



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL 20
AUTONOMA DE MEXICO 2EJ



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADEMICA

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
CD. JUAREZ, CHIH.

AUTOESTIMA EN EL PACIENTE SENIL

Trabajo que para obtener el diploma de
Especialista en Medicina Familiar
presenta:

FALLA DE ORIGEN

Dra. Leticia Camargo Nassar

1995

Cd. Juárez, Chih., A 20 de Enero de 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

**TRABAJO DE INVESTIGACION
PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

Dra. Leticia Camargo Nassar

20
28'

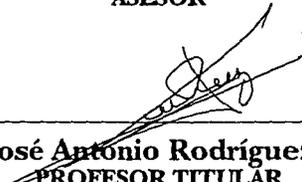
TESIS

**AUTOESTIMA
EN EL PACIENTE SENIL**



Lic. Javier A. Cabada Seañez
LIC. EN PSICOLOGIA
ASESOR





Dr. José Antonio Rodríguez Soto
PROFESOR TITULAR

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR
CD. JUAREZ, CHIH.
I.S.S.S.T.E.**



Dr. Héctor G. Arteaga Aceves
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR



**JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
I.S.S.S.T.E.**

09 NOV 1995

1995

AUTOESTIMA EN EL PACIENTE SENIL

**Tesis que para obtener el diploma
de Especialista en Medicina General Familiar**

PRESENTA

Dra. Leticia Camargo Nassar

AUTORIZACIONES



Dr. Juan José Mazón Ramírez
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



Dra. Ma. Del Rocio Noriega Garibay
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

**...Al Lic. Javier Cabada S.
Por sus conocimientos,
su tiempo,
su paciencia
y su apoyo**

GRACIAS!

EN LA RESIGANCION INFINITA HAY PAZ Y REPOSO; CUALQUIER PERSONA QUE LO DESEE, Y QUE NO SE HAYA DEGRADADO HASTA EL EXTREMO DE DESPRECIARSE A SI MISMO (LO QUE AUN ES MAS PELIGROSO QUE EL ORGULLO EXCESIVO) PUEDE APRENDER A REALIZAR ESE MOVIMIENTO QUE EN EL DOLOR QUE COMPORTA RECONCILIA CON LA EXISTENCIA. LA RESIGNACION INFINITA ES COMO ESA CAMISA QUE DESCRIBE EL CUENTO POPULAR: EL HILO ESTA TEJIDO ENTRE LAGRIMAS, LA TELA DECOLORADA CON LAGRIMAS Y LA CAMISA COSIDA EN LAGRIMAS, PERO POR ESO RESULTA MEJOR PROTECCION QUE EL HIERRO O EL ACERO. EL PUNTO DEBIL DE ESTE CUENTO ES QUE TAMBIEN UN TERCERO PUEDE HACERSE UNA CAMISA SEMEJANTE.

SOBRE ESA CUMBRE SE YERGUE ABRAHAM; EL ULTIMO ESTADIO QUE PIERDE DE VISTA ES EL DE LA RESIGNACION INFINITA . Sigue Adelante y alcanza definitivamente la fe.

SOREN KIERKEGAARD

INDICE TEMATICO

Antecedentes y marco de referencia	I
Planteamiento del problema	II
Justificación del problema	III
Objetivos	IV
Hipótesis	V
Diseño	VI
Material y Métodos	VII
Análisis de datos	VIII
Presentación de resultados	IX
Consideraciones éticas	X
Discusión	XI
Gráficas	XII
Anexos	XIII
Bibliografía	XIV

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

Desde los albores de la existencia humana, la etapa de la ancianidad en la vida del hombre ha sido objeto de encontrados pensamientos. Por una parte, el ser humano anhela prolongar al máximo su vida y por la otra, teme a la vejez.

La concepción que se tiene del hombre anciano ha cambiado sustancialmente conforme evolucionan las sociedades. En la antigüedad, el ser anciano representaba valores apreciados y aceptados por los miembros de las comunidades. El anciano se convertía en símbolo de sabiduría, experiencia, guía, prudencia y ecuanimidad. Para los romanos, la vejez era una de las fatalidades de la vida. La obra de Cicerón De Senectute es un ejemplo interesante sobre ésta actitud ante la última etapa de la vida.

Durante los períodos renacentista y barroco, y hasta comienzos del S. XIX, la vejez se consideró como sinónimo de decrepitud y melancolía. Esta actitud se ha ido transformando en los últimos 150 años para dar origen al concepto actual del anciano, el cual corresponde a una idea más romántica de dicha etapa, aquella que la considera como sinónimo de experiencia y sabiduría.

La expectativa de vida, desde la antigüedad hasta el siglo pasado, no era grande. La vida media de los hombres oscilaba entre los 30 y 40 años. Las enfermedades, el hambre, las epidemias y las guerras, condicionaban que los hombres murieran jóvenes; de ahí que se valorara a aquel que alcanzaba los 60 o 70 años. Los avances

científicos en las áreas de la medicina y la tecnología, han incrementado considerablemente el promedio de vida del hombre.

Con la evolución social, han quedado atrás creencias y conceptos, como aquella firmemente arraigada en la teología judeo-cristiana que rezaba: " el cuerpo es de satanáa, el alma del humano y el espíritu de Dios ". Se consideraba que en la medida en que el cuerpo se debilitaba, las pasiones y los placeres decrecían mientras que la razón emergía como rectora para encaminar los pasos de ésta trinidad a la reunión con su creador.

A partir de la Primera Guerra Mundial, la humanidad se dió cuenta de lo terrible que podía ser su nueva realidad. La inversión de roles y valores terminaron sepultando el romanticismo del siglo XIX para dar inicio a lo que Rutherford denominó el siglo sin Dios: el siglo XX.

En éste siglo, se empieza a enaltecer el confort y el consumo desenfrenado como valores supremos y símbolos de salud social. Se rinde pleitesía a conceptos que identifican lo material signo de bienestar y superación; en éste mundo, el alma se ha debilitado y el espíritu yace escondido; la razón decae y el viejo termina disminuyendo su autoestima en la medida en que pierde la posibilidad de lograr por sí mismo confort y consumo.

Actualmente, las tres cuartas partes de la población mundial viven agrupadas en ciudades en razón a las múltiples facilidades que encuentran para satisfacer los nuevos códigos de conducta que las mismas sociedades se establecen. Dado el ritmo de vida, el individuo desea desarrollar su potencial y prepararse para la ancianidad. El cliché común para el retiro reza: " Yo sólo deseo terminar mi vida tranquilo, aunque sea en un asilo ".

En la dinámica social actual, las personas ancianas ya no ocupan un lugar significativo dentro de las sociedades; la experiencia del anciano queda superada por los el ímpetu de la juventud. El sistema de valores del anciano choca con el actual, lo que genera conflictos entre los miembros de la familia y hace mas profunda la brecha generacional. En éste marco, el anciano

experimenta un sentimiento de inutilidad y deforma su pensamiento percibiéndose como una carga para su familia.

De ésta manera, el envejecer se ha transformado en sinónimo de soledad. Son muchas las personas ancianas que no mantienen contacto con sus hijos y que viven solos en sus viviendas. Para ellos, actos tan cotidianos como el cruzar una calle o subir alguna escalera, se transforman en temerarias pruebas de heroísmo.

Una prueba de que en nuestra sociedad actual no hay lugar para los ancianos, es el hecho de que no existen suficientes hospitales o centros de atención especializados en geriatría, ni viviendas o tiendas con instalaciones especiales para ellos. En el área productiva, cada vez son mas las empresas que prescindien de los servicios de personas ancianas para dar lugar a otras con mayores habilidades.

Dentro de éste sombrío panorama, en México, la realidad del anciano observa sus peculiaridades. A diferencia de otros países, en Mexico el individuo "nace y muere en casa". Los asilos para ancianos no son numerosos y sus poblaciones son reducidas. Entre la familia, la figura del abuelo es respetada y amada y dadas las condiciones socio-económicas actuales, el abuelo con frecuencia asume los roles paternos con respecto a la crianza de lo prole.

En Ciudad Juárez en particular, dada la influencia cultural del patrón de vida norteamericano, ésta apreciación peligra. Por éste motivo, es importante que revaloremos el rol y el papel del anciano porque éste auntiene mucho que darnos.

CARACTERISTICAS DEL ENVEJECIMIENTO

Manifestaciones físicas:

1era. infancia	0 - 6 años
Infancia	6 - 10 años
Pre-puberal	10 - 12 años
Adolescencia	12 - 18 años
Juventud	18 - 28 años
Adulthood	28 - 56 años
Ancianidad	56 - 70 años
Senectud	70 y mas

Como características relevantes del desarrollo del individuo se mencionan:

El hiperanabolismo y el hipercatabolismo se encuentran en el niño debido a su derroche de energía y elaboración continua de nuevos tejidos. En las personas ancianas, las posibilidades de consumo de energía son menores y el proceso de reconstrucción corporal cada vez mas deficiente.

El envejecimiento es un proceso que afecta diversos tejidos y funciones: se encuentran alteraciones morfológicas y bioquímicas, atrofia progresiva, menor adaptación y menor resistencia a infecciones.

Como marco comparativo se observa que una herida que cicatriza en 55 días a la edad de 40 años, toma 78 días a los 50 años y 100 días a los 60 años.

En la ancianidad, se presentan alteraciones de la agudeza visual y auditiva, el olfato se debilita pero el gusto se hace mas sensible a los alimentos azucarados. La estatura disminuye entre los 50 y 55 años de 3 a 4 cms. por compresión de las vertebras. Se presenta atrofia y disminución del tono y fuerza muscular; las articulaciones pierden movilidad y fuerza.

El aparato respiratorio sufre un proceso de atrofia con carraspeos de garganta, voz quebrada, sofocación y toz rebelde. Se presenta arterioesclerosis y disminución del volumen de contracción del músculo cardiaco.

El aparato digestivo también envejece: la cavidad bucal pierde los dientes, disminuye la secreción de ácido clorhídrico, la mucosa intestinal se atrofia y la digestibilidad no está garantizada. En el aparato urinario se encuentra esclerosis renal y la mayoría de los ancianos son portadores de una próstata patológica. Las glandulas endocrinas sufren disminución de peso, tamaño y número de células.

En lo que respecta a la sexualidad, Kinsey encontró que entre los individuos de 60 años el 5% eran sexualmente inactivos y a los 70 años, el 30%. La actividad sexual puede permanecer hasta una edad avanzada y encontrarse casos de masturbación y sueños eróticos hasta los 70 u 80 años.

Manifestaciones mentales.

Con el envejecimiento físico, las capacidades mentales tambien se ven disminuidas en su funcionamiento. De ésta manera, podemos encontrar que en la ancianidad, funciones tales como el

lenguaje, la memoria y la capacidad de juicio se ven deterioradas. Además, los ciclos de sueño y alimentación se alteran del mismo modo.

En conjunto, la regresión comienza hacia los 30 años; es ligera, aunque clara, a partir de los 50; se acentúa a partir de los 70; a los 80, la disminución de las capacidades alcanza casi el 50%.

Entre las causas que originan el deterioro mental, podemos identificar:

- a) El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.**
- b) El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales.**
- c) La transformación del medio familiar y la vida profesional.**
- d) Las reacciones del sujeto ante éstos factores.**

Con las deficiencias físicas disminuye la facultad de adaptación del individuo, mismo que a la vez, se aísla de su entorno. Este aislamiento le genera inseguridad y desconfianza. En éste periodo, es posible encontrar bien determinado cuadros de apatía, inactividad y desinterés general.

Sin embargo, el rasgo predominante que caracteriza al envejecimiento es el descenso de las funciones mnémicas. Los problemas en la evocación de recuerdos y de palabras al conversar, son los principales indicadores de ésta disfunción. La alteración de la memoria anterógrada y retrógrada es la fase final de éste ciclo.

La vida afectiva está constituida por las emociones y las actitudes. Las necesidades permanecen mientras dura la vida; solo sufren modificaciones cuantitativas y cualitativas. Sin embargo, existen dos necesidades que atormentan a las personas de edad avanzada:

- 1.- El habitat, pues al reducirse las posibilidades económicas puede exigirse un cambio de vivienda.**

2.- Los recursos económicos, pues el sentimiento de autonomía es reemplazado por el de dependencia.

A ésta edad, las emociones son experimentadas con mayor moderación, sin embargo, se produce a menudo una permeabilidad afectiva, caracterizada por una sensibilidad llorona o una alegría exagerada.

Existen rasgos colaterales que caracterizan a la ancianidad. Las modificaciones mas evidentes se refieren al caracter. Los individuos se transforman en autoritarios, impacientes, coléricos y negativos. La percepción del tiempo tambien se altera. Se tiene la impresión de que el tiempo transcurre demasiado rápido y se desearía frenarlo. El problema de la muerte se percibe de manera diferente: algunos le temen al grado de que los neuróticos sienten una viva aprehensión; otros sin embargo, esperan de ella la solución a sus problemas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema que representa una autoestima devaluada en el anciano, es multivariable. No depende sólo del hecho de envejecer, sino de como se envejece y que características tiene el entorno que rodea al anciano.

Los factores que abordamos como variables para la realización del estudio son:

- 1.- Escolaridad**
- 2.- Salud**
- 3.- Compañía**
- 4.- Comunicacion**
- 5.- Autosuficiencia**
- 6.- Actividad**
- 7.- Filiación social**
- 8.- Solvencia económica**

La interrelación positiva o negativa entre las variables, en su conjunto, nos determinaran el grado de autoestima que posea el sujeto.

JUSTIFICACION

Dadas las manifestaciones clínicas depresivas que hemos detectado en algunos pacientes ancianos a través de nuestro servicio de consulta externa, llamó poderosamente nuestra atención.

La percepción que de sí mismos tienen éstas personas, se convierte en el objeto de estudio de la presente investigación. Determinar que factores son los que condicionan éstos rasgos clínicos, nos pondrá en condiciones de ampliar el conocimiento y comprender mejor ésta etapa de la vida del hombre.

El resultado de nuestro estudio permitirá mejorar la atención prestada por nuestra Institución a éste segmento específico de la población.

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer el nivel de autoestima del paciente senil y los factores que lo determinan.

Objetivo Específico

Identificar de que manera se interrelacionan éstos factores en la manifestación del fenómeno.

HIPOTESIS

El envejecimiento del individuo es causa de manifestaciones depresivas y baja autoestima que se ve influida por factores que pueden ser modificados para mejorar la calidad de vida del paciente que se encuentra en ésta etapa.

DISEÑO

Area:	Socio-médica
Período:	Prospectivo
Evolución:	Transversal
Comparación:	Descriptivo
Participación:	Observacional

MATERIAL Y METODOS

Universo: Ancianos derechohabientes del ISSSTE

Universo de estudio: Ancianos mayores de 60 años (5321)

Tamaño de la muestra: 50 ancianos derechohabientes de la Institución

Criterio de selección: Ancianos derechohabientes del ISSSTE mayores de 60 años

Criterio de inclusión: Personas mayores de 60 años con capacidad para responder en forma verbal o escrita al test

Criterio de exclusión: Personas menores de 60 años

Criterio de eliminación: Incomprensión del test o influencia de terceros en las respuestas

INDICE DE SINDROME DE DEPRESION CLINICA:

Impresiones clinicas equivalentes globales:

49 O MENOS	DENTRO DE LO NORMAL, SIN PATOLOGIA
50 - 59	PRESENCIA DE DEPRESION MINIMA O LIGERA
60 - 69	PRESENCIA DE DEPRESION MODERADA O MARCADA
70 o MAS	DEPRESION SEVERA O EXTREMA

VARIABLES

Se utiliza como instrumento de medición alterno la escala del " Índice de SDC (Síndrome de depresión clínica) de W. W. Zung " para medir el grado de depresión del paciente. Este resultado se relacionará con las variables de:

- a) **Escolaridad**
- b) **Salud**
- c) **Compañía**
- d) **Comunicación**
- e) **Autosuficiencia**
- f) **Actividad**
- g) **Filiación social**
- h) **Solvencia económica**

a) Se refiere al grado de escolaridad del individuo. En el caso de aquellos que no completaron sus estudios, se agruparon en el nivel más próximo (primaria, secundaria, vacacional, profesional o estudios técnicos).

b) Se refiere a si el paciente ingiere medicamentos que le permitan dormir. Este factor se utiliza como variable ya que la alteración en el ciclo del sueño, condiciona trastornos específicos de la conducta.

c) Se refiere a la o las personas con las que vive el paciente.

d) Se refiere a la o las personas con las cuales el paciente entable mayor comunicación.

e) Aborda la cuestión acerca de si el paciente se percibe como una carga para su familia. Trata de medir el grado de dependencia psicológica del individuo con respecto a sus seres queridos.

f) Se refiere a si el paciente realiza alguna actividad productiva o recreativa.

g) Se refiere a si el paciente pertenece a algún club o grupo social.

h) Aborda la autonomía económica del sujeto. Se valora la influencia que representa la fuente de ingresos económicos con la depresión.

Procedimiento

Se aplicará el test de Síndrome de Depresión Clínica a una muestra compuesta por un grupo de 50 personas mayores de 60 años que acuden a consulta externa en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE. En la misma sesión, se aplicará el instrumento de medición diseñado exclusivamente para la realización de ésta investigación.

Se buscan índices de correlación entre los factores considerados en el instrumento de medición.

Cronograma

Diseño del instrumento de medición:	Agosto 1994
Recopilación de datos bibliográficos:	Septiembre 1994
Aplicación de la batería de tests:	Octubre de 1994
Procesamiento de datos:	Noviembre 1994
Integración de la investigación:	Diciembre 1994
Presentación:	Enero 1995

Recursos utilizados

Humanos:

Autor
Asesor
Trabajadora social

Materiales:

Tests
Sala
Equipo de computación
Equipo de oficina

Económicos:

Los necesarios

ANALISIS DE DATOS

HOMBRES MUJERES

Escolaridad:

a) Primaria	17	13
b) Secundaria	5	2
c) Vocacional		1
d) Profesional		2
e) Técnica		3
f) No tiene	3	4

Con quién vive:

a) Esposa (o)	11	4
b) Hijos	3	8
c) Solos	1	1
d) Asilo	10	10
e) Otros		3

Con quién tiene mas comunicación:

a) Familiares	18	18
b) Amigos	12	15
c) Nadie	1	

Siente ser una carga para su familia:

a) Si	0	0
b) No	21	22
c) A veces	4	3

Ingiere algún medicamento para dormir:

a)	Si	0	4
b)	No	24	18
c)	A veces	1	3

Tiene alguna actividad:

a)	No	10	9
b)	Si	1	12
c)	Recreativa	5	1
e)	Trabajo	9	3

Pertenece a algún grupo social:

a)	Si	2	7
b)	No	23	15
c)	No contesto	0	3

De donde provienen sus ingresos:

a)	Actividad propia	7	1
b)	Pensión	5	7
c)	Familia	10	12
d)	No contesto	3	6

Nota aclaratoria: Algunas sumatorias no coinciden con el total de la muestra ya que algunos sujetos contestaron afirmativamente a 1 o 2 respuestas de las variables.

PRESENTACION DE RESULTADOS

	m	f	total
Sin depresión	4	8	12
Depresión mínima	11	4	15
Depresión moderada	8	10	18
Depresión severa	2	3	5
	25	25	50

De la muestra seleccionada, el número de pacientes de ambos sexos fué el mismo. Los resultados generales del estudio nos muestran que del total de la muestra, sólo el 24% no refirió problemas depresivos, el 30% refirió depresión, el 36% moderada y el 10% se identificó bajo una depresión severa.

Del total de personas que no manifestaron síntomas depresivos, el 66% eran mujeres y de aquellos que se encontraron bajo depresión severa, el 40% eran hombres.

Para correlacionar efectivamente los factores considerados en el instrumento de medición, sólo se analizaron aquellos segmentos de la muestra que fueron clasificados como sin depresión y bajo depresión severa, mismos que equivalen al 34% del total de la muestra.

Escolaridad:

Del total de la muestra, el 68% de la muestra masculino refirió estudios de primaria contra el 52% de las mujeres.

De los pacientes que no refirieron síntomas depresivos, el 100% de los hombres solo cursó primaria, mientras que el 50% de las mujeres tienen estudios de secundaria o superiores. De las mujeres, sólo el 12.5% refirió no tener estudios.

De los pacientes bajo depresión severa, el 100% (hombres y mujeres) tienen solamente estudios de primaria.

Considerando que tanto la población masculina que no refiere depresión y la que refleja depresión severa tienen todos escolaridad primaria, descartamos a la baja escolaridad como un factor condicionante de la depresión a edad avanzada.

Salud:

Del total de la muestra, el 96% de los hombres y el 72% de las mujeres manifiestan que no ingieren medicamentos para dormir.

De los pacientes sin depresión, el 100% de los hombres y el 75% de las mujeres no consumen medicamentos.

De los pacientes bajo depresión severa, el 80% de ambos sexos manifiesta que no los consume.

Considerando que no existe un índice significativo que permita asociar a la ingestión de medicamentos para dormir con la depresión, descartamos a ésta variable como factor condicionante de la depresión.

Compañía:

Del total de la muestra, el 40% de los hombres viven en un asilo contra el 38% de las mujeres.

De los pacientes que no refieren depresión, el 42% viven en asilo.

De los pacientes bajo depresión severa, el 80% vive recluso en un asilo.

De ésta manera, podemos determinar que el hecho de que los pacientes seniles vivan en asilos, sí es condicionante de manifestaciones clínicas depresivas.

Comunicacion:

Del total de la muestra, solo el 1.5% refiere que no mantiene comunicación con nadie. El 56.5% refiere que se comunica mas frecuentemente con familiares mientras que el 42% restante lo hace con amistades.

De las personas sin depresión, todo mundo establece algún tipo de comunicación ya sea con familiares o amigos.

De los deprimidos severamente, el 20% de la población no se comunica con nadie.

Analizando éstas cantidades, determinados que el nivel de comunicación que mantiene el anciano no es significativo en la genesis de la depresión.

Autosuficiencia:

Del total de la muestra, el 14% manifiesta que si se perciben como una carga para la familia.

De los segmentos sin depresión y bajo depresión severa, no se manifiestan porcentajes significativos.

Por lo tanto, podemos concluir que tanto las personas que se manifiestan sin depresión como aquellas que están severamente deprimidas no se perciben como una carga para sus familias.

Actividad:

Del total de la muestra, el 48% de las mujeres y el 40% de los hombres, manifiestan que no realizan actividad alguna.

De los pacientes sin depresión, sólo el 25% refirió que no hace nada.

De los pacientes bajo depresión severa, el 80% no realiza actividad productiva alguna.

Con éstos datos podemos concluir que afecta negativamente sobre el estado de ánimo del anciano el no dedicarse a labor alguna. Por lo tanto, la inactividad si es condicionante de síntomas depresivos.

Filiación social:

Del total de la muestra, el 92% de los hombres no pertenece a algún grupo social, mientras que el 60% de las mujeres tampoco lo hacen.

De los segmentos sin depresión y bajo depresión severa, no se detectan porcentajes significativos, por lo tanto concluimos que el pertenecer o no a algún grupo o club social no es factor determinante de depresión.

Solvencia económica:

Del total de la muestra, el 28% de los hombres realiza alguna actividad que le genera ingresos, mientras que sólo el 4% de las

mujeres lo hace. Al 43% del total (hombres y mujeres), los mantiene la familia.

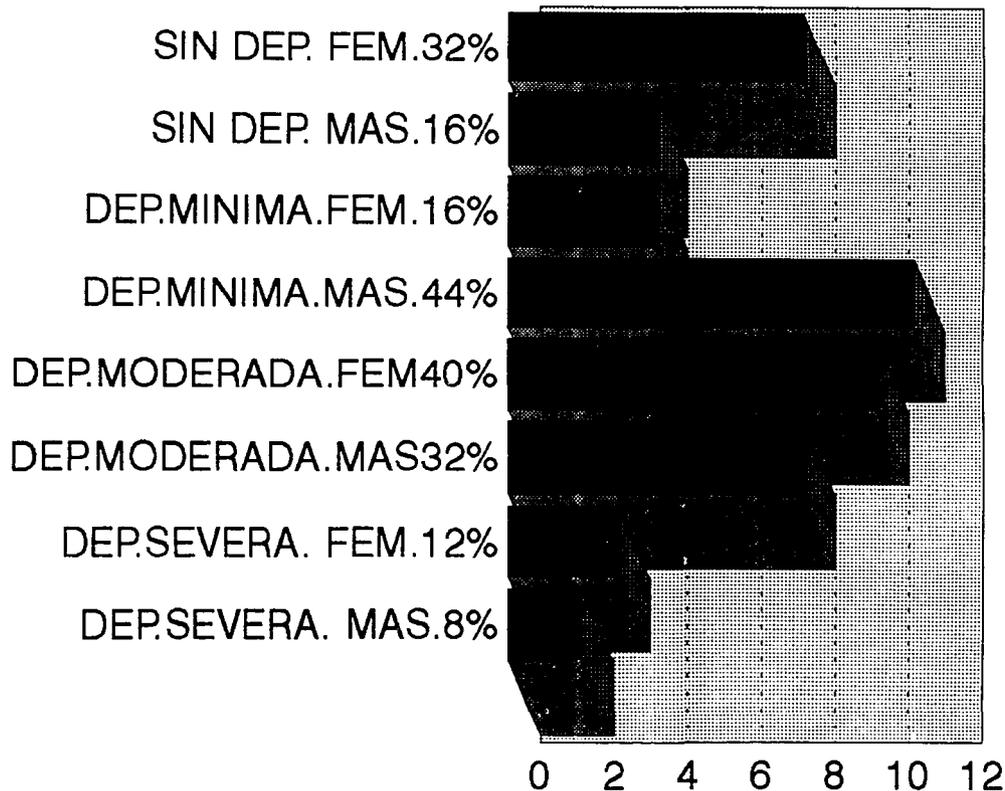
De los pacientes sin depresión, todos reciben algún tipo de ingresos.

De los pacientes bajo depresión severa, el 80% no tienen fuente de ingresos.

Considerando lo anterior, concluimos que el hecho de no contar con una fuente propia de ingresos, sí es condicionante de síntomas depresivos en el anciano.

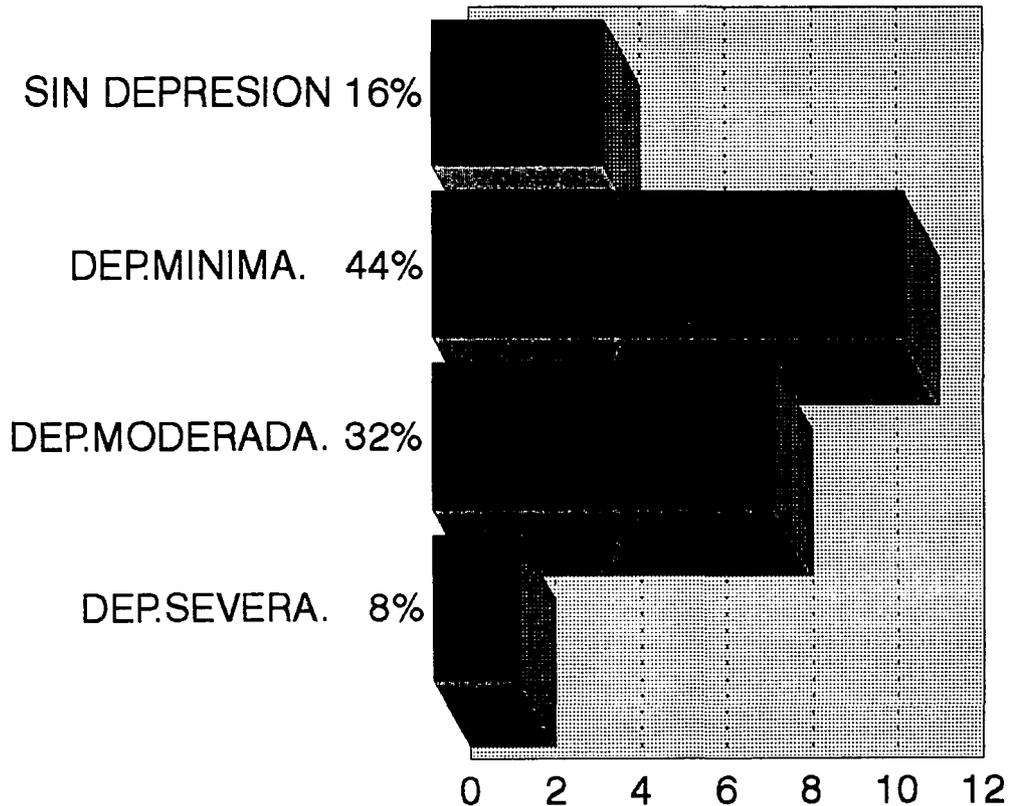
CALIFICACION PROMEDIO S.D.C.

FEMENINO-MASCULINO.



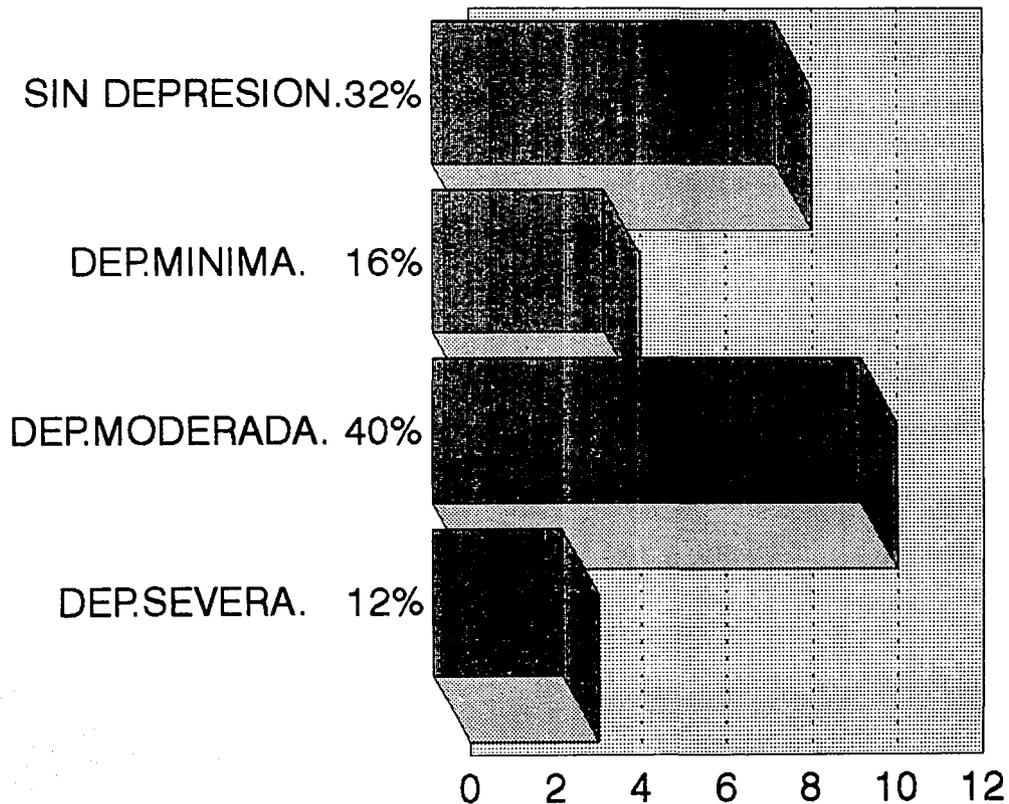
PROMEDIO DE CALIFICACION S.D.C.

HOMBRES



■ Series 1

PROMEDIO DE CALIFICACION S.D.C. FEMENINO.

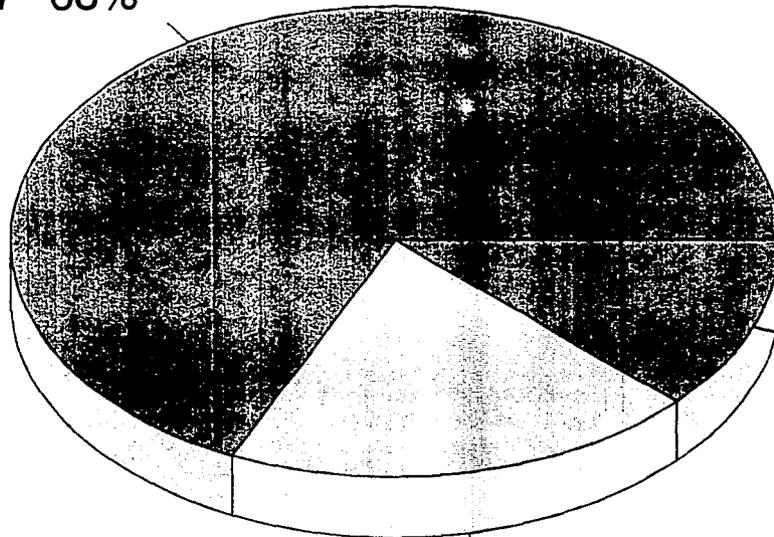


ESCOLARIDAD.

HOMBRES.

PRIMARIA.

17 68%



NO TIENE.

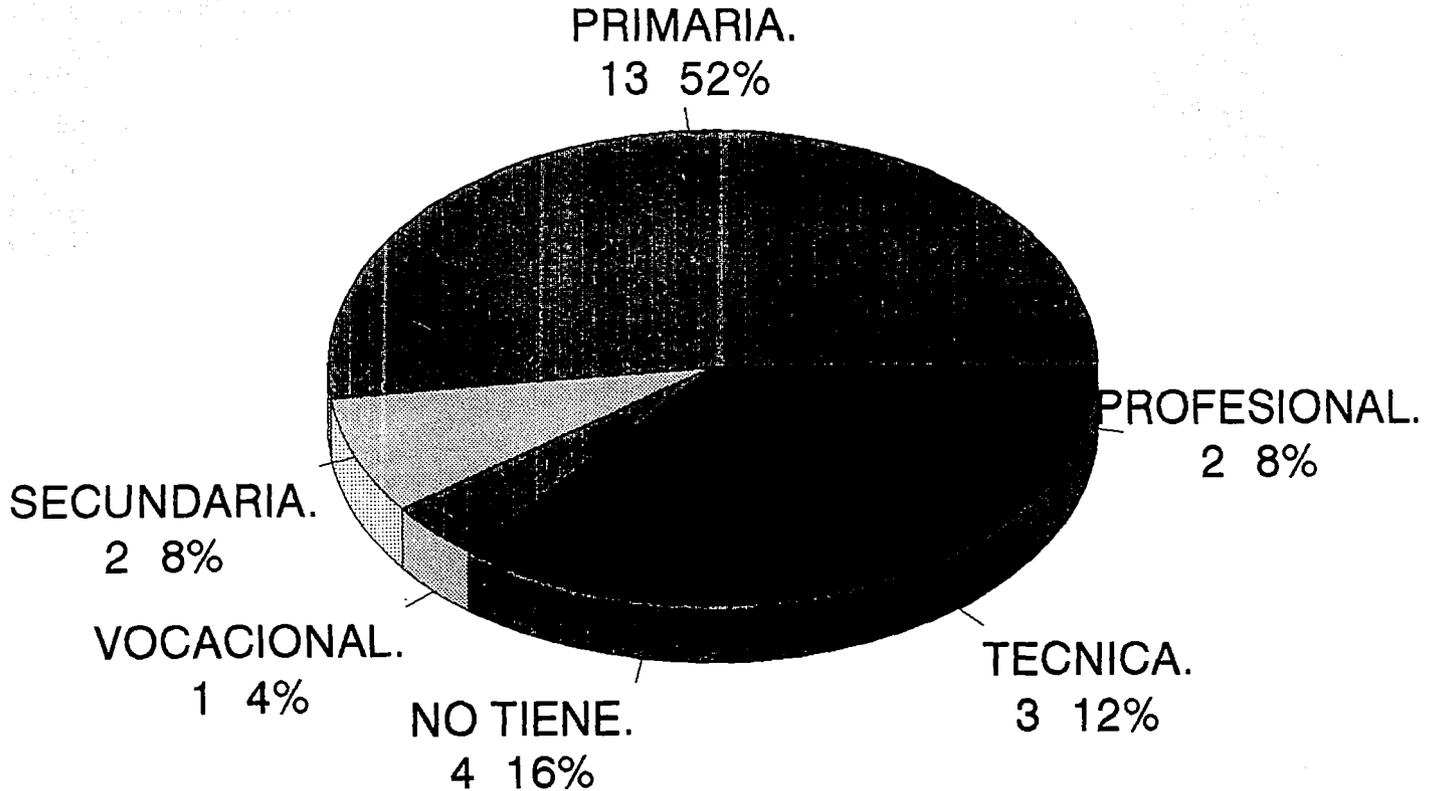
3 12%

SECUNDARIA.

5 20%

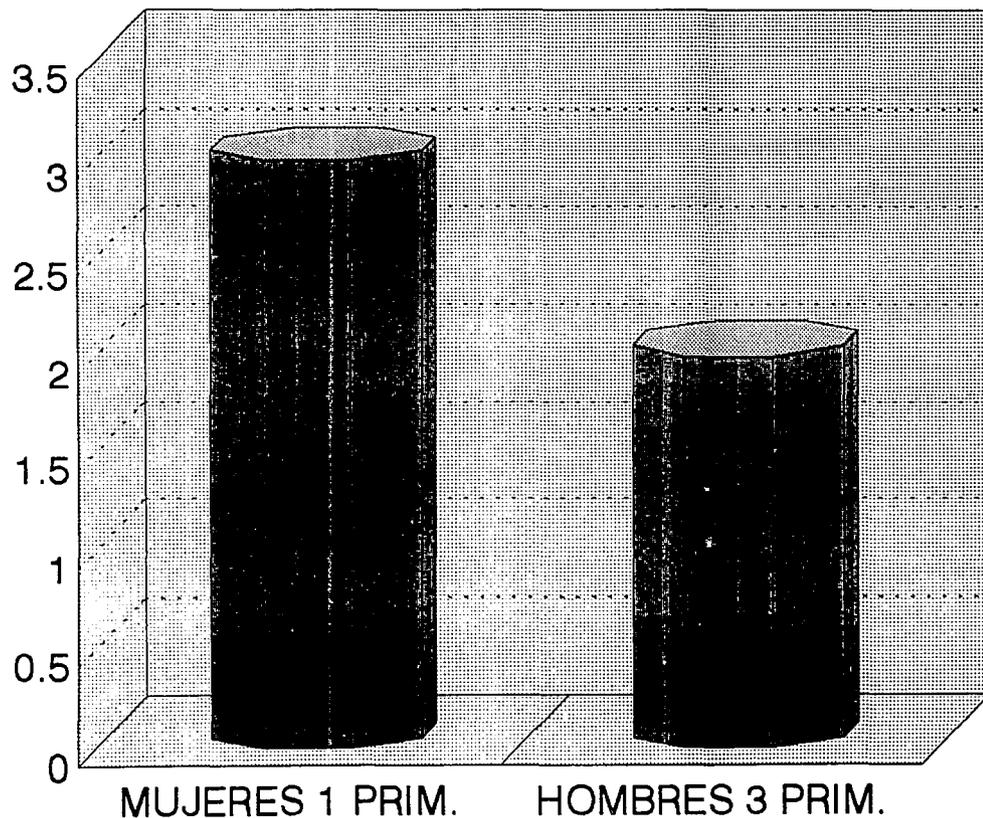
ESCOLARIDAD.

FEMENINO.

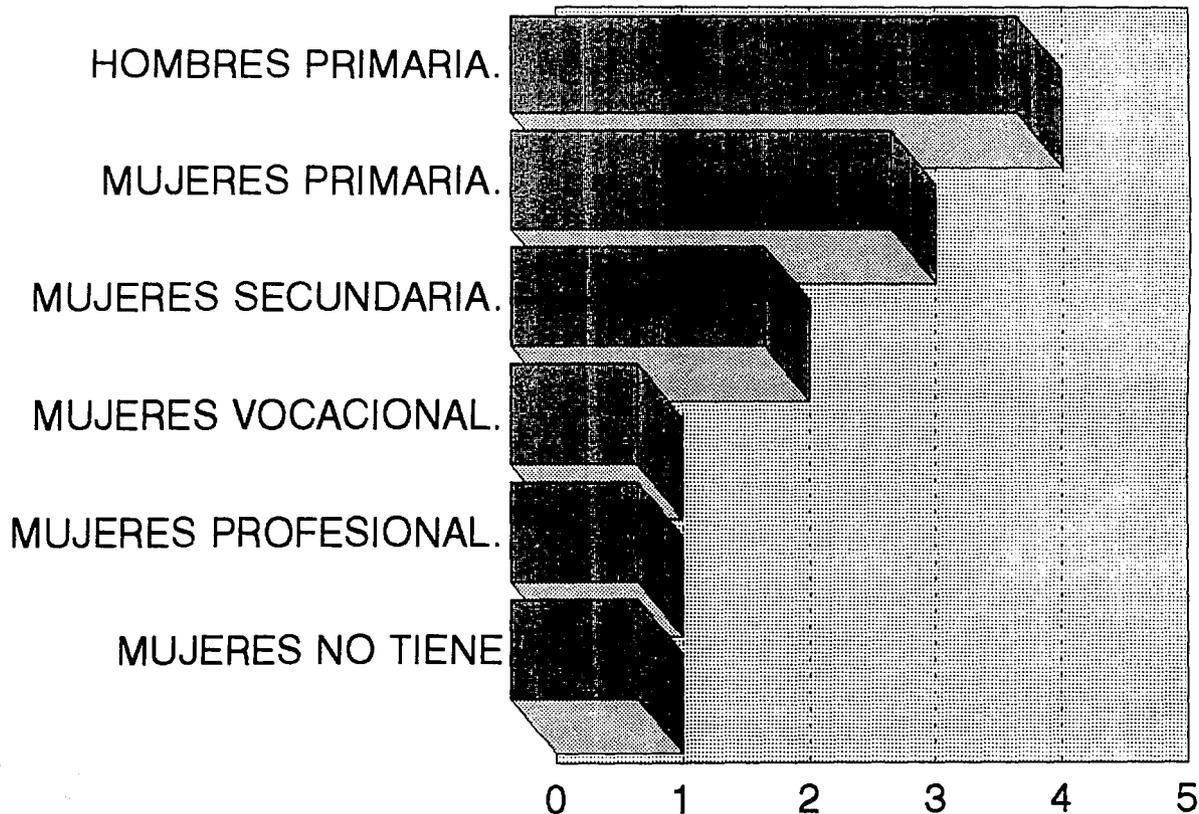


ESCOLARIDAD HOMBRES-MUJERES.

DEPRESION SEVERA.

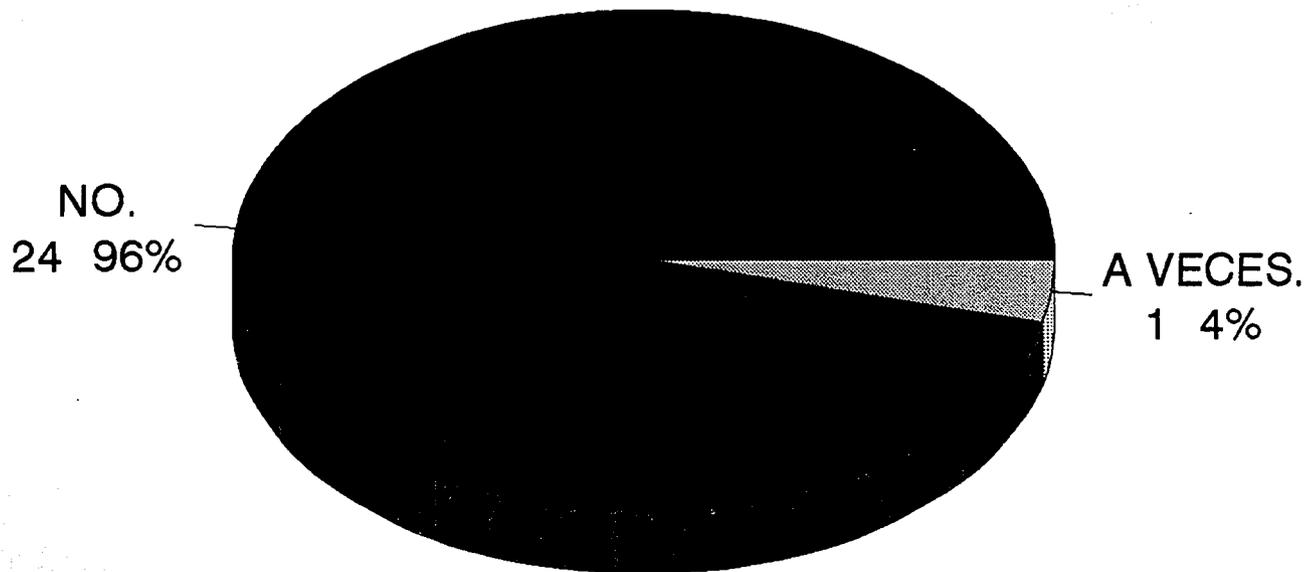


ESCOLARIDAD HOMBRES-MUJERES. SIN DEPRESION.

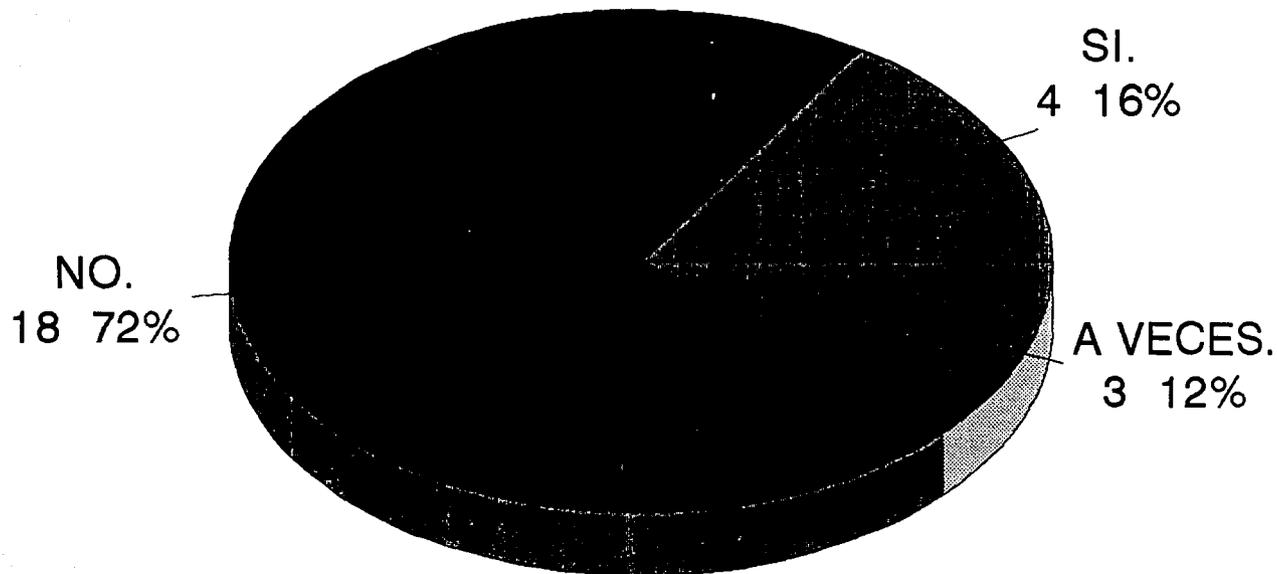


TOMA ALGUN MEDICAMENTO PARA DORMIR.

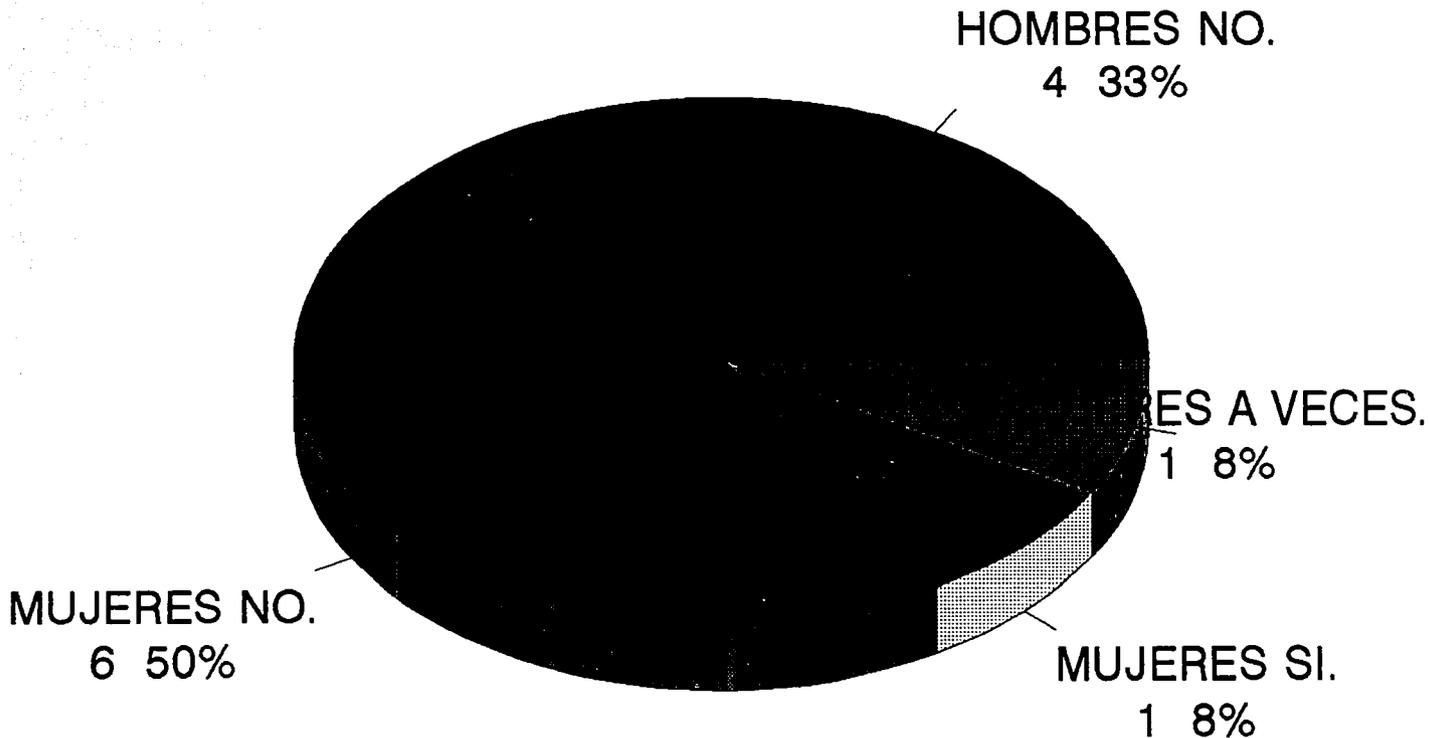
MASCULINO.



TOMA ALGUN MEDICAMENTO PARA DORMIR. FEMENINO.

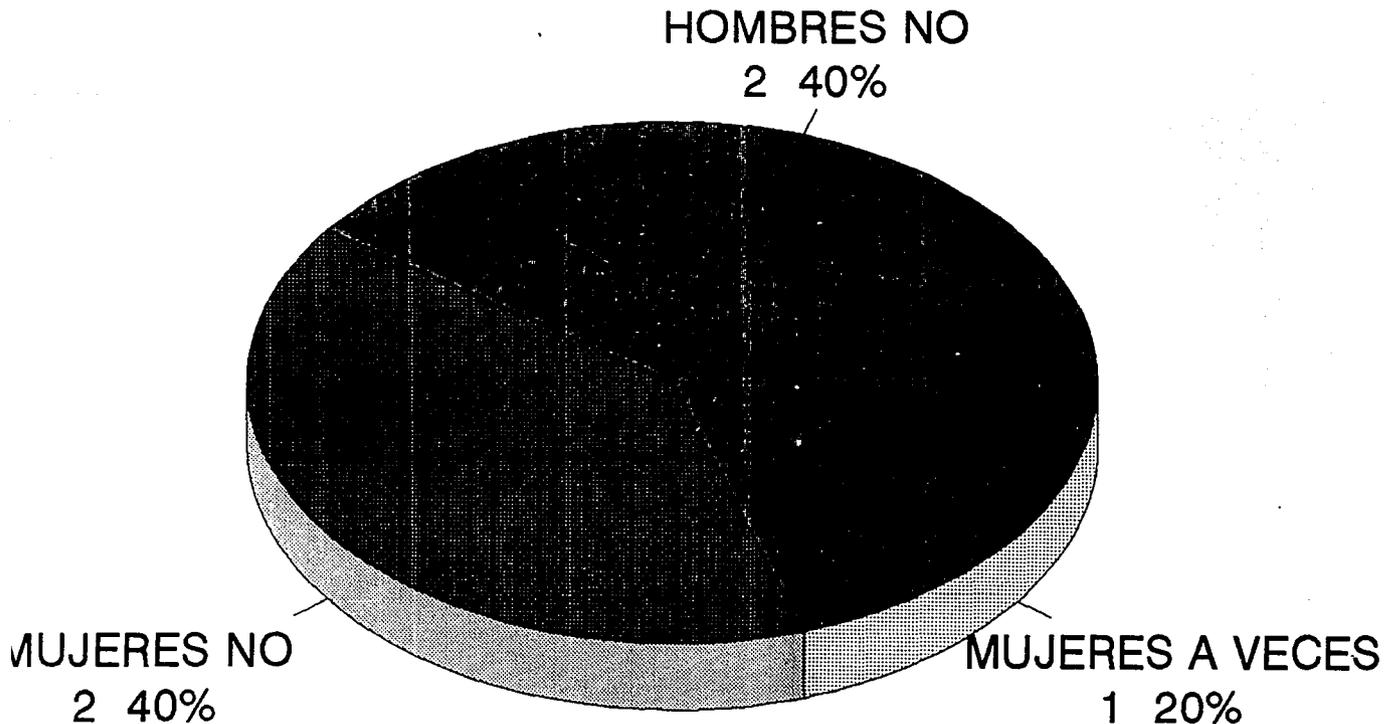


TOMA MEDICAMENTO PARA DORMIR, HOMBRES-MUJERES. SIN DEPRESION.



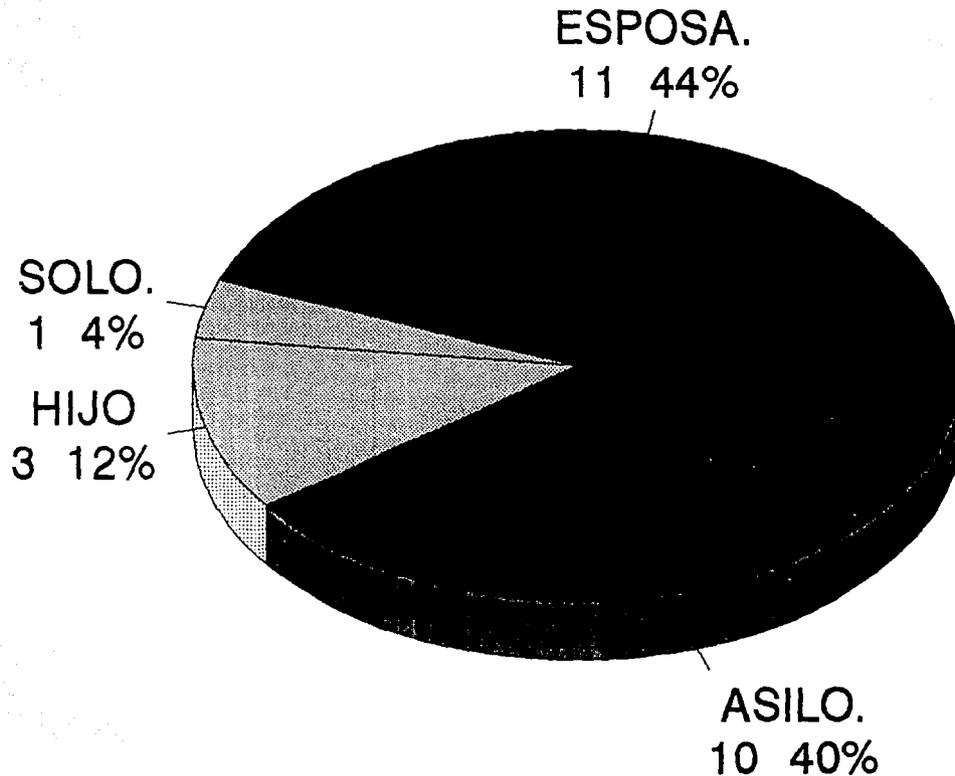
TOMA MEDICAMENTO PARA DORMIR, HOMBRES-MUJERES.

DEPRESION SEVERA.



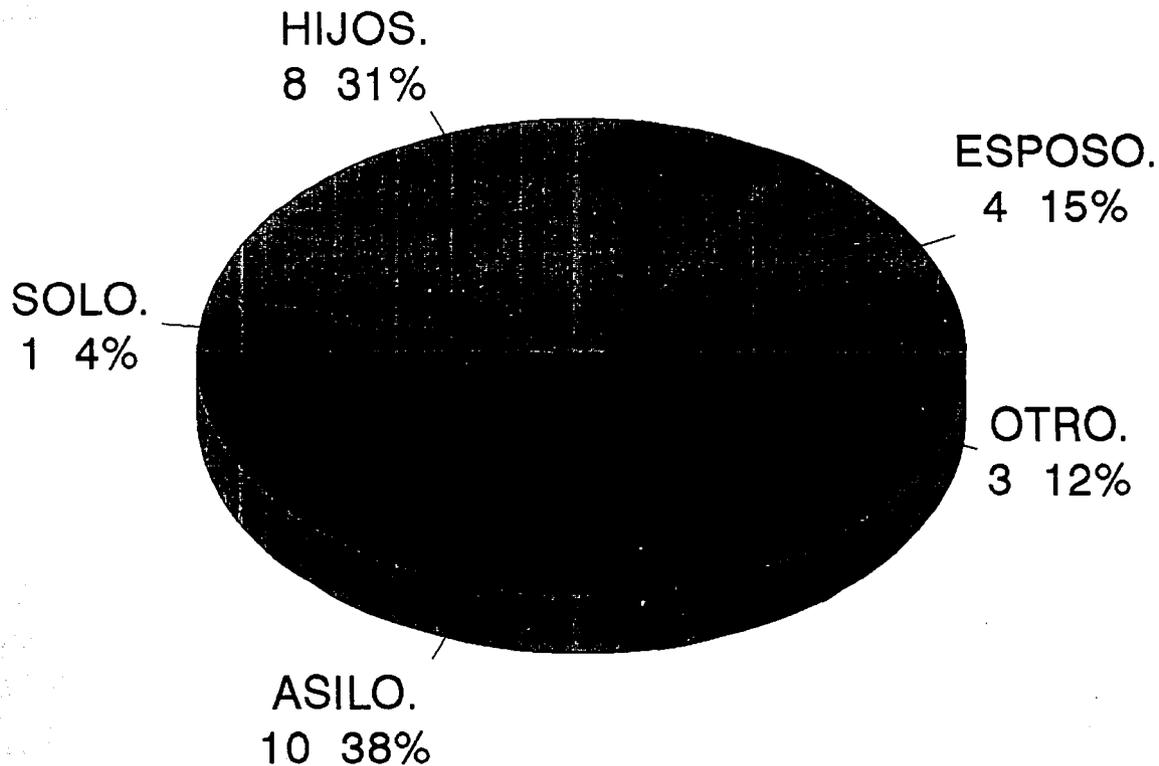
CON QUIEN VIVE.

MASCULINO.



CON QUIEN VIVE.

FEMENINO.



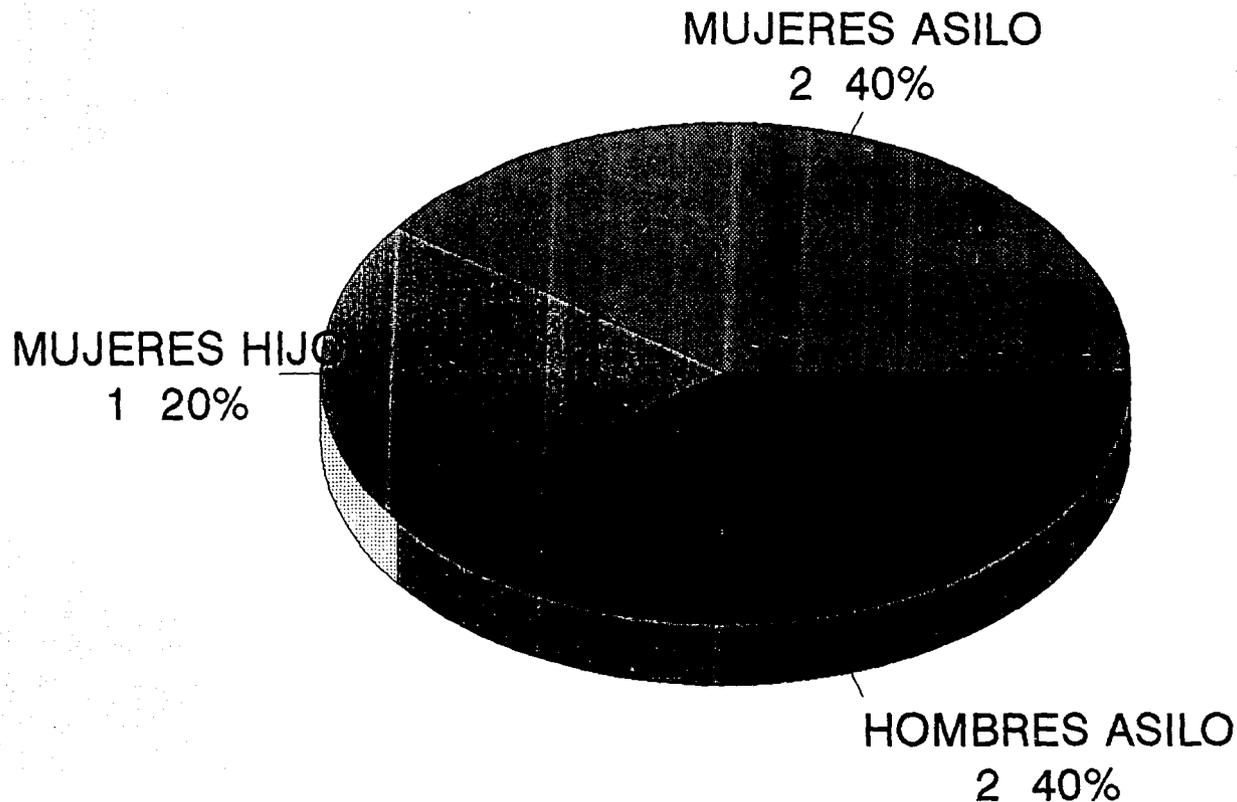
CON QUIEN VIVE HOMBRES-MUJERES.

SIN DEPRESION.

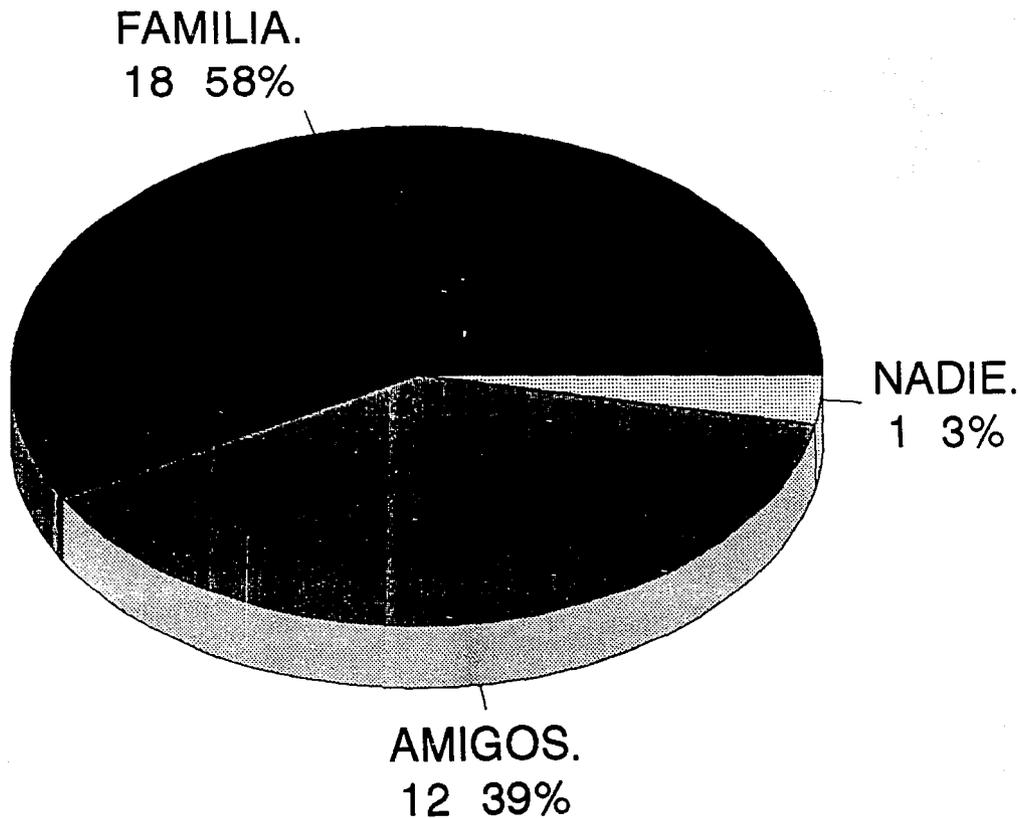


CON QUIEN VIVE, HOMBRES-MUJERES

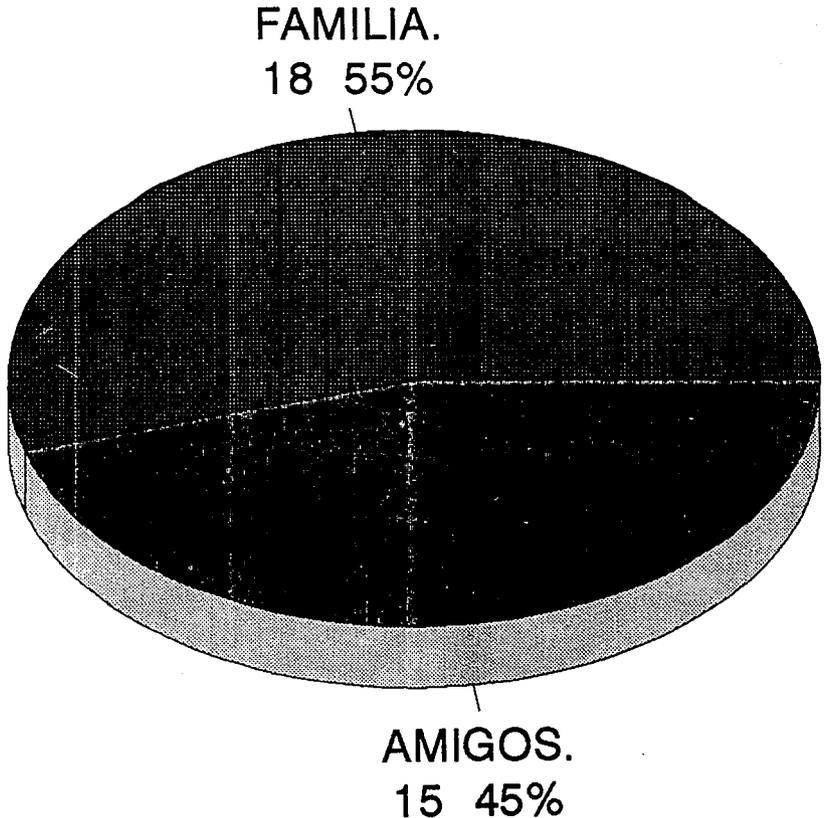
DEPRESION SEVERA.



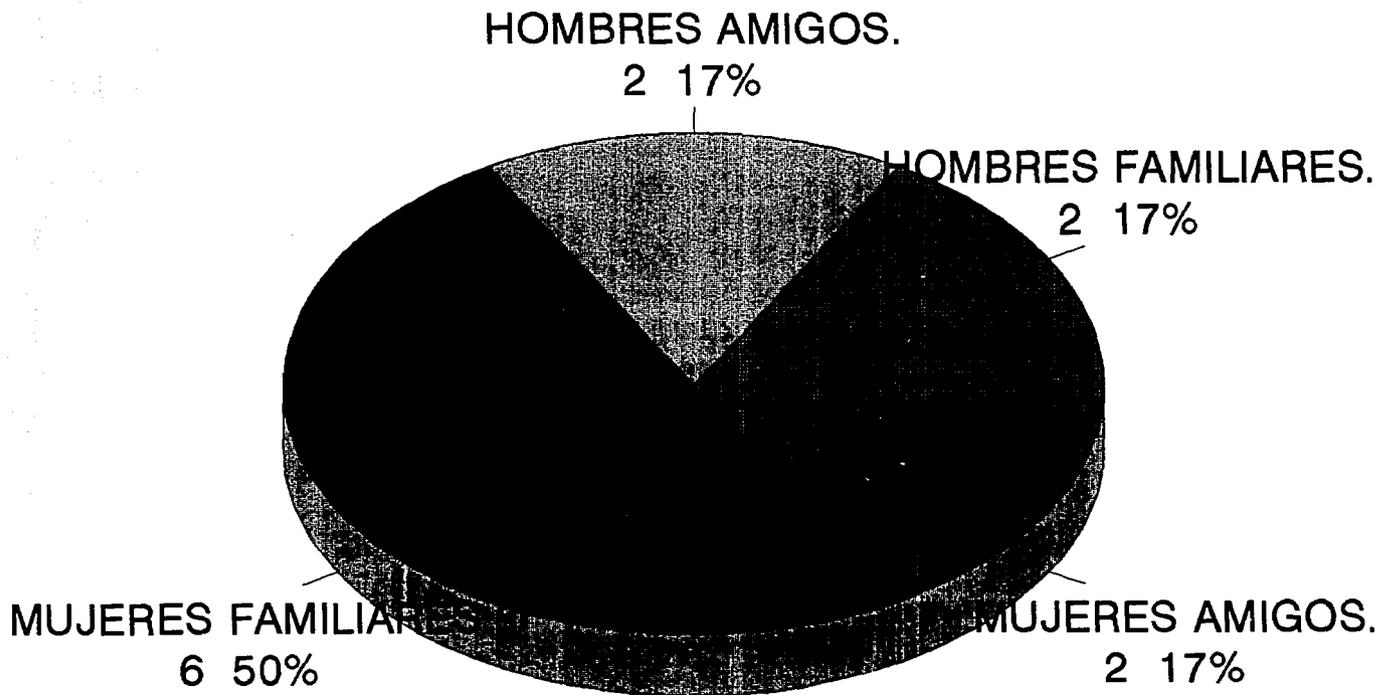
CON QUIEN TIENE MAS COMUNICACION. MASCULINO.



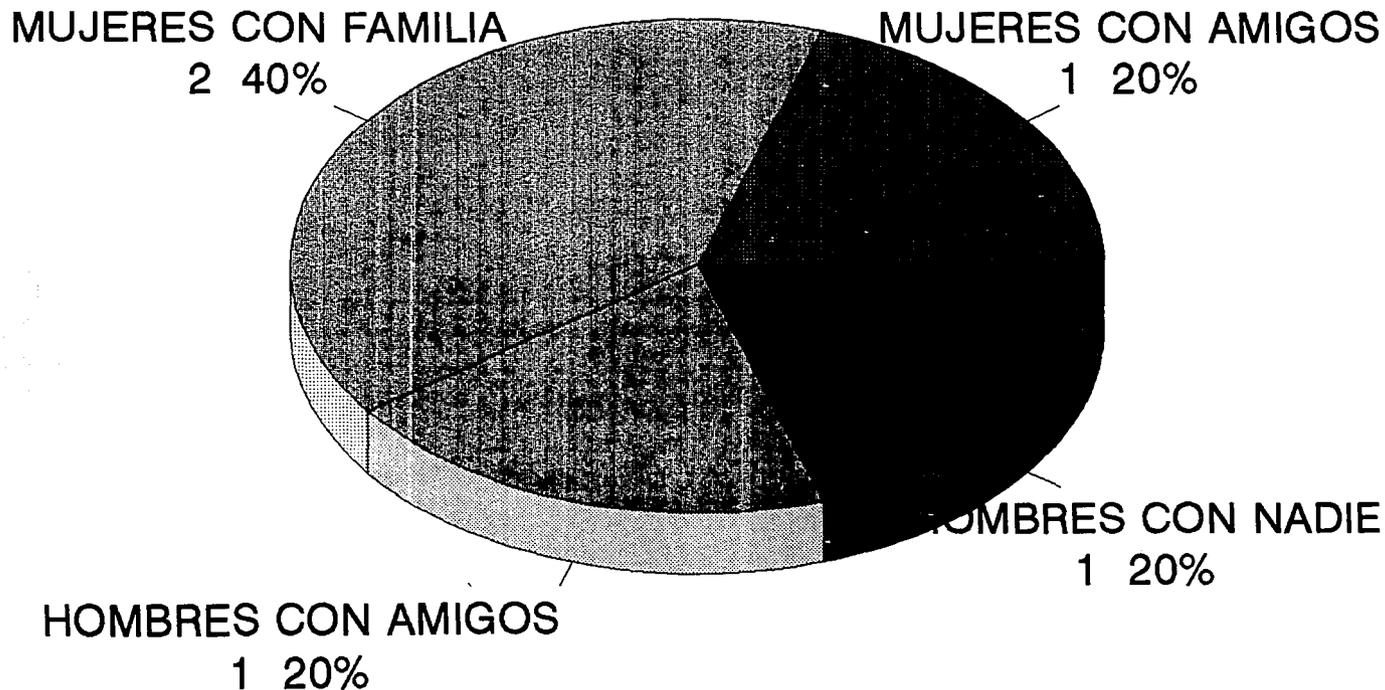
CON QUIEN TIENE MAS COMUNICACION. FEMENINO.



CON QUIEN TIENE COMUNICACION, HOMBRES-MUJERES. SIN DEPRESION.



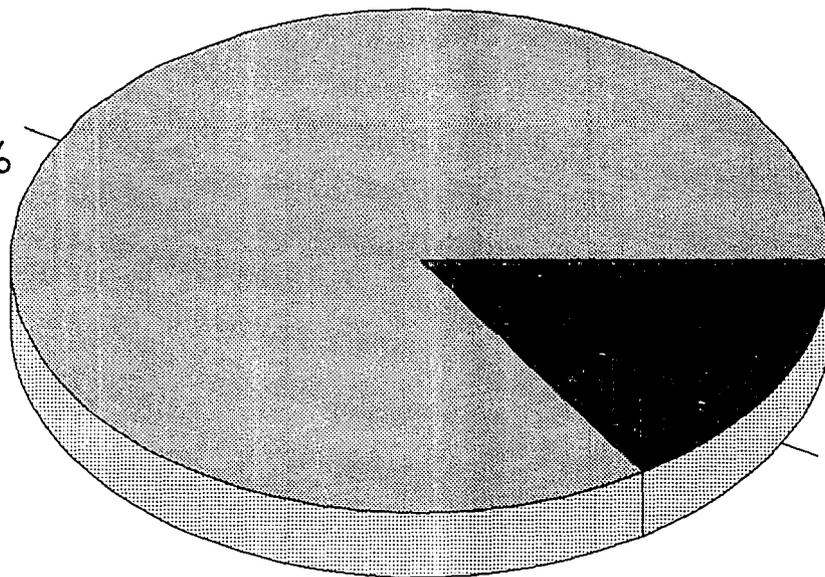
CON QUIEN TIENE COMUNICACION HOMBRES-MUJERES. DEPRESION SEVERA.



SIENTE SER UNA CARGA PARA SU FAMILIA

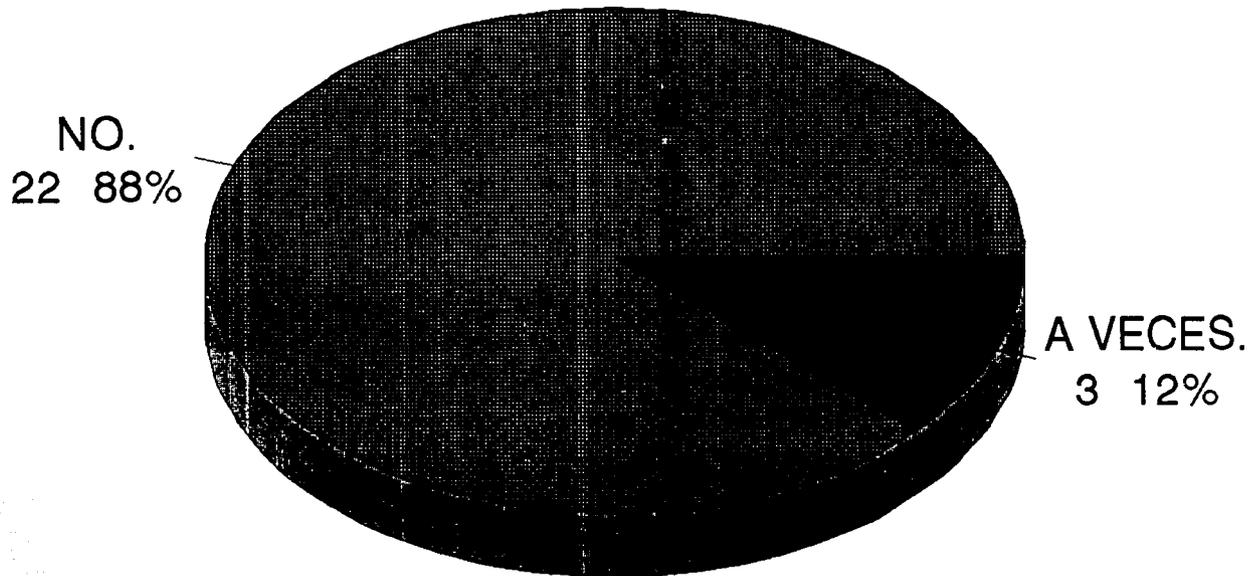
MASCULINOS.

NO.
21 84%

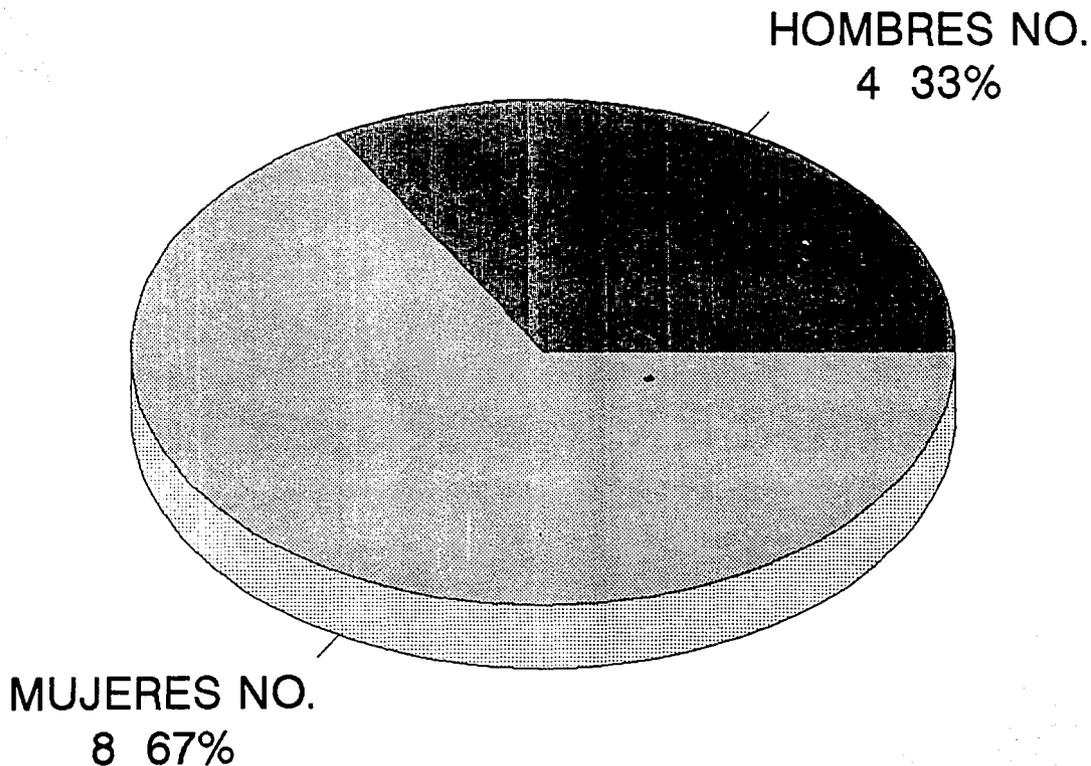


A VECES.
4 16%

SIENTE SER UNA CARGA PARA SU FAMILIA FEMENINO.

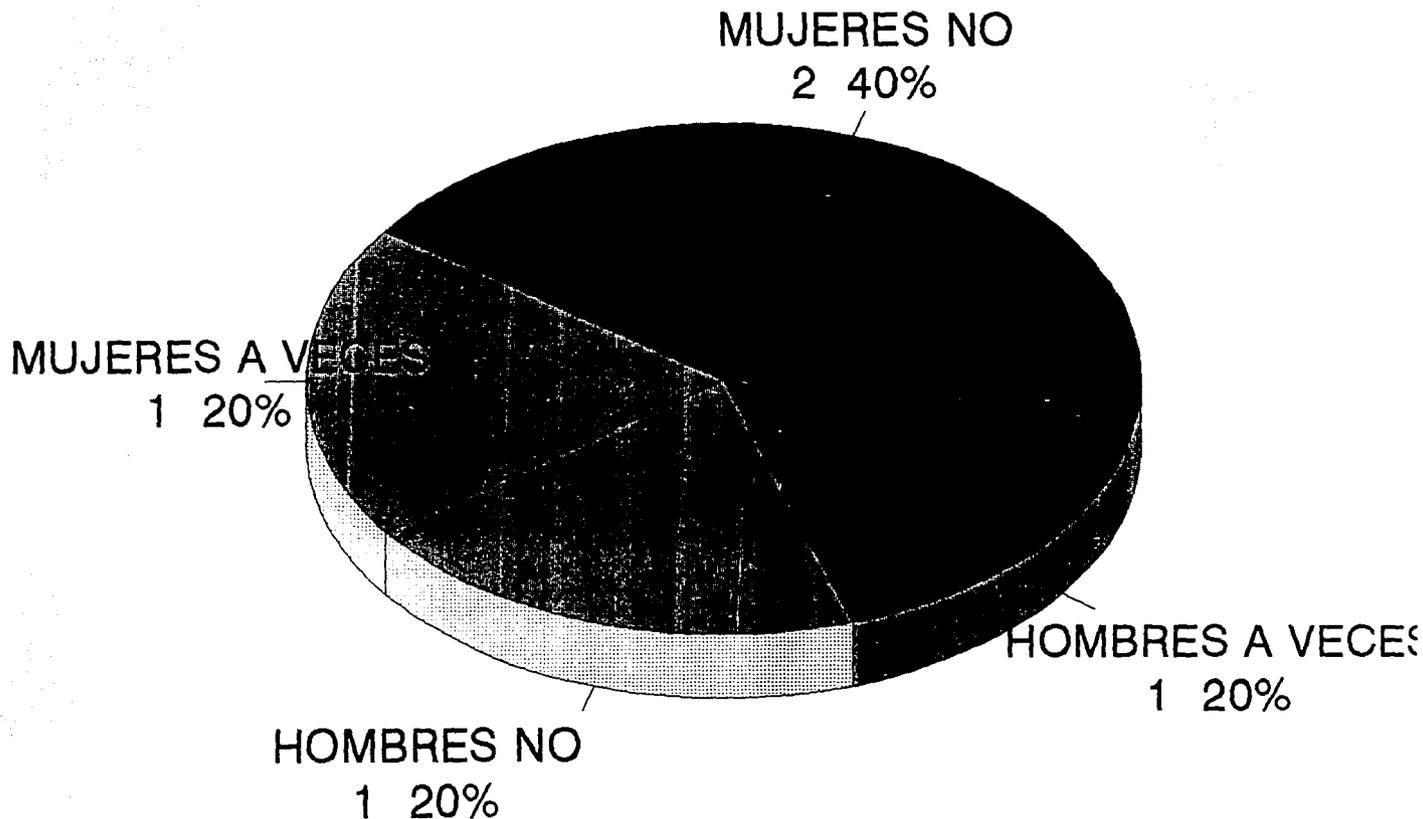


SE SIENTE UNA CARGA, HOMBRES-MUJERES SIN DEPRESION.

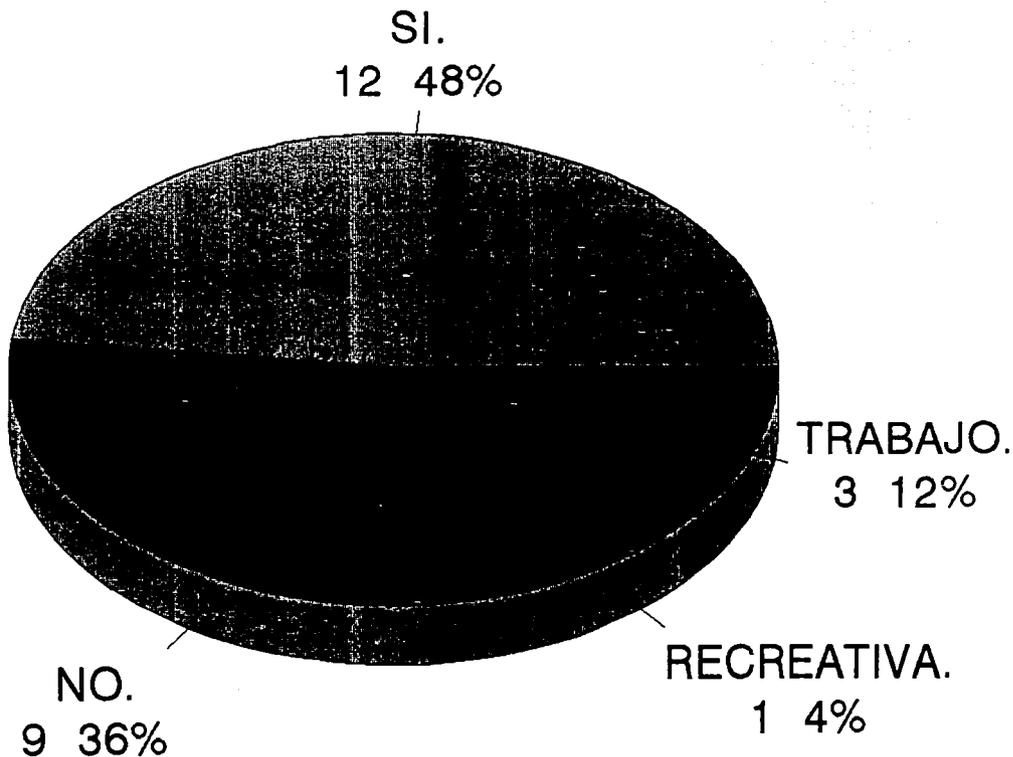


SIENTE SER UNA CARGA, HOMBRES-MUJERES.

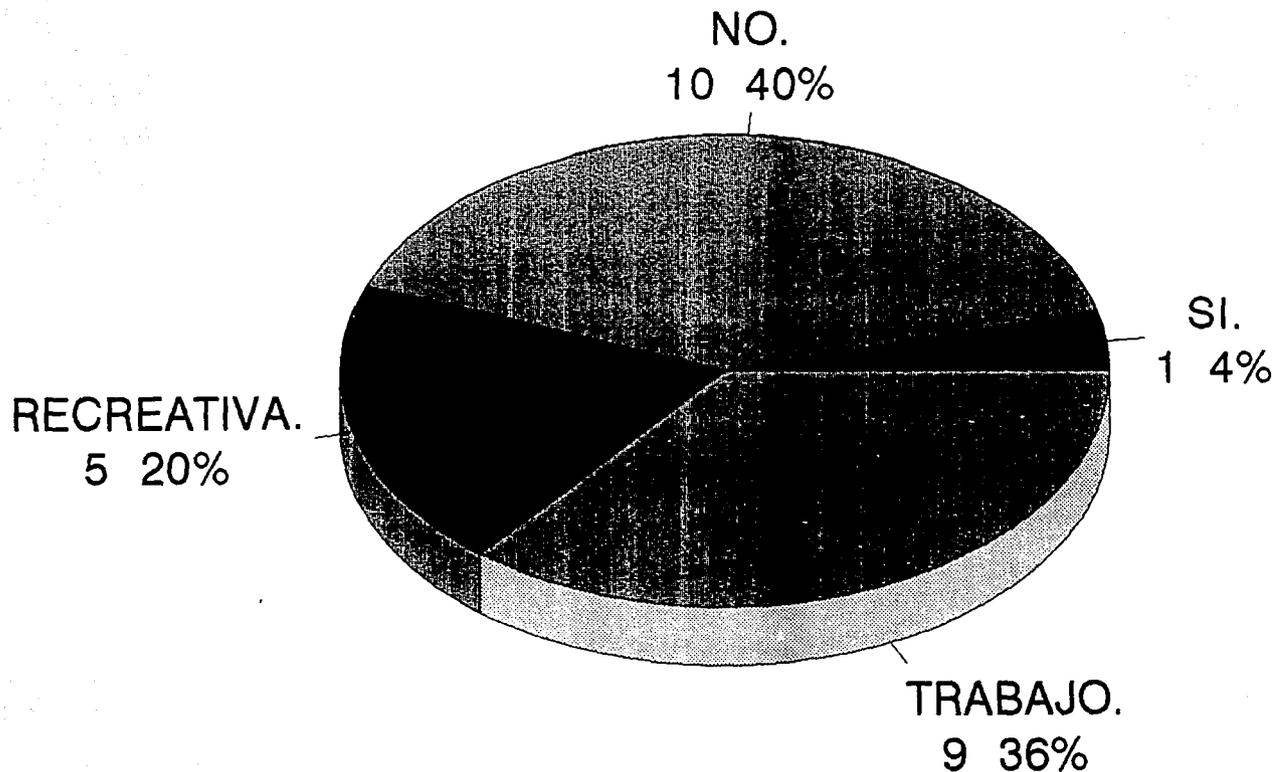
DEPRESION SEVERA.



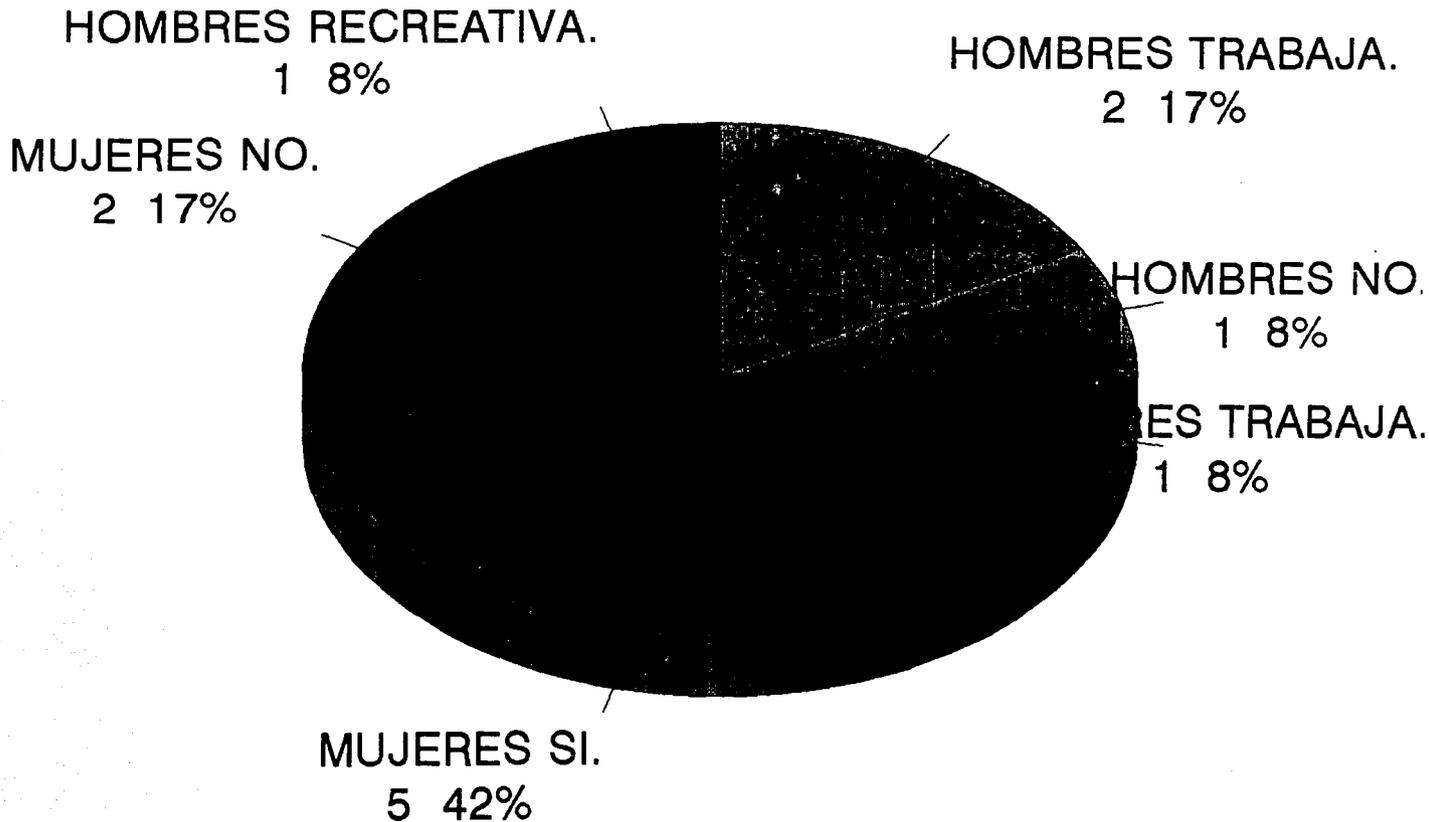
TIENE ALGUNA ACTIVIDAD. FEMENINO.



TIENE ALGUNA ACTIVIDAD. MASCULINO.

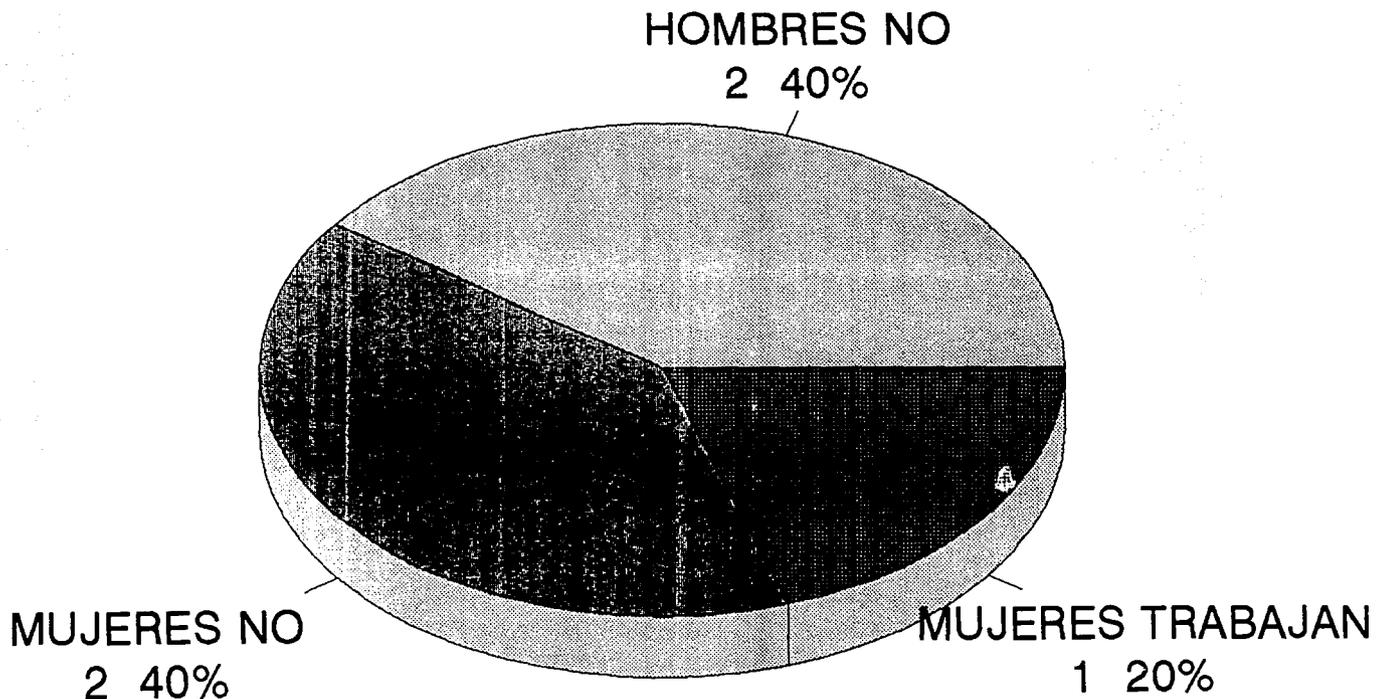


TIENE ALGUNA ACTIVIDAD HOMBRES-MUJERES SIN DEPRESION.

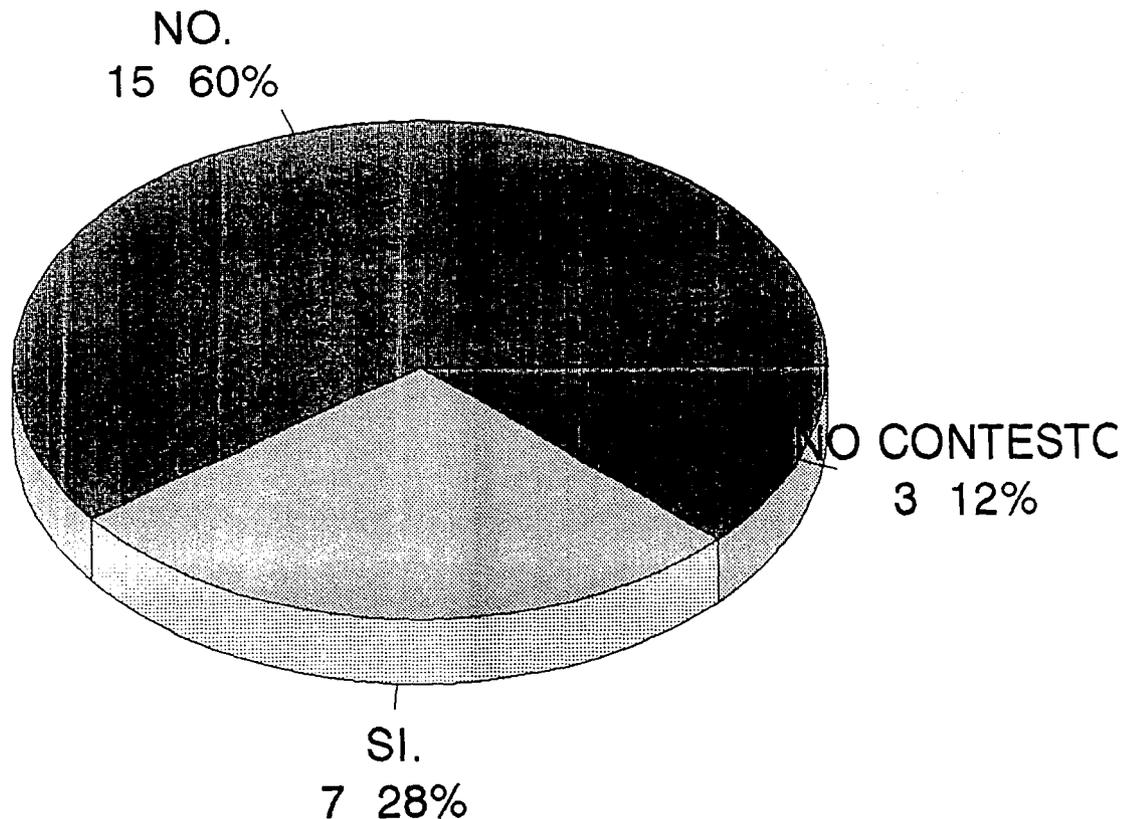


TIENE ACTIVIDAD HOMBRES-MUJERES.

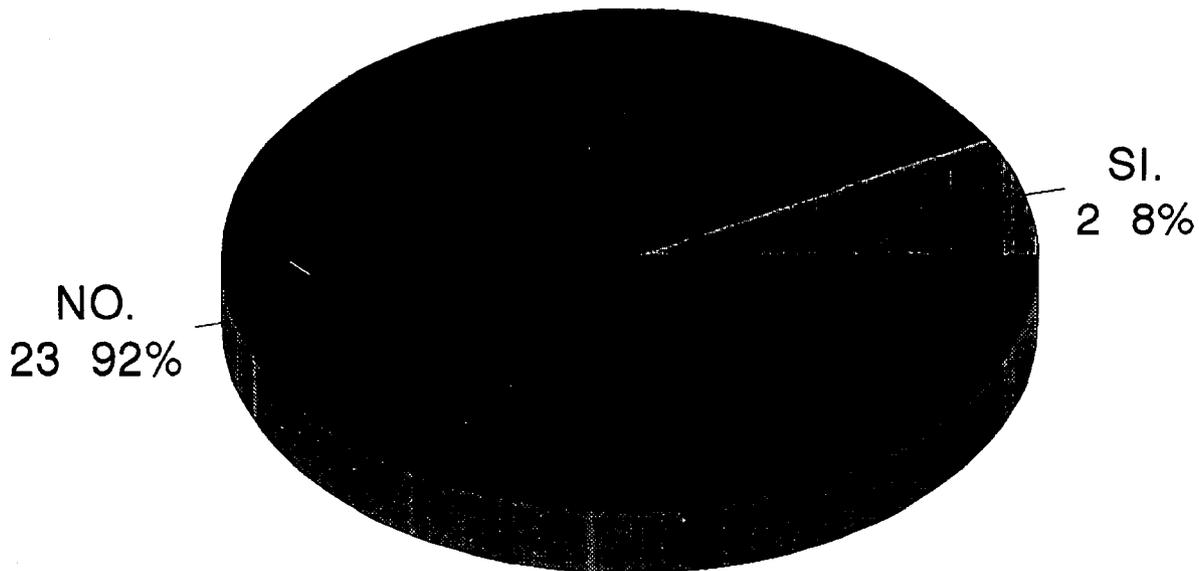
DEPRESION SEVERA.



PERTENECE ALGUN GRUPO SOCIAL. FEMENINO.



PERTENECE A ALGUN GRUPO SOCIAL MASCULINO.



PERTENECE A GRUPOS SOCIALES HOMBRES-MUJERES

SIN DEPRESION.

HOMBRES NO CONTESTO.

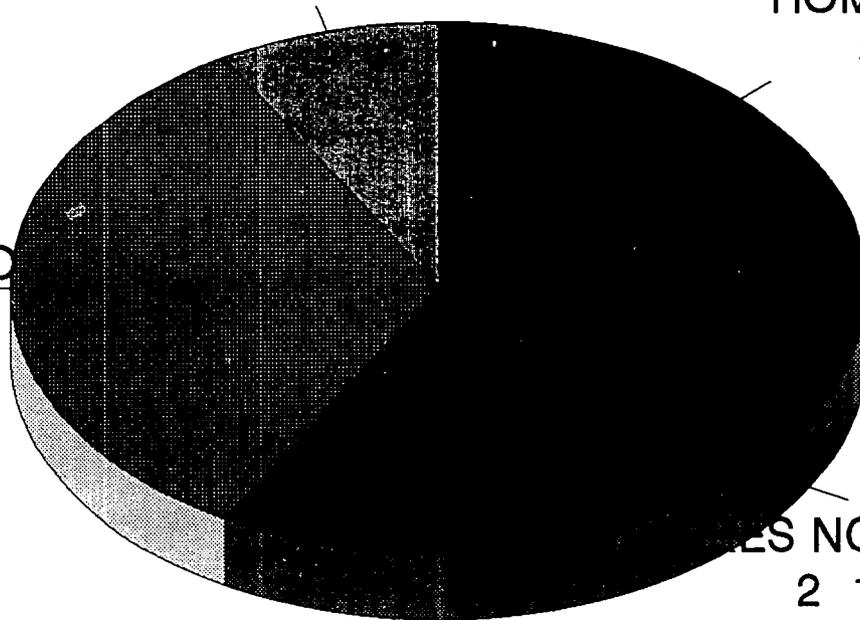
1 8%

HOMBRES NO.

3 25%

MUJERES NO

4 33%



MUJERES NO CONTESTO

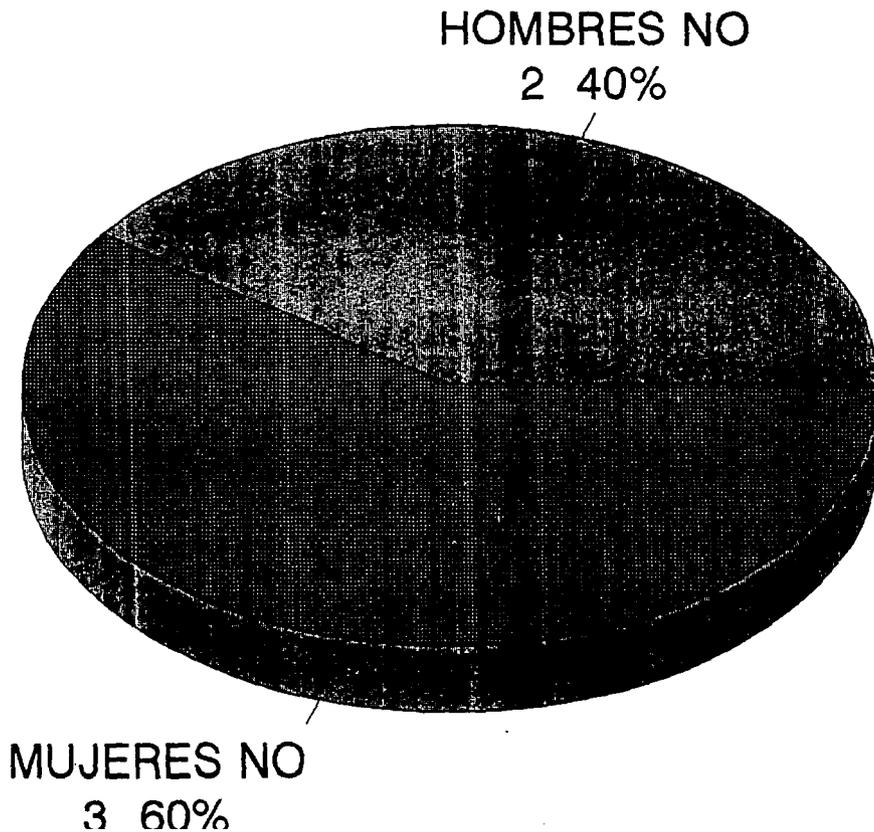
2 17%

MUJERES SI.

2 17%

PERTENECE A GRUPOS SOCIALES HOMBRES-MUJERES

DEPRESION SEVERA.



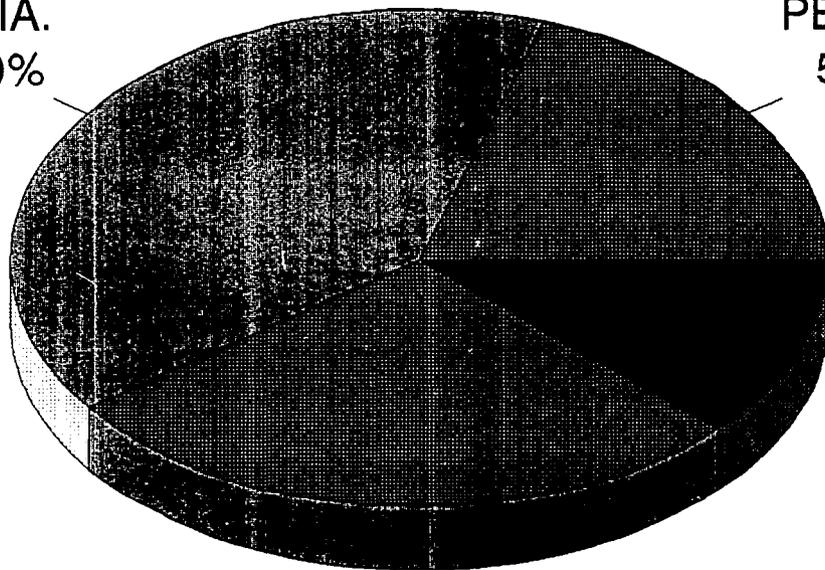
DE DONDE PROVIENEN SUS INGRESOS. HOMBRES.

FAMILIA.
10 40%

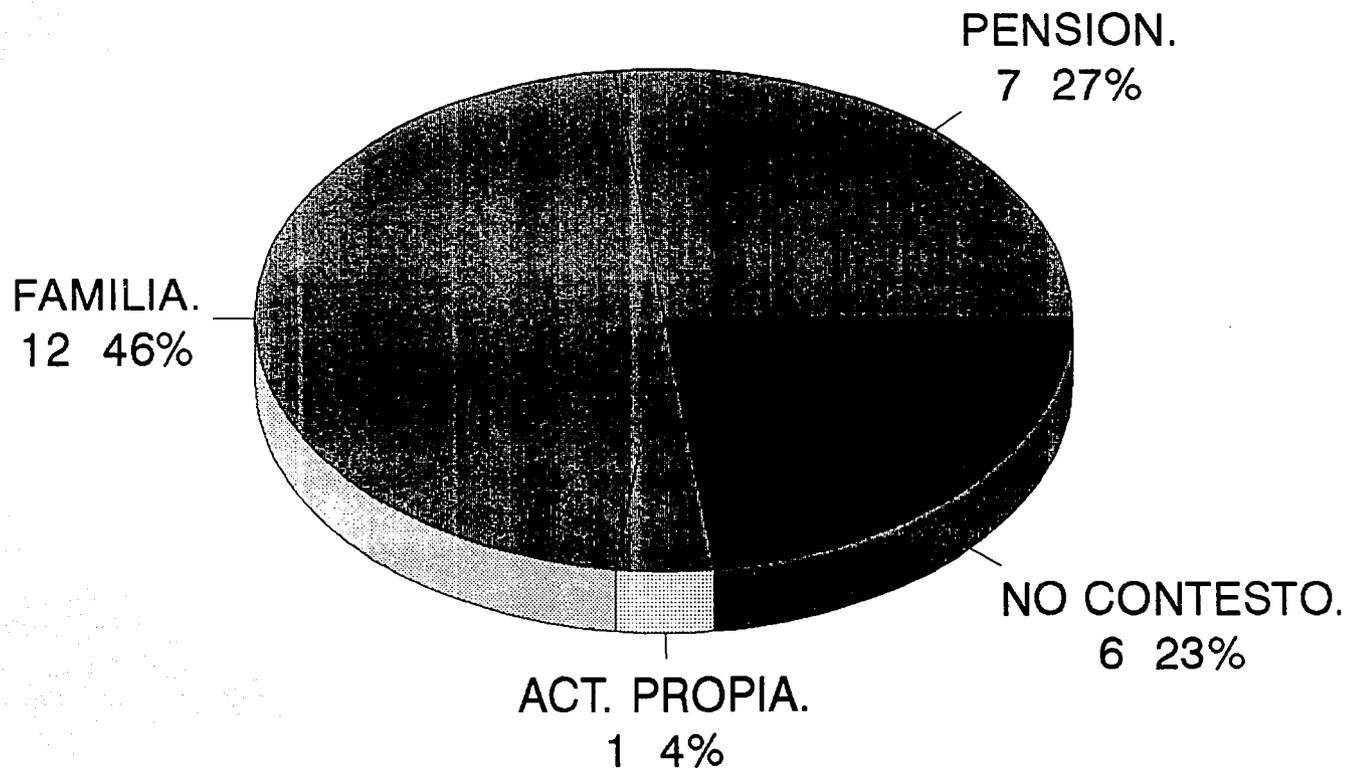
PENSION.
5 20%

NO CONTESTO
3 12%

ACT. PROPIA.
7 28%

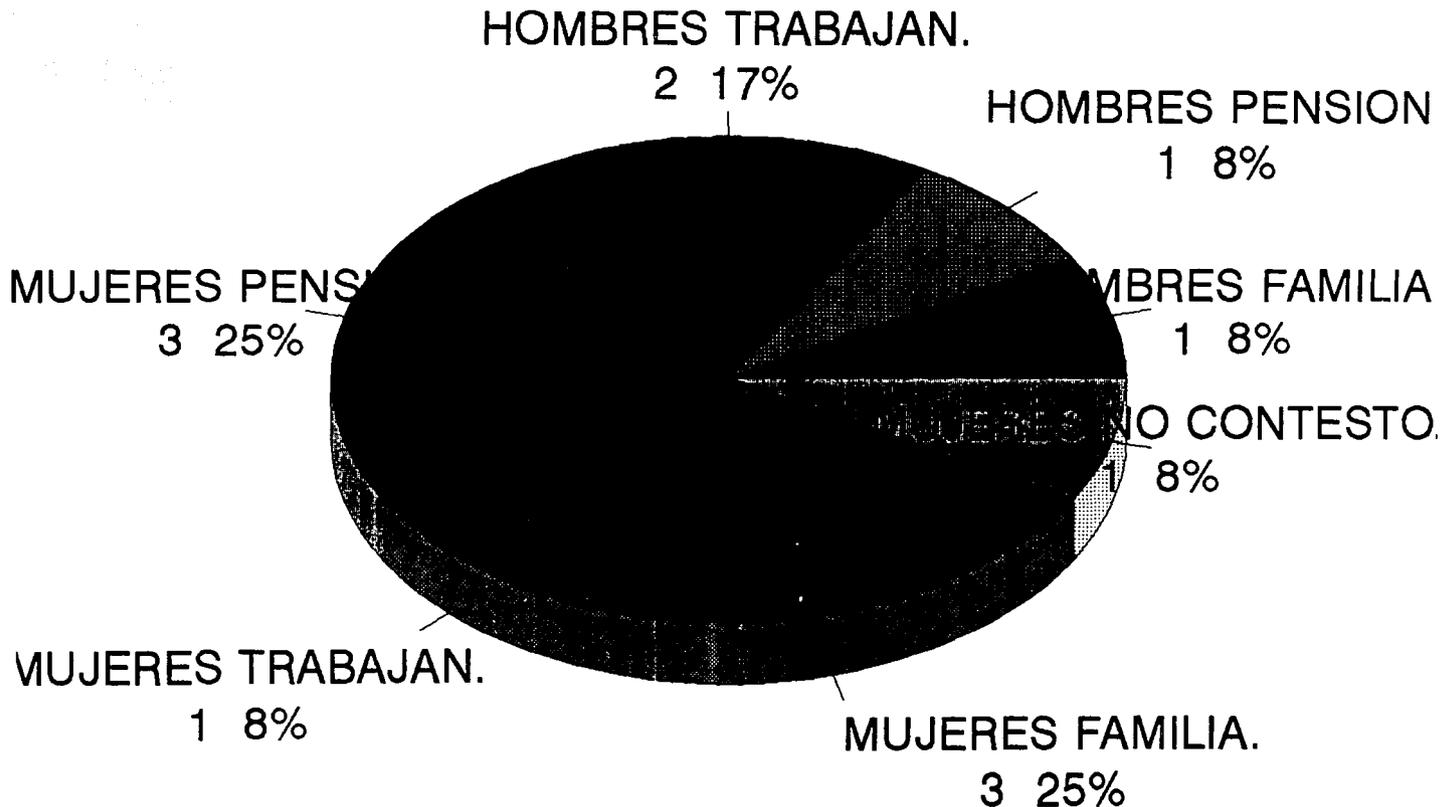


DE DONDE PROVIENEN SUS INGRESOS. FEMENINO.



INGRESOS HOMBRES-MUJERES.

SIN DEPRESION.



INGRESOS HOMBRES-MUJERES.

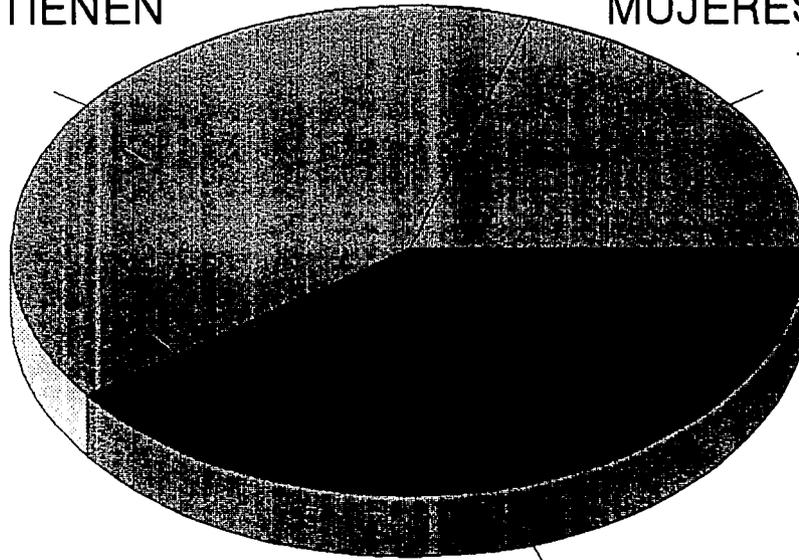
DEPRESION SEVERA.

MUJERES NO TIENEN

2 40%

MUJERES DEL ESPOSO

1 20%



HOMBRES NO TIENEN

2 40%

CONSIDERACIONES ETICAS

Sin Riesgos

DISCUSION

De acuerdo a los resultados anteriores, llegamos a las siguientes conclusiones:

1.-El sexo femenino predomina tanto en el grupo con depresión severa como en aquellos sin depresión, encontrándose en el hombre mas acentuada la depresión mínima o mederada.

2.-El 10% de los pacientes seniles se encuentra deprimido severamente, y al realcionar ésta depresión con las variables estudiadas, encontramos que tanto la compañía (con quien vive) como la actividad y los ingresos son determinantes en la depresión y autoestima de nuestros pacientes seniles, por lo tanto, deberiamos preocuparnos por que nuestros ancianos se encuentren en compañía de familiares asi como encontrar una actividad que de acuerdo a su estado les permita un ingreso propio y no caer en la depresión por éstos factores.

ANEXOS

NOMBRE _____ EDAD _____
SEXO _____

1.- ESCOLARIDAD:

PRIMARIA _____

SECUNDARIA _____

VOCACIONAL _____

PROFESIONAL _____

TECNICA _____

2.- CON QUIEN VIVE:

ESPOSO (A) _____

HIJO (A) _____

SOLO _____

ASILO _____

3.- CON QUIEN TIENE MAS COMUNICACION:

FAMILIARES _____

AMIGOS _____

NADIE _____

4.- SIENTE SER UNA CARGA EN SU FAMILIA

SI _____ NO _____ A VECES _____

5.- TOMA ALGUN MEDICAMENTO PARA DORMIR:

SI _____ NO _____ A VECES _____

6.- TIENE ALGUNA ACTIVIDAD:

NO _____ SI _____ RECREATIVA _____

TRABAJO _____

7.- PERTENECE A ALGUN GRUPO SOCIAL:

SI _____

NO _____

8.- DE DONDE PROVIENEN SUS INGRESOS:

PENSION _____ ACTIVIDAD PROPIA _____

FAMILIA _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos.	Nada o Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas Veces	La Mayoría de las Veces o Siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
2. POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
3. TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEO LLORAR	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
4. TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
5. COMO IGUAL QUE ANTES	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
6. DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES, HOMBRES ATRACTIVOS	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
7. NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
8. TENGO PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
9. MI CORAZON LATE MAS RAPIDO DE LO ACOSTUMBRADO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
10. ME CAMBIO SIN MOTIVO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
11. MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
12. ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
13. ME ENCUENTRO INTRANQUILUO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
14. TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
15. SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
16. TENGO LAS DECISIONES FACILMENTE	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
17. SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
18. SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1
19. SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SIN MI, SI ESTUVIESE MUERTO	○ 1	○ 2	○ 3	○ 4
20. SIENTO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA	○ 4	○ 3	○ 2	○ 1

PUNT. BRUTA _____
 INDICE SDA _____

Indice de SDS	Impresiones Clínicas Equivalentes Globales
Dobajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-65	Presencia de depresión mínima o ligera
65-75	Presencia de depresión moderada o marcada
75 o mas	Presencia de depresión severa o extrema

Conversión de la Puntuación Bruta al Índice de SDS									
Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS	Punt. Bruta	Indice SDS
55	56	70	68	85	85	100	100	115	100
56	57	71	69	86	86	101	101	116	100
57	58	72	70	87	87	102	102	117	100
58	59	73	71	88	88	103	103	118	100
59	60	74	72	89	89	104	104	119	100
60	61	75	73	90	90	105	105	120	100
61	62	76	74	91	91	106	106	121	100
62	63	77	75	92	92	107	107	122	100
63	64	78	76	93	93	108	108	123	100
64	65	79	77	94	94	109	109	124	100
65	66	80	78	95	95	110	110	125	100
66	67	81	79	96	96	111	111	126	100
67	68	82	80	97	97	112	112	127	100
68	69	83	81	98	98	113	113	128	100
69	70	84	82	99	99	114	114	129	100
70	71	85	83	100	100	115	115	130	100

FALLA DE ORIGEN

SUJETO. MASCULINO.	ESCOLARIDAD.	CON QUIEN VIVE.	COMUNICACION.	SIENTE SER UNA CARG.
1		ASILO.	AMIGOS.	NO.
2	PRIM.	ASILO.	FAM\AMIG.	NO.
3	PRIM.	ASILO.	AMIGOS.	NO.
4	PRIM.	ASILO.	AMIGOS.	NO.
5	PRIM.	ESPOSA.	FAM.	NO.
6	PRIM.	ESPOSA.	FAM.	NO.
7	PRIM.	ASILO.	FAM\AMIG.	NO.
8	PRIM.	HIJO.	FAM.	NO.
9	SEC.	ESPOSA\HIJO.	FAM\AMIG.	NO.
10	PRIM.	ESPOSA.	FAM.	A VECES.
11	PRIM.	SOLO.	FAM.	NO.
12	PRIM.	ASILO.	AMIGOS.	A VECES.
13	PRIM.	ESPOSA.	FAM.	A VECES.
14	SEC.	HIJO.	FAM.	NO.
15	PRIM.	ESPOSA.	FAM.	NO.
16	SEC.	ESPOSA.	FAM.	NO.
17	SEC.	ESPOSA.	FAM\AMIG.	NO.
18	PRIM.	ESPOSA.	FAM\AMIG.	NO.
19	SEC.	HIJO.	FAM.	NO.
20	PRIM.	ASILO.	AMIG.	NO.
21	PRIM.	ASILO.	NADIE.	A VECES.
22		ASILO.	FAM\AMIG.	NO.
23	PRIM.	ASILO.	AMIG.	NO.
24	PRIM.	ESPOSA\HIJO.	FAM.	NO.
25		ESPOSA\HIJO.	FAM.	NO.

MEDICAMENTO.	ACTIVIDAD.	GRUPO SOCIAL.	INGRESOS.	INDICE S.D.A.
NO.	RECREAT.	NO.		
NO.	RECREAT.	NO.		50
A VECES.	TRAB.	NO.	PENSION.	55
NO.	NO.	NO.	ACT. PROPIA.	54
NO.	SI.	NO.	FAM.	54
NO.	NO.	NO.	PENSION.	51
NO.	NO.	NO.	FAM.	54
NO.	TRAB.	NO.	FAM.	56
NO.	TRAB.	NO.	FAM.	54
NO.	NO.	NO.	ACT.\PROPIA.	55
NO.	NO.	NO.	FAM.	56
NO.	RECREA.	NO.	PENSION.	58
NO.	TRABAJO.	SI.	FAM.	65
NO.	NO.	NO.	FAM.	60
NO.	TRABAJO.	NO.	PENSIOM.	61
NO.	RECREAT.	NO.	ACT\PROPIA.	64
NO.	TRAB.	NO.	FAM.	64
NO.	TRABAJO.	NO.	ACT\PROPIA	60
NO.	NO.	NO.	ACT\PROPIA.	64
NO.	NO.	NO.	FAM.	61
NO.	NO.	NO.		71
NO.	NO.	NO.		75
NO.	RECREA.	NO.	FAM.	33
NO.	TRAB.	NO.	PENSION.	38
NO.	TRAB.	SI.	ACT. PROPIA.	46
NO.	TRAB.	SI.	ACT. PROPIA.	48

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SUJETO. FEMENINOS.	ESCOLARIDAD.	CON QUIE VIVE.	COMUNICACION.	SIENTE SER UNA CARGA.
1	PRIM.	ASILO.	AMIGOS.	NO.
2	VOC.	OTRO.	FAMILIARES.	NO.
3		ASILO.	FAM, AMIGOS.	NO.
4	PRIM.	HIJO.	FAMILIARES.	NO.
5	PRIM.	ESPOSO.	FAMILIARES.	A VECES.
6	TEC.	HIJO.	FAM, AMIGOS.	NO.
7		HIJO.	AMIGOS.	NO.
8	PRIM.	OTRO.	FAMILIARES.	NO.
9	PROF.	HIJO.	FAM, AMIGOS.	NO.
10	PRIM.	HIJO.	FAM, AMIGOS.	NO.
11	TEC.	ASILO.	AMIGOS.	NO.
12	TEC.	ASILO.	AMIGOS.	NO.
13		ASILO.	AMIGOS.	NO.
14	PRIM.	ASILO.	FAM, AMIGOS.	NO.
15	PRIM.	ASILO.	FAM, AMIGOS.	NO.
16	PRIM.	ESPOSO\HIJO.	FAMILIARES.	NO.
17		HIJO.	FAMILIARES.	A VECES.
18	PRIM.	HIJO.	FAMILIARES.	NO.
19	SEC.	ESPOSO.	FAMILIARES.	NO.
20	SEC.	ASILO.	AMIGOS.	NO.
21	PROF.	SOLO.	FAM, AMIGOS.	NO.
22	PRIM.	ASILO.	AMIGOS.	NO.
23	PRIM.	ASILO.	FAM, AMIGOS.	NO.
24	PRIM.	HIJO.	FAMILIARES.	A VECES.
25	PRIM.	ESPOSO.	FAMILIARES.	NO.

MEDICAMENTO.

ACTIVIDAD. GRUPO SOCIAL.

INGRESOS.

INDICE S.D.A.

NO.	NO.	NO.		49
NO.	TRABAJO.	SI.	ACT. PROPIA.	41
SI.	SI.	NO.	FAM.	46
NO.	NO.	NO.	PENSION.	46
NO.	TRABAJO.	SI.	FAM.	60
NO.	SI.	NO.	FAM.	61
NO.	TRABAJO.	NO.	PENSION.	65
NO.	NO.	NO.	FAM.	58
SI.	SI.	SI.	PENSION.	50
A VECES.	SI.	SI.	PENSION.	56
NO.	NO.	NO.	PENSION.	58
NO.	SI.	NO.	NO CONTESTO.	68
NO.	NO.	NO.	NO CONTESTO.	69
NO.	SI.	NO.	FAM.	61
SI.	NO.	NO.	FAM.	69
NO.	NO.	NO.	FAM.	69
NO.	SI.	NO.	FAM.	68
SI.	RECREATIVA.	SI.	FAM.	63
NO.	SI.		PENSION.	35
NO.	SI.			49
NO.	SI.	SI.	PENSION.	31
NO.	NO.	NO.		78
NO.	NO.	SI.		70
NO.	NO.	SI.	FAM.	75
A VECES.	SI.	NO.	FAM.\PENSION.	36
A VECES.	SI.			

SUBDIRECCION GENERAL DE PRESTACIONES ECONOMICAS
 SUBDIRECCION DE AFILIACION Y VIGENCIA
 ESTADISTICA DE DERECHAHABIENTES POR
 GRUPO DE EDAD Y SEXO
 (PIRAMIDE POBLACIONAL)

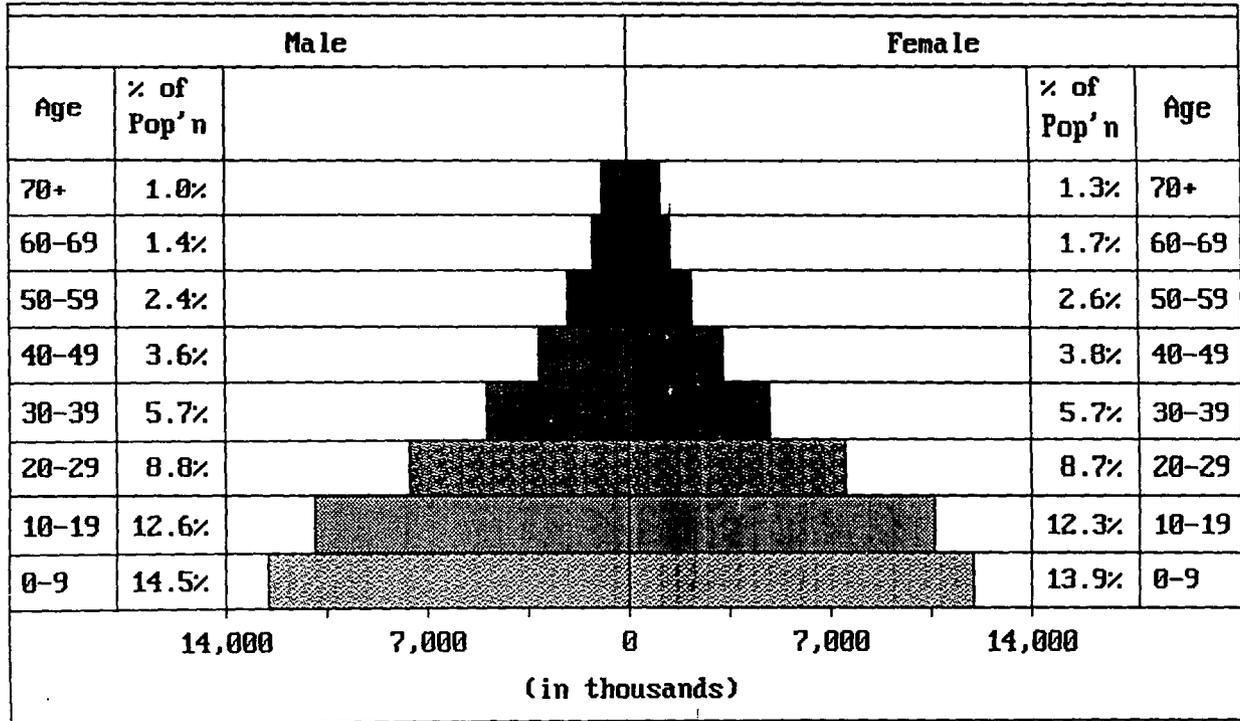
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR : 080800 CD. HUARÉ

FECHA : 01-OCT-94 PAGINA 173

GRUPO DE EDAD	TOTAL			HOMBRES		MUJERES	
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	ASEGUROS	BENEFICIARIOS	ASEGUROS	BENEFICIARIOS
TOTAL	13.459	6.670	19.929	5.602	7.850	4.773	11.957
0	226	193	419	0	226	0	193
1-4	434	473	907	0	434	0	473
5-9	531	468	999	0	531	0	468
10-14	255	284	539	0	255	0	284
15-18	295	253	548	0	295	0	253
19-24	933	850	1.783	0	933	0	850
25-29	1.412	1.396	2.808	0	1.412	0	1.396
30-34	964	1.035	1.999	87	877	75	960
35-39	186	191	377	53	133	43	148
40-44	804	1.054	1.858	379	425	449	655
45-49	772	1.445	2.217	612	160	902	543
50-54	852	1.532	2.384	809	43	961	571
55-59	756	1.203	1.959	452	4	658	545
60-64	750	1.018	1.768	737	13	515	503
65-69	700	905	1.605	660	40	394	511
70-74	654	727	1.381	521	133	244	403
75-79	535	702	1.237	360	175	170	532
80-84	448	676	1.124	220	228	91	545
85-89	472	638	1.110	200	272	81	457
90-94	345	392	744	96	249	45	354
75 Y MAS	1.135	1.228	2.363	123	1.012	85	1.143
PERIODICIDAD :	TRIMESTRAL			SEMESTRAL			

FALLA DE ORIGEN

MEXICO
Age Distribution



- Total Population: 86,366,000
- Total Male Pop'n: 43,183,000
- Total Female Pop'n: 43,183,000
- Life Expectancy (Male): 67 years
- Life Expectancy (Female): 73 years

MEXICO

Health Statistics		
Life Expectancy (Male):	67 yrs	
Life Expectancy (Female):	73 yrs	
Crude Birth Rate:	30/1000	
Crude Death Rate:	6/1000	
Infant Mortality:	42/1000	
	Number	Pop'n per
Hospitals	1,575	54,836
Hospital Beds	67,363	1,282
Physicians	66,373	1,301
Dentists	3,207	26,930
Pharmacists	116	744,534
Nurses	40,998	2,107

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Una vida nueva: la 3era edad.
Dr. P. R. Bize y C. Vallier
Edit. Mensajero
Bilbao, España.**
- 2.- 2do. Seminario "Asistencia social an anciano".
Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia
México, 1984.**
- 3.- Revista Mexicana de Geriatria y Gerontología.
"Antecedentes Históricos"
Volumen 2, Número 1
Enero-Mayo 1990.**
- 4.- Vejez: Años de plenitud.
Robert Kastenbaum**
- 5.- Revista Medicine
"Geriatria"
Octubre 1992**
- 6.- Temor y temblor
Soren Kierkegaard
Distribuciones Fontamara, S.A.
México, D.F.**
- 7.- Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica
Thomas M. Walshe
Edit. Interamericana
México, D.F. 1986**