayor, la alternativa es de morir prematuramente o envejecer , lo que supone doble esfuerzo; adaptarse al medio más hostil y con menor número de posibilidades para sus capacidades personales y vitales; y, un esfuerzo para adaptarse a la vejez como situación estable.

Cambios en la relación: la persona que llega a este nivel de madurez tiene que aceptar las realidades deficitarias; disminución de la memoria reciente y aumento en la memoria de evocación o nostalgia, reducción de la curiosidad intelectual, fatiga en el trabajo, disminución sensorial, motriz, todo esto perturba la vida habitual, y ahora tiene que crear una nueva comunicación y valoración para adaptarse a la nueva realidad; ha de dar a los objetos otro valor, otra dimensión; ha de buscar la gratificación o salida a sus tensiones o encontrar otras formas o renunciar a ello.

Sus reacciones y conductas y pueden ser variadas, pueden regresar a épocas anteriores, esto es claro en los cambios de carácter, de conducta en las necesidades de dominio y auto afirmación.

Rasgos psicológicos: se manifiestan rasgos que permanecían ocultos tras los mecanismos de una actividad creadora o de defensa, en ambos sexos, y la personalidad se vuelve frágil, vulnerable por los agentes físicos y por el medio social, el esfuerzo del organismo es mayor para mantener el equilibrio, además internamente se puede sentir angustia de no ser capaz de realizar los esfuerzos impuestos por la vida, de no poder soportarlos de no recuperar el equilibrio; en consecuencia, los rasgos de conducta y carácter pueden manifestarse negativamente, algunas manifestaciones negativas son. Aislamiento, se adopta actitud de ausencia con todo lo que sucede a su alrededor, solamente se adentra en la situación cuando algo afecta a sus intereses personales, apegamiento a sus bienes, conserva todo, en el fondo es una regresión a etapas infantiles, entrando así los mecanismos emotivos de la autoridad, poder dominio, sentir que se es, mantener su propia identidad, la fuerza del deseo de poseer es más fuerte que la lógica.

Refugio en el pasado: al disminuir el proceso fisiológico y ser menor la memoria de fijación y aumentar la de evocación; la vida se llena de recuerdos pasado presente, el protagonista se siente joven al revisar hechos que le permiten acaparar la atención de los demás.

Reducción de sus intereses: la vida le enseña a ser realista, conserva los intereses que puede manejar y que suponen una fuente de satisfacción. Negarse al cambio y traslado de una nueva situación, lo que lleva a una depresión profunda porque los mecanismos de defensa para sobreponerse son limitados.

Agresividad y hostilidad: cuando se presenta la necesidad de reacomodar a las personas y cosas, aparece como recurso y puede ser la única posibilidad de refugio para mantener intocable y estable el yo.

Tres emociones presiden al ser humano: el miedo, la cólera y la ternura, que en cada etapa de la vida adquieren diferentes matices que se modifican en

función del objetivo de la tendencia de cada una en el momento concreto, en la infancia es egocéntrica, en la adolescencia es social y en la madurez es práctica.

Miedo: como emoción es algo que se impone al adulto mayor sin necesidad de planteamientos racionales que den explicación lógica a lo que siente, miedo a todo lo que pueda dañar la integridad física tras años de lucha profesional para conseguir una estabilidad económica, esto explica la previsión, ahorra cuanto puede, para protegerse a sí mismo o a su descendencia, además desea conservar el prestigio.

Cólera: emoción básica poco estudiada y muy mal tratada, adentra sus raíces en el conjunto de las emociones que la filosofía tradicional ha denominado virtudes o pulsaciones irascibles que se vinculan a la agresividad. En el adulto mayor la cólera aparece cuando el mundo lógico y ordenado, que se ha construido tras años de larga lucha, se ve alterado por algo que no encaja, cólera difícil de controlar por que nace en capas ondas del ser humano. Lo que desata es aquello que le resulta ilógico, inesperado y carente de sentido, la emotividad queda como desamparada. Con peligro de desencadenar otra vez la agresión física o verbal.

Ternura: es la emoción más compleja y en la edad adulta se hace práctica, la ternura está implicada con el miedo, el adulto mayor ama y es tierno.

La edad cronológica en el adulto mayor, está determinada en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento, medido por los años, meses y días.

Edad biológica, corresponde al estado funcional de los órganos de nuestra economía comparados con patrones estándar establecidos para cada edad o grupo de edades.

Edad funcional, expresa la capacidad de mantener los roles personales y la integración social del individuo en la comunidad. (3).

TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO.

La teoría psicológica del envejecimiento: se caracteriza por los cambios conductuales que se relacionan con las influencias ambientales que influyen y se reflejan positiva o negativamente en los adultos mayores. Aspectos Psico-Psiquiátricos: el adulto mayor debe de comprender y aceptar su propia vida y hacer uso de su experiencia para ser frente a los cambios personales o pérdidas. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación o retiro del trabajo y a su propia muerte. (4)(5).

Teoría de la actividad: cuando más activa permanezca una persona mayor, mas satisfactoriamente envejecerá y los papeles que constituyen principalmente su satisfacción son: trabajo, cónyuge, padre, madre, y la máxima perdida es debido a la viudez y a la enfermedad. Según Lemond, Bergstom y Peterson (6) (7). Existen 3 puntos de actividad: interacción social con familiares, amistades y vecinos; actividad formal participación en organizaciones voluntarias; solitaria; leer, ver televisión y mantener algunos pasatiempos.

Teoría de la desvinculación: el envejecimiento se caracteriza por una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuye sus actividades y compromisos, lo cual ayudaría a las personas mayores a mantener su equilibrio; siendo benéfico tanto para la persona como para la sociedad. (8, 9,10)

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL ADULTO MAYOR.

Recordemos en forma esquemática, los principales aspectos de la sociedad actual: es altamente competitiva, efectista o utilitaria, masificada, de relativismo en cuanto a valores, acelerada en donde predomina la familia nuclear, que ha prolongado la edad cronológica y en la que aun existen signos de sensibilidad y solidaridad.

Visto estos rasgos podemos referirnos a algunos aspectos psicológicos del adulto mayor.(11,12)

Perdida de la autoestima: frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lucidas, llenas de iniciativa y planes de trabajo, la sociedad les dice por medio de la jubilación y otras señales que ya deben de dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. En una palabra, es decir, que ya no le necesitan, que prescindan de él o ella. Una de las necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, útil y capaz, reconocido, digno, perteneciente a algo o alguien, todos ellos sentimientos en los que se basa la autoestima. La autoestima consiste en la actitud del individuo que este mantiene hacia sí mismo. (13,14).

Los nuevos estudios indican que las emociones positivas y negativas influyen en la salud más de lo que se suponía hace algunos años y que si no tenemos un desarrollo óptimo afectivo no se desarrolla la inteligencia.

Los parámetros y valores culturales actuales favorecen poco la autoestima del adulto mayor. Por eso la Organización Mundial de la Salud define al adulto mayor sano como aquel individuo cuyo estado de salud se considera, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de capacidades funcionales, es importante recordar que las células cerebrales se envejecen más lentamente que las otras del organismo si se les mantiene activas por lo que es bueno aprender una gimnasia intelectual (15,16).

PERDIDA DEL SIGNIFICADO DEL SENTIDO DE LA VIDA.

Eric Erickson (14) nos enseña que la personalidad y el desarrollo se halla siempre en proyecto y que nunca termina de crecer, alcanzar la integridad consiste en haber logrado un especial estado del espíritu que Sherman (20) (27) dice que es la aceptación de la realidad de uno mismo y de la propia vida.

PERDIDA DE LA FACILIDAD DE ADAPTACION.

Al llegar a una mayor edad la persona va viendo como los ambientes van cambiando para ella y como otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés a esta edad. El problema se agudiza pues viene sazonado de otros tintes de marginación social, por eso puede parecer como persona algo rígida, chapada a la antigua, la agresividad la fácil irritabilidad que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la déficit de adaptación.

LA AFLICCION O TRISTEZA POR UNA PERDIDA.

Para ello se pasa por diferentes estadios: shock o confusión por sorpresa desagradable o confusión, negación, enojo o molestia por el abandono, amargura, fingimiento de haber vuelto a la normalidad, enfrentamiento a la realidad depresión, sin esperanza, culpa, hasta que va pasando.

Insomnio: es muy común en las personas mayores de 65 años pues los patrones del sueño cambian al envejecer. Las causas pueden ser físicas, ambientales o de comportamiento (ruido, comer tarde en la noche, dormir durante el día) ingesta de cafeína, alcohol, nicotina, algunos antidepresivos, medicinas estimulantes, horario de las medicinas, ansiedad o depresión, stress, problemas familiares, financieros y de salud entre otros.

Perdida de la memoria: la edad va asociada a la pérdida normal de la memoria. (Perder un objeto, no recordar nombres, fechas, o las cosas por las que había ido a la tienda, una cita, etc.). Otra muestra puede ser la charla repetitiva sobre un solo tema, una y otra vez.

Transformaciones de la sexualidad: la sexualidad nace y muere con el ser humano, la sexualidad incluye todas las formas de expresión, desde la aproximación, el tacto, la intimidad emocional, la masturbación o estimulación erótica manual u oral y no solamente el coito. Sin embargo la actitud hacia la

propia sexualidad se ve influenciada por lo que aprendieron de jóvenes acerca de la sexualidad del adulto mayor (22).

ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS MAS COMUNES DE LOS ADULTOS MAYORES.

La demencia presenil o senil como el Alzheimer y la depresión que en esta edad puede ser mortal, son las principales enfermedades en esta época.

La demencia senil es un desorden cerebral orgánico: tiene algunos rasgos distintivos que pueden no presentarse juntos o en el mismo grado como el deterioro de la memoria, daño del funcionamiento o comprensión intelectual, deterioro de la capacidad de juicio, de la capacidad de orientación y decaimiento de dichas funciones.

Un declive en la capacidad intelectual que se relaciona con la edad puede ser debido: deterioro neurológico, limitaciones físicas, factores psicológicos, velocidad, ansiedad ante las pruebas, inadecuación de las tareas, actitudes derrotistas, pérdida de continuidad en la actividad intelectual, descenso terminal, esta disminución cognitiva es más un mito que una realidad, el adulto mayor es capaz de aprender destrezas, pero requiere mayor tiempo que las personas jóvenes. (17).

4.3. PANORAMA EPIDEMIOLOGICO.

La epidemiología ha estado continuamente en evolución de tal manera que en la segunda mitad del siglo XX se han aplicado los métodos epidemiológicos con especial énfasis en el estudio de la morbilidad por enfermedades crónicas, la identificación de su origen o causas posibles-como los factores genéticos y ambientales-; pero su avance más sustantivo ha radicado en el interés sobre los problemas del envejecimiento, lo que conlleva al enlace de la epidemiología y la gerontología como ciencias multidisciplinarias.

Los estudios epidemiológicos en los Estados Unidos de América y en otros países en torno al adulto mayor, no solo se enfocan en las frecuencias de las enfermedades, sino que, mediante cuestionarios auto aplicables permiten estimar las características físicas, sociales, funcionales y mentales, con la oportunidad de usar estándares y técnicas epidemiológicas que puedan explicar los factores de riesgo que intervienen en los cambios fisiopatológicos que se suman a la enfermedad. La prevalencia de la depresión varía según el instrumento diagnóstico utilizado (entrevista o instrumento de tamiz) o el grupo poblacional estudiado (individuos de la comunidad, institucionalizados u hospitalizados) (5-7) En Estados Unidos y Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y 20 % (18).

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).

Existen algunos estudios epidemiológicos que se han realizado en México, en adultos jubilados notifican una prevalencia de depresión de 71%, el nivel de depresión de estas personas se puede considerar como riesgoso para su vida, otro estudio en el que se aplicó una entrevista directa con la escala de Calderón Narváez, 20.5% de la población no tuvo depresión, 32.5% depresión leve; 44.5% depresión media; y 2.5% depresión severa. Con la aplicación de la escala de Yasavage y Brink, se encontró que de una población de 170 mujeres (adultos mayores) 15% presentó depresión moderada y 42% depresión leve, Se realizó el mismo estudio en hombres obteniéndose los siguientes resultados; la depresión moderada- severa se presentó en 7% y la depresión leve en 50% de 159 hombres.

En otro estudio realizado para conocer la prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado efectuado en el Hospital General de zona de Torreón Coahuila del IMSS en pacientes mayores de 65 años hospitalizados en el periodo de junio y diciembre de 2003 se realizó estudio para depresión utilizando la escala de Yasavage para depresión, obteniéndose los

siguientes resultados; promedio de edad 72 años, en 50%, existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónico degenerativas. La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15% a 20% en población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40% en la hospitalizada, predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año. (19,12).

PROGRAMAS NACIONALES EN ADULTOS MAYORES EN MEXICO.

En México los adultos mayores se han convertido en una prioridad por la naturaleza de sus necesidades y demandas. Su atención es una de las fuentes de costos más importante de los servicios hospitalarios, sin embargo la complejidad de las necesidades de atención a la salud de la población senescente ha llevado a organismos internacionales, como la organización de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud, a recomendar una atención especial para este grupo mediante: la recopilación y el análisis de la información existente; la promoción de investigaciones que permitan obtener datos fidedignos para la anterior formulación de políticas, y planes y programas; el desarrollo de programas Nacionales integrados a los servicios generales de salud; la vinculación estrecha con otros programas sectoriales orientados al bienestar de los adultos mayores, y la aplicación de estrategias para la atención integral de los ancianos dentro de los servicios de salud.

En diferentes foros realizados en México se ha hablado acerca de la prioridad que deben representar los adultos mayores. La Comisión Nacional de Derechos Humanos ha difundido los derechos relativos a las personas de la tercera edad, entre los cuales destaca los accesos a atención médica en las instalaciones del Sistema Nacional de salud, aun sin ser derechohabientes de las instituciones de seguridad social pagando de acuerdo a sus posibilidades económicas. Esto es esencial, sobre todo cuando el sector salud se encuentra en un proceso de reforma que busca, por un lado, la equidad de la atención, el

mejoramiento de la calidad en el servicio prestado y por otro la eficiente asignación de recursos, sin embargo, es necesario reconocer que se tienen serias limitaciones para el desarrollo de un análisis por la naturaleza de la información y la disponibilidad de datos.

La estimación de la necesidad de atención de los ancianos en México presenta múltiples dificultades. No solo los sistemas de salud no están organizados para dar atención a los problemas de salud de los ancianos, sino que los sistemas de información presentan serias limitaciones para determinar con mayor fineza la utilización de servicios por parte de este grupo de edad aunado a esto, existen pocos estudios que nos provean de información para analizar las necesidades y los problemas de salud que enfrenta la población de la tercera edad, una de las pocas fuentes con las que contamos es la Encuesta Nacional de Salud.

La necesidad actual de atención supera por mucho la capacidad del sistema de salud para proveer los servicios adecuados.

En México, el sector salud proporciona atención médica general o de otras especialidades a población de más de 60 años, solo 7 hospitales cuentan con servicios de geriatría. Entre los hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubiran (INNSZ): el Hospital General Gustavo Baz Prada, el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez dan este tipo de atención dentro de la seguridad social, el Centro Médico La Raza, el Hospital Magdalena de las Salinas, el Hospital Adolfo López Mateos y el Hospital de Petróleos Mexicanos ofrecen el servicio. Es importante resaltar que las Instituciones de salud en México fueron diseñadas para ofrecer atención curativa y aguda y no crónica preventiva, aunque estas últimas constituyen el tipo de atención que los adultos mayores necesitan, demandan y demandarán, paradójicamente se estima que alrededor del 30% de las camas de los hospitales son ocupadas por personas de este grupo de edad, y que se les proporciona el 20% de las consultas.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con extensión hospitalaria que consiste en un programa piloto interdisciplinario de asistencia domiciliaria.

En el Hospital López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado existe un programa comunitario para adultos mayores, un servicio especializado en geriatría y un programa para los enfermos de Alzheimer y sus familias. El sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia, que atiende a población de escasos recursos, tiene programas de rehabilitación casa hogar para ancianos desprotegidos, donde se les brinda atención médica de geriatría y gerontología integral.)

Un organismo que necesita ser tratado de manera independiente es el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), cuyos objetivos son ayudar, atender, proteger y orientar a la población de edad avanzada del país y estudiar los problemas específicos derivados de la vejez para ofrecer soluciones integrales a sus requerimiento y necesidades concretas.(20).

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término de adulto mayor para las personas mayores de 65 años o más de edad.

4.4. DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR.

Se puede definir como un síntoma (manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciada por el médico o por el enfermo), o un síndrome o conjunto sintomático (síntomas y signos que existen a un tiempo y define clínicamente un estado morbosos deteriorado). (21).

Definición: la depresión es el síndrome que afecta la capacidad cognitiva, afectiva y física del paciente de edad. (22).

La depresión es la patología más común en la ancianidad, se puede presentar de forma idiopática e indirecta o a través de múltiples sintomatologías orgánicas. (23).

Depresión: la depresión es la enfermedad más frecuente a cualquier edad, pero bastante más en el senecto en quien se considera como característico el humor quejumbroso y gruñón; sin embargo, en muchos casos las depresiones pueden pasar inadvertidas y por lo mismo no reciben tratamiento adecuado. (24).

La depresión es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos dañinos para la salud. (25).

ETIOLOGIA DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR.

Se ha demostrado un estado dependiente; edad-neurotransmisor referente a las concentraciones cerebrales de 5 ht (5 hidroxitriptamina), na (noradrenalina) da (dopamina). La disminución de alguna de las sustancias, origina que exista un desbalance en el equilibrio de estas mismas a nivel cerebral, se ha encontrado una baja en los niveles de serotonina y noradrenalina en sujetos con depresión, lo que origina la enfermedad. (26).

En cuanto al origen de la depresión en las personas mayores no se puede hablar de un único factor, pues son varios los factores que se asocian, en mayor o menor medida, para actuar sobre una personalidad ya predispuesta. Son los siguientes:

Factor genético: a partir de un factor genético dominante ligado al cromosoma sexual X en las depresiones bipolares.

Factores somáticos: a partir de un déficit de catecolaminas (noradrenalina) a nivel central, un déficit de dopamina o una descompensación del equilibrio coliadrenergico con hiperactividad colinérgica.

Factores psíquicos: en relación con pérdidas o traumas psicosociales (Life Events) y, entre otros la pérdida de facultades cognitivas e intelectuales, la pérdida del autoconcepto personal, la pérdida del trabajo por jubilación, y la muerte del conyugue y familiares y conocidos (reacción de duelo). Se sabe que son la pérdida de la salud, la viudez y la jubilación los factores negativos que con más frecuencia producen depresión en el anciano, siendo el principal la pérdida de la salud, ya que según algunos estudios hasta el 18% de los cuadros depresivos en los ancianos aparecieron después de una enfermedad grave.

Factores biológicos: entre ellos estaría la pérdida de capacidad funcional debido al envejecimiento de los distintos órganos y sistemas que adema de la involución anatomofisiologica general supondría la disminución de la percepción del entorno debido a la afectación de la sensibilidad táctil y de los sentidos de la vista y del oído principalmente y el exceso de fármacos frecuentemente administrados a los ancianos (polifarmacia).

Factores socioculturales: situaciones carenciales o falta de apoyo social entre otros.

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencia de aliteración de los neurotransmisores citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad la psiconeuroinmunologia ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con las citoquinas, así como alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reduce el número de trasportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos). (27).

CUADRO CLINICO.

De acuerdo a la clasificación Internacional de las Enfermedades clasifica los trastornos del estado de ánimo, o que tiene como característica principal una alteración del humor, en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares, trastornos debido a enfermedades médicas, y trastornos producidos por sustancias. Los trastornos depresivos comprenden el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado, los cuales se han de comprobar que no se deben a enfermedad orgánica o a ingestión de sustancias. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos de al menos 2 semanas de duración acompañados como mínimo de otros 4 síntomas depresivos. El trastorno distímico se caracteriza por su duración, de al menos de 2 años, en los cuales el estado depresivo predomina sobre la normalidad, pero los síntomas son más leves. Finalmente, el trastorno depresivo no especificado es que no reúne las características anteriores y comprende el trastorno disforico premenstrual, el trastorno depresivo menor, el trastorno depresivo breve recidivante y el post psicótico de la esquizofrenia, entre otros, la depresión se puede clasificar de diferentes maneras según los parámetros que se hayan de valorar.

Depresión Primaria: cuando no está ligada a otra patología psiquiátrica u orgánica; es decir, cuando no existen lesiones patológicas comprobadas.

Depresión Secundaria: también denominada sintomática, se debe a otros procesos psiquiátricos u orgánicos; en el primer caso constituyen un síntoma o síndrome, mientras que se denomina somatogena cuando es secundaria a una alteración orgánica, como son las enfermedades endocrinas (hipertiroidismo o hipotiroidismo, enfermedad de cushing), carenciales (anemia perniciosa), metabólicas (hipercaliemia, hiponatremia), neoplásicas (carcinoma de la cabeza del páncreas o carcinoma del pulmón), neurológicas (ictus, hematoma subaral, enfermedades de Alzheimer, corea de Huntington, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, sífilis o epilepsia), o producidas por fármacos (antidepresivos, digitalicos, inhibidores de los receptores h2, hormonas y sedantes). (28).

La depresión se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil. Aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio.

Signos y síntomas de la depresión: muchos signos y síntomas del anciano suelen indicar depresión. Hay varios factores que dificultan su interpretación:

Los cambios del envejecimiento y varias enfermedades frecuentes pueden conducir a la apariencia física de la depresión, aun cuando esta no exista. Los síntomas físicos inespecíficos (fatiga, debilidad, anorexia, dolor difuso) quizá representen varias enfermedades tratables además de depresión.

Los síntomas físicos inespecíficos que se relacionan con todos los sistemas orgánicos principales pueden ser indicativos de depresión y no de enfermedad física en el paciente geriátrico.

La depresión logra exacerbar los síntomas de las enfermedades físicas coexistentes.

La apariencia física de los pacientes geriátricos con sospecha de estar deprimidos debe de interpretarse con cuidado. Los cambios del envejecimiento como el encanecimiento y pérdida del pelo, piel arrugada, pérdida de dientes (con alteración de la arquitectura facial), postura encorvada marcha lenta tal vez presenten una imagen deprimida. Varias enfermedades pueden aumentar la apariencia física de depresión. También la enfermedad de Parkinson llega a mal interpretarse como depresión. Clasificación de la Depresión según la ICD10 (clasificación internacional de las enfermedades).

Primaria

Unipolar

- Trastorno mixto (ansiedad)

- Episodio depresivo único
- Episodios recurrentes
- Distimia personalidad depresiva.

Bipolar

Trastorno afectivo bipolar (depresión maniaca)

- Ciclotimia (inestabilidad del humor)

Otras

- Trastorno afectivo estacional
- Depresión breve recurrente

Secundaria

Puede ser secundaria a otra patología médica o toxico-farmacológica

Episodio Depresivo

Cada episodio puede ser:

- Moderado o severo
- Con o sin síntomas somatiformes
- Con o sin síntomas psicóticos. (29).

DIAGNOSTICO DE LA DEPRESION.

El diagnostico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico puesto que no existe algún marcador biológico o prueba 100% especifica par hacerlo. Los criterios del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría son Universalmente aplicados y se presentan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-IV-R² .

- A. Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe de estar presente e interferir en la vida de la persona:
1. Animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, por al menos dos semanas.

2. Pérdida de todo interés y del placer la mayor parte del día, casi todos los días, al menos dos semanas.
 3. Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día, casi todos los días, al menos dos semanas.
- B. Al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante las mismas semanas:
1. Animo depresivo(o irritabilidad en los niños y jóvenes) [como se define en A1].
 2. Marcada disminución del interés o del placer [como se define en A2].
 3. Alteraciones del peso o del apetito, ya sea:
 - Pérdida de peso (sin hacer dieta) o disminución en el apetito.
 - Ganancia anormal de peso o aumento del apetito.
 4. Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnía.
 5. Alteraciones del sueño, ya sea agitación o enlentecimiento (observado por otros).
 6. Fatiga o pérdida de la energía.
 7. Autorreproche o culpabilidad inapropiada.
 8. Pobre concentración o indecisión.
 9. Pensamientos, mórbidos de muerte (no sólo miedo de morir) o de suicidio.
- C. Los síntomas no son debidos a psicosis.
- D. Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto, o episodio hipomaniaco.
- E. Los síntomas no son debidos a enfermedades físicas, consumo de alcohol, medicamentos, o de drogas ilícitas.
- F. Los síntomas no son por una pérdida normal.

La historia clínica completa y el examen físico exhaustivo, incluyendo la evaluación cognoscitiva, son fundamentales en la evaluación del anciano con sospecha de depresión. Sin embargo en el adulto mayor la enfermedad cubre una gran variedad de síntomas repartidos en un continuo desde un sentimiento de tristeza, inutilidad o desanimo hasta la afectación del desempeño físico y social.

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la escala de depresión de Yesavage, la escala de depresión de Zung, el inventario de depresión de Beck, el test de depresión de Golberg, el test de depresión de Hamilton, ver en anexos la escala de depresión de Yasavague que se utilizara en este estudio. (30).

TRATAMIENTO DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR.

De forma general, el tratamiento de la depresión en la tercera edad debe realizarse de manera integral lo cual es indicativo del abordaje amplio de los aspectos psicológicos, biológicos y sociales.

Antes de seleccionar una opción de tratamiento se debería considerar los factores coexistentes como son: la vulnerabilidad de la personalidad, por ejemplo, habilidades para enfrentar circunstancias de estrés social. También, la severidad de las enfermedades médicas puede ser un riesgo. Algunas enfermedades médicas son más comunes en esta edad. (31).

Tratamiento Psicológico: para el cumplimiento del tratamiento psicoterapéutico se ha planteado la gran utilidad de diferentes formas de psicoterapias aplicables al trastorno analizado. Existen estudios que sugieren que varias formas de psicoterapia son efectivas en el tratamiento de la depresión en la tercera edad que incluyen terapia cognitivo conductual. Psicoterapia interpersonal, Terapia del problema-solving, psicoterapia psicodinamica breve, Terapia reminiscente, una intervención desarrollada específicamente para pacientes de la tercera edad con la premisa que la reflexión sobre experiencias de vida positivas y negativas que posibiliten la reducción individual de sentimiento de desesperación y depresión.

Se debe, ante todo, partir del criterio que el abordaje psicoterapéutico es un encuentro de reflexión y de acción.

Tratamiento farmacológico: para realizar un adecuado abordaje terapéutico de la depresión en la tercera edad se debe de tener, ante todo, presente, que el organismo en este tipo de pacientes se caracteriza por tener sus funciones decrecidas. Esto es válido para el sistema digestivo donde el proceso de asimilación es, por regla general, más lento; la función hepática, donde el hepatocito y las isoenzimas en el sistema reticuloendotelial tardan un poco más

de tiempo en degradar las sustancias la excreción del fármaco demora en la eliminación y el sistema cardiocirculatorio con difusión en mayor o menor medida.

Por otra parte es necesario tener en cuenta los aspectos tanto farmacocinéticas como farmacodinámicos en el paciente de la tercera edad, como son: cambios farmacocinéticos: peor absorción intestinal, flujo plasmático inestable (toxicidad para el sistema nervioso central), alteración del volumen de distribución, diferente concentración de fármaco libre no unido a proteínas, aumento de la biodisponibilidad del fármaco, eliminación hepática y renal más lenta lo que conlleva a una acumulación del fármaco, retardo de la absorción intramuscular.

Factores Farmacodinámicos: cambios en el número y la sensibilidad de los receptores, peor respuesta inmune, síntesis deficiente de factores de la coagulación, pobre capacidad regulación térmica, quimiorreceptores carotídeos menos activos, reflejos lentos y de menor intensidad.

Todo lo anterior hace que los psicofármacos se deben indicar bajo los siguientes preceptos a saber:

Administrar la mitad de las dosis que en el adulto joven, Las dosis terapéuticas se deben alcanzar en forma progresiva, tener presentes las reacciones secundarias del antidepresivo, precisar los medicamentos que toma el paciente producto del padecimiento de otras enfermedades, tener en cuenta los elementos farmacocinéticos y farmacodinámicos.

Antidepresivos tricíclicos: los efectos indeseables antimuscarínicos, antihistamínicos y anticolinérgicos son el más relevante y más aun en este tipo de pacientes donde coexisten diferentes enfermedades y para las cuales el paciente lleva un tratamiento de manera más o menos prolongada. Dentro de los antidepresivos tricíclicos las aminas secundarias (nortriptilina y desipramina) son mejor toleradas que las aminas terciarias (imipramina, doxepin y amitriptilina).

Para prevenir eventos adversos es importante el monitoreo del complejo QRS por electrocardiograma.

Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina: tienen menos efectos adversos que los antidepresivos tricíclicos, a excepción de la paroxetina que produce ligera sedación y efectos anticolinérgicos.

La Fluoxetina y la Paroxetina inhiben el citocromo P 450-2D6, responsable de metabolizar el propranolol. La fluvoxamina y la Norfluoxetina son inhibidores de P450-3^a que inhibe en el metabolismo de los antagonistas del calcio y quinidina. Además, la fluvoxamina es un fuerte inhibidor del P450-1^a2, que mediatiza el metabolismo de la teofilina.

Carbonato de litio: la asociación con litio no es recomendada aunque si se usa debe ser con cuidado.

Tratamiento electroconvulsivante. En las depresiones severas donde exista un riesgo suicida está indicado el uso del tratamiento electroconvulsivante.

TRATAMIENTO SOCIAL.

En este aspecto se hace referencia no solamente al apoyo por parte de la comunidad mediante facilidades de subsistencia y atención priorizada a esta parte poblacional, sino también el núcleo familiar como elemento de indiscutible valor en la recuperación y control del tratamiento. Preparar al adulto para enfrentar la vejez no marcándolo socialmente y limitando su vida y subsistencia. Debe ser un deber de la sociedad aplicar un programa de atención a la tercera edad como una forma de honrar y respetar la historia del hombre viejo. (32).

4.5. AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DE ACUERDO A DOROTHEA OREM.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL ADULTO MAYOR.

El adulto mayor requiere de un cuidado transdisciplinario efectivo, que incluya no sólo la recuperación sino también y, muy destacadamente, la promoción de su salud, el crecimiento individual y familiar. Es en este contexto general donde la profesional de enfermería debe entregar su contribución específica complementando a la ciencia del curar.

La enfermería profesional se inserta de esta manera con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor por lo que es necesario fortalecer desde el pregrado los fundamentos que sustentan el cuidado humanizado del adulto mayor y la formación técnico-profesional de sus cuidadores formales e informales.

Enfermería es “la ciencia del cuidado profesional” (Rivera, 2000), lo que significa que la enfermera guía el cuidado planificado de los seres humanos a través de un proceso intencional que abarca aspectos de la promoción y prevención de las enfermedades, proceso de salud-enfermedad y la muerte. El “cuidar” la salud de las personas implica tener un amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, que es generado desde la propia disciplina de enfermería, a través de sus modelos y teorías y también desde el aporte de las ciencias relacionadas con el cuidado de los seres humanos como la medicina, psicología, entre otras.

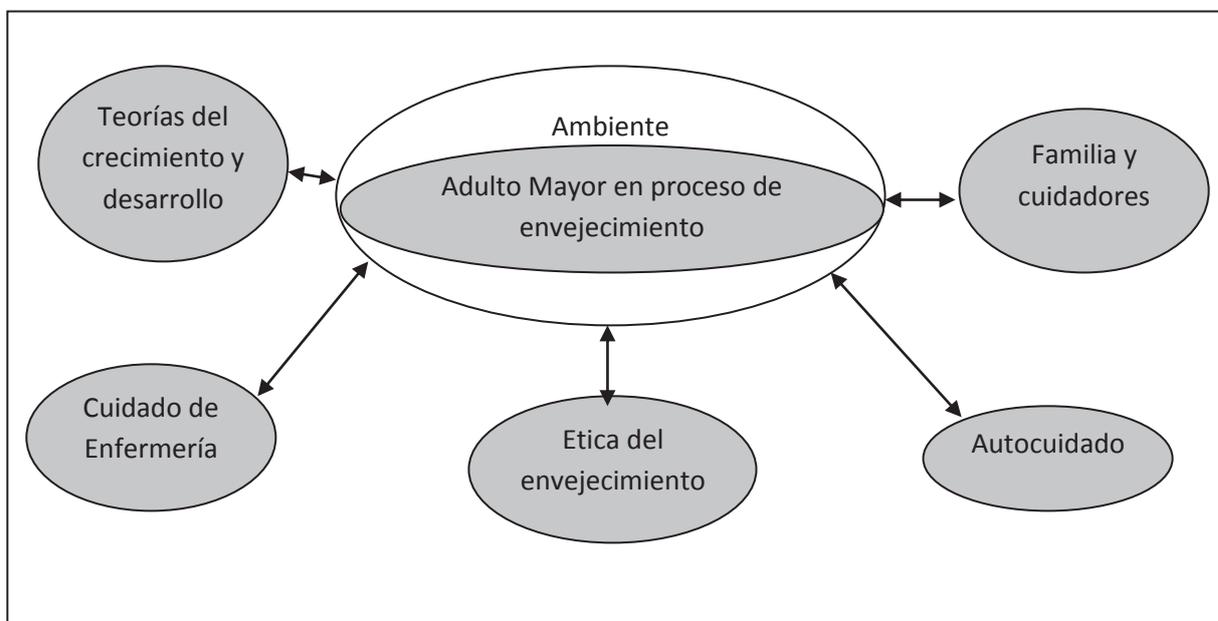
El propósito de la enfermería geronto-geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo.

Para facilitar la valoración al adulto mayor se aplica el proceso de enfermería bajo el marco conceptual de Dorotea Orem donde hace énfasis en el

diagnostico, demandas terapéuticas, clasificando al adulto mayor en los diferentes Sistemas de Enfermería.

También existe un programa de optativo de profundización de enfermería en el adulto mayor, en donde se enfatiza en los problemas de salud y el logro de los requisitos de auto cuidado más frecuentes haciendo hincapié en la promoción, fomento y mantención de la salud utilizando el proceso de atención de enfermería en un contexto multidisciplinario.

Mapa Conceptual de Dorothea Orem



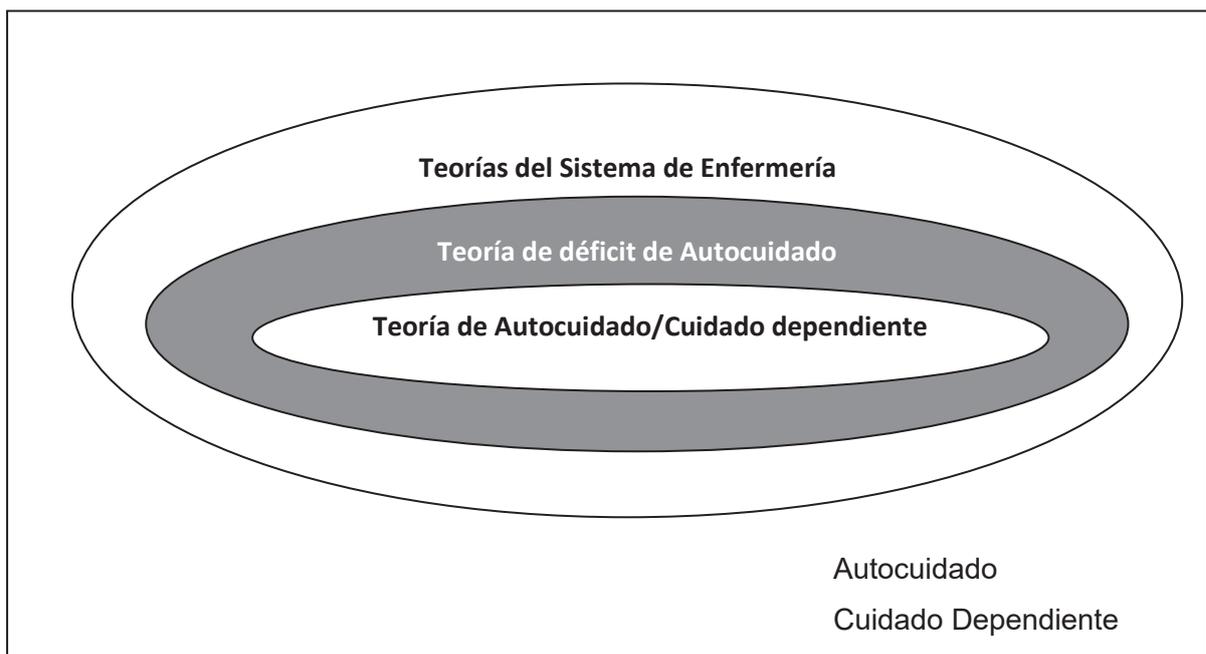
1. *Teorías del Crecimiento y Desarrollo*: Existen diversas teorías y Clasificaciones de la vejez, no siempre centradas en el número de años. Según Erickson (1968) pone énfasis en los estadios de la adultez y relaciona en su teoría la edad de la madurez con la integridad del Yo v/s la desesperación.

Cuidado de enfermería y el Auto cuidado: Se fundamenta en el marco conceptual del modelo de Dorothea Orem. Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales de auto cuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de auto cuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos.

El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de auto cuidado y las demandas de auto cuidado de los pacientes. La meta de enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de auto cuidado y la demanda. Los problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud.

Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería compensatorio total (la enfermera realiza todo el auto cuidado del paciente; sistema compensatorio parcial (enfermera y paciente realizan el auto cuidado) y el sustentador-Educativo (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el auto cuidado).

Modelo de Orem



PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE DOROTHEA OREM.

Auto Cuidado: es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con relación a su situación temporal y por su propia cuenta

con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar el bienestar.

Requisitos de Auto Cuidado: derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas. Por cada requisito del auto cuidado formulado se fija: 1º el factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y, 2º la naturaleza de la acción realizada.

Requisitos de Auto Cuidado universales: los objetivos necesarios a escala universal que se deben satisfacer a través del auto cuidado o del cuidado dependiente y que ocurren en las diversas etapas del ciclo vital.

Requisito de Auto Cuidado relativo al desarrollo: estos se desprenden de los universales y se definen como aquellos que tienen como objeto promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o aliviar sus efectos.

Requisitos del Auto Cuidado en desviación de salud: son comunes a las personas que están enfermas o que han sufrido un accidente en los que se incluyen defectos y discapacidad, y para los que existe un diagnóstico y se ha iniciado un tratamiento médico.

Demanda de Auto Cuidado terapéutico: es la suma de todas las medidas sanitarias necesarias en un momento dado para satisfacer las necesidades de auto cuidado conocidas del individuo que dependen en particular de cada enfermedad y sus circunstancias.

Actividad de Auto Cuidado: es la capacidad compleja adquirida por las personas para conocer y satisfacer en forma continua sus necesidades y llevar a cabo una acción deliberada para regular su funcionamiento y desarrollo.

Agente de Auto Cuidado: son personas que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de auto cuidado terapéutico de otras personas o bien de regular el desarrollo para que esas personas lleguen a conseguir su auto cuidado.

Déficit de Auto Cuidado: relación entre la demanda de auto cuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en el cual las capacidades de auto cuidado desarrolladas no resultan adecuadas para satisfacer una parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial.

Sistemas de enfermería: secuencia de acciones prácticas y deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con sus pacientes para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de auto cuidado.

Métodos de Acción: son métodos de ayuda en una sucesión de acciones que al aplicarse resuelven o compensan las limitaciones que tienen las persona en el ámbito de salud para regular su funcionamiento o de otros. Estos métodos pueden combinarse y adaptarse a las necesidades de las personas en función de sus limitaciones y son cinco.

TIPOS DE REQUISITOS

Tipos de requisitos		Tipos de Auto cuidado
1. Requisito de Auto cuidado universal	genera	Auto cuidado propio
Es aquel que está Basado en las necesidades Básicas del ser Humano.		
2. Requisito de Auto cuidado de desarrollo.	genera	Auto cuidado de Dependientes.

Es aquel que está en
Directa relación con el
Desarrollo del hombre
Desde la vida intrauterina
Hasta la muerte.

3. Requisito de

Auto cuidado por des-	genera	Auto cuidado
viaciones de salud.		Terapéutico

Es aquel que incluye
Aspectos relacionados
Con alteraciones
Genéticas y procesos
Patológicos.

** Prieto AA, 1994*

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

- 1) Mantenimiento de un aporte adecuado de aire
- 2) Mantener un aporte suficiente de alimentos
- 3) Mantener un aporte suficiente de líquidos
- 4) Cuidados asociados con la eliminación
- 5) Mantener el equilibrio entre el reposo y la actividad
- 6) Mantener el equilibrio entre la soledad y la relación social
- 7) Prevenir los peligros o amenazas para la vida
- 8) Normalidad

**Orem, 1993*

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO TERAPEUTICO

- 1) Ajuste en la forma de satisfacer necesidades universales de auto cuidado
- 2) Establecer nuevas técnicas de auto cuidado
- 3) Modificar la imagen se si mismo
- 4) Revisión de la rutina diaria
- 5) Desarrollar nuevos estilos de vida compatible con los efectos de las desviaciones de salud o al tratamiento prescrito.

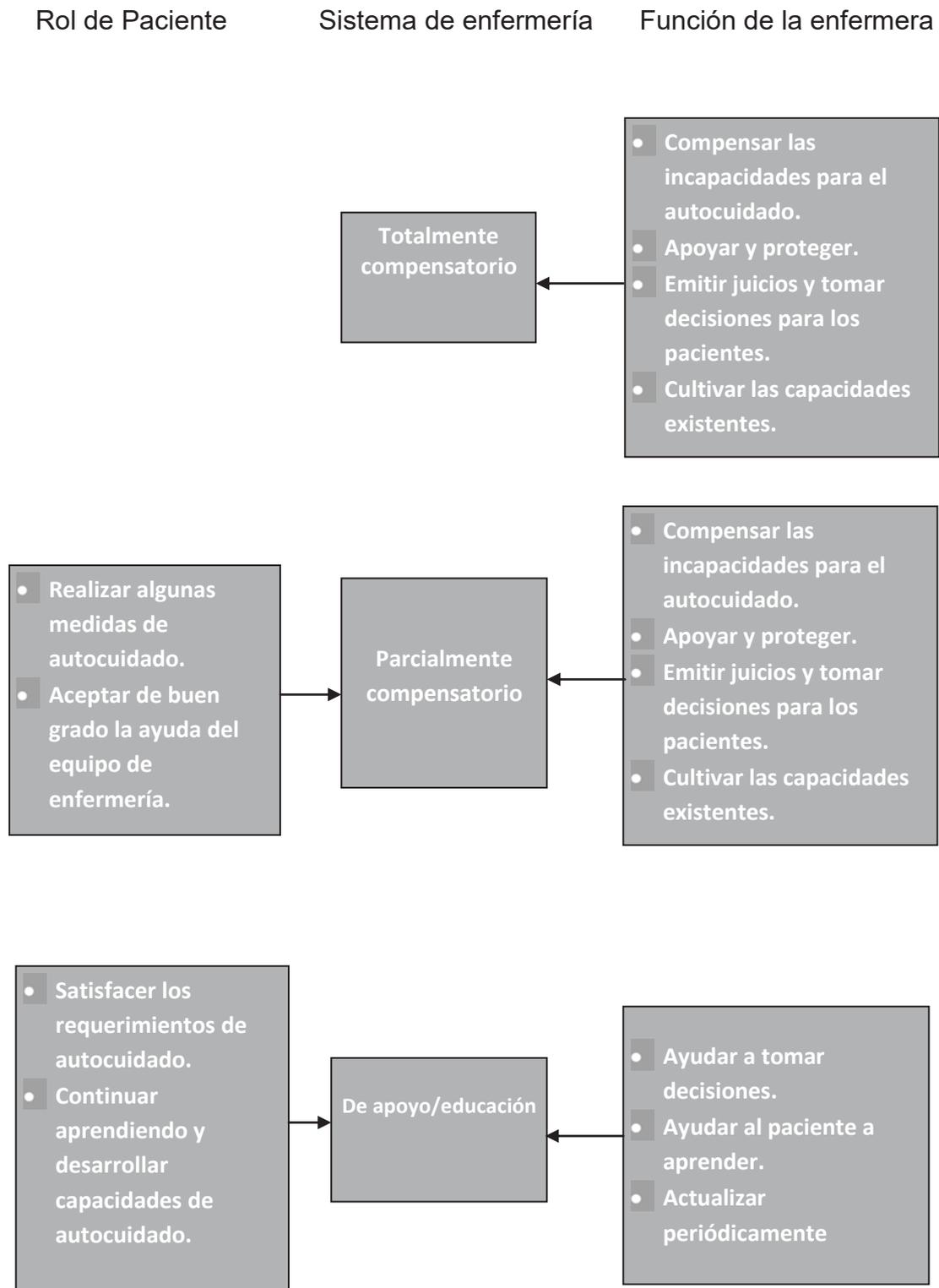
**Orem, 1993*

METODOS DE AYUDA

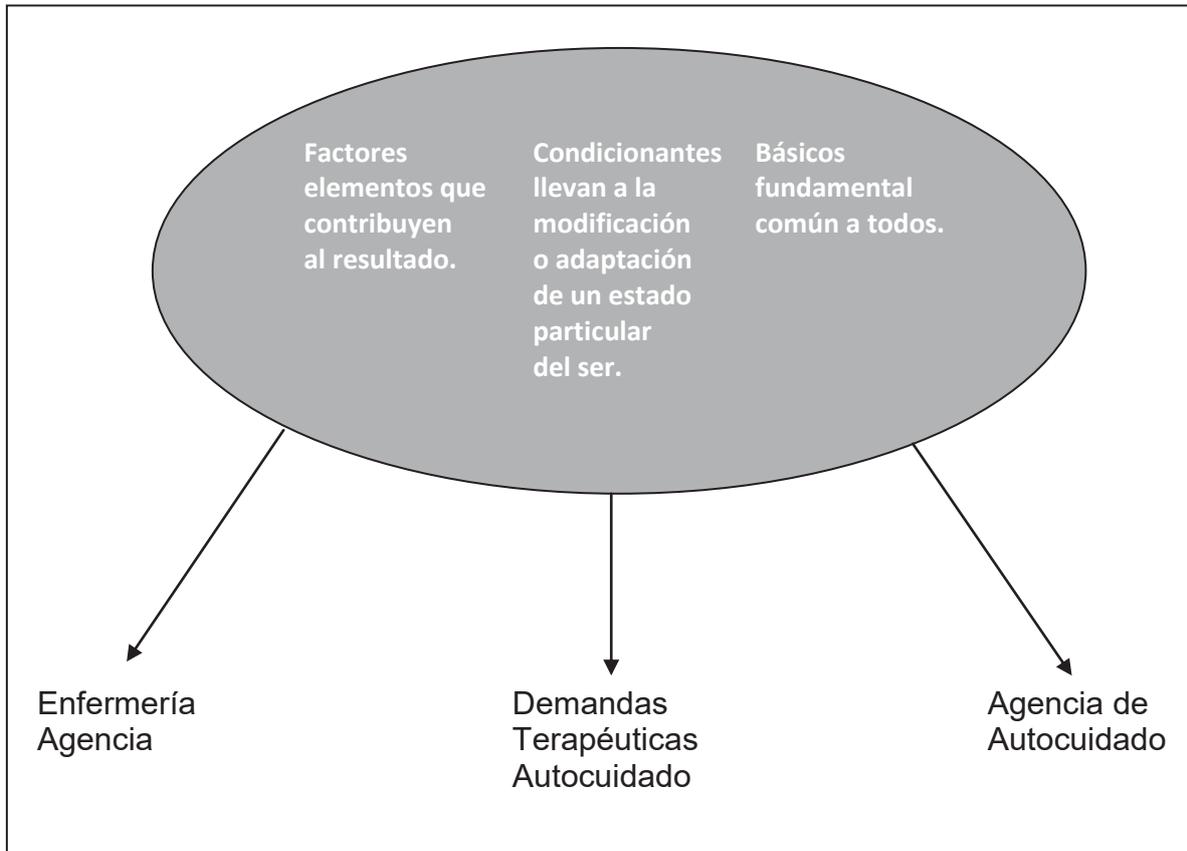
- 1) Actuar o hacer por otros
- 2) Guiar o dirigir
- 3) Dar sostén físico y psicológico
- 4) Promover un ambiente para que el individuo sea capaz de satisfacer las demandas de acción presentes o futuras
- 5) Educar

** Orem, 1996*

❖ SISTEMA DE ENFERMERIA



❖ FACTORES CONDICIONANTES BASICAS



CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Están constituidos por las siguientes diez características o atributos de la persona:

1. Edad
2. Sexo
3. Estado del desarrollo: físico, funcional, cognitivo y psicosocial.
4. Estado de salud: pasado, presente y la propia percepción.
5. Sistema de salud
6. Orientación sociocultural y espiritual
7. Sistema familiar
8. Patrones de vida
9. Ambiente
10. Recursos disponibles

VALORACION DE ENFERMERIA EN EL ADULTO MAYOR

Variaciones normales durante el envejecimiento

Paso 1: ¿Qué Valorar?

Existen muchas dimensiones para valorar al adulto mayor: física, actividades de la vida diaria, estado mental, psicoafectiva y social o familiar. Para facilitar el aprendizaje, el desarrollo siguiente sigue este mismo orden de precedencia.

1) Valoración Física

Ojos

- Observar “ojos hundidos” y laxos, lo que se produce por una pérdida de las estructuras de soporte del ojo
- Observar sequedad y pérdida de brillo ocular
- Observar formación del arco senil, debido a depósitos de colesterol
- Reducción del lagrimeo
- Aumento de la presión intraocular
- Reducción en la reacción pupilar ante la luz y en la adaptación a la oscuridad
- Valorar la necesidad de usar lentes por disminución de la agudeza visual (cerca y lejos), la tolerancia a la luz brillante, los campos visuales, y la acomodación del cristalino
- Reducción de la percepción viso-espacial
- Reducción en la diferenciación entre el verde y el azul, mientras que mejora la percepción de los colores cálidos como el amarillo y el naranja

Oído

- Valorar la necesidad de utilizar audífonos por pérdida de la agudeza auditiva (disminuye la capacidad de percibir, localizar y discriminar los sonidos, debido a la disminución de las células ciliadas del órgano de Corti a partir de los 50 años)
- Valorar el control postural reflejo

- Reducción de la habilidad de desplazarse en la oscuridad
- Presbiacusia, es decir, aumenta la intensidad del sonido
- Reducción de la tolerancia a los tonos altos
- Aumenta la capacidad de reacción ante un estímulo, lo cual se incrementa en los mayores de 70 años
- Valorar el riesgo de caer por pérdidas del equilibrio y del control postural

Boca

- Pérdida del sentido del gusto por sequedad de las mucosas
- Pérdida del apetito
- Reducción de la agudeza de las papilas gustativas
- Reducción de la sensación del calor o frío
- Reducción de la sensibilidad del reflejo tusígeno
- Valorar la deglución (se dificulta con la edad)
- Reducción del reflejo del vómito
- Valorar la habilidad masticatoria (disminuye con la edad)
- Valorar el deterioro dental (pérdida de piezas)
- Valorar la necesidad de utilización de prótesis dentales
- Valorar la salud oral, son frecuentes las caries, las enfermedades periodontales, alteraciones en la mucosa oral, xerostomía, los trastornos de la lengua, la reabsorción del reborde alveolar y el aumento de la incidencia de cambios malignos (Misrachi, C, 1999)

Nariz

- Reducción del sentido del olfato por una disminución de la vascularización de los senos paranasales
- Observar el crecimiento del cartílago nasal e hipertrofias de las vellosidades del ala de la nariz

Aparato Respiratorio

- Reducción del volumen respiratorio
- Reducción de la perfusión periférica

- Aumento del diámetro anteroposterior y la rigidez torácica
- Reducción del movimiento ciliar y de la eficacia de la tos
- Reducción de la distensibilidad muscular; hipoventilación de los alvéolos con la consiguiente disminución a la tolerancia del ejercicio
- Reducción de moco producto de la resequeidad de las membranas mucosa lo que predispone a las infecciones respiratorias
- Valorar frente a un cuadro respiratorio la mecánica de la tos y favorecer la hidratación para fluidificar las secreciones.

Sistema Cardiovascular

- Aumento de la presión sistólica con un ligero aumento de la presión diastólica; hipotensión ortostática.
- Reducción de la frecuencia y del gasto cardíaco, entre un 30 y 40% durante el esfuerzo físico
- Reducción de la circulación arterial
- Palpar pulsos periféricos fácilmente palpables (pulsos pedios más débiles)
- Valorar la presencia de insuficiencia venosa especialmente en las extremidades inferiores, lo que aumenta el riesgo de úlceras, estasis, varices, edemas e inflamaciones.

Aparato Gastrointestinal

- Reducción de la producción de saliva, ácido gástrico, enzimas digestivas y moco intestinal.
- Reducción de la motilidad intestinal, debido al envejecimiento neuronal en el sistema nervioso central y a los cambios del colágeno.
- Reducción del peristaltismo esofágico
- Reducción de la tolerancia alimentaria producto de la disminución de la flora bacteriana
- Valorar el patrón de eliminación (estreñimiento)
- Valorar la presencia de incontinencia fecal, asociada a tres causas principales: impactación fecal, enfermedad subyacente y enfermedad neurológica

- Observar prognatismo (pérdida de altura facial)
- Valorar síntomas de esofagitis o reflujo gastroesofágico, producto de la dilatación esofágica.
- Existe una sensación de plenitud gástrica precoz
- Reducción del tamaño del hígado y de la capacidad de metabolizar ciertos fármacos
- Observar signos de malnutrición
- Valorar las preferencias y gustos alimenticios

Aparato Renal

- Reducción de la perfusión renal
- Valorar el patrón de eliminación (nicturia)
- Valorar la presencia de síntomas y/o signos de incontinencia urinaria, (de estrés, urgencia, inaplazable, rebosamiento y funcional), las cuales pueden presentarse en forma única o simultánea
- Valorar la dificultad para iniciar y terminar el chorro de orina en el varón, debido a una hipertrofia prostática

Sistema Reproductor Femenino

- Estrechamiento y acortamiento de la vagina
- Reducción en la producción de estrógenos
- Cambios en la flora y pH vaginal.
- Reducción de la lubricación vaginal
- Observar atrofia vulvar
- Reducción y aclaramiento del vello pubiano
- Observar el aplastamiento de labios mayores y menores
- Reducción del tejido mamario volviéndose péndulas, elongadas y/o flácidas
- Valorar presencia de: vaginitis, dispareunia y hemorragias.
- Valorar irritaciones a nivel vulvar

Sistema reproductor masculino

- Reducción del tamaño y de firmeza de los testículos
- Aumento del tamaño de la glándula prostática
- Aumento del diámetro del pene
- Reducción de la producción de testosterona

Sistema Musculoesqueletico

- Reducción de los movimientos voluntarios rápidos
- Reducción de la amplitud de los movimientos debido a la rigidez muscular
- Existe una respuesta diferida ante los reflejos (constricción y esclerosis de tendones y músculos).
- Reducción de la masa muscular, no asociándose a pérdida de fuerza
- Reducción de la estatura 2.5 a 10 cm (pérdida de agua el tejido cartilaginoso y un estrechamiento discos vertebrales).
- Observar cambios artrósicos en las articulaciones
- Reducción y desmineralización de los huesos (osteoporosis y fragilidad ósea), siendo los huesos más propensos a la fractura: cadera, cuerpos vertebrales, hombro y muñeca.
- Observar postura de flexión generalizada, se inclina la cabeza y cuello, los hombros cuelgan, se acentúa la curvatura dorsal y las rodillas se doblan (fibrosis de los tejidos periarticulares y ligamentos)
- Valorar el uso de silla de rueda, bastones, etc.

Sistema Tegumentario

- Observar piel más fina y floja destacándose las prominencias óseas de antebrazos, pantorrilla y dorso de manos y pies; más pálida con depósitos de pigmentos (pecas).
- Observar la resequedad y descamación de la piel producto de la disminución del número, tamaño y función de las glándulas sudoríparas.
- Observar la presencia de manchas hiperpigmentadas en las regiones expuestas al sol
- Observar las púrpuras seniles (aumento de la fragilidad vascular).

- Observar la presencia de arrugas, pliegues y ptosis secundario a la disminución de la elasticidad
- Frialdad en las extremidades debido a un enlentecimiento en las funciones de termorregulación, sensación del dolor, presión y vibración.
- Reducción en el proceso de cicatrización
- Reducción del crecimiento del cabello y aparecimiento de “canas”
- Reducción del vello pubiano y axilar, después del climaterio
- Observar la presencia de “telangectasia senil”, son pequeños tumores diseminados de color escarlata.
- Reducción de la velocidad de su crecimiento de las uñas
- Valorar la turgencia cutánea

Sistema Neurológico

- Reducción de la velocidad de conducción de algunos nervios
- Reducción del sentido del olfato
- Reducción del sentido postural
- Reducción de la sensación táctil y de la sensibilidad a las temperaturas extremas
- Valorar el patrón de sueño
- Reducción del rango, intensidad y duración de la voz

2) Valoración de las actividades de la vida diaria

Es necesario llegar a un justo equilibrio y aprender a equilibrar la dependencia de la independencia por parte de los adultos mayores. Los cuidadores requieren de los conocimientos para poder sobrellevar este nuevo estado de sus familiares.

Se consideran actividades de la vida diaria:

- *Actividades Básicas:* como alimentarse, bañarse, vestirse, deambular, comunicación y el control de esfuerzos.

- *Actividades Instrumentales*: limpiar, cocinar, lavar la ropa, usar el teléfono, ir de compras, control del dinero, usar el transporte público, trabajo casero (jardinería), control de la medicación, subir las escaleras, entre otras actividades.

Es importante valorar estos aspectos en los adultos mayores ya que influye directamente en la calidad de vida de ellos y sus cuidadores.

3) Valoración del Estado Mental

El estado mental es la total expresión de las respuestas emocionales de la persona, del ánimo, la función cognitiva y la personalidad. Está absolutamente ligado al funcionamiento del individuo lo que comprende la motivación e iniciativa; la formación de expectativas o metas, el planeamiento y desarrollo de tareas y actividades; el autocontrol y la integración de la retroalimentación de las múltiples fuentes de energía.

En resumen, los dos aspectos que se deben valorar son:

- a) Cambios en las funciones mentales*: cognitivas, proceso de pensamiento, memoria y confusión.
- b) Depresión*: para examinar el estado mental se recomienda valorar una serie de aspectos tales como: apariencia y comportamiento, habilidades cognitivas, estabilidad emocional, lenguaje y expresión oral.

4) Valoración Psicoafectiva

La valoración de la situación psicoafectiva y del desarrollo se focaliza principalmente en una esfera subjetiva, en donde adquiere vital importancia la autovaloración del estado de salud y del grado de apoyo social que posee de sí mismo el adulto mayor y, por otro lado, la valoración objetiva del profesional de enfermería que apunta a la detección de la psicopatología y de los déficit de auto cuidado.

Afectividad

Una de las principales tareas afectivas del adulto mayor es revisar los logros de la vida. Ellos logran una sensación de satisfacción e integridad del ego cuando sienten que los sucesos vitales de su vida han sido positivos.

La espiritualidad se aumenta en esta etapa de la vida lo cual se traduce en una mayor filosofía de la vida. Con esto es posible experimentar una sensación de importancia, lo cual puede ayudarle en su aceptación y autoestima.

La sexualidad en esta edad está llena de mitos y creencias y a su vez se le da menos importancia que a otros aspectos de la salud de los adultos mayores. Es importante destacar que la expresión de sexualidad de ellos gira en torno a la expresión de ternura, afectividad, cariño, respeto, comprensión, expresiones verbales y no verbales y la ayuda mutua. Sin lugar a dudas que en la expresión de la sexualidad influyen los aspectos físicos, Psicológicos, socioemocionales y el manejo que hayan tenido de su sexualidad durante toda su vida.

En cuanto a los cambios descritos en la sexualidad de los adultos mayores se destaca que disminuye la frecuencia o deseo de la actividad sexual relacionado con viudedad o otras parejas sexuales; entorno sexualmente restrictivo; depresión; enfermedades debilitantes (Seidel, H, 1997). Cabe destacar que estos cambios deben se relacionan con la anterior actividad sexual.

En las mujeres la libido y la capacidad orgásmica no disminuyen con la edad, existe una reducción de la lubricación vaginal y puede existir dispareunia. Además se describe en la literatura que existe una mayor capacidad de disfrute sexual (Tucker, S et al, 1997).

En el hombre existe mayor dificultad para llegar a una erección que para llegar a un orgasmo, disminuye el número de eyaculaciones, reducción de la cantidad y viscosidad del líquido seminal, existe una mayor duración de la fase de

excitación y la meseta del orgasmo; la fase de resolución puede durar de 12 a 24 horas y la libido y sensación de satisfacción no suelen cambiar con la edad.

5) Social y Familiar

El significado que el adulto mayor y la sociedad le da a esta etapa dependerá en gran medida de la cultura en que se encuentren. Por ejemplo, para la cultura oriental el adulto mayor es el ser más sabio y respetado, lo cual refleja un concepto de vejez muy distinto al de la cultura occidental.

Los adultos mayores no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios requiere de una capacidad individual y del apoyo externo.

Es importante valorar a la familia que otorga los cuidados al adulto mayor e indagar en aspectos como:

¿De qué manera afrontan los cambios en las necesidades del adulto mayor?

¿De qué manera solucionan sus problemas de salud?

¿Buscan ayuda en forma oportuna?

¿Cómo manejan el estrés?

¿Ofrecen sensación de bienestar al adulto mayor?

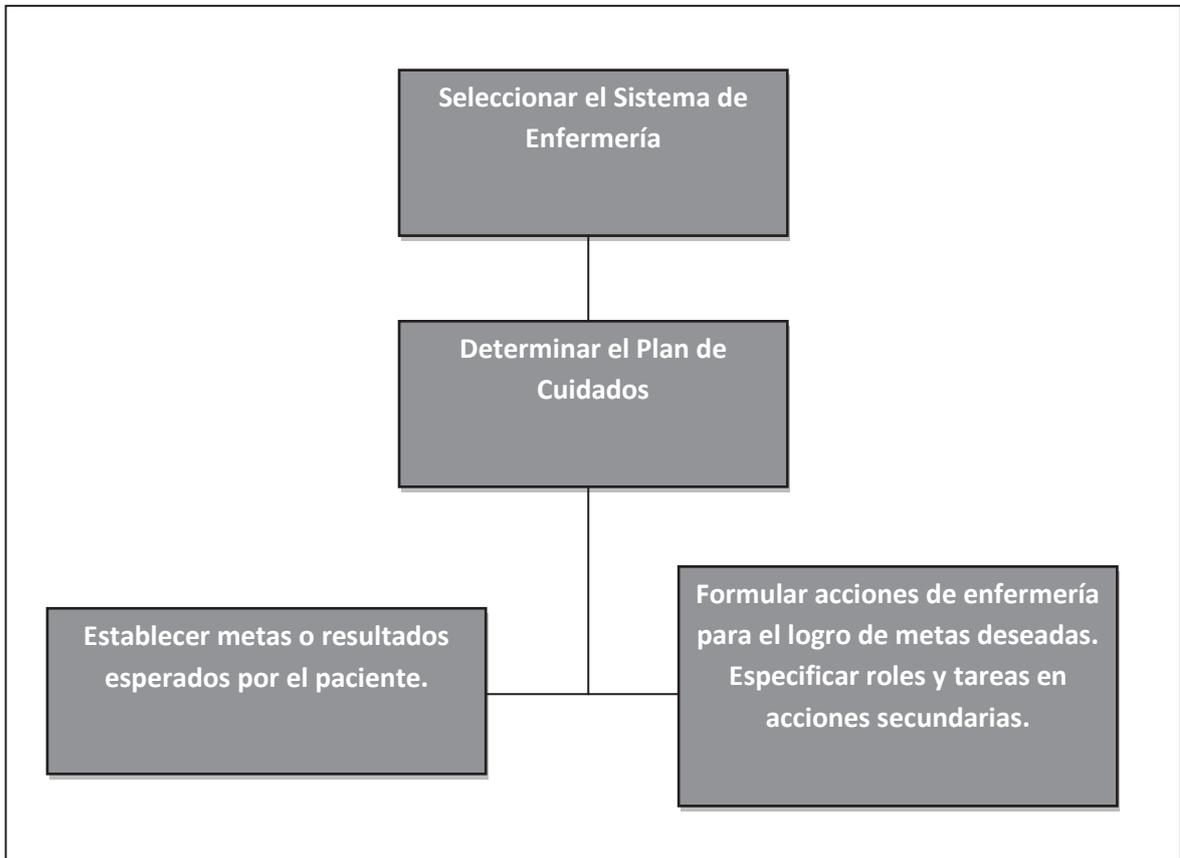
¿Son capaces de satisfacer los requerimientos de cuidado del adulto mayor?

¿Van a cuidar ellos o trasladar a un lugar de estadía a sus familiares adultos mayores?

De esta manera es posible indagar más sobre la dinámica familiar y es posible hacer un diagnóstico de las potencialidades y carencias de la familia con el objetivo de fijar los lineamientos de la intervención de enfermería.

III. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL ADULTO MAYOR (Pauta de intervención)

❖ Paso 3: Diseño y Plan.



1. Seleccionar sistema de enfermería a utilizar según el modelo del auto cuidado para planificar la atención de enfermería que se requiere.
2. Acoger al momento de la entrevista al adulto mayor y sus cuidadores.
 - Escuchar aquello que el adulto mayor nos quiere decir.
 - Dirija la voz al oído del adulto mayor, colocarse de frente y a su altura.
 - Hablarle despacio, evitando los tonos agudos.
 - Utilizar un lenguaje sencillo, coherente y concreto de acuerdo a los requerimientos del adulto mayor.
3. Controlar los signos vitales.

4. Realizar examen físico detallado.

- Buscar aquellos parámetros de normalidad e identificar las patologías con el objeto de derivar en forma oportuna.
- Identificar los déficit de auto cuidado para determinar el plan de cuidados que requiera el adulto mayor.

5. Fomentar aspectos del auto cuidado del adulto mayor prevención.

- Eviten conducir de noche.
- Utilizar lentes los adultos mayor que lo requieran.
- Tener controles de salud frecuentes.
- Participar de grupos organizados.

Aseo e higiene

- Educar en cuanto a la limpieza del tapón ceroso.
- Educar en cuanto a la limpieza personal.
- Estimular el cepillado de dientes después de la comida para evitar la halitosis y la limpieza de las prótesis, con agua con bicarbonato.
- Higiene de las prótesis dentales con agua con bicarbonato.

Piel

- Lubricar y masajear superficialmente las zonas de las articulaciones.
- Hidratar el lóbulo de la oreja para evitar resequedad y prurito en la zona.
- Hidratar la piel en general con cremas lubricantes.
- Usar protectores solares en la exposición al sol.
- Objetivar signos de deshidratación (turgencia cutánea).

Alimentación

- Estimular la ingesta hídrica, ya que el adulto mayor es más susceptible de caer en una deshidratación por las alteraciones que se producen con la edad en cuanto a la capacidad de dilución y de concentración de agua.
- Calcular el índice de masa corporal.

- Mantener una dieta alimenticia adecuada.
- Estimular la alimentación con una presentación atractiva de los alimentos.
- No consumir alimentos muy salados, calientes o ácidos.
- Dar alimentos con abundante salsas en aquellos adultos mayores con resequeidad de la mucosa oral.
- Apoyar el déficit en la masticación y la deglución con la preparación de alimentos blandos.

Incontinencias

- Fomentar un buen patrón de eliminación intestinal.
- Observe signos de estreñimiento, si existiera apoyar con dieta rica en fibras y con vaselina líquida hasta lograr un tránsito normal.
- Planificar una educación vesical con eliminación de orina cada cuatro horas, ya que los adultos mayores son más susceptibles a las infecciones por un aumento de la orina residual.
- Educar sobre el uso de ropa interior de algodón.
- Valorar la presencia de signos y síntomas de Incontinencia Urinaria.
- Educar al adulto mayor y familiares sobre las medidas de sostén para los adultos mayores incontinentes, tales como: toallas higiénicas, pañales, entre otros.
- Derivar al adulto mayor a un programa de educación sistemática.

Eliminación

- Tener libre de secreciones la vía área superior.
- Estimular la ingesta hídrica con el objeto de fluidificar las secreciones.
- Enseñar mecánica de la tos efectiva.

Caídas

- Valorar el riesgo de caídas (existe una pérdida de fuerza, tono y tamaño muscular).
- Evaluar las condiciones ambientales en donde se desenvuelve el adulto mayor como: baño, dormitorio, cocina, salas, escaleras y fuera de la casa.

También es importante tener buena iluminación, contar con pisos antideslizantes, entre otras cosas.

- Utilizar zapatos cómodos, anchos, bajos y antideslizantes.
- Promover los beneficios del ejercicio muscular activo.
- Promover la recuperación y mantenimiento de la postura corporal.
- Vestir al adulto mayor cómodo y adecuado al clima.
- Si el adulto mayor ha sufrido caídas durante los últimos 3 meses, se debe derivar junto con sus cuidadores a un programa de educación sistemática.

Medicamentos

- Registrar: nombre, dosis y horario de todos los medicamentos recetados o autorecetados que el adulto mayor se encuentre ingiriendo.
- Pesquisar efectos colaterales de estos.
- Investigar sobre la adherencia al tratamiento farmacológico recetado.
- Educar sobre la utilización de métodos de organización de la administración de los medicamentos.

Actividad y reposo

- Indagar sobre la capacidad para desarrollar Actividades de la Vida diaria (AVD).
- Incentivar el ejercicio moderado según su estado de salud, se les puede recomendar que caminen todos los días.
- Educar sobre el equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Educar sobre los cuidados al utilizar silla de rueda, bastones, etc.

6. Estimular la comunicación y las actividades sociales.

- Dar a conocer métodos alternativos de comunicación de demandas.
- Haga participe al adulto mayor de su propio cuidado.
- Estimule a los cuidadores para que apoyen al adulto mayor.

7. Controlar los peligros ambientales.

- Procurar que exista una buena iluminación en los lugares de desplazamientos habituales del AM o en el hospital.
- Procurar que exista una buena ventilación del ambiente físico y de los objetos personales de los AM.
- Evitar la luz de frente y brillante.
- Utilizar pisos antideslizantes.
- Utilizar colores diferentes para el piso y los muebles, destacando los bordes de las escaleras y pisos resbalosos (baño).
- Evitar el contacto directo con el polvo ambiental.
- Precaución en el manejo de objetos y sustancias calientes.

8. Investigar los sistemas de apoyo sociales.

- Sistema de salud.
- Cuidadores.

9. Establecer con el adulto mayor y sus cuidadores metas y tareas para lograr niveles óptimos de auto cuidado.

10. Proporcionar educación a los cuidadores sobre:

- Cambios posturales.
- Prevención de úlceras por presión.
- Estimule y enseñe una higiene física correcta.
- Hidratación de la piel.

Para adultos mayores hospitalizados:

- Oriente al adulto mayor sobre el servicio en donde se encuentra.
- Establecer un protocolo para prevenir efectivamente las úlceras por presión.
- Mantenga un ambiente seguro para el adulto mayor: buena iluminación, pisos secos con pisos antideslizantes, mantener espacios libres para que el adulto mayor se desplace sin dificultades.

- Prestar ayuda en aquellas actividades de la vida diaria que el adulto mayor demande.
- Observar signos de retención, deshidratación o de sobrehidratación
- Aporte de líquidos dentro de los parámetros en que la enfermedad lo permita.
- Apoyar y estimular la alimentación.
- Compruebe el uso de prótesis para la alimentación.
- Dejar la chata y/o pato cerca y a la altura de las manos del adulto mayor.
- Administre medicamentos en forma juiciosa (pueden estar reducidas la frecuencia o la dosis de administración), recuerde que la absorción, destoxificación y excreción de fármacos se encuentran reducidas.
- Manejar con mucho criterio y cuidado las medidas de contención.
- Invasión lo menos posible al adulto mayor.
- Tratar lo antes posible las equimosis secundaria a las punciones venosas o arteriales.
- Integre a la familia en los cuidados básicos del adulto mayor.
- Desarrolle programas educativos sistematizados para el adulto mayor y sus cuidadores dependiendo de los cuidados específicos de enfermería con que será dado de alta.

La regulación y control es la última etapa del proceso de enfermería y consiste en supervisar y evaluar la atención de enfermería diagramada con el objeto de pesquisar la efectividad de las acciones planeadas, el logro de las metas y la resolución.

De las metas adquiridas en función del bienestar del adulto mayor.

El cuidado de los adultos mayores no es tarea fácil pues requiere de una mirada transdisciplinaria y de profesionales comprometidos con su cuidado e instruidos en el trabajo en equipo.

Lo que se expuso anteriormente son los lineamientos generales de los cuidados de enfermería al adulto mayor, sin lugar a dudas que este grupo de pacientes y sus cuidadores requieren de atenciones de salud sistemáticas y con

una fuerte orientación a desarrollar prácticas de auto cuidado de manera de fortalecer las destrezas remanentes y de planificar estrategias para aquellas funciones que se han perdido de manera que impacten en gran medida en la calidad de vida de ellos y de sus familiares. (33).

5. METODOLOGIA

Previo a realizar la investigación, se informo a las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 56, Director, Administrador, Cuerpo de Gobierno, el objetivo del mismo, autorizado el procedimiento, se solicito la participación a los adultos mayores y a sus familiares, aplicando la escala de depresión geriátrica de Yesavage con 30 reactivos, lo cual se realizo en forme personalizada.

Se les aplico la escala de depresión geriátrica de Yesavage, instrumento validado y fiabilizado con una *sensibilidad* de 84 % y *especificidad* del 95 % para un punto de corte mayor o igual a 15 puntos, y de 100 % y 80 % cuando el punto de corte es mayor o igual a 11 puntos. Dicho cuestionario consta de 30 reactivos cuya opción de respuesta es dicótoma, y se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha del instrumento utilizado (anexo 1) y la suma total se valora como sigue: de 0 a 9 No Depresión, de 10 a 19 Depresión Moderada, y de 20 a 30 Depresión Severa.

DISEÑO DE ESTUDIO

- Transversal
- Retrospectivo.
- Descriptivo

POBLACIÓN DEL ESTUDIO.

Pacientes derechohabientes adultos mayores que acuden a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 56, de la Delegación del Estado de México Oriente del Instituto Mexicano del Seguro Social.

MUESTRA.

La muestra se constituyo con 236 pacientes adultos mayores que acuden a consulta en los turnos matutinos y vespertinos de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 56.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

Criterios de inclusión.

- Adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 56.
- Adultos mayores usuarios del servicio de la consulta externa de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 56. Que acuden a control.
- Consentimiento del adulto mayor para contestar la escala geriátrica de Yasevage.

Criterios de exclusión.

- Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar no. 56 que no acuden a sus citas medicas de control.

Criterios de Eliminación.

- Pacientes con discapacidad mental.
- Pacientes hospitalizados.

TECNICA DE LA MUESTRA.

Muestreo aleatorio, solicitando la participación voluntaria de hombres y mujeres de este grupo etareo.

RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Se realizo mediante la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, que cuenta con 30 reactivos, que ayuda a discriminar si existe o no, un trastorno depresivo. (anexo 1).

VARIABLES.

Variable independiente: adulto mayor

Variable dependiente: Depresión.

ANALISIS ESTADISTICO.

El análisis de los datos se realizó con el Programa Estadistical Package for the Social Sciences (SPSS), para la elaboración de gráficas y cuadros, así como elaboración de texto. La mayor parte de la muestra calificó como No depresión 112 (47.5%), en seguida la depresión moderada 94 (39.8%), y la depresión severa 30 (12.7%) (*Tabla y Grafico No. 37*). Una vez obtenido el nivel de depresión, este se asoció a los grupos de edad (Chi-cuadrado = 11.561, gl = 6, Sig. = .073), y aunque no hubo mayor relevancia, si observamos el modelo lineal por lineal (valor = 6.082, gl = 1, Sig. = .014) la depresión severa se ve incrementada conforme avanza el grupo de edad (*Tabla y Grafico No. 38*).

ETICA DE ESTUDIO

Se solicitó permiso a la Dirección de la Unidad de Medicina Familiar No. 56 de la Delegación Oriente del Estado de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social para la realización de la investigación, Previa información sobre el objetivo de la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, se solicitó al grupo de adultos mayores y a sus familiares su consentimiento para la aplicación de dicho reactivo, la información obtenida se mantendrá en el anonimato garantizando que los datos obtenidos son utilizados con fines de investigación.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

Se entrevistaron a 236 pacientes de los cuales 97 (41.1%) fueron varones y 139 (58.9%) mujeres, (*Tabla y Grafica No. 2*), cuyo promedio de edad fue 71.48 ± 0.674 y 70.99 ± 0.570 respectivamente, ($t = .564$, $gl = 234$, $Sig. = .573$), por tanto la edad fue homogénea para ambos grupos de la muestra. El estado civil 179 (75.8 %) casados (as), fue el valor modal de esta variable, siguiéndole 49 (20.8 %) personas que refieren estar en viudez, 5 (2.1 %) separados, y 3 (1.3 %) son solteros (as). (*Tabla y Grafico No. 3*).

Respecto al diagnóstico de hipertensión 126 (53.4 %) lo tienen, mientras que 110 (46.6 %) no (*Tabla y Grafico No. 4*); la Diabetes Mellitus tipo 2 se ha presentado en el 68 (28.8%) de los pacientes de la muestra, y en 168 (71.2 %) no (*Tabla y Grafico No. 5*). Respecto a las actividades deportivas únicamente hacen caminata 14 (5.9%), el resto 222 (94.1 %) son sedentarios (*Tabla y Grafico No. 6*).

Para asociar la edad, se hicieron categorías de grupos de edad en decenios empezando con el valor mínimo de edad observado en los pacientes, 52 a 61, 62 a 71, 72 a 81 y 82 a 92, los cuales se distribuyeron de la siguiente forma: 8 (3.4%), 132 (55.9 %), 77 (32.6 %) y 19 (8.1 %) respectivamente (*Tabla y Grafico No. 1*). El grupo de edad con mayor frecuencia es el de 62 a 71 años de edad.

Se utilizó además el cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage, instrumento validado y fiabilizado con una *sensibilidad* de 84 % y *especificidad* del 95 % para un punto de corte mayor o igual a 15 puntos, y de 100 % y 80 % cuando el punto de corte es mayor o igual a 11 puntos. Dicho cuestionario consta de 30 reactivos cuya opción de respuesta es dicótoma, y se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha (anexo 1) y la suma total se valora como sigue: de 0 a 9 No Depresión, de 10 a 19 Depresión Moderada, y de 20 a 30 Depresión Severa.

La mayor parte de la muestra calificó como No depresión 112 (47.5%), en seguida la depresión moderada 94 (39.8%), y la depresión severa 30 (12.7%)

(*Tabla y Grafico No. 37*). Una vez obtenido el nivel de depresión, este se asocio a los grupos de edad (Chi-cuadrado = 11.561, gl = 6, Sig. = .073), y aunque no hubo mayor relevancia, si observamos el modelo lineal por lineal (valor = 6.082, gl = 1, Sig. = .014) la depresión severa se ve incrementada conforme avanza el grupo de edad (*Tabla y Grafico No. 38*).

Al buscar una relación de independencia entre la depresión y el género mediante el estadístico de prueba no paramétrico Chi-cuadrado, (Chi-cuadrado = 7.326, gl = 2, Sig. = .026) se encontró relación y es que la depresión severa resulto mas en las mujeres 24 (80%) que en los varones 6 (20%) (*Tabla y Grafico No. 39*). Por lo que respecta al estado civil no hay relación importante con la depresión (Chi-cuadrado = 2.404, gl = 6, Sig. = .879) (*Tabla y Grafico No. 40*).

Siendo que se encontraron cifras estadísticamente significativas asociadas al género se llevo a cabo un análisis de varianza de dos vías para observar si era posible la existencia de la interacción del genero con algún grupo de edad en particular, y para analizar la variable dependiente que en este caso fue la depresión, se planteo como factor fijo el género y la edad como un covariante en el modelo personalizado buscando interacción de las variables ($F = 6.497$, gl = 2, Sig. = .002), a lo que se armaron las matrices de las múltiples comparaciones mediante el comando Lmatrix del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Ver. 15.0), obteniendo cifras estadísticamente significativas asociadas al grupo de edad de 72 a 81 años y además la condición del genero que sea mujer. En otras palabras el contraste por genero para el grupo de edad de 72 a 81 ($F = 10.163$, gl = 1, Sig. = .002), con un valor de diferencia de -4.667. Además cuando se comparan los grupos de edad 62 a 71 contra 72 a 81 en la condicionante de ser mujer aporta una diferencia de -3.325 ($F = 7.296$, gl = 1, Sig. = .007).

Respecto a las patologías interrogadas a los pacientes como la Hipertensión y la Diabetes Mellitus tipo 2, estas, se asociaron para observar relación con los niveles de depresión geriátrica del instrumento de Yesavage, encontrando que la depresión severa se reparte en porcentajes iguales, pues 15 pacientes son hipertensos en esa categoría y 15 no lo son (Chi-cuadrado = .711,

gl = 2, Sig. = .701) (*Tabla y Grafico No. 41*), por tanto la hipertensión no asocia a la depresión. Para la DM2 los niveles de depresión son irrelevantes (Chi-cuadrado = .950, gl = 2, Sig. = .622) (*Tabla y Grafico No. 42*). La actividad deportiva que se les interrogo fue si hacían caminata, de los cuales 14 (5.9 %) lo contestaron afirmativo y el resto 222 (94.1%) no, luego los niveles de depresión para esta actividad no son significativos (Chi-cuadrado = .418, gl = 2, Sig. = .812) (*Tabla y Grafico No. 43*).

Por último una variable socio demográfica muy importante que se asocio a los niveles de depresión fue con quien vives (Chi-cuadrado = 9.617, gl = 12, Sig. = .649) (*Tabla y Grafico No. 44*) pero esta resultado sin relevancia.

7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

CONCLUSIONES

- En la investigación realizada en adultos mayores de población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 56 de Jilotepec, Estado de México se encontró lo siguiente:
- Mas de la mitad de los adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina Familiar a control presentan depresión moderada y/o severa.
- El grupo etareo con mayor depresión fue el de 72 a 81 años y el género en este grupo con mayor índice de depresión fue la mujer.
- Del grupo de individuos con depresión tenían una enfermedad concomitante de hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo II.

SUGERENCIAS

- Que los Medicos Familiares de las Unidades de Medicina Familiar estén capacitados para la detección oportuna de la Depresion.
- Asignación de consultorios en la Unidad de Medicina Familiar No. 56 especificos para la atención del Adulto mayor.
- Capacitar a las enfermeras de las Unidades Medicas sobre el cuidado al adulto mayor.

8. BIBLIOGRAFIA.

Red Latinoamericana de Gerontología. *Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*. Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. 26 de julio al 6 de agosto de 1982, Viena, Austria (citado 10 de enero 2007) disponible en: <http://www.gerontologia.org/portal/information/showinformation.php?idinfo=152>.

(1).

Trabajo de revisión. Dirección provisional de salud. *Proyecciones mundiales a favor del envejecimiento, 2006*. Word projections in favor of Aging. 2006. Juan Carlos Baster Moro (especialista de segundo grado en medicina general, profesor auxiliar. Investigador agregado), Emilio B. Serra Hernández (especialista de primer grado en medicina general integral. Profesor asistente), Ceida Parra Hijuelas (especialista de primer grado en medicina general integral. Profesor asistente) correo científico medico de Holguín 2007; 11 (4 suppl.1). (2).

Carl Gerhard Gottfries-Nord J psychiatry – 47 suppl 30:75-81 1993 (1). *Geriatría* Dr. Víctor F. Villa Esteves y Colaboradores valoración Medica XI Colección Ediciones Cuellar. (3,16,19).

Comité Nacional Adulto Mayor (1996). *Política Nacional para el Adulto Mayor*. Documento Completo Chile. (4,9,).

Etapas de la vida: psicología del adulto mayor. (<http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloid=6891>. (s.f.)(5).

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Epidemiología Sistema Único de Información No 41 Volumen 20 Semana 41 del 5 al 11 de Octubre del 2003*. (6,17,11) H.G.Z. No. 36 IMSS Veracruz Mex.

AMAPSI. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología_ Aspectos Psicología...pag 1 de 10. Lunes 29 de septiembre de 2008. *Calidad profesional en Psicología. Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos del adulto mayor* por

Amameli Monroy Lopez.dra. en Psicología Hospital de México Diciembre 2005.
[http://www.amapsi.Org/portal/index.php?Itemid=&id=66&option=com-content&ta...2009.2008.\(7,17\).](http://www.amapsi.Org/portal/index.php?Itemid=&id=66&option=com-content&ta...2009.2008.(7,17).)

Coordinador Médico de Programas. Coordinación de Salud Comunitaria, Instituto Mexicano Seguro Social. Jefa del Área de Vigilancia Epidemiológica de Riesgos y daños a la Salud. Coordinación de Salud Comunitaria, I.M.S.S. Jefe de la. División de Epidemiología, Coordinación de Salud Comunitaria. I.M.S.S. Titular de Coordinación de Salud Comunitaria, I.M.S-S. Est. Psicol. Azucena Olmos Rivera, Psicol. Naraegla Méndez Domínguez, Est. Informática Marilú González R. Dr. Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán. Pasante en Servicio Social de Psicología, U del Golfo de México, campus Minatitlán, Profesor de Metodología de la Investigación en Psicología, Coordinación de Educación e Investigación Médica Hospital General de zona No 36, I.M.S.S. Veracruz. (8,17).

CIPE Proyecto de definición de diagnósticos de enfermería para la práctica 2000, Sarra-Carbonell Aspectos clínicos propios de la tercera edad Medicina Interna en Geriatría Series Clínicas Volumen VIII-Nº3 1989, Beauchamp, T y Childress, J. Principles of Biomedical Ethics Ed. Third edition 1992. Misrachi, C. y Cabargas, J.; Salud Oral en el adulto mayor Serie guías Clínicas del adulto mayor, División Salud de las personas, Programa de Salud, Ministerio de Salud. 1999. (10,30).

Geriatría. Dr. Víctor F. Villa, Estévez y colaboradores valoración medica edición 2000. XI colección ediciones Cuellar. (12 y 23).

Martínez Mendoza Jesús Alfonso, Martínez Ordaz Verónica Araceli, Esquivel Molina Carlos Gerardo, Velasco Rodríguez Víctor Manuel. (Rev. Med Inst Mex Seguro Soc 2007); 45 p.p.(1):21-28 Prevalencia de Depresión y Factores de Riesgo el Adulto Mayor Hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. Medigraphic Artemisa. 2007:45(1):p.p.21-28. (13).

La Depresión. Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Sara Aguilar – Navarro y José Alberto Ávila – Funes. Clínica de Geriatria Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán. (México, D.F., México). (14).

Cuidados de enfermería del adulto mayor sano. Cambios normales del envejecimiento, pagina 1 de 32. [http://bvs.insp.mx/articulos/5/02/08.\(2002\).htm](http://bvs.insp.mx/articulos/5/02/08.(2002).htm). (15,33).

José Carlos Millán Calenti (1967). *Principios de Geriatria y Gerontología,* Mc Graw – Hill. Interamericana pag, 491-506. (10,18,21,22).

Duran Arenas L, Sánchez R, Vallejo M, Carreón j, Franco F. *Salud Publica Mex.* 1996; 38:501-512. *Financiamiento de la Atención a la Salud de la población de la Tercera Edad.* p.p.-No. pag 501-512 (20).

Longoria Salazar Raquel. *Gerontología y geriatria interamericana,* pag. (224-227) (24).

Testy consecuencias de la depresión en adultos mayores.proben mexico? Salud publica mex (1999), 141,189. 26 valadez-ramirez. [www.anmmorg.mx/gaceta – rev/](http://www.anmmorg.mx/gaceta-rev/) (vol143/n2/2007) -143-2-141-148-pdfpag similares. (25,26,30).

Kramer Peter D. (2006). *Contra la depresión,* (Barcelona) consultado p. 1 (27).

Hormaechea J. A. Julián I. Sacristán A, Y Prieto L. *La problemática de los ensayos clínicos en la psicogeriatría. Informaciones Psiquiátricas Monográfico. Jornadas de actualización en psicogeriatría.* 2002: 167 (1): 61-71. (28).

Depresión Jackson, Stanley W. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión.* Madrid: Turner. Kamer, Peter D. (2006). *Contra la depresión.* Barcelona: Seix Barral. (29).

Conjunta, Ucrea, cannobio, Vargo y otros "Normas de cuidados del Paciente, Guía de planificación práctica asistencial" sexta edición, Piwonka MA. Modelo de Orem y su aplicación en el curriculum de Enfermería Conferencia 51ª Congreso Uruguayo de Cirugía. 2000. Seidell, MH. Ball,WJ. Dains, EJ. y Benedict, WG. Manual Exploración Física Editorial Harcovat Bracet tercera edición Capítulos del 1-18 pág. 1-724 España 1997. L. Kane Roberto, G Ouslander Joseph, B. Abrass Itamar Geriatria Clinica. (3a. ed.).Mex. (31).

Zarragoitia Alonso L. *La Depresion en la Tercera Edad*. La Habana Cuba. P.p.1-12. E-mail:ignacoza yahoo.com. (32).

ANEXOS

Cuestionario

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI

¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Valoración global

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: **Normal**.

11-14: **Depresión** (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: **Depresión** (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

DESCRIPTIVOS

Edad de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
52	1	.4	.4
59	2	.8	1.3
60	1	.4	1.7
61	4	1.7	3.4
62	4	1.7	5.1
63	1	.4	5.5
64	7	3.0	8.5
65	25	10.6	19.1
66	23	9.7	28.8
67	14	5.9	34.7
68	12	5.1	39.8
69	22	9.3	49.2
70	13	5.5	54.7
71	11	4.7	59.3
72	15	6.4	65.7
73	13	5.5	71.2
74	3	1.3	72.5
75	7	3.0	75.4
76	9	3.8	79.2
77	2	.8	80.1
78	8	3.4	83.5
79	2	.8	84.3
80	13	5.5	89.8
81	5	2.1	91.9
82	5	2.1	94.1
83	2	.8	94.9
84	2	.8	95.8
85	3	1.3	97.0
86	2	.8	97.9
87	1	.4	98.3
89	1	.4	98.7
90	1	.4	99.2
92	2	.8	100.0
Total	236	100.0	

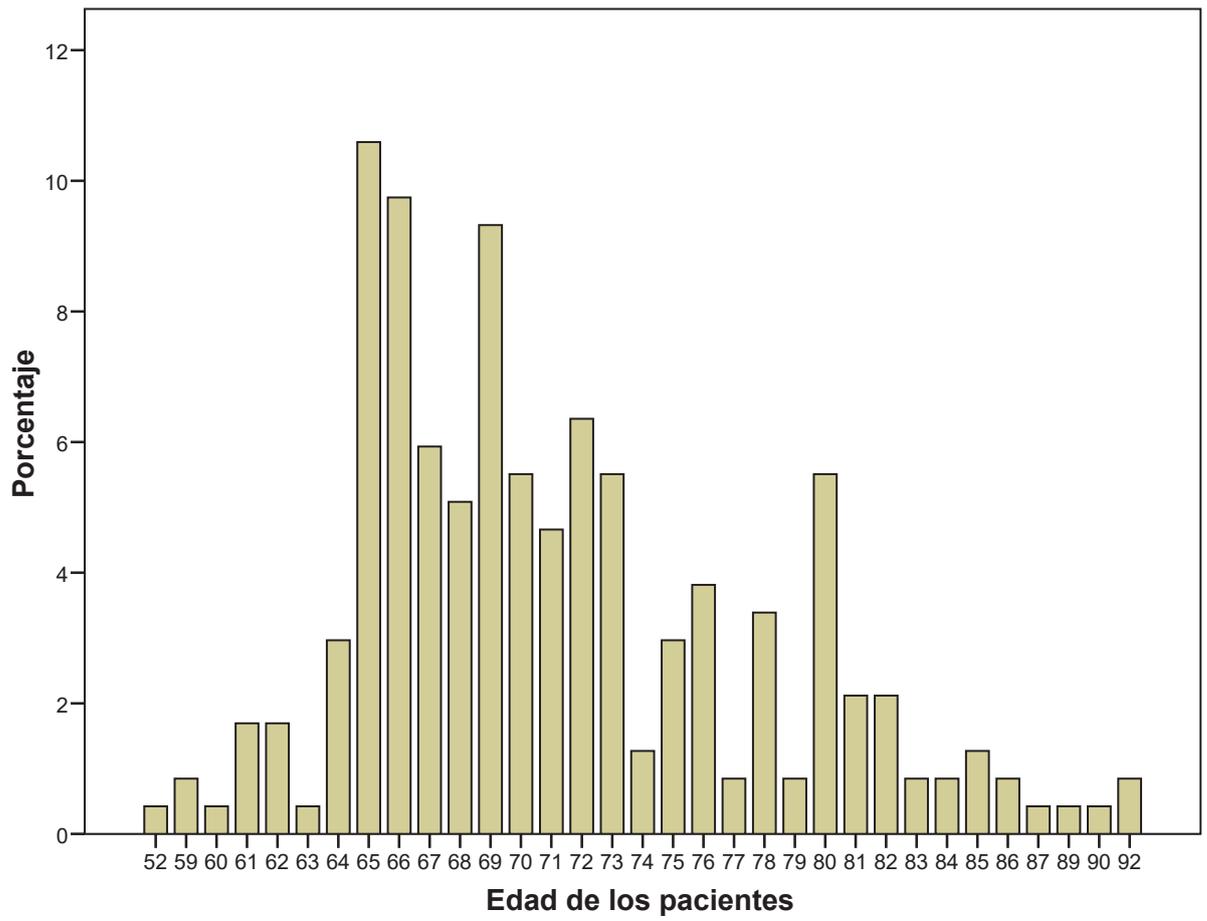


Tabla No. 1

EDAD DE LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Grupos de edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
52 a 61	8	3.4	3.4
62 a 71	132	55.9	59.3
72 a 81	77	32.6	91.9
82 a 92	19	8.1	100.0
Total	236	100.0	

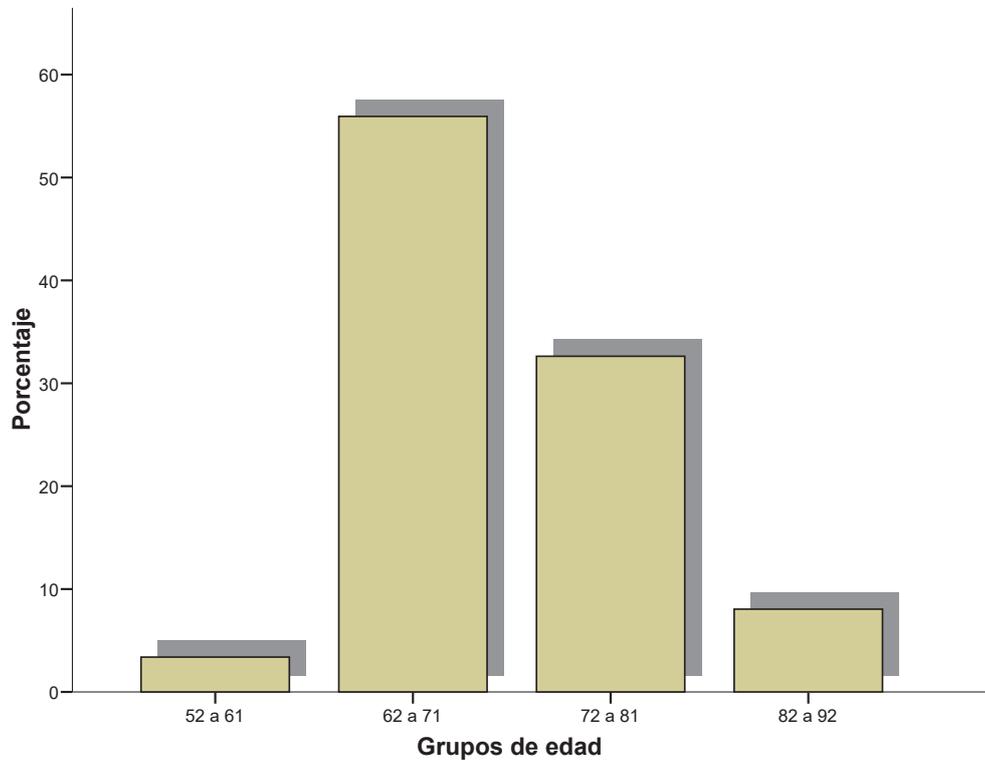
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 1

EDAD DE LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 1

Tabla No. 2

SEXO DE LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Sexo de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
M	97	41.1	41.1
F	139	58.9	100.0
Total	236	100.0	

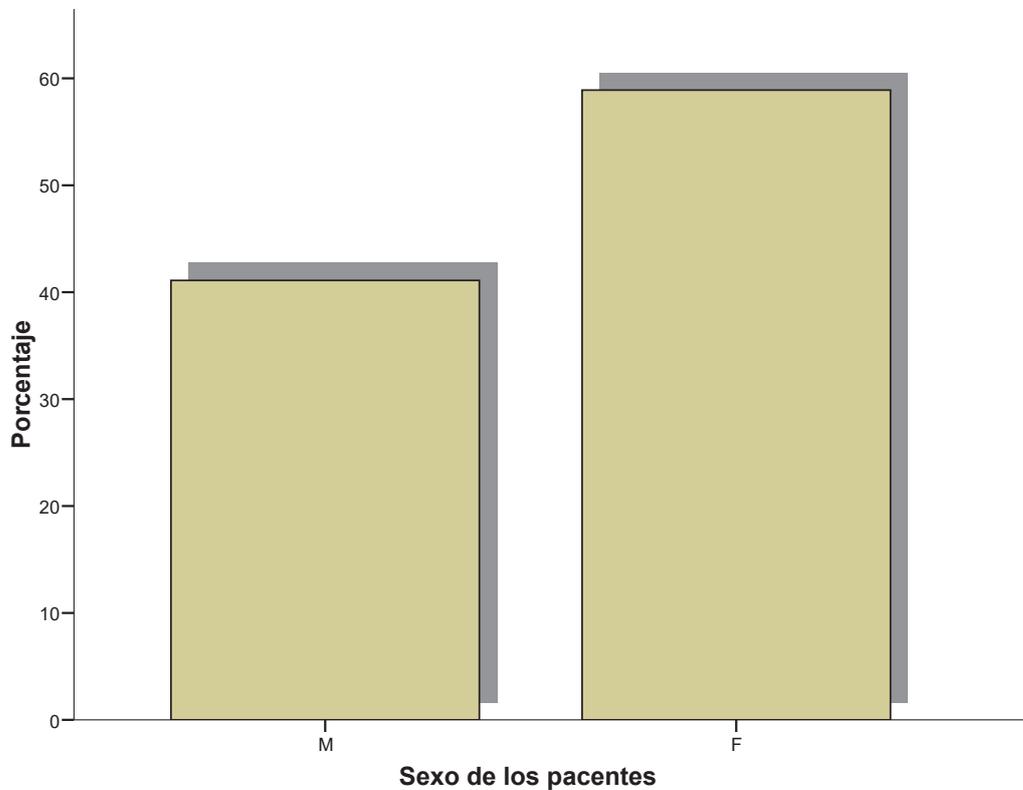
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 2

SEXO DE LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 2

Tabla No. 3

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casada (o)	179	75.8	75.8
Viuda (o)	49	20.8	96.6
Divorciada (o) Separado	5	2.1	98.7
Soltera (o)	3	1.3	100.0
Total	236	100.0	

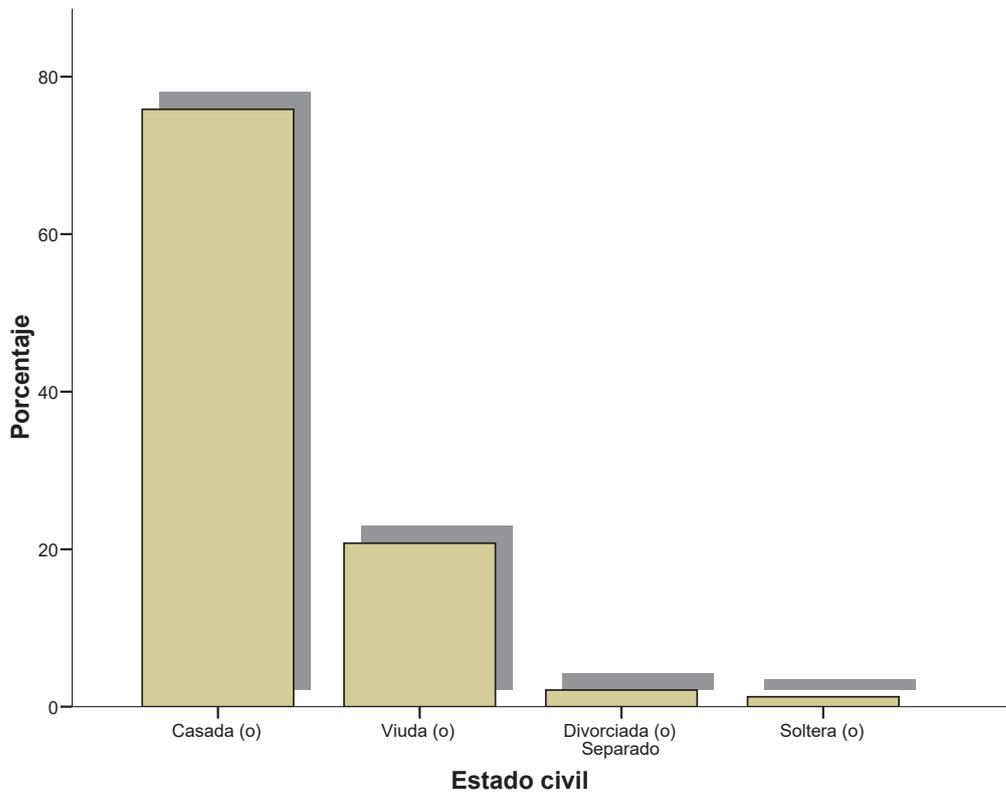
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 3

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 3

Tabla No. 4

DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION EN LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Hipertensión			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	110	46.6	46.6
SI	126	53.4	100.0
Total	236	100.0	

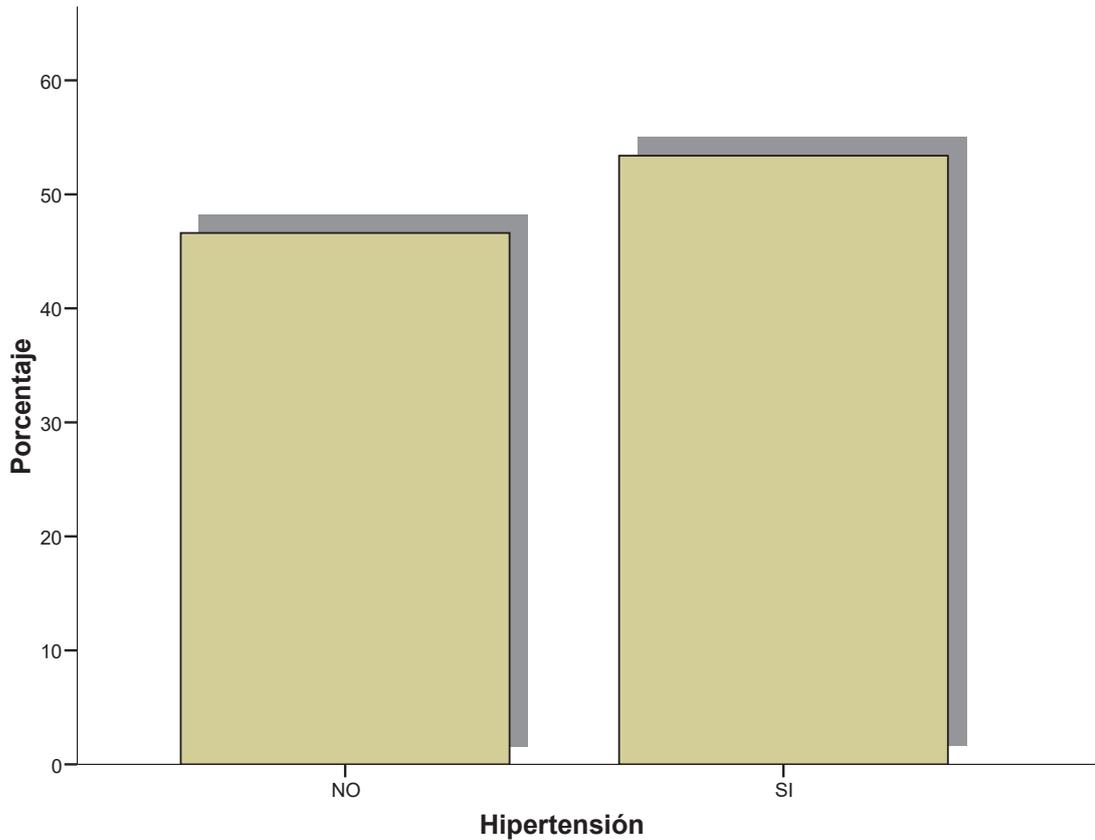
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 4

DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION EN LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 4

Tabla No. 5

DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS 2 EN LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Diabetes Mellitus 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	168	71.2	71.2
SI	68	28.8	100.0
Total	236	100.0	

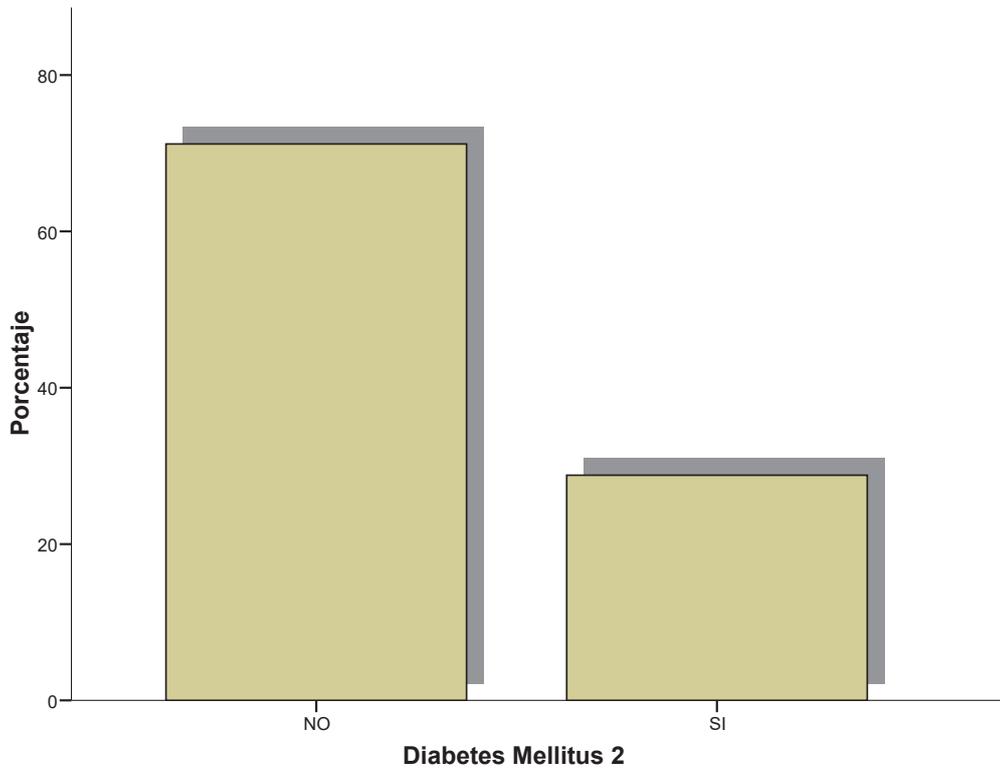
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 5

DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS 2 EN LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 5

Tabla No. 6

ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Actividades deportivas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NADA	222	94.1	94.1
CAMINATA	14	5.9	100.0
Total	236	100.0	

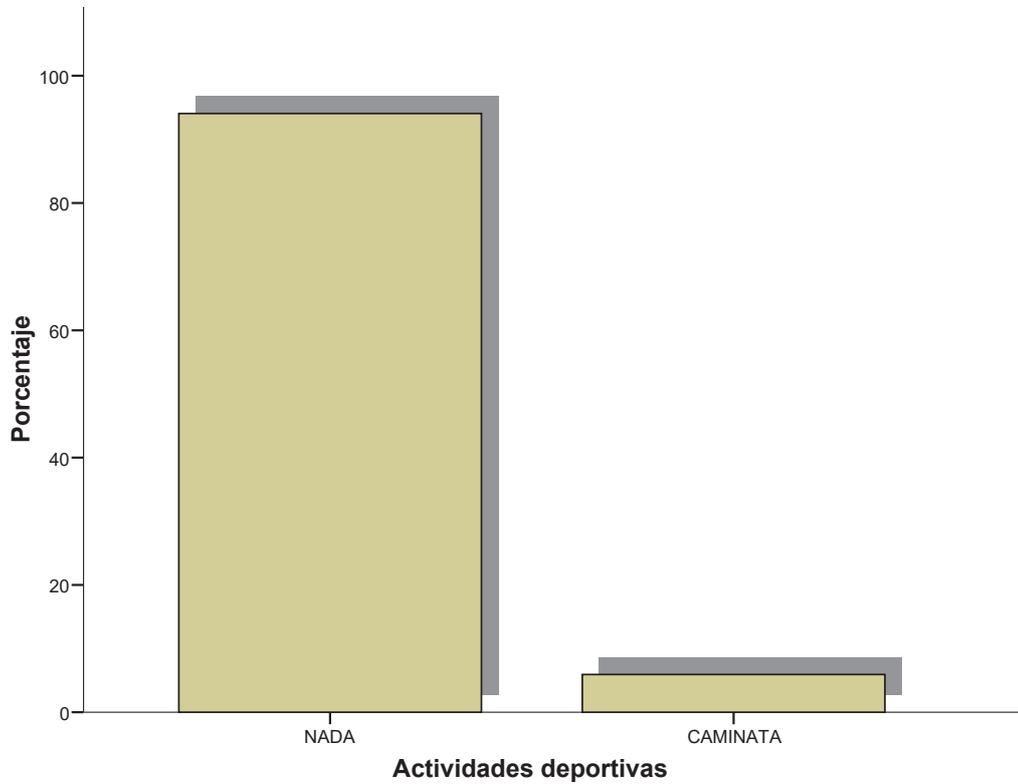
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 6

ACTIVIDADES DEPORTIVAS EN LOS PACIENTES

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 6

Tabla No. 7

REACTIVO No.1 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

1. ¿Esta basicamente satisfecho con su vida?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	12	5.1	5.1
SI	224	94.9	100.0
Total	236	100.0	

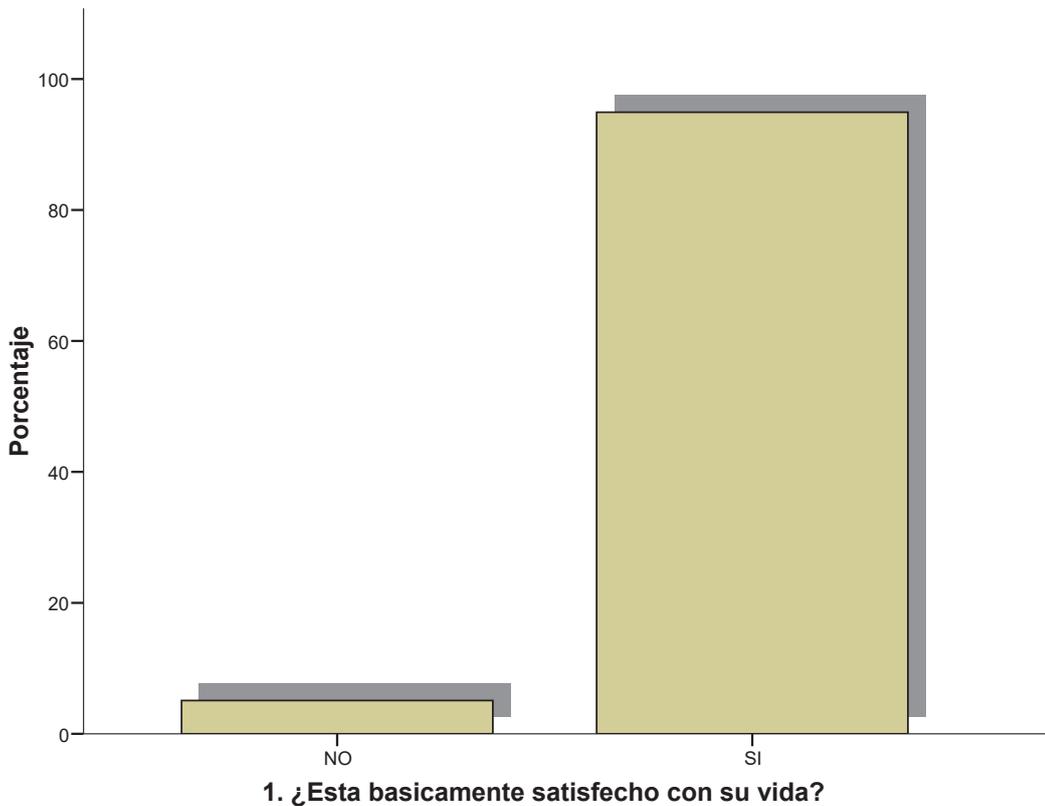
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 7

REACTIVO No.1 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 7

Tabla No. 8

REACTIVO No.2 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?

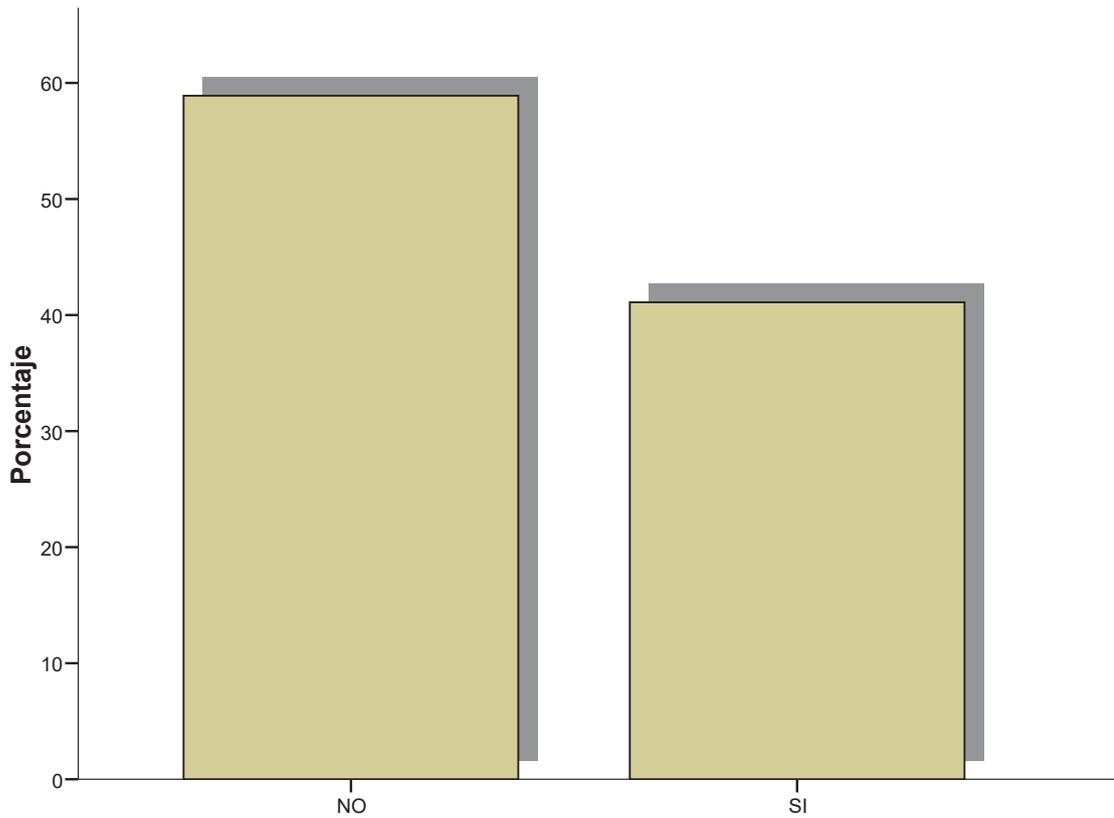
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	139	58.9	58.9
SI	97	41.1	100.0
Total	236	100.0	

FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 8

REACTIVO No.2 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC NOV 2008 – ENE 2009



2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?

FUENTE: Tabla No. 8

Tabla No. 9

REACTIVO No.3 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

3. ¿Siente que su vida esta vacia ?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	150	63.6	63.6
SI	86	36.4	100.0
Total	236	100.0	

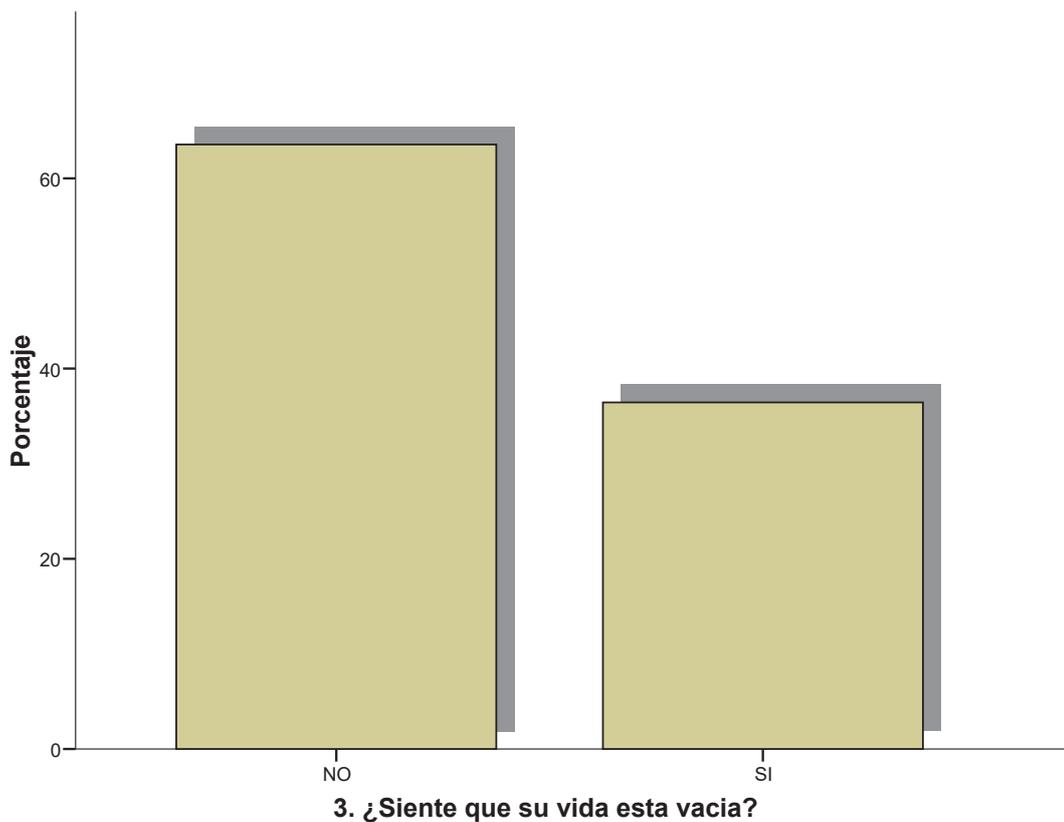
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 9

REACTIVO No.3 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 9

Tabla No. 10

REACTIVO No.4 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	140	59.3	59.3
SI	96	40.7	100.0
Total	236	100.0	

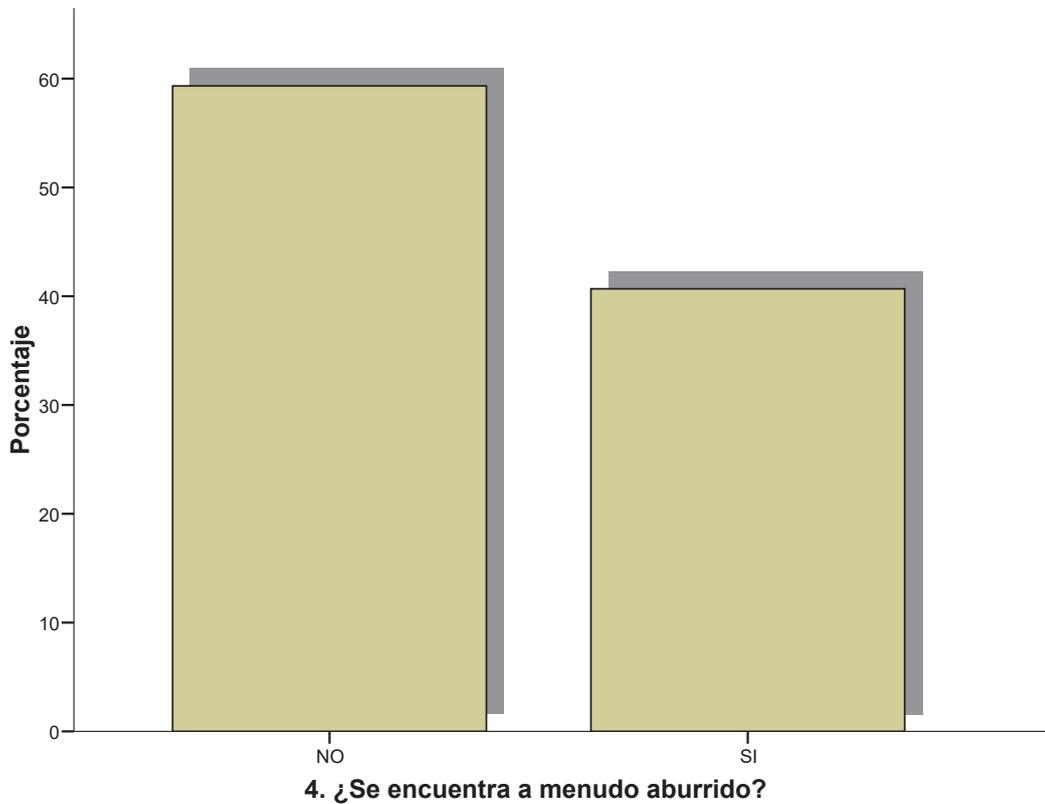
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 10

REACTIVO No.4 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 10

Tabla No. 11

REACTIVO No.5 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

5. ¿ Tiene esperanzas en el futuro?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	41	17.4	17.4
SI	195	82.6	100.0
Total	236	100.0	

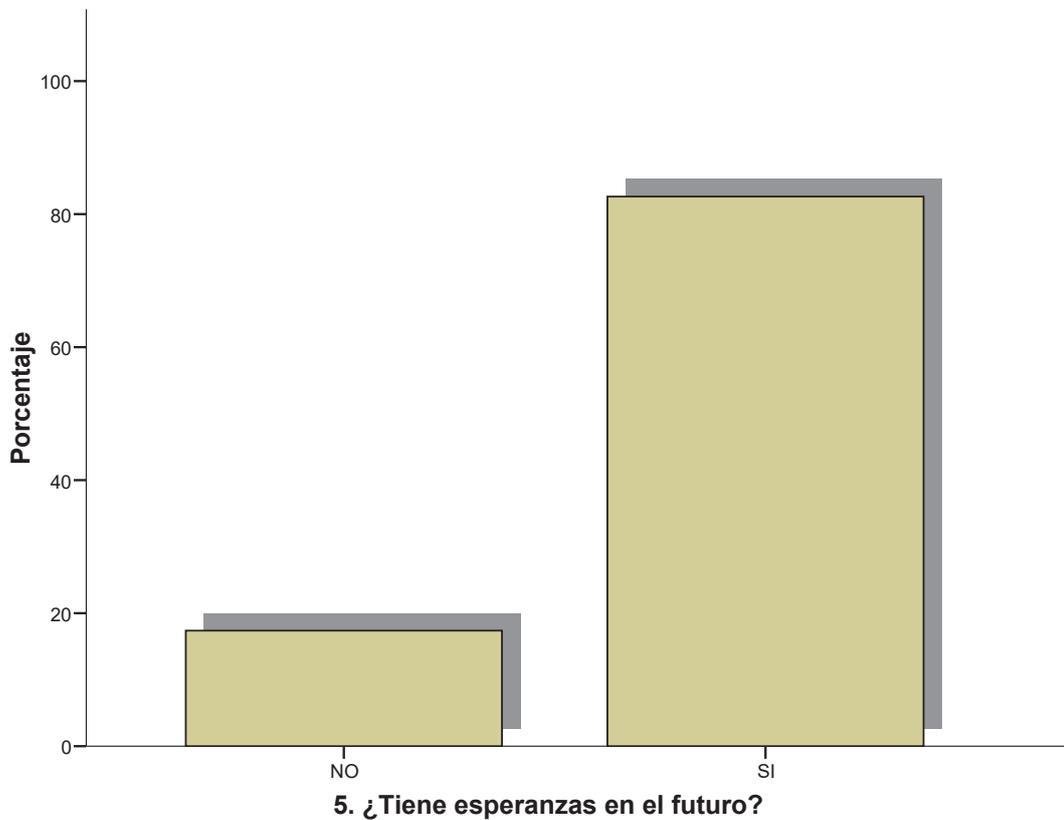
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 11

REACTIVO No.5 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 11

Tabla No. 12

REACTIVO No.6 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

. ¿Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	116	49.2	49.2
SI	120	50.8	100.0
Total	236	100.0	

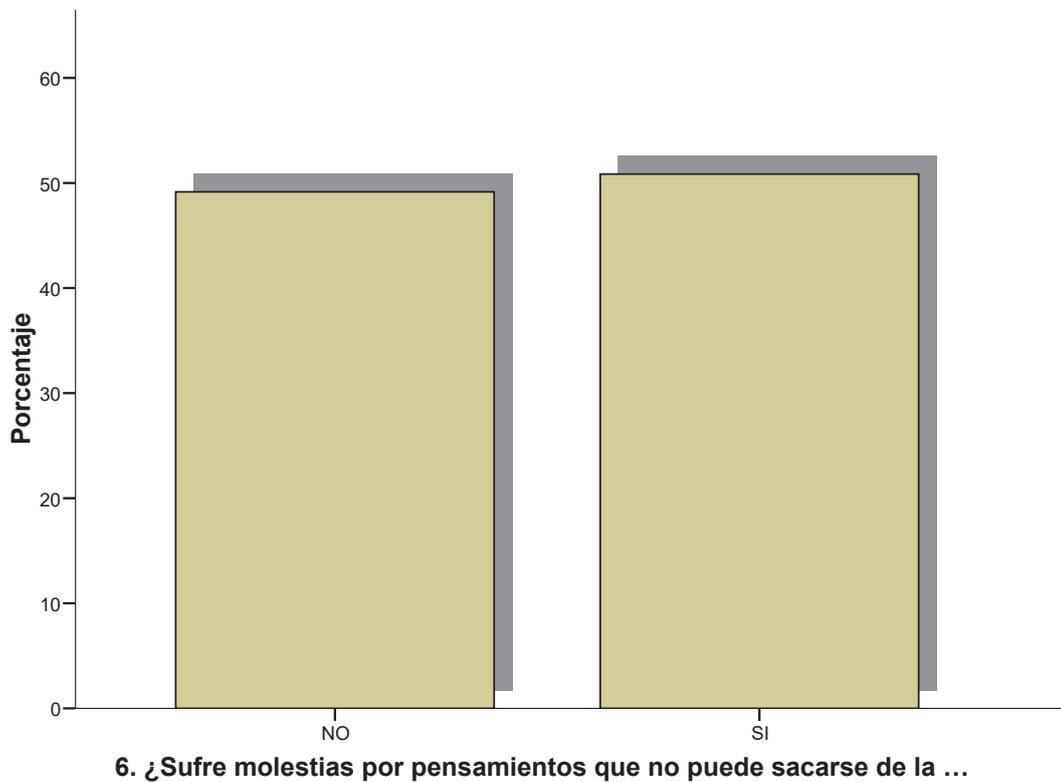
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 12

REACTIVO No.6 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 12

Tabla No. 13

REACTIVO No.7 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

7. ¿Tiene a menudo buen animo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	37	15.7	15.7
SI	199	84.3	100.0
Total	236	100.0	

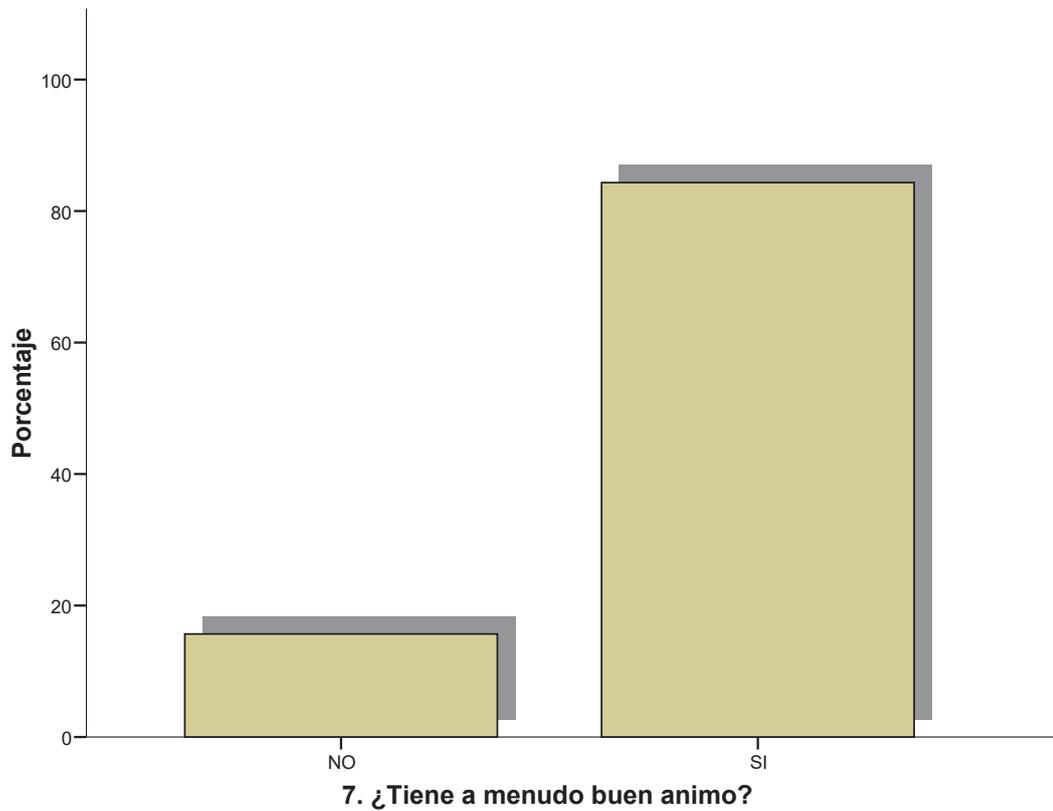
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 13

REACTIVO No.7 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 13

Tabla No. 14

REACTIVO No.8 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

8. ¿Tiene miedo de que algo le esta pasando?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	141	59.7	59.7
SI	95	40.3	100.0
Total	236	100.0	

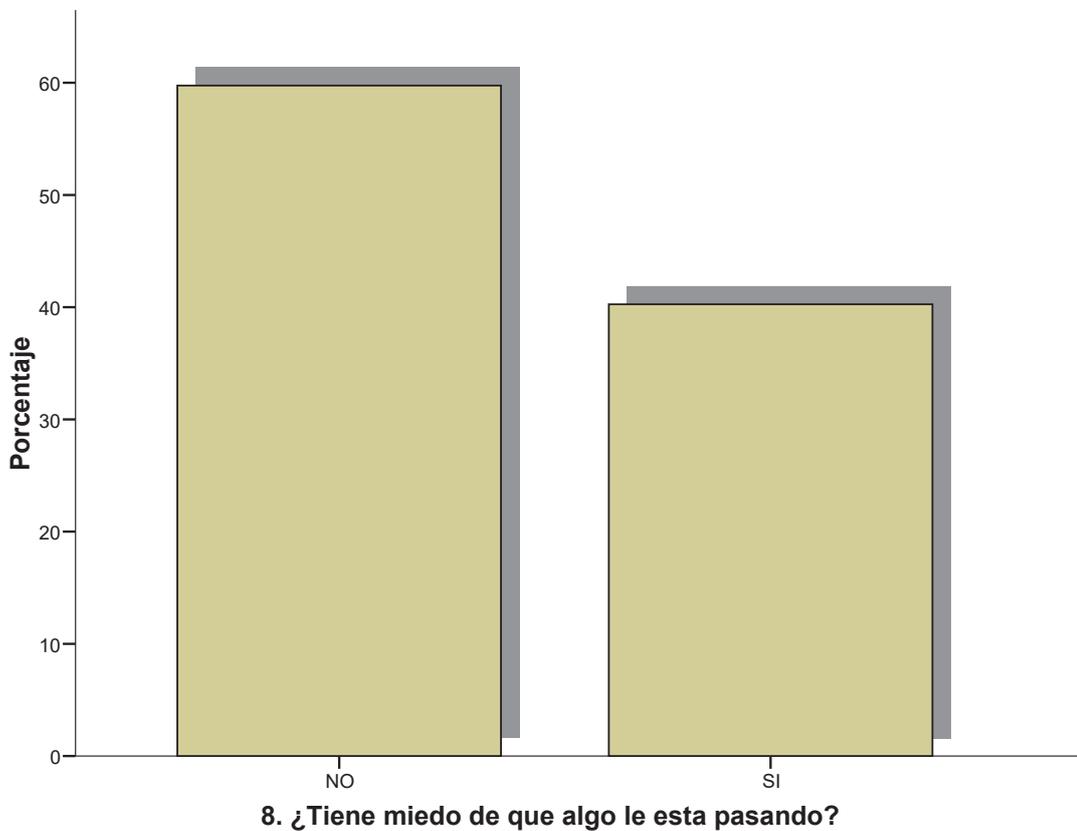
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 14

REACTIVO No.8 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 14

Tabla No. 15

REACTIVO No.9 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

9. ¿Se siente feliz muchas veces ?

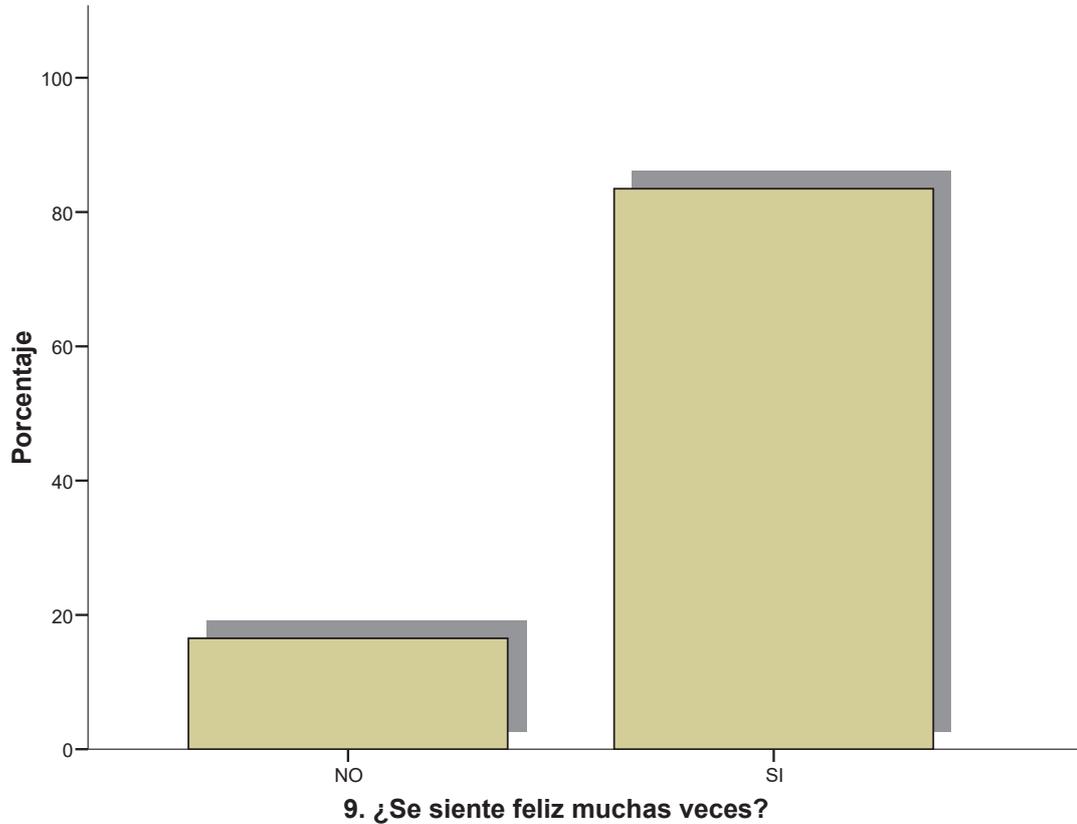
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	39	16.5	16.5
SI	197	83.5	100.0
Total	236	100.0	

FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 15 REACTIVO No.9 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 15

Tabla No. 16

REACTIVO No.10 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

10. ¿Se siente a menudo abandonado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	165	69.9	69.9
SI	71	30.1	100.0
Total	236	100.0	

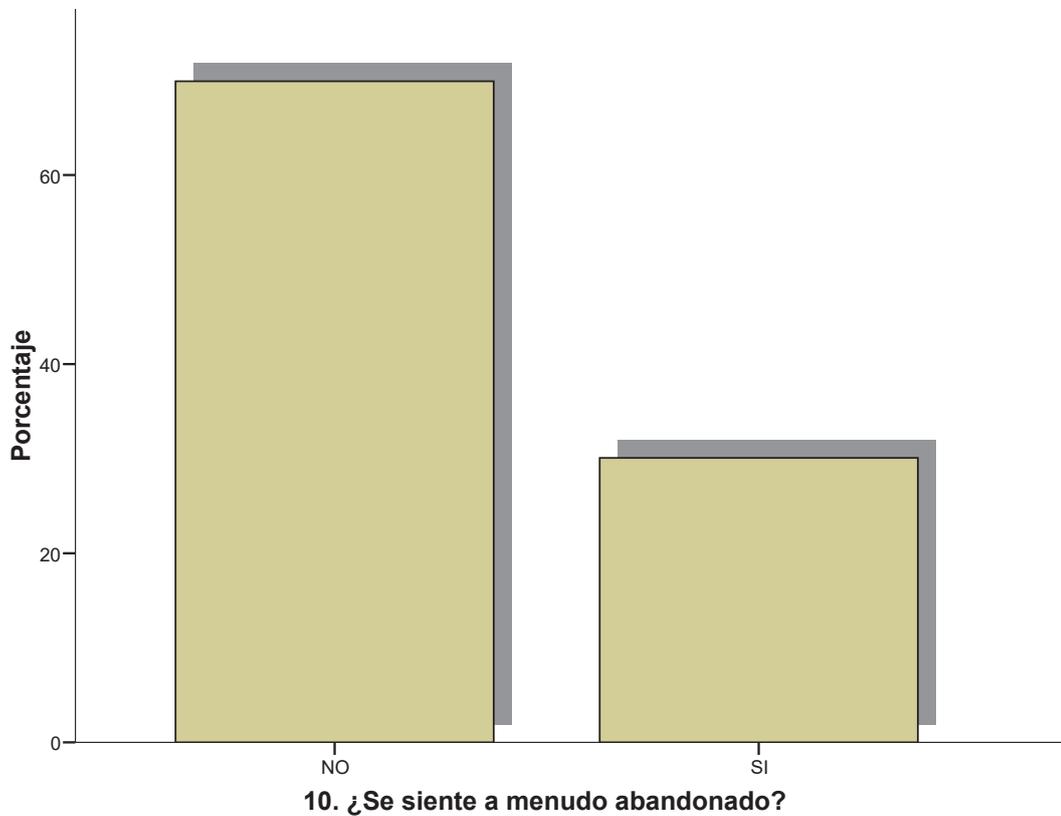
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 16

REACTIVO No.10 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 16

Tabla No. 17

REACTIVO No.11 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

11. ¿Esta a menudo intranquilo e inquieto?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	119	50.4	50.4
SI	117	49.6	100.0
Total	236	100.0	

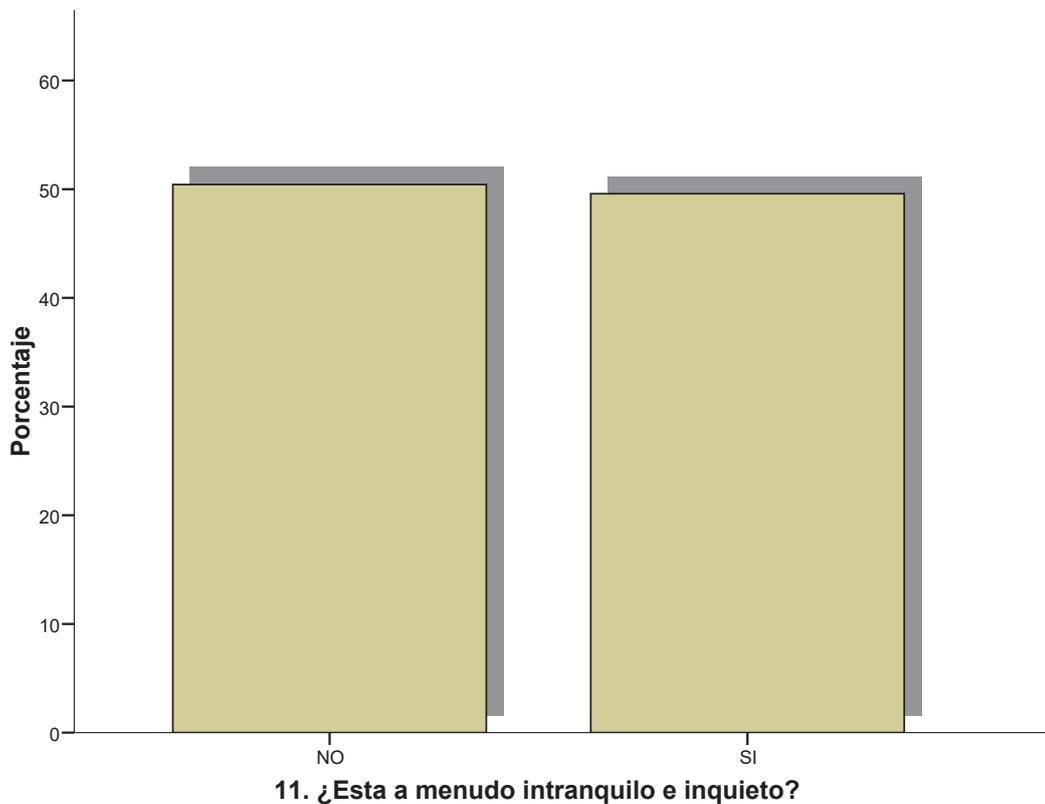
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 17

REACTIVO No.11 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 17

Tabla No. 18

REACTIVO No.12 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

2. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosa nuevas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	86	36.4	36.4
SI	150	63.6	100.0
Total	236	100.0	

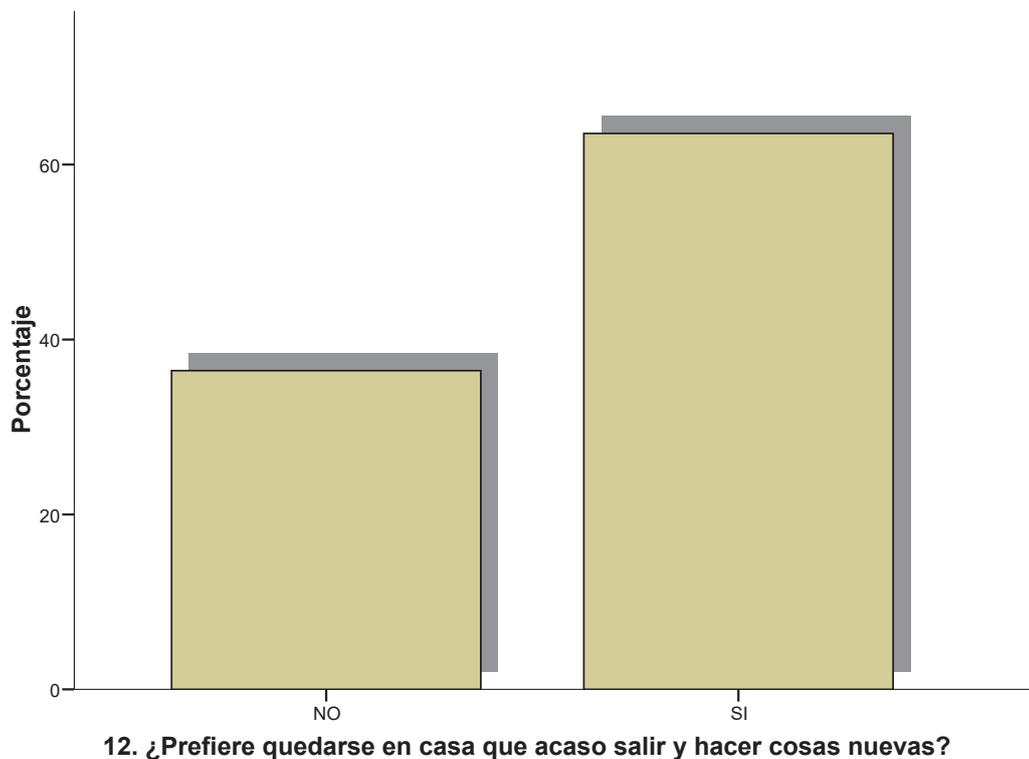
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 18

REACTIVO No.12 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



12. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?

FUENTE: Tabla No. 18

Tabla No. 19

REACTIVO No.13 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

13. ¿Frecuentemnte esta preocupado por el futuro?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	124	52.5	52.5
SI	112	47.5	100.0
Total	236	100.0	

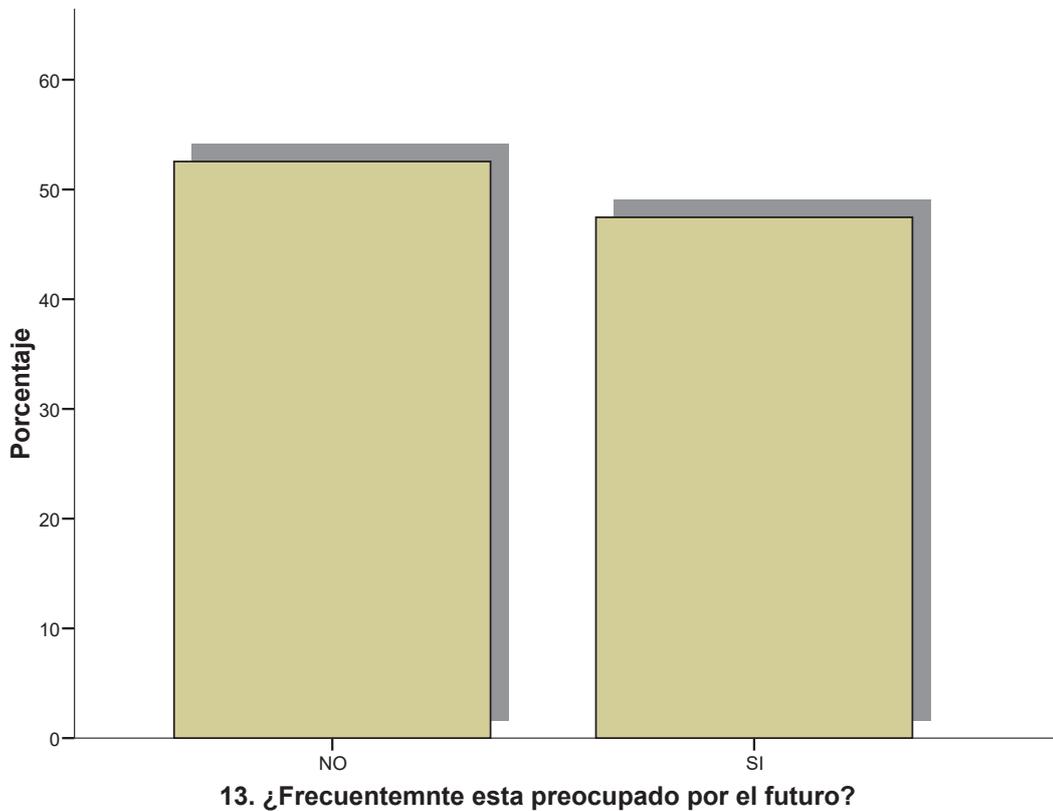
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 19

REACTIVO No.13 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 19

Tabla No. 20

REACTIVO No.14 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

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

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	136	57.6	57.6
SI	100	42.4	100.0
Total	236	100.0	

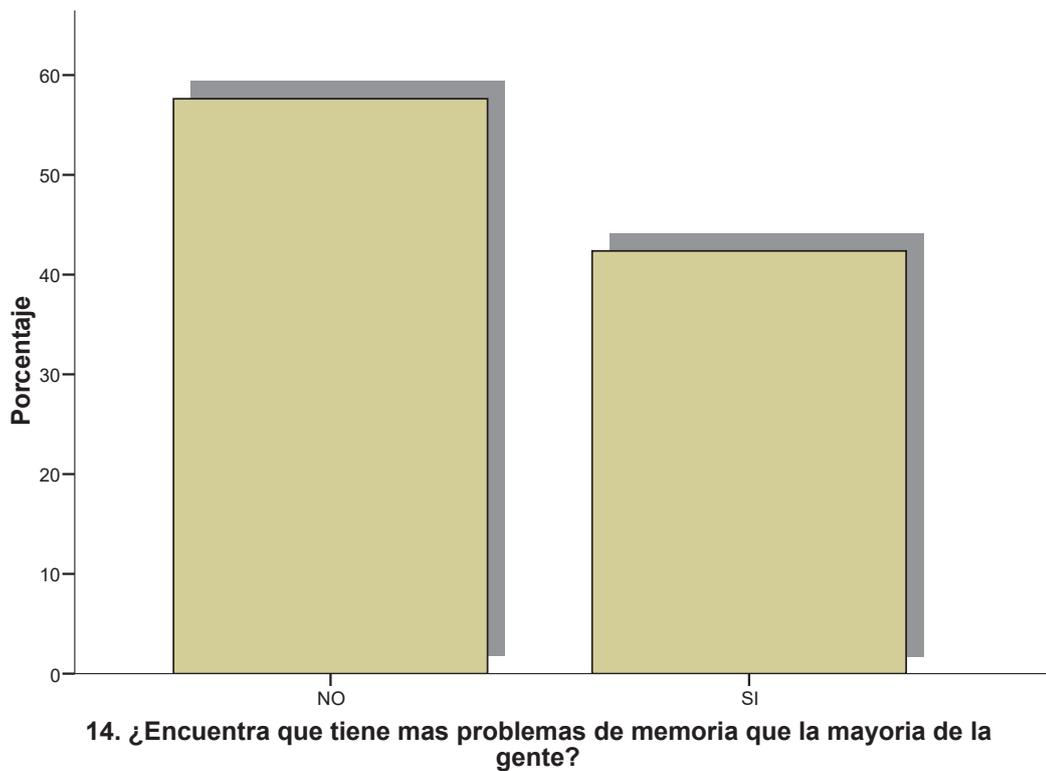
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 20

REACTIVO No.14 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 20

Tabla No. 21

REACTIVO No.15 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	21	8.9	8.9
SI	215	91.1	100.0
Total	236	100.0	

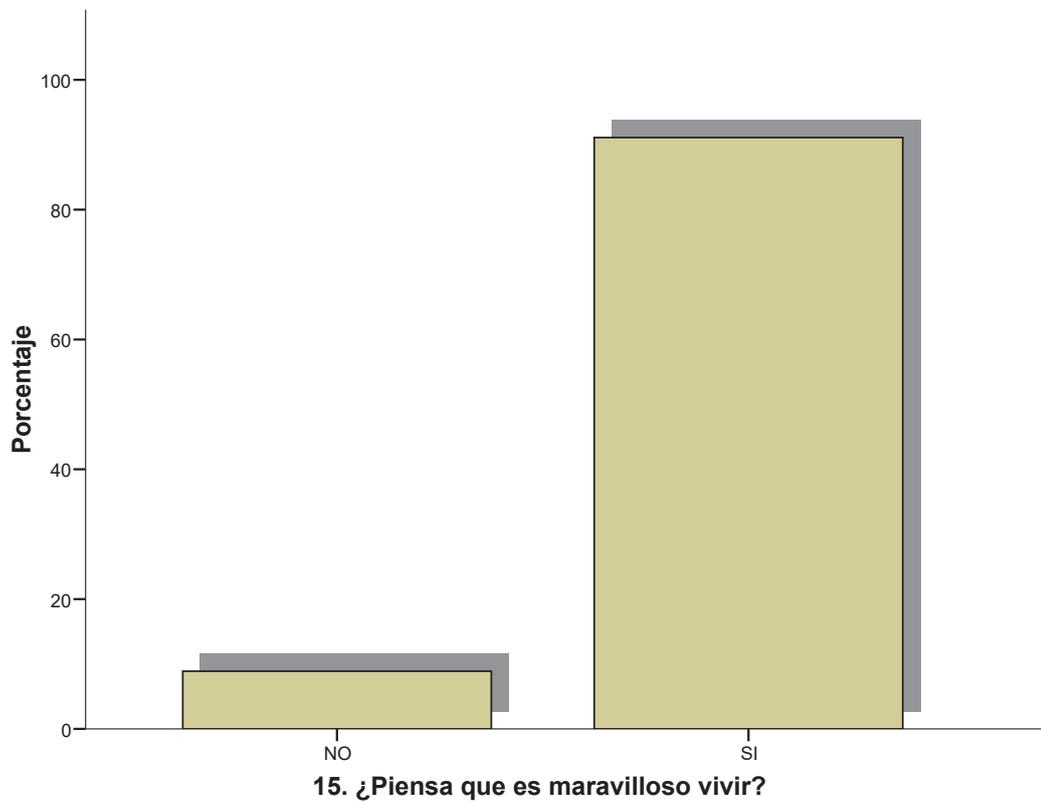
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 21

REACTIVO No.15 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 21

Tabla No. 22

REACTIVO No.16 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancolico?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	135	57.2	57.2
SI	101	42.8	100.0
Total	236	100.0	

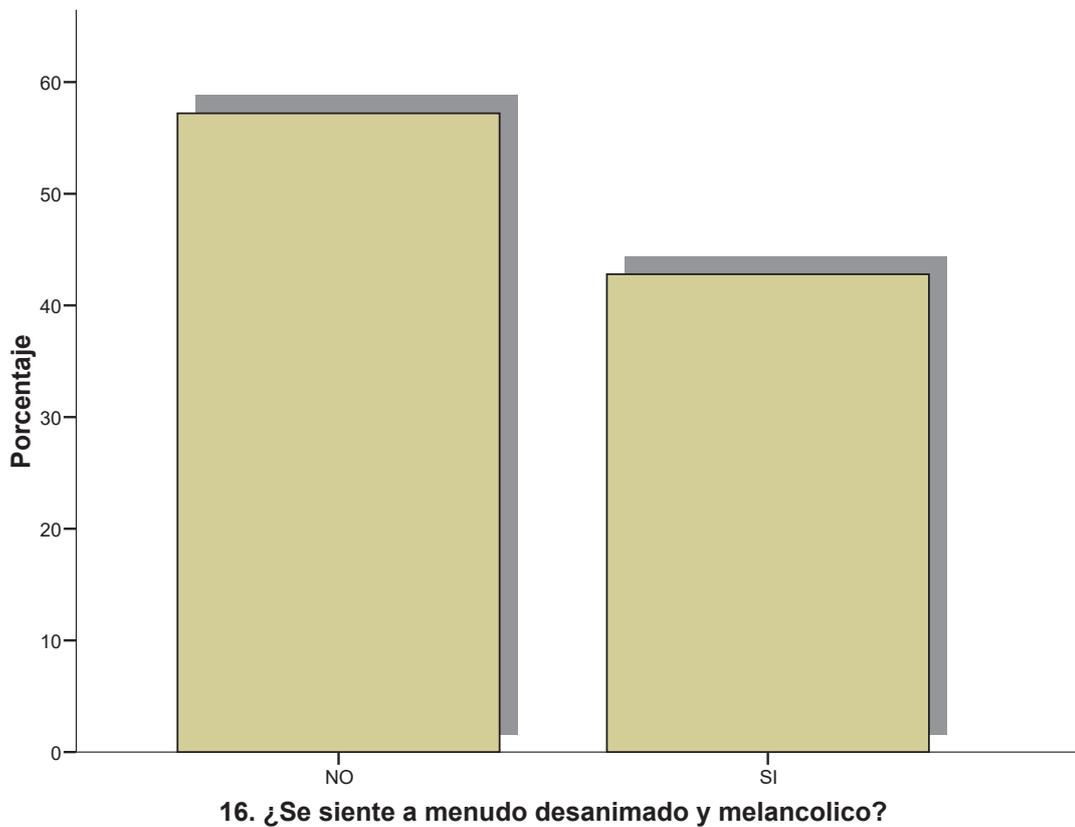
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 22

REACTIVO No.16 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 22

Tabla No. 23

REACTIVO No.17 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

17. ¿Se siente bastante inutil en el medio que esta?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	155	65.7	65.7
SI	81	34.3	100.0
Total	236	100.0	

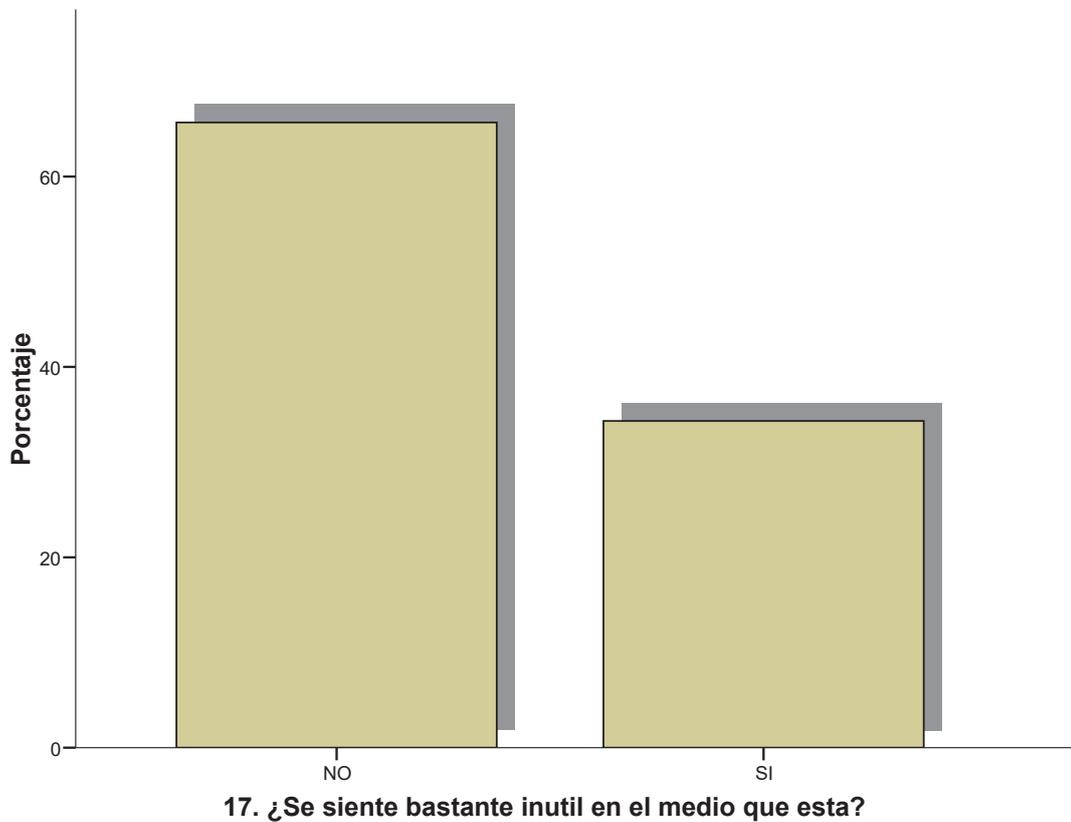
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 23

REACTIVO No.17 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 23

Tabla No. 24

REACTIVO No.18 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

18. ¿Esta muy preocupado por el pasado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	165	69.9	69.9
SI	71	30.1	100.0
Total	236	100.0	

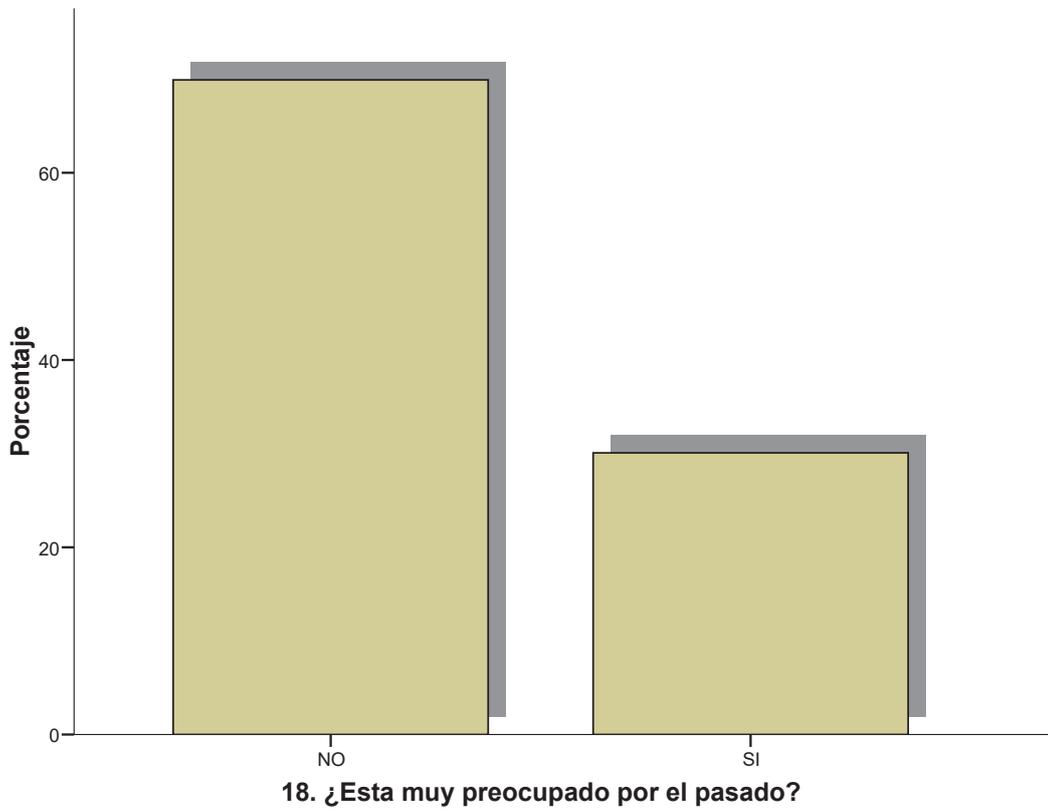
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 24

REACTIVO No.18 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 24

Tabla No. 25

REACTIVO No.19 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

19. ¿Encuentra la vida muy estimulante?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	52	22.0	22.0
SI	184	78.0	100.0
Total	236	100.0	

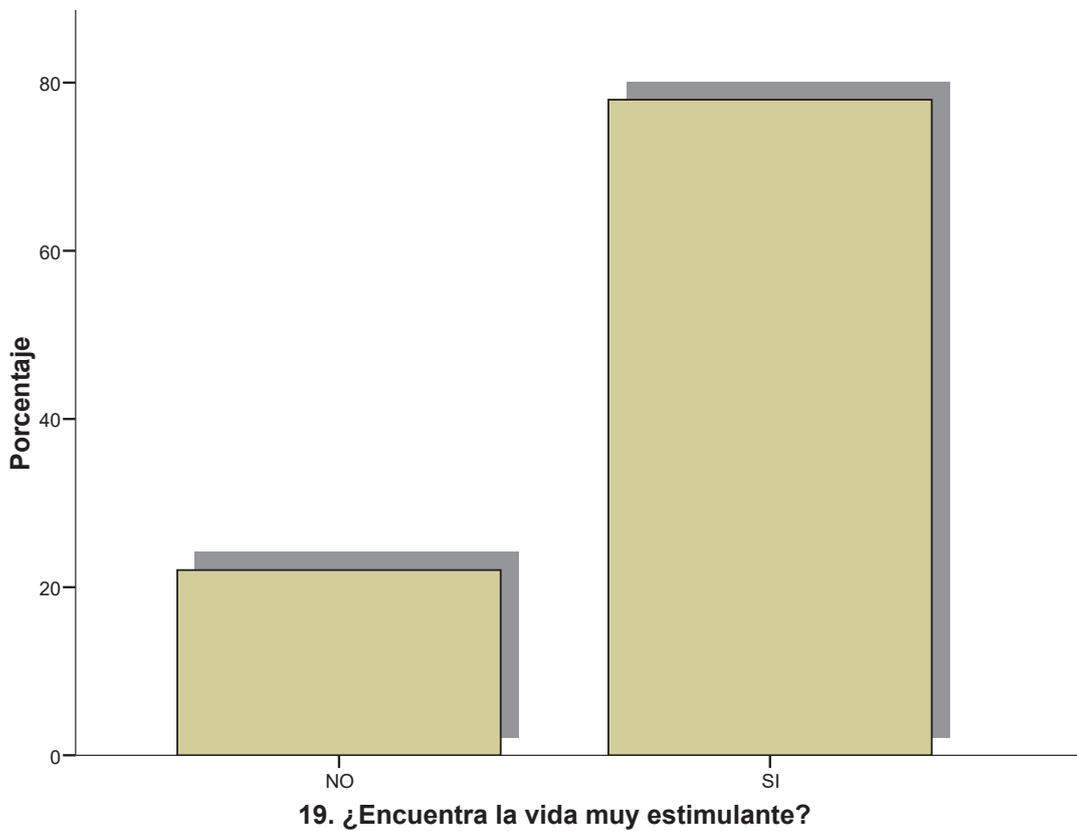
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 25

REACTIVO No.19 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 25

Tabla No. 26

REACTIVO No.20 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

J. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	81	34.3	34.3
SI	155	65.7	100.0
Total	236	100.0	

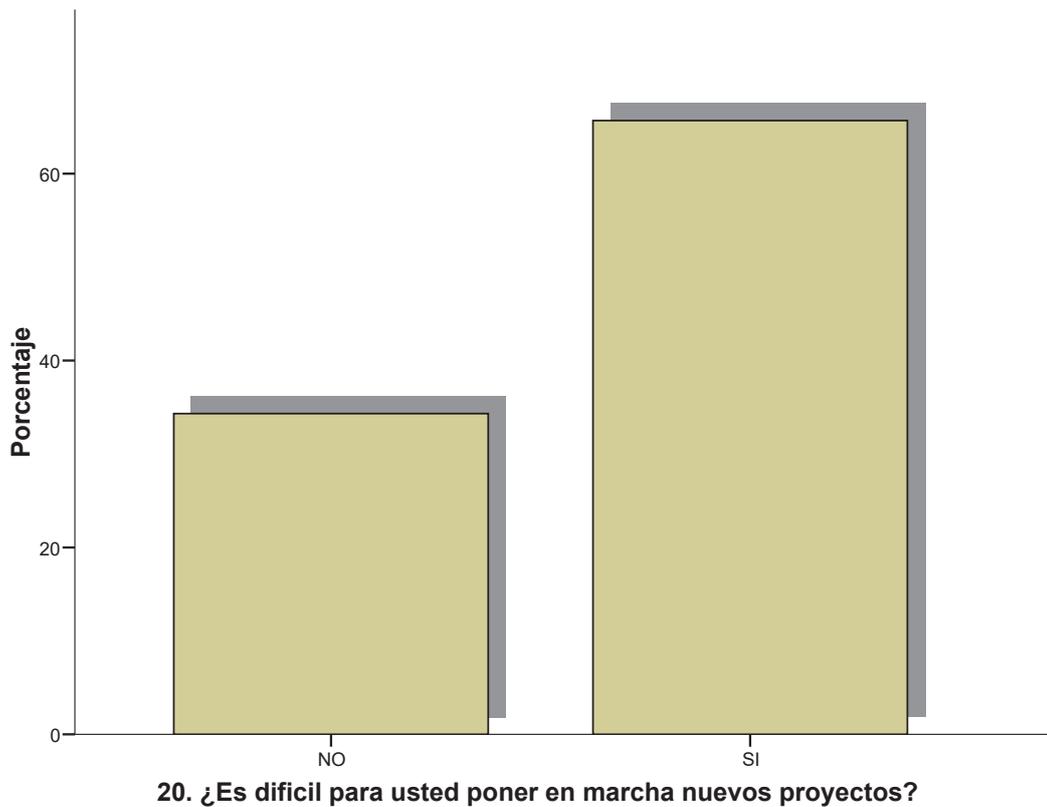
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 26

REACTIVO No.20 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 26

Tabla No. 27

REACTIVO No.21 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

21. ¿Se siente lleno de energia?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	67	28.4	28.4
SI	169	71.6	100.0
Total	236	100.0	

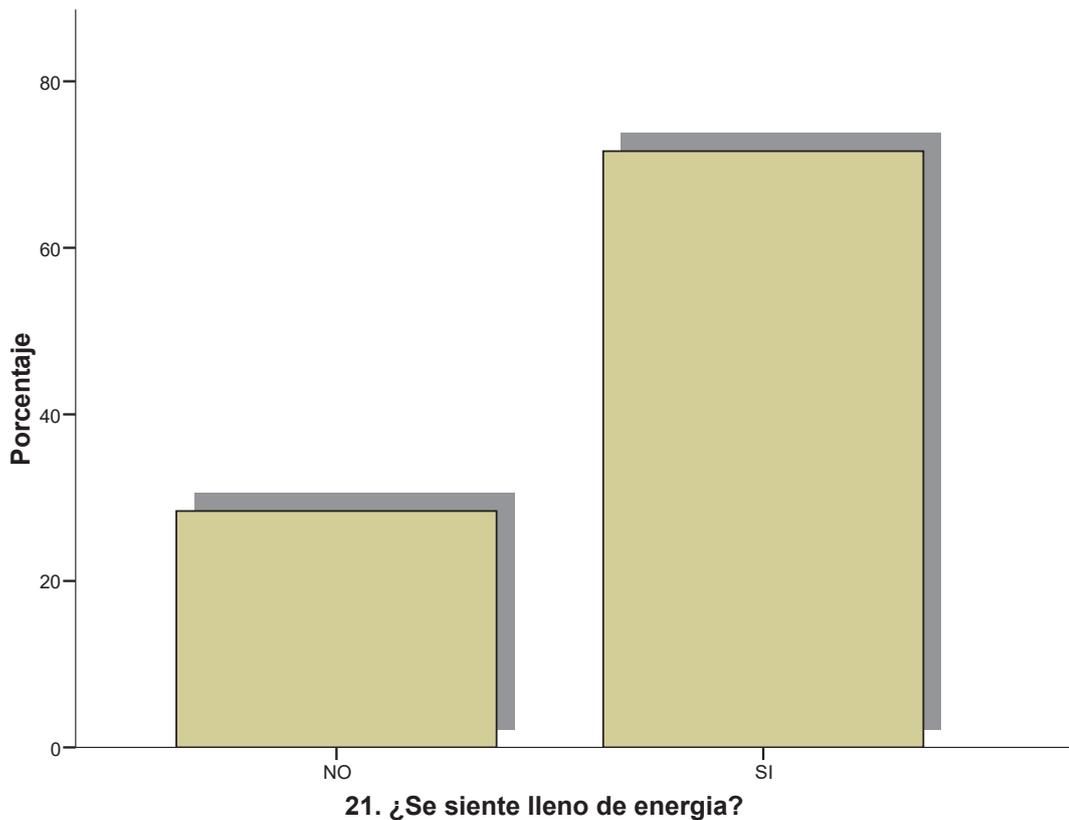
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 27

REACTIVO No.21 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 27

Tabla No. 28

REACTIVO No.22 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

22. ¿Siente que su situacion es desesperada?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	149	63.1	63.1
SI	87	36.9	100.0
Total	236	100.0	

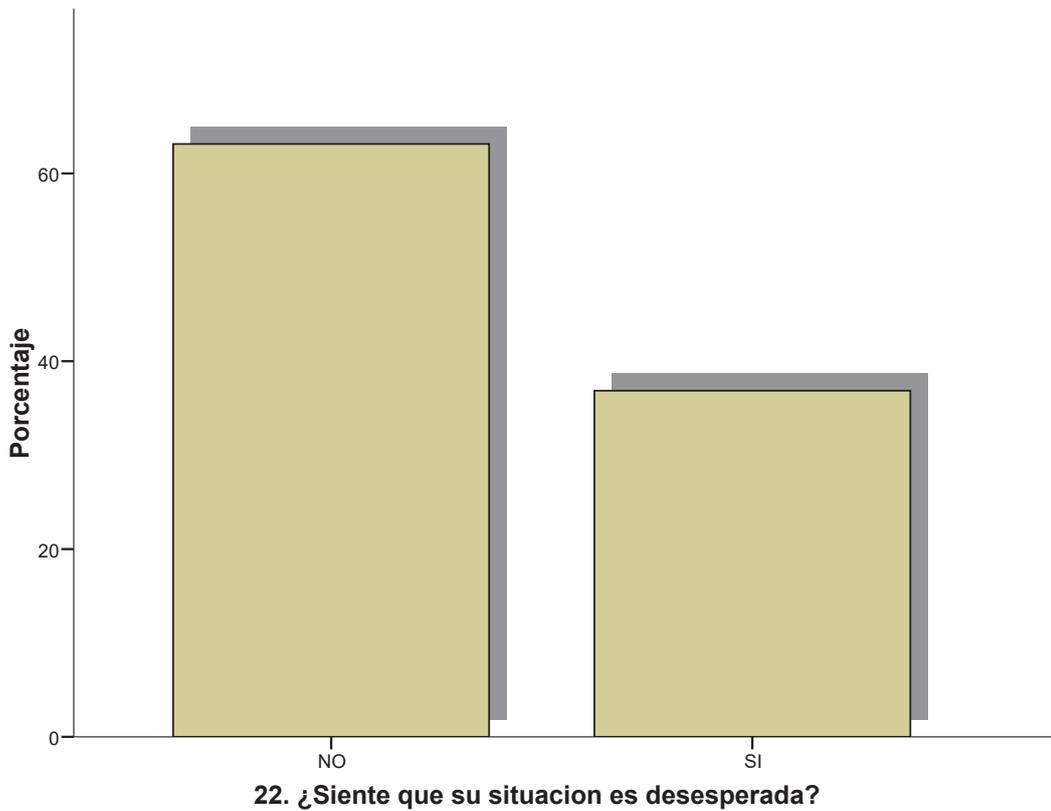
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 28

REACTIVO No.22 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 28

Tabla No. 29

REACTIVO No.23 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

23. ¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	105	44.5	44.5
SI	131	55.5	100.0
Total	236	100.0	

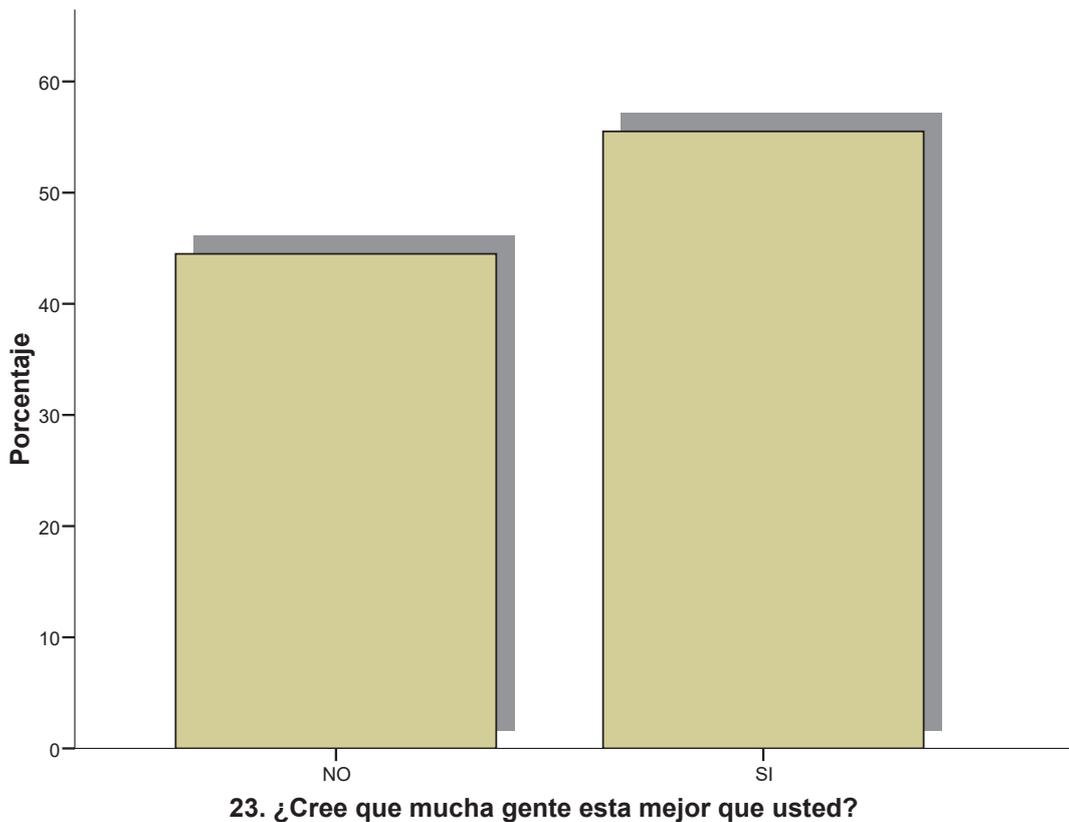
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 29

REACTIVO No.23 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 29

Tabla No. 30

REACTIVO No.24 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

4. ¿Frecuentemente esta preocupado por pequeñas cosas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	105	44.5	44.5
SI	131	55.5	100.0
Total	236	100.0	

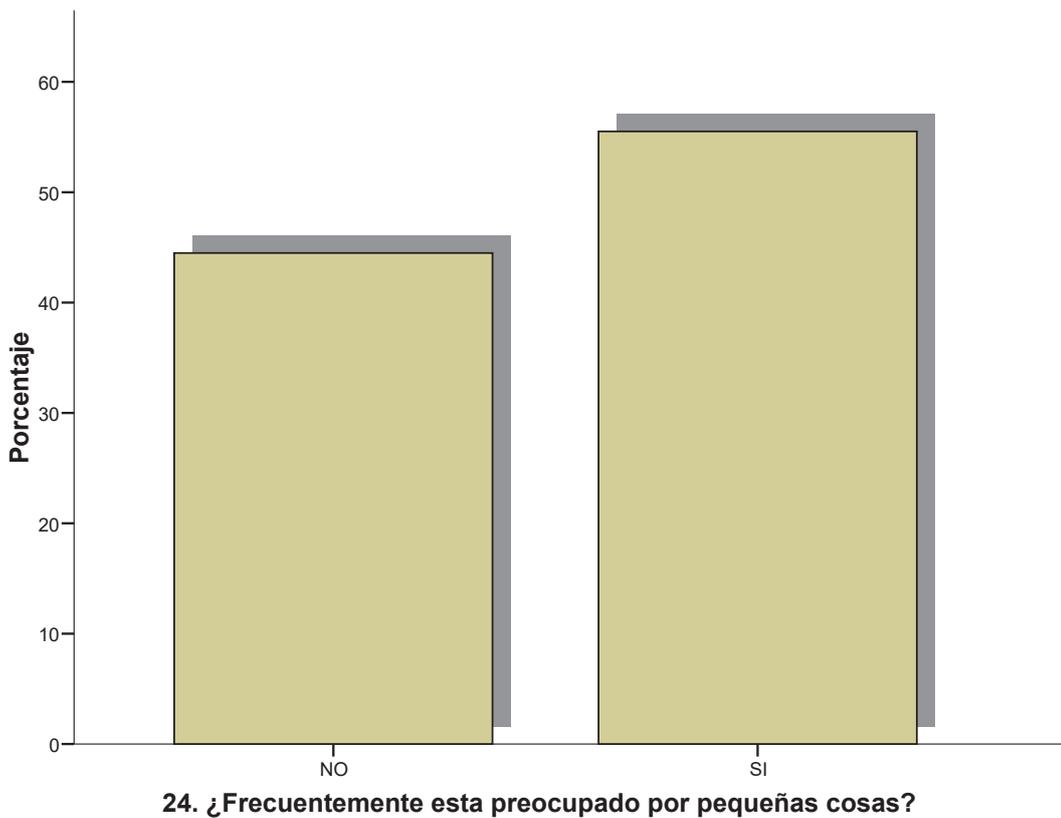
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 30

REACTIVO No.24 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 30

Tabla No. 31

REACTIVO No.25 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

25. ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	115	48.7	48.7
SI	121	51.3	100.0
Total	236	100.0	

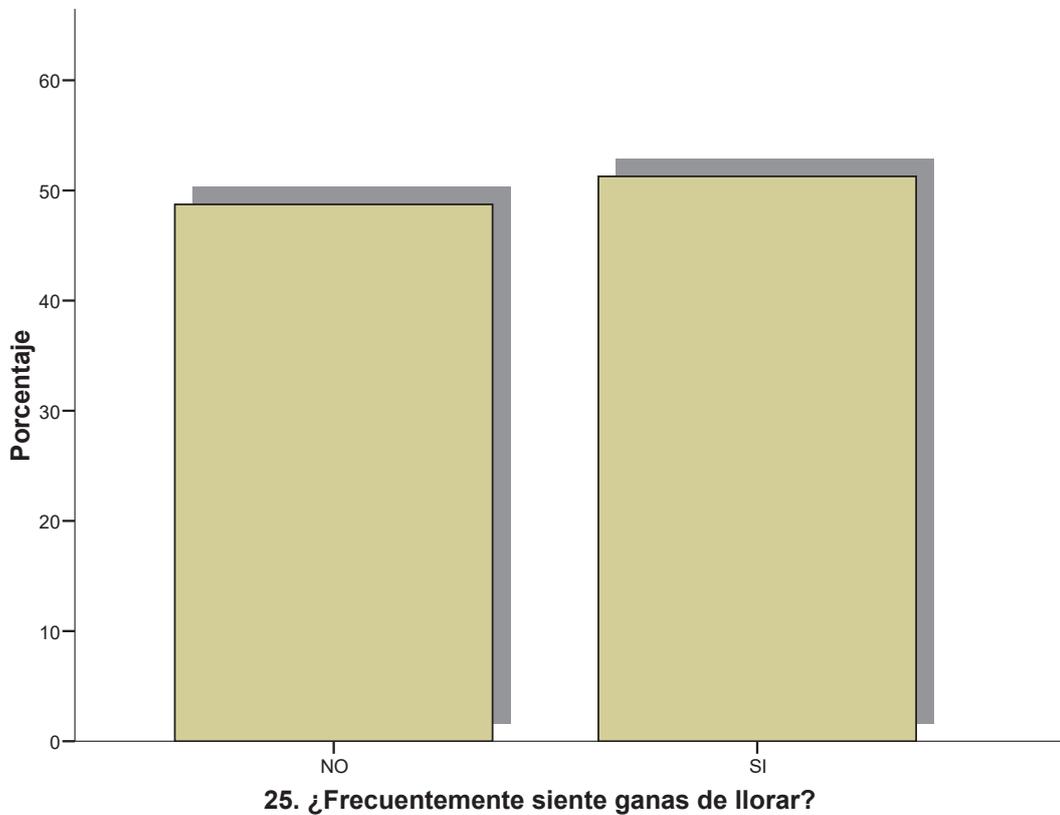
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 31

REACTIVO No.25 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 31

Tabla No. 32

REACTIVO No.26 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

26. ¿Tiene problemas para concentrarse?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	139	58.9	58.9
SI	97	41.1	100.0
Total	236	100.0	

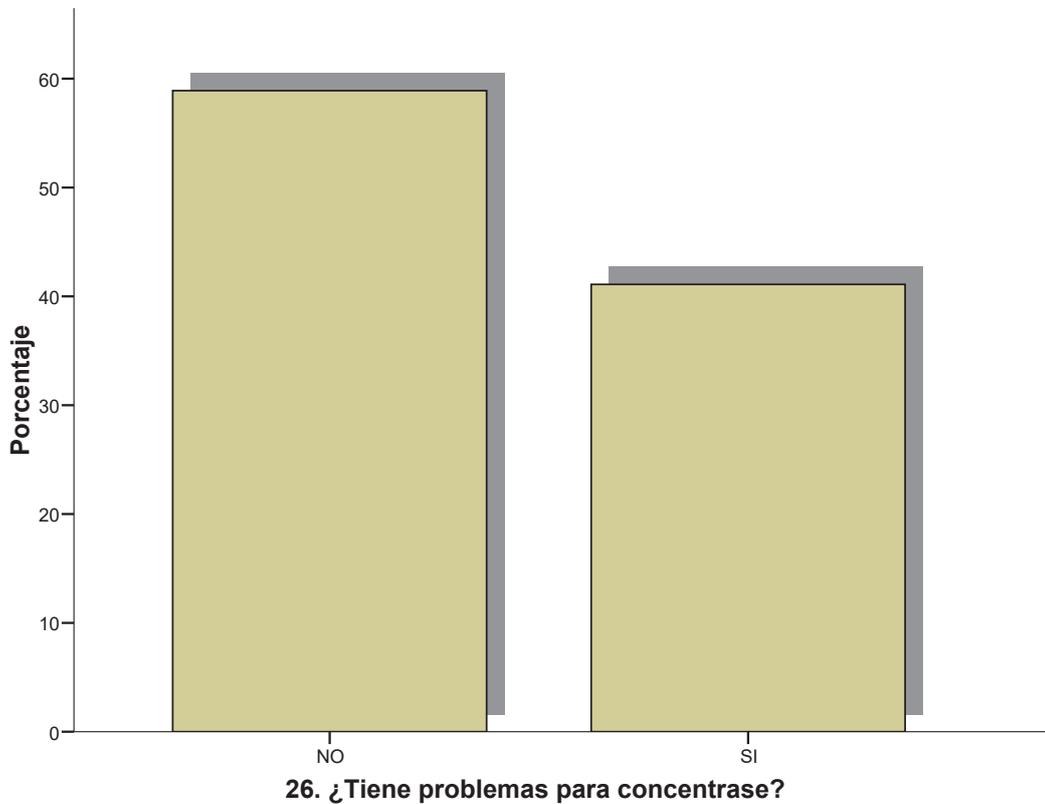
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 32

REACTIVO No.26 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 32

Tabla No. 33

REACTIVO No.27 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	33	14.0	14.0
SI	203	86.0	100.0
Total	236	100.0	

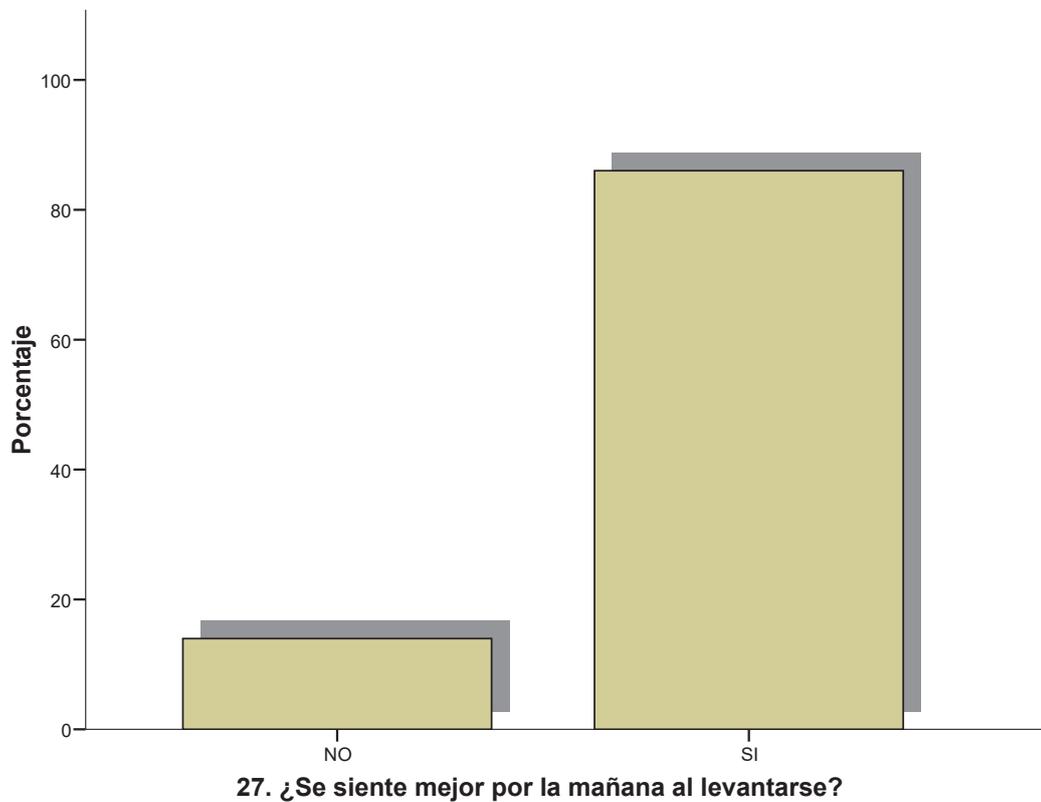
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 33

REACTIVO No.27 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 33

Tabla No. 34

REACTIVO No.28 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	109	46.2	46.2
SI	127	53.8	100.0
Total	236	100.0	

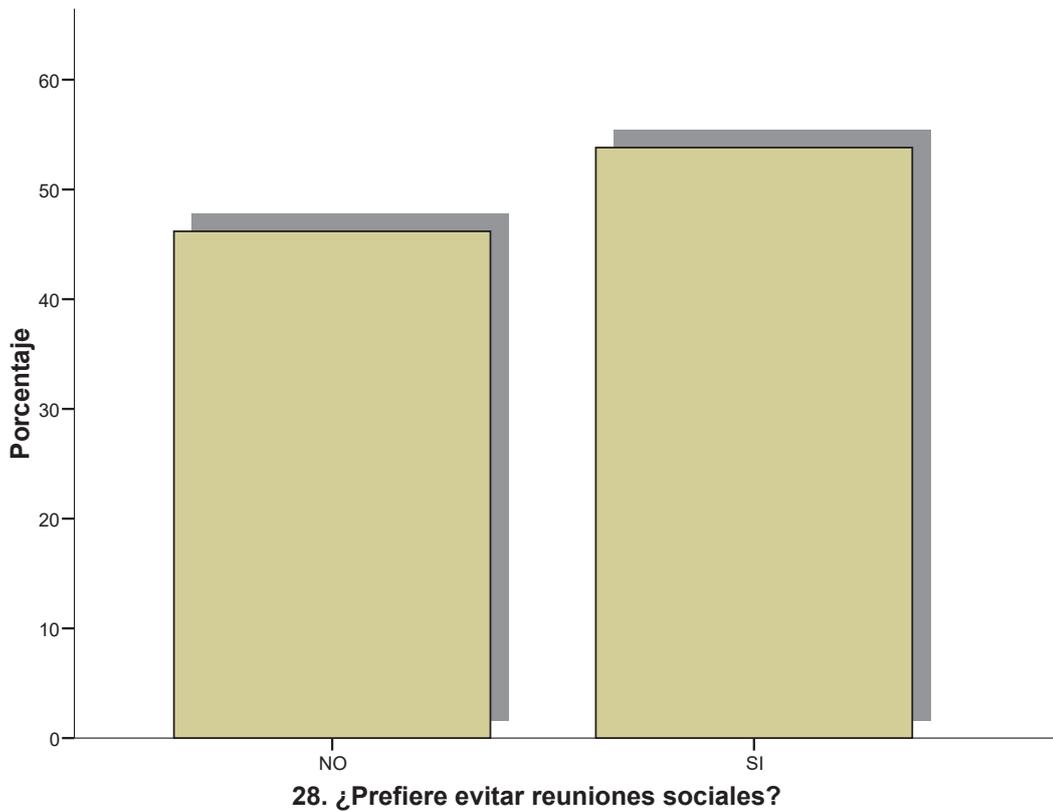
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 34

REACTIVO No.28 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 34

Tabla No. 35

REACTIVO No.29 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

29. ¿Es facil para usted tomar decisiones?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	81	34.3	34.3
SI	155	65.7	100.0
Total	236	100.0	

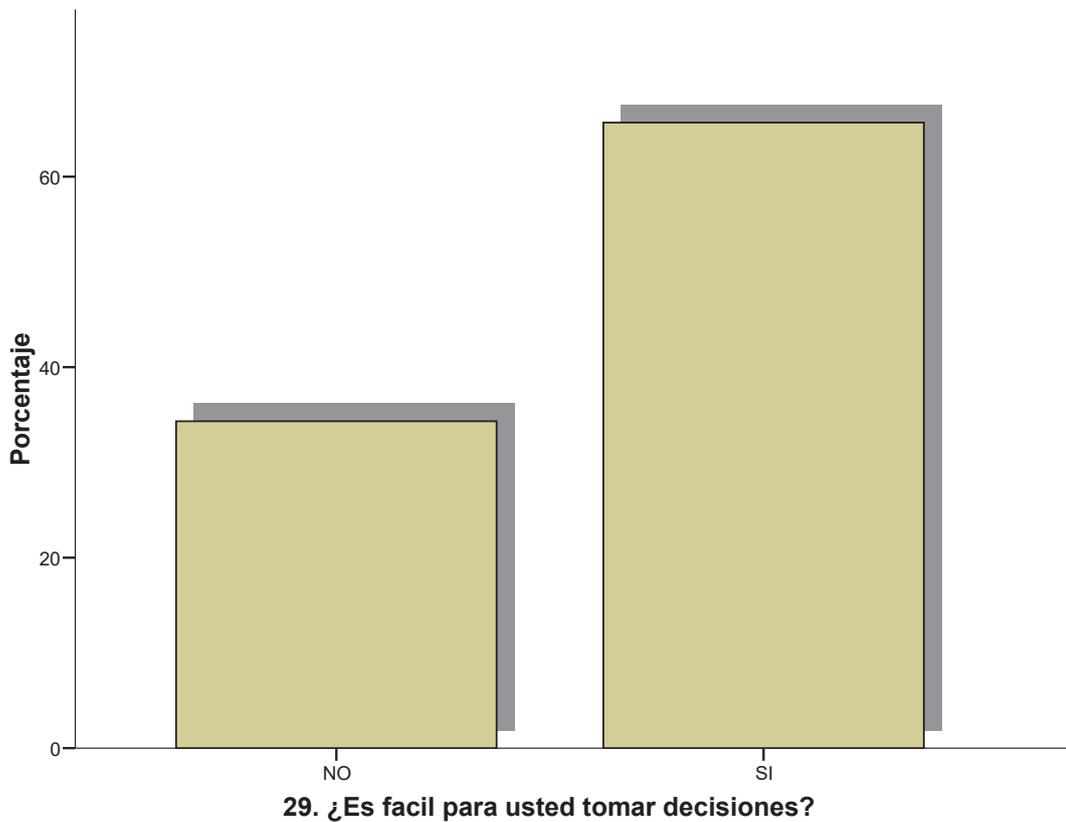
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 35

REACTIVO No.29 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 35

Tabla No. 36

REACTIVO No.30 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

30. ¿Su mente esta tan clara como lo acostumbraba estar?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	103	43.6	43.6
SI	133	56.4	100.0
Total	236	100.0	

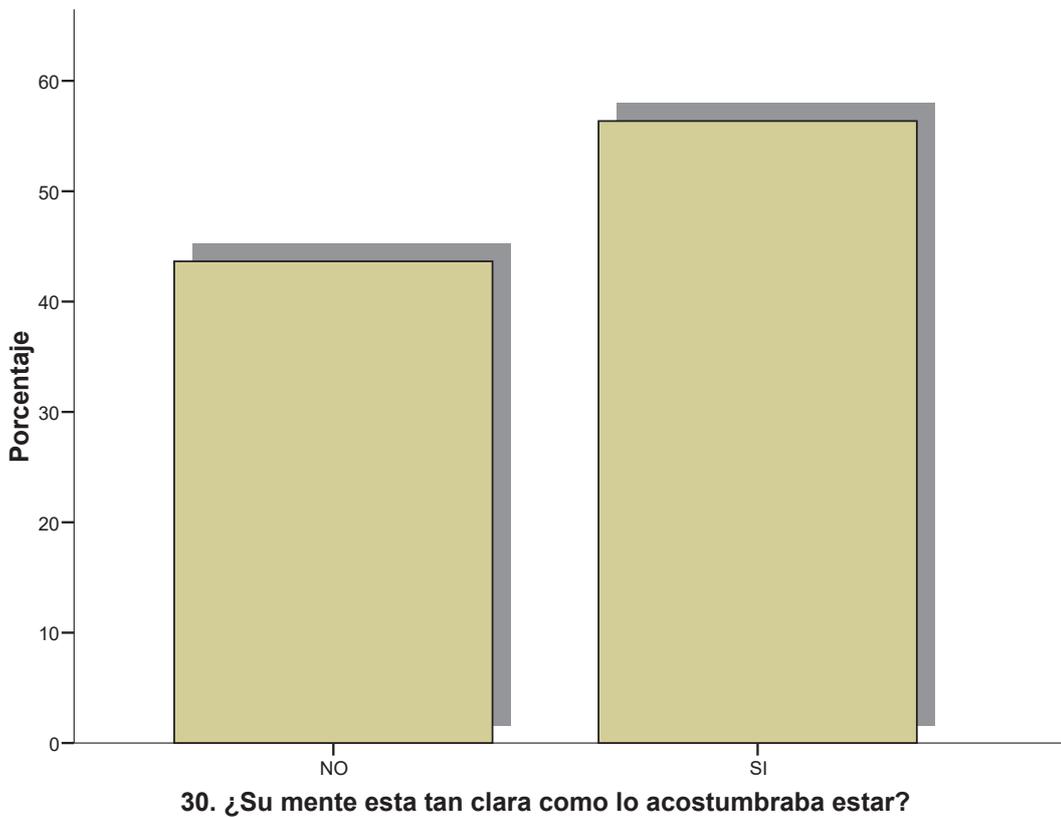
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 36

REACTIVO No.30 DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 1

Tabla No. 37

CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Grado de depresion

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0-9 No Depresión	112	47.5	47.5
10-19 Depresión Moderada	94	39.8	87.3
20-30 Depresión Severa	30	12.7	100.0
Total	236	100.0	

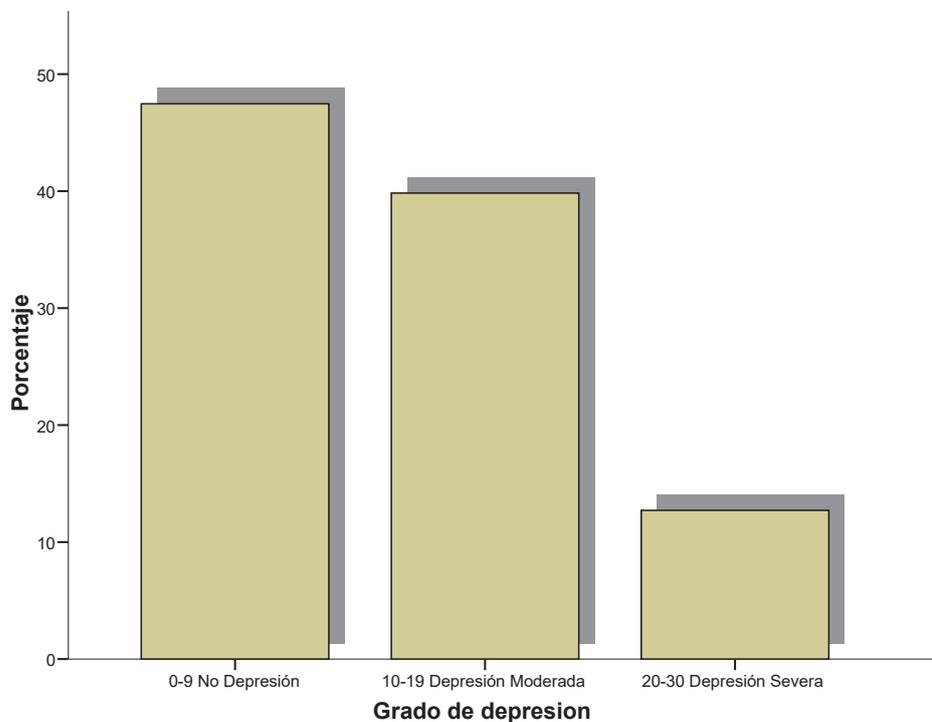
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 37

CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 37

Tabla No. 38

DISTRIBUCION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Tabla de contingencia por Grupos de Edad y Grado de depresión

		Grado de depresion			Total	
		0-9 No Depresión	10-19 Depresión Moderada	20-30 Depresión Severa		
Grupos de edad	52 a 61	Recuento	6	2	0	8
		% de Grupos de edad	75.0%	25.0%	.0%	100.0%
		% Grado de depresion	5.4%	2.1%	.0%	3.4%
		% del total	2.5%	.8%	.0%	3.4%
62 a 71		Recuento	67	53	12	132
		% de Grupos de edad	50.8%	40.2%	9.1%	100.0%
		% Grado de depresion	59.8%	56.4%	40.0%	55.9%
		% del total	28.4%	22.5%	5.1%	55.9%
72 a 81		Recuento	33	28	16	77
		% de Grupos de edad	42.9%	36.4%	20.8%	100.0%
		% Grado de depresion	29.5%	29.8%	53.3%	32.6%
		% del total	14.0%	11.9%	6.8%	32.6%
82 a 92		Recuento	6	11	2	19
		% de Grupos de edad	31.6%	57.9%	10.5%	100.0%
		% Grado de depresion	5.4%	11.7%	6.7%	8.1%
		% del total	2.5%	4.7%	.8%	8.1%
Total		Recuento	112	94	30	236
		% de Grupos de edad	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%
		% Grado de depresion	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%

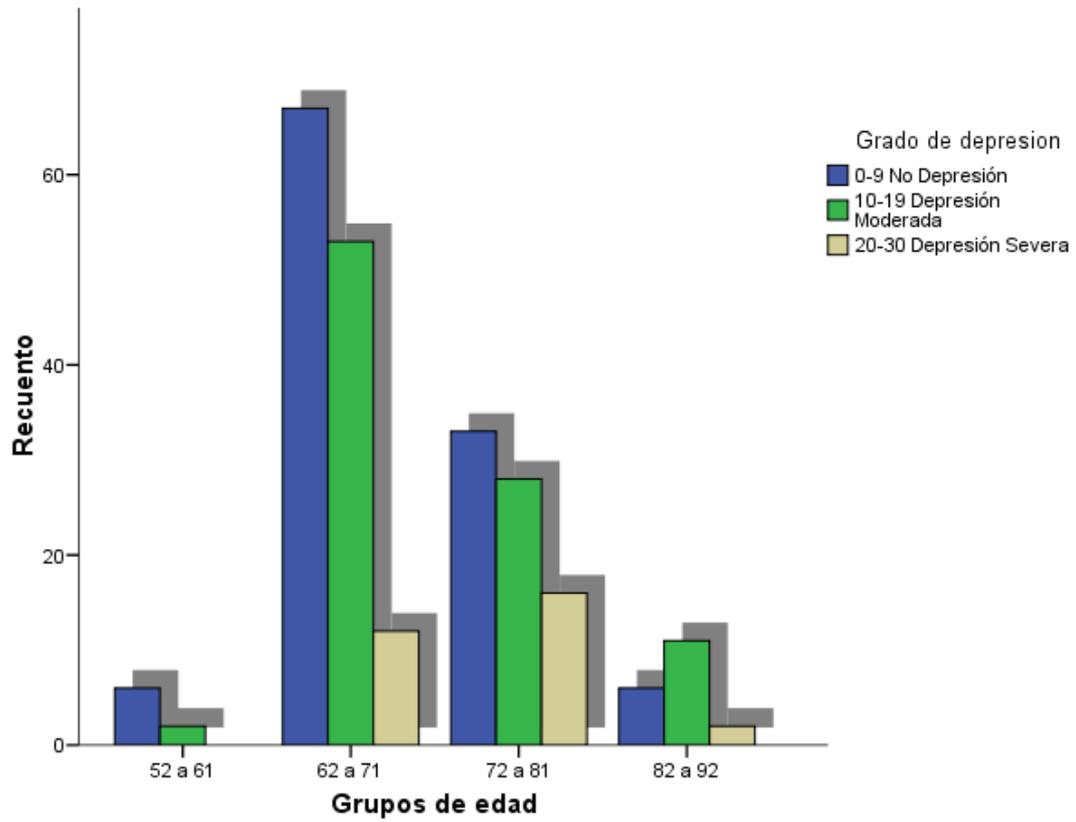
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 38

CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 38

Tabla No. 39

DISTRIBUCION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Tabla de contingencia por Género y Grado de depresión

		Grado de depresion			Total	
		0-9 No Depresión	10-19 Depresión Moderada	20-30 Depresión Severa		
Sexo de los pacientes	M	Recuento	53	38	6	97
		% Sexo de los pacientes	54.6%	39.2%	6.2%	100.0%
		% de Grado de depresion	47.3%	40.4%	20.0%	41.1%
		% del total	22.5%	16.1%	2.5%	41.1%
F		Recuento	59	56	24	139
		% Sexo de los pacientes	42.4%	40.3%	17.3%	100.0%
		% de Grado de depresion	52.7%	59.6%	80.0%	58.9%
		% del total	25.0%	23.7%	10.2%	58.9%
Total		Recuento	112	94	30	236
		% Sexo de los pacientes	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%
		% de Grado de depresion	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%

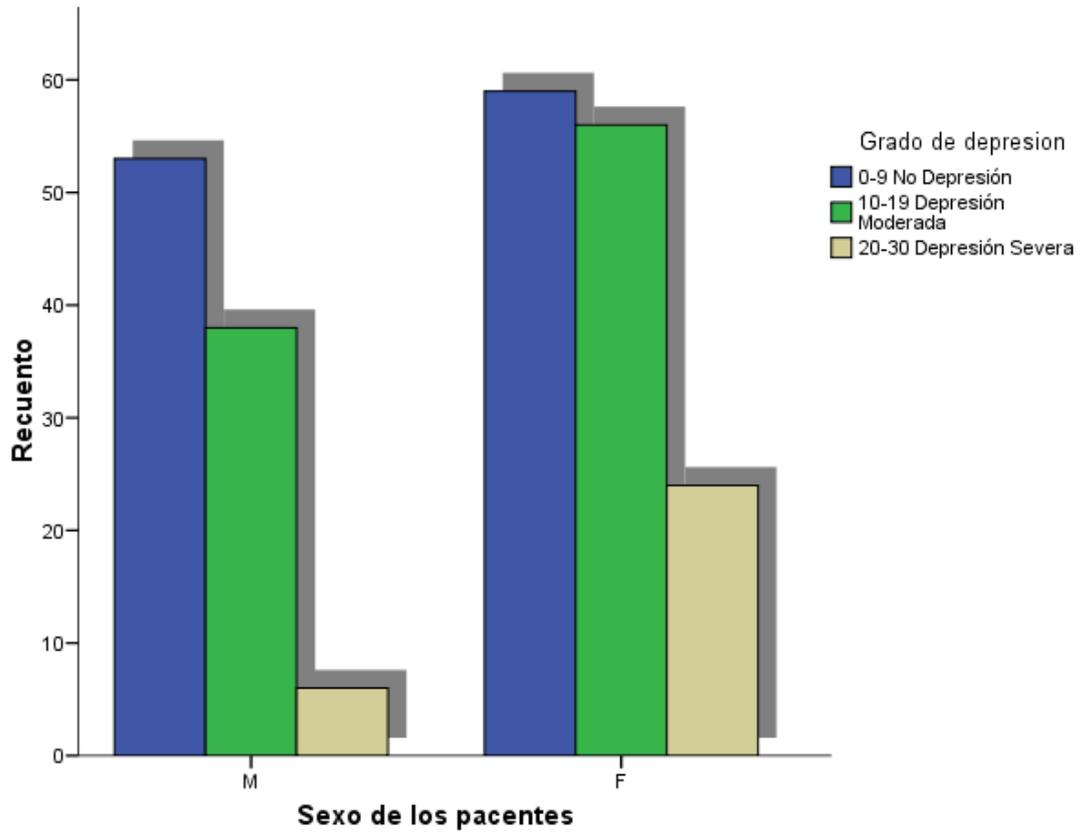
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 39

CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 39

Tabla No. 40

DISTRIBUCION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Tabla de contingencia por Estado civil y Grado de depresión

			Grado de depresion			Total
			0-9 No Depresión	10-19 Depresión Moderada	20-30 Depresión Severa	
Estado civil	Casada (o)	Recuento	87	69	23	179
		% de Estado civil	48.6%	38.5%	12.8%	100.0%
		% de Grado de depresion	77.7%	73.4%	76.7%	75.8%
		% del total	36.9%	29.2%	9.7%	75.8%
	Viuda (o)	Recuento	21	21	7	49
		% de Estado civil	42.9%	42.9%	14.3%	100.0%
		% de Grado de depresion	18.8%	22.3%	23.3%	20.8%
		% del total	8.9%	8.9%	3.0%	20.8%
	Divorciada (o) Separado	Recuento	2	3	0	5
		% de Estado civil	40.0%	60.0%	.0%	100.0%
		% de Grado de depresion	1.8%	3.2%	.0%	2.1%
		% del total	.8%	1.3%	.0%	2.1%
Soltera (o)	Recuento	2	1	0	3	
	% de Estado civil	66.7%	33.3%	.0%	100.0%	
	% de Grado de depresion	1.8%	1.1%	.0%	1.3%	
	% del total	.8%	.4%	.0%	1.3%	
Total	Recuento	112	94	30	236	
	% de Estado civil	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%	
	% de Grado de depresion	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%	

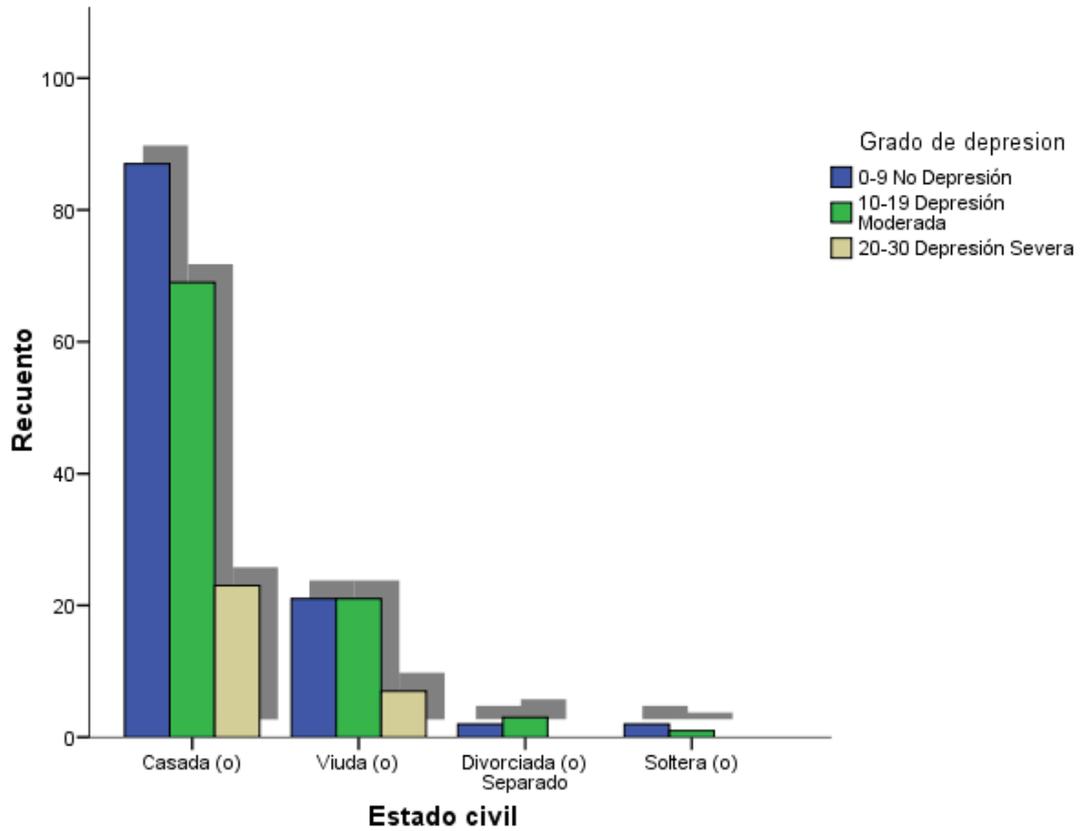
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 40

CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 40

Tabla No. 41

DISTRIBUCION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Tabla de contingencia por diagnostico de Hipertension y Grado de Depresion

			Grado de depresion			Total
			0-9 No Depresión	10-19 Depresión Moderada	20-30 Depresión Severa	
Hipertensión	NO	Recuento	49	46	15	110
		% de Hipertensión	44.5%	41.8%	13.6%	100.0%
		% de Grado de depresion	43.8%	48.9%	50.0%	46.6%
		% del total	20.8%	19.5%	6.4%	46.6%
	SI	Recuento	63	48	15	126
		% de Hipertensión	50.0%	38.1%	11.9%	100.0%
		% de Grado de depresion	56.3%	51.1%	50.0%	53.4%
		% del total	26.7%	20.3%	6.4%	53.4%
Total	Recuento	112	94	30	236	
	% de Hipertensión	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%	
	% de Grado de depresion	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%	

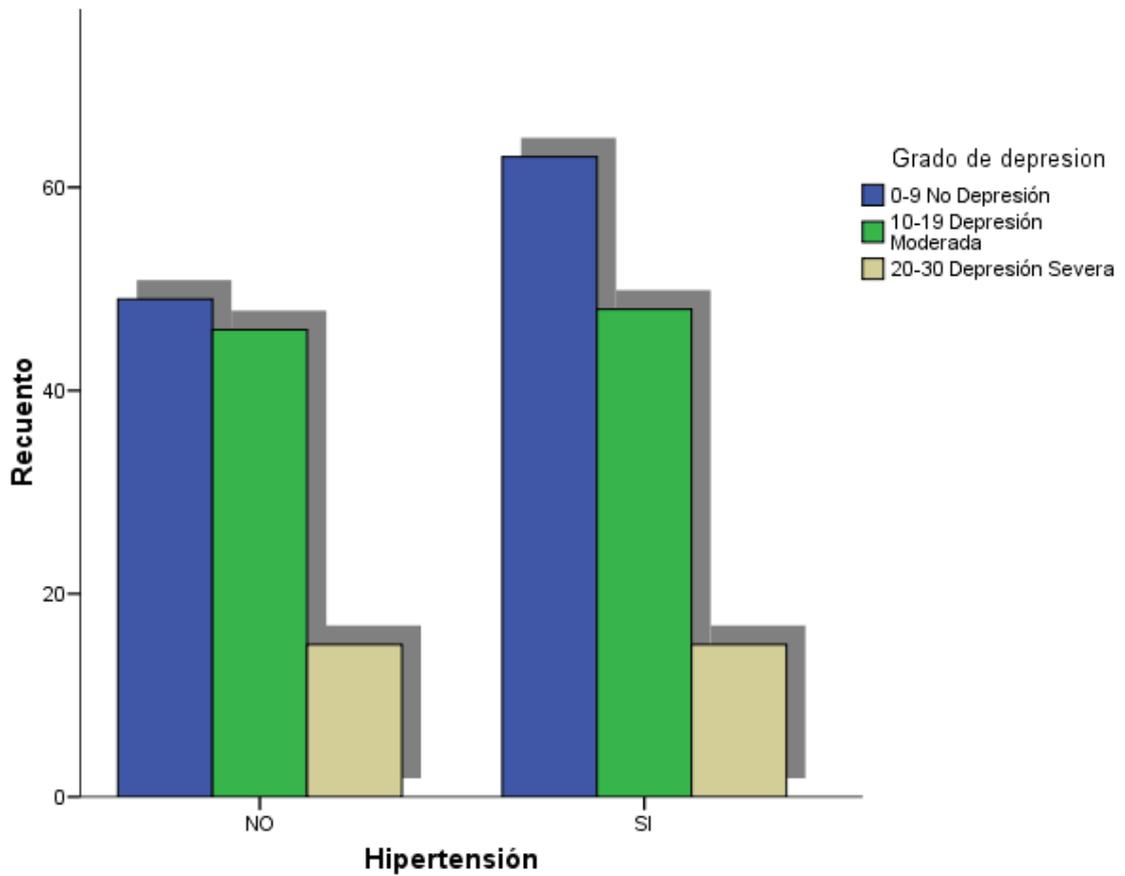
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 41

CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 41

Tabla No. 42

DISTRIBUCION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Tabla de contingencia por diagnostico de DM 2 y Grado de Depresion

			Grado de depresion			Total
			0-9 No Depresión	10-19 Depresión Moderada	20-30 Depresión Severa	
Diabetes Mellitus 2	NO	Recuento	81	64	23	168
		% de Diabetes Mellitus 2	48.2%	38.1%	13.7%	100.0%
		% de Grado de depresion	72.3%	68.1%	76.7%	71.2%
		% del total	34.3%	27.1%	9.7%	71.2%
	SI	Recuento	31	30	7	68
		% de Diabetes Mellitus 2	45.6%	44.1%	10.3%	100.0%
		% de Grado de depresion	27.7%	31.9%	23.3%	28.8%
		% del total	13.1%	12.7%	3.0%	28.8%
Total	Recuento	112	94	30	236	
	% de Diabetes Mellitus 2	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%	
	% de Grado de depresion	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%	

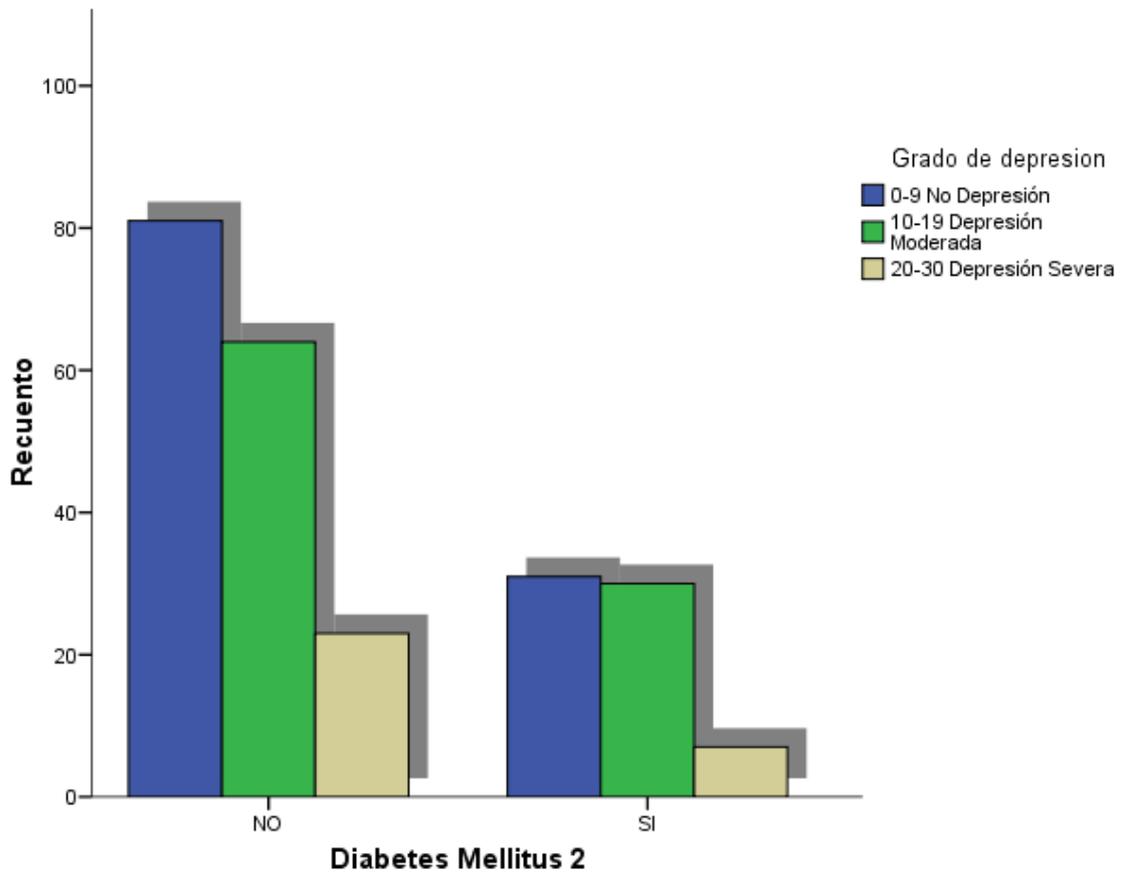
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 42

CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 42

Tabla No. 43

DISTRIBUCION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Tabla de contingencia por Actividad Deportiva y Grado de Depresion

			Grado de depresion			Total
			0-9 No Depresión	10-19 Depresión Moderada	20-30 Depresión Severa	
Actividades deportivas	NADA	Recuento	105	88	29	222
		% de Actividades deportivas	47.3%	39.6%	13.1%	100.0%
		% de Grado de depresion	93.8%	93.6%	96.7%	94.1%
		% del total	44.5%	37.3%	12.3%	94.1%
	CAMINATA	Recuento	7	6	1	14
		% de Actividades deportivas	50.0%	42.9%	7.1%	100.0%
		% de Grado de depresion	6.3%	6.4%	3.3%	5.9%
		% del total	3.0%	2.5%	.4%	5.9%
Total	Recuento	112	94	30	236	
	% de Actividades deportivas	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%	
	% de Grado de depresion	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%	

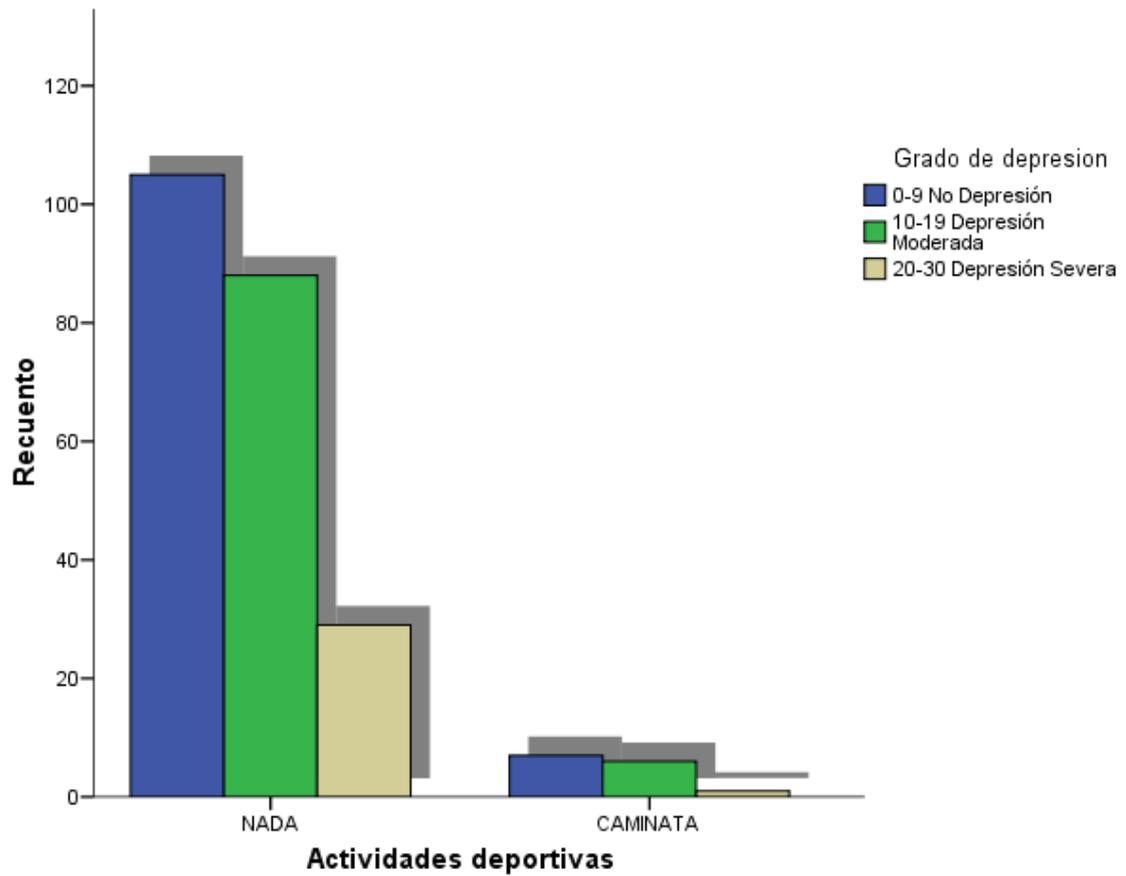
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 43

CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 43

Tabla No. 44

DISTRIBUCION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009

Tabla de contingencia de la variable Con Quien Vive ? y Grado de depresion

		Grado de depresion			Total	
		0-9 No Depresión	10-19 Depresión Moderada	20-30 Depresión Severa		
Con Quien Vive ?	Esposos (a) e Hijos	Recuento	9	11	4	24
		% de Con Quien Vive ?	37.5%	45.8%	16.7%	100.0%
		% de Grado de depresion	8.0%	11.7%	13.3%	10.2%
		% del total	3.8%	4.7%	1.7%	10.2%
	Esposos (a)	Recuento	55	37	14	106
		% de Con Quien Vive ?	51.9%	34.9%	13.2%	100.0%
		% de Grado de depresion	49.1%	39.4%	46.7%	44.9%
		% del total	23.3%	15.7%	5.9%	44.9%
	Hijos y Esposas	Recuento	12	11	3	26
		% de Con Quien Vive ?	46.2%	42.3%	11.5%	100.0%
		% de Grado de depresion	10.7%	11.7%	10.0%	11.0%
		% del total	5.1%	4.7%	1.3%	11.0%
Hijos y Esposos	Recuento	12	8	1	21	
	% de Con Quien Vive ?	57.1%	38.1%	4.8%	100.0%	
	% de Grado de depresion	10.7%	8.5%	3.3%	8.9%	
	% del total	5.1%	3.4%	.4%	8.9%	
Hijos	Recuento	10	13	3	26	
	% de Con Quien Vive ?	38.5%	50.0%	11.5%	100.0%	
	% de Grado de depresion	8.9%	13.8%	10.0%	11.0%	
	% del total	4.2%	5.5%	1.3%	11.0%	
Hijas	Recuento	7	9	5	21	
	% de Con Quien Vive ?	33.3%	42.9%	23.8%	100.0%	
	% de Grado de depresion	6.3%	9.6%	16.7%	8.9%	
	% del total	3.0%	3.8%	2.1%	8.9%	
Solo	Recuento	7	5	0	12	
	% de Con Quien Vive ?	58.3%	41.7%	.0%	100.0%	
	% de Grado de depresion	6.3%	5.3%	.0%	5.1%	
	% del total	3.0%	2.1%	.0%	5.1%	
Total	Recuento	112	94	30	236	
	% de Con Quien Vive ?	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%	
	% de Grado de depresion	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	47.5%	39.8%	12.7%	100.0%	

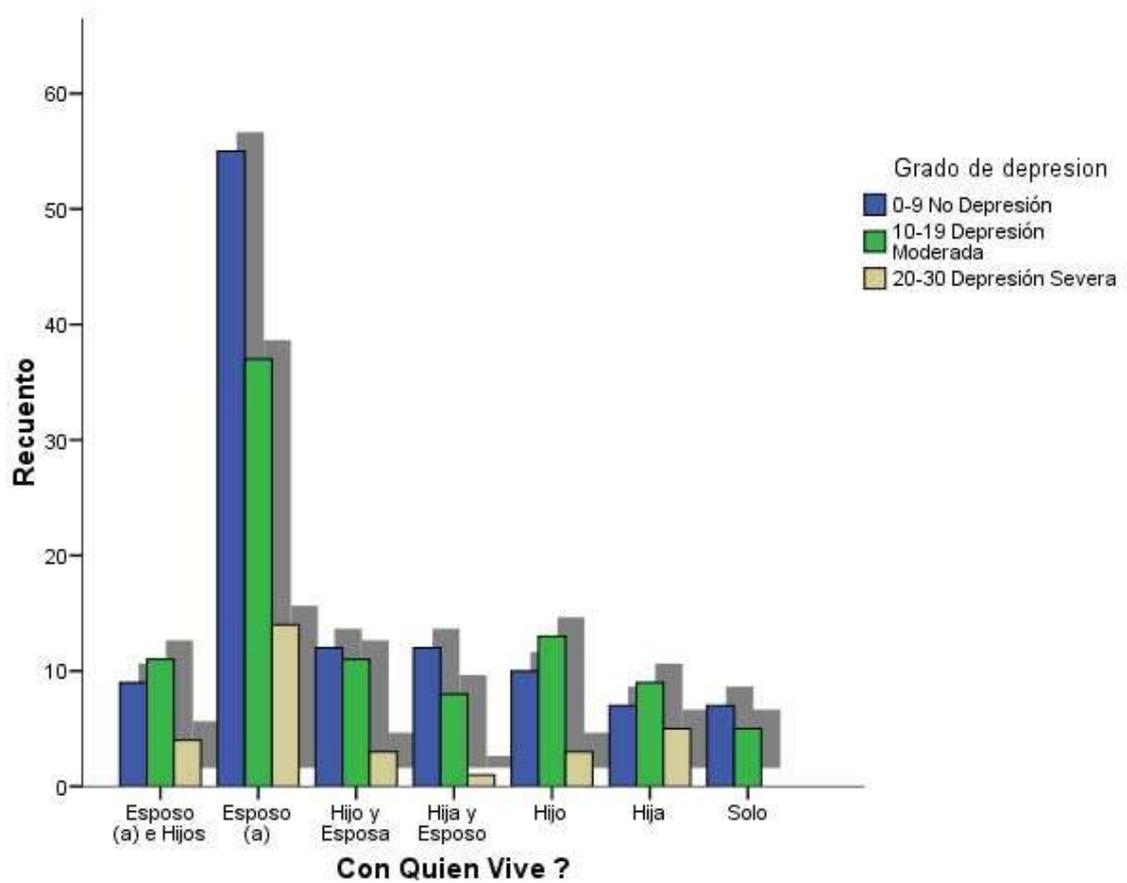
FUENTE: 236 Encuestas aplicadas a adultos mayores

Grafica No. 44

CALIFICACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

UMF No. 56 JILOTEPEC

NOV 2008 – ENE 2009



FUENTE: Tabla No. 44