

44
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN ANCIANOS CON RIESGO A DEPRESION QUE ACUDEN AL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
A B I G A I L M A R E S F L O R E S



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ASESOR ACADEMICO
ROSA ELIA MENDOZA PEREZ

MEXICO, D. F.

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

1997

NOV 2 1997

COORDINACION DE SERVICIOS SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE FAMILIACION



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 esta 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.

AGRADECIMIENTOS

A MIS HERMANOS :

Edgar y Osvaldo por que siempre me han apoyado y motivado en todo aquello que me propongo.

A MI ASESOR DE TESIS:

Rosa Elia Mendoza gracias por apoyarme y brindarme sus conocimientos durante este tiempo.

A MIS AMIGAS:

Angélica, Lolita y Adriana por brindarme su amistad y apoyo incondicional

DEDICATORIAS

A MI PAPA

E. Humberto Mares Argumedo te dedico este trabajo por que me guiaste durante toda tú vida siempre estuviste cuando te necesite y aun que en estes momento no estas físicamente conmigo se que tú alma me guía y cuida, he aquí el resultado de todos tus esfuerzos y desvelos, gracias por haber sido mi padre y apoyarme durante toda tú vida.

A MI MAMA

Antonia Flores primero te quiero dar las gracias por estar siempre en los momentos más difíciles de mi vida, el apoyarme y alentarme a la superación lo he aprendido de ti, eso es algo invaluable, ya que hoy gracias a eso he podido concluir el presente trabajo de investigación y se que sin tú apoyo este momento estaría un poco más lejos, gracias por apoyarme y estar siempre que te he necesitado, investigación .

ÍNDICE

Introducción.....	1
1. Justificación	3
2. Objetivos	4
3. Marco teórico	5
3.1. Proceso normal de envejecimiento de los órganos de los sentidos.....	6
3.1.1 La vista	6
3.1.2 El oído	6
3.1.3 La nariz	7
3.1.4 La boca.....	8
3.1.5 El tacto.....	8
3.1.6 La privación sensorial	9
3.2. Proceso normal de envejecimiento y la memoria	11
3.2.1 Memoria a corto plazo	11
3.2.2 Memoria a largo plazo	11
3.3 Aspectos sociales en los ancianos	13

3.4	Aspectos psicológicos en los ancianos	16
3.4.1	Las necesidades básicas del hombre	20
3.5	Depresión en los ancianos	22
3.5.1	Epidemiología de la depresión en los ancianos.....	24
3.5.2	Etiología de la depresión en los ancianos	25
3.5.3	Criterios diagnósticos de la depresión mayor	26
3.5.4	Criterios diagnósticos de la distimia	28
3.5.5	La escala de depresión geriátrica una forma de evaluación de la depresión en los ancianos	29
3.6	Valoración del estado mental	30
3.7	Valoración del estado funcional	32
4.	Planteamiento del problema	34
5.	Problema	35
6.	Metodología	36
7.	Análisis de los datos	37
8.	Conclusiones	74

9. Sugerencias	78
10. Bibliografía	82
11. Anexos	86
11.1 Carta de autorización	87
11.2 Instrumento de recolección de datos	88
11.3 Cronograma	92

INTRODUCCIÓN.

La esperanza de vida se ha incrementado conforme han pasado los años, gracias a los avances que la ciencia y tecnología han desarrollado en los últimos años, a tal grado que los hombres nacidos en el 1982 tienen una esperanza de vida de 70.9 y en la actualidad la esperanza de vida es de 73.2 años y es por esta razón que el número de ancianos también ha aumentado, como resultado de esta problemática en la actualidad se ha creado un gran interés hacia las enfermedades que presentan las personas que se encuentran en esta etapa de la vida.

El envejecimiento es un proceso que comienza tempranamente a lo largo de la vida adulta, se combina con procesos de maduración y desarrollo; además se caracteriza, por una serie de cambios lentos y continuos que se manifiestan en diferentes áreas como son las físicas, biológicas, sociales y psíquicas pero estas últimas no llegan a afectar las funciones cognitivas en general.

El anciano puede llegar a presentar múltiples problemas, en todas sus áreas incluyendo problemas físicos, biológicos, psicológicos, sociales y económicos; esto hace que se convierta en una persona sumamente frágil, por lo que debe mantener un equilibrio de manera que no repercuta en su salud.

Poco se sabe de los problemas psiquiátricos de los ancianos a tal grado que el médico puede pasar por inadvertido los trastornos depresivos que ellos pueden presentar, ya que en ocasiones los médicos consideran sus manifestaciones como una reacción normal a las contingencias del envejecimiento; quizá estos trastornos depresivos pueden ser el resultado de una enfermedad física; así la geriatría persigue evitar la aparición de la enfermedad, y si está se llega a presentarse evitar que evolucione hacia la cronicidad o la invalidez del paciente.

Diversos estudios muestran que las personas de más de 65 años suponen el 11% de la población, sólo representan el 4 o 5 % de los ingresos en los servicios de

urgencias psiquiátricas. Estudios realizados en departamentos de psiquiatría, tanto hospitalarios como ambulatorios, revelan un modelo similar de infrautilización de los servicios de salud mental por parte de los ancianos. Estos hallazgos sugieren que las enfermeras tienen un papel muy significativo en la identificación de los problemas de salud mental en los ancianos y en proporcionarles un tratamiento adecuado.

Es por este motivo que el presente trabajo se desarrolla para dar a conocer las intervenciones idóneas de enfermería, en el manejo de los factores de riesgo a depresión en el anciano; ya que en la actualidad nos encontramos con la falta del personal que cubra estas necesidades y este consciente de estos problemas que se presentan en esta parte de la población.

1. JUSTIFICACIÓN

- Esta investigación se justifica ya que servirá a la pasante de la Lic. en Enfermería y Obstetricia como trabajo final para poder realizar el examen profesional y obtener el título de Licenciada en enfermería y obstetricia.
- El desarrollo en la investigación científica contribuirá al progreso de la enfermería y esto repercutirá directamente en los pacientes, ya que se realizará una propuesta para brindar una mejor atención a los ancianos con riesgo a depresión que acuden al I.N.N.S.Z.
- Para obtener una disminución en la incidencia de la depresión en pacientes ancianos con riesgo a depresión que acuden al I.N.N.S.Z., ya que es la enfermedad psiquiátrica más común en esta etapa de la vida según Kolb (1977).

2. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Contar con información objetiva relacionada a la depresión en ancianos, ya que permitirá fundamentar y optimizar las acciones de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar intervenciones de enfermería en los ancianos que acuden al I.N.N.S.Z. que presenten factor de riesgo a depresión (GDS de 10 a 20 puntos).
- Proponer intervenciones específicas de enfermería en el anciano con riesgo a depresión que acude al I.N.N.S.Z.
- Brindar una mejor atención a los pacientes ancianos que acuden al I.N.N.S.Z.

MARCO TEÓRICO.

3.1 PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO DE LOS ÓRGANOS SENSITIVOS

Los principales cambios fisiológicos que tiene lugar en los órganos de los sentidos durante el envejecimiento son:

3.1.1 LA VISTA:

Por lo general hacia los 45 años de edad, el cristalino se vuelve más rígido y el músculo ciliar del iris se hace más débil. La combinación lleva a la aparición de presbicia o dificultad para ver de cerca. El cristalino continua formando fibras durante toda la vida; por la región central más densa, esto puede provocar la pérdida de transparencia de la lente y la formación de cataratas.

"El sistema visual experimenta cambios funcionales con la edad, las repercusiones del déficit visual sobre la independencia del individuo son sumamente importantes ya que puede condicionar aislamiento social, miedo a caídas, inseguridad para realizar otras actividades y depresión"¹

3.1.2 EL OÍDO:

La audición tiende a deteriorarse ante la degeneración de las células ciliadas en el órgano de Corti, por lo general esto sucede después de los 50 años de edad. La estria vascular, una red de capilares que secreta endofilina y promueve la sensibilización de las células ciliadas en la cóclea, puede atrofiarse, contribuyendo a la pérdida de la audición. La pérdida de la audición sensorioneuronal se produce primero con los sonidos de alta frecuencia y luego con los de menor frecuencia.

¹ GUILLEN LLERA F., Síndromes y cuidados en pacientes geriátricos, Ed. Masson, 1994 p 297.

El deterioro de la audición también puede ser resultado de un depósito excesivo de células óseas a lo largo de la cadena de huesillos, provocando la fijación del estribo en la ventana oval. Escasas glándulas sebáceas activas, en consecuencia, la cera puede secarse mucho y obstruir totalmente el conducto auditivo externo, interfiriendo con la transmisión del sonido. La membrana del tímpano se hace más translúcida y esclerótica. En cualquiera de los casos se produce hipoacusia de conducción.

"La agudeza auditiva disminuye paulatinamente con la edad llegando a manifestar problemas en poco más del 70 % de los mayores de 85 años pero en contraste, solamente el 1,9 % de los ancianos en medio urbano y el 0,6% de los del medio rural usan prótesis auditiva; el uso de lentes en mayores de 60 años fue en 55% en las ciudades y de 33% en las áreas suburbanas".²

Los pacientes con déficit auditivo pueden sentir indiferencia progresiva del mundo que les rodea lo que provoca retraimiento social y mayor tendencia hacia la depresión.

3.1.3 LA NARIZ:

La formación de cartilago continúa en los oídos y la nariz, haciendo que el pabellón auricular y la nariz sean más grandes y prominentes.

El sentido del olfato disminuye característicamente con la edad, perdiendo la mayoría de los adultos por completo su capacidad de oler al llegar a los 80 años. El descenso en la capacidad olfativa ocurre habitualmente durante la edad mediana de ambos sexos; sin embargo las mujeres tienden a conservarla durante más tiempo.

² OPS., OMS., El adulto mayor p 135

las plantas de los pies, afecta la capacidad de localizar y reaccionar ante un estímulo. La dificultad de localizar un estímulo se manifiesta de forma clara por ejemplo en la incapacidad de diferenciar las monedas, abrocharse los botones o coger objetos pequeños.

3.1.6 LA DEPRIVACION SENSORIAL:

La privación sensorial se refiere a la pérdida, la disminución o la falta de estimulación de cualquiera de los cinco sentidos. La privación sensorial se presenta más frecuentemente en la población anciana, y puede poner en peligro el bienestar del paciente. Las personas con algún déficit sensorial suelen necesitar más tiempo para procesar la información y poseen una menor capacidad para procesar estímulos complejos simultáneos y esto hace que en muchos de los casos cree confusión, dificultad para concentrarse o aislamiento ambiental.

Características del envejecimiento del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos

Sistema nervioso

- Disminución del tamaño y peso del cerebro
- Pérdida de neuronas
- Entecimiento generalizado del movimiento
- Reducción del tiempo de conducción nerviosa
- Aparición de un ligero temblor senil
- Alteraciones características del sueño
- Disminución de la sensibilidad

Gusto y Olfato

- Disminución del rojo de los labios**
- Disminución del número de papilas gustativas**
- Adelgazamiento de las membranas mucosas**
- Atrofia de la lengua**
- Fragilidad dental y sequedad de las encías**
- Deterioro de la raíz del diente**
- Degeneración del nervio olfatorio**
- Aumento del tamaño de la nariz**
- Proliferación de pelos rígidos en fosas nasales**

Vista

- Disminución de la agudeza y amplitud del campo visual**
- Atrofia de la musculatura palpebral**
- Pérdida de la elasticidad cutánea**
- Palidez de las conjuntivas**
- Disminución del tamaño pupilar**
- Agrandamiento del cristalino**
- Disminución de la secreción lagrimal**

Oído

- Pérdida de la agudeza auditiva**
- Degeneración del nervio auditivo**
- Aumento del tamaño del pabellón de la oreja**
- Engrosamiento de la membrana timpánica**
- Proliferación de pelos**
- Depósito de cerumen**

3.2 PROCESO NORMAL DE ENVEJECIMIENTO Y LA MEMORIA

La memoria es la facultad psíquica de reproducir ideas o impresiones pasadas. No es un simple depósito para guardar información, es un sistema de trabajo y comunicación, a través de la memoria podemos fijar, conservar, reproducir, reconocer y localizar estados de conciencia.

3.2.1 MEMORIA INMEDIATA O A CORTO PLAZO.

La memoria inmediata o también llamada a corto plazo, se refiere al recuerdo de un estímulo o de una información durante un período no superior a unos cuantos segundos.

La capacidad de almacenamiento de la memoria a corto plazo es muy reducida y se calcula que esta capacidad tiene como límite seis unidades informáticas simples ya sean letras, números o signos de cualquier otro código. Asimismo, la memoria inmediata es muy susceptible al efecto de posibles interferencias, esto quiere decir que si en el momento en que estamos memorizando hay algo que demande nuestra atención, el dato que pretendíamos fijar puede desaparecer de nuestra memoria.

La huella que deja en el cerebro la memoria inmediata es muy débil y desaparece inmediatamente si no se repite una y otra vez.

3.2.2 MEMORIA A LARGO PLAZO

La memoria a largo plazo, permite el recuerdo durante horas, días, años e incluso decenios.

Este tipo de memoria se caracteriza por que retiene de forma duradera la información que recibe. Cuando un dato, conocimiento o información es registrado

en la memoria a largo plazo permanece almacenado en ella durante mucho tiempo.

Debido a problemas sentimentales o financieros, las personas ancianas se hallan con frecuencia preocupadas estando muy comprometida su capacidad de aprendizaje y memoria.

"El deterioro por envejecimiento de la psicomotricidad y su acentuación por la adición de secuelas funcionales de enfermedades agudas o crónicas repercuten no sólo en el estado del individuo de edad avanzada, sino también en sus capacidades mentales: juicio, raciocinio, conducta, etc."³

3.3 ASPECTOS SOCIALES EN LOS ANCIANOS.

En relación a la ancianidad existen mitos en los que se consideran a esta etapa de la vida como un periodo de relativa paz y tranquilidad, sin embargo estos mitos influyen de forma negativa en la atención y cuidado de los ancianos.

En el pasado se reconocía a los ancianos como un símbolo de respeto y autoridad, en la actualidad esto ha ido transformándose, por los cambios que han ocurrido en la sociedad y no es difícil escuchar al referirse a un anciano como una persona enferma, llena de achaques o un ser poco productivo dentro de los nuevos centros de trabajo.

El anciano al ser desplazado del sector productivo por la jubilación tiende al aislamiento por lo que las repercusiones que se presentan son de tipo social, psicológico, económico, y afectivo que se ven manifestadas en la actualidad.

La pérdida de los sistemas de apoyo influye en la disminución de la socialización, la capacidad a enfrentar situaciones conflictivas de la vida y en la calidad de vida de los ancianos.

"El cambio de ambiente del anciano como son la rigidez en horarios, control en acceso a la propiedad u objetos personales y el grado de aislamiento del mundo exterior producen en los individuos efectos siguientes:

1. Desindividualización.(reducción de la capacidad de pensamiento, acción y autodirección)
2. Desculturalización (perdidas de las normas y comportamientos adquiridos a lo largo de la vida, que proporcionan al individuo las fuentes de autoafirmación)
3. Daño emocional, social y físico,
4. Alejamiento (aislamiento del mundo exterior)

5. Aislamiento de la sociedad en general,

6. Deprivación de estímulos (disminución de los sentidos que el individuo ha desarrollado a causa de la adaptación al ambiente institucionalizado)"⁴

Las pérdidas sociales que incluyen posición y prestigio afectan la conducta y vida interior del anciano, aunado a la problemática en torno y la jubilación, da lugar a situaciones socioeconómicas adversas.

En torno a esto el anciano presenta sentimientos de inutilidad teniendo un impacto significativo en el rol que ocupa en la misma.

Cuando ocurren varias pérdidas al mismo tiempo, es menos probable que la persona sea capaz de adaptarse y sobresalir a las mismas, presentando en ocasiones sintomatología física y psicológica sin causa orgánica aparente, (falta de apetito, renuencia al contacto social (aislamiento), reacciones depresivas, incapacidad para mantener un nivel de función independiente, y ó disminución del deseo de seguir viviendo).

La vida implica necesidades biológicas, psicológicas y socioculturales pero el tránsito por el tiempo ocasiona cambios en el organismo que modifican sus necesidades y dificultan la satisfacción de estas.

"Los cambios que se producen en los individuos a lo largo del proceso de envejecimiento influyen de manera directa en la resolución de las necesidades del anciano condicionando en su satisfacción la dependencia o la independencia

Los ancianos engloban el grupo de personas más grande al que las enfermeras proporcionan cuidados; tanto en hospitales como en residencias, asistencia domiciliaria y desde el punto de vista de la comunidad en general".⁵

⁴ CARROLL M., *Cuidados de enfermería individualizados en el anciano*, Ed. Doyma 1989 p131.

⁵ IBIDEM 125

Las barreras que impiden el cuidado de los ancianos con problemas de salud van desde problemas financieros, profesionales inadecuadamente preparados, actitudes negativas hacia ellos o problemas de transporte.

Las enfermeras tienen mayor contacto con los ancianos que cualquier otro profesional del equipo de salud y son un enlace entre la familia y las organizaciones de salud; pueden fortalecer los sistemas de apoyo existentes, así como unir unos ancianos con otros para que cubran entre ellos mismos sus necesidades.

3.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LOS ANCIANOS

“El envejecimiento psicológico de un individuo es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad, es por ello que las situaciones psicosociales y la propia personalidad del anciano pueden cambiar desde que entra a la tercera edad hasta que alcanza la vejez avanzada según el estado de salud, autonomía y crisis que pueden afectarle⁶.”

“Erik Erikson asume una perspectiva más social ante el desarrollo de la personalidad y afirma que la personalidad sigue desarrollándose a lo largo de la existencia. Describe “ocho edades del hombre” y señala que el éxito en cada una depende de los ajustes que el individuo haya hecho en las anteriores.

1. *Confianza frente a desconfianza.* En los primeros años de vida el niño no sabe si confiar o no en sus padres. Si sus necesidades se satisfacen generalmente, llega a confiar en el ambiente y en sí mismo. El resultado de ello es la fe en la predicibilidad del ambiente y un optimismo por el futuro.
2. *Autonomía frente a vergüenza y duda.* En los tres primeros años, el crecimiento físico la permite al niño una autonomía creciente y un mayor contacto con su medio anal del desarrollo donde la persona debe volver a enfrentar los conflictos positivos y se esta etapa.
Si los padres menosprecian los esfuerzos del niño, éste puede empezar a sentir vergüenza y adquirir un sentido permanente de inferioridad.
3. *Iniciativa frente a sentimientos de culpabilidad.* Entre los 3 y 6 años de edad, el niño sigue desarrollando sus capacidades motoras; los intentos de autonomía se tornan más eficientes y se centran en una meta. Si el niño no logra adquirir el sentido de la iniciativa, quizá persistan los sentimientos de culpabilidad, de falta de autoestima y de resentimiento.
4. *Industria frente a inferioridad.* De los 6 a los 7 años, el niño se encuentra con un nuevo grupo de expectativas en su familia y en la escuela. Debe

⁶ SALGADO Op. Cit. p. 139.

aprender las destrezas necesarias para convertirse en un adulto que lleva una vida normal; se vale por sí mismo, realiza trabajo productivo y lleva una vida social independiente. Si no se le estimula en su esfuerzo por formar parte del mundo de los adultos, puede llegar a la conclusión de que es inadecuado, mediocre o inferior, perdiendo entonces la capacidad de ser persona industriosa.

5. *Identidad frente a la confusión de roles.* En la pubertad, finaliza la niñez y aparecen las responsabilidades de la adultez. El problema crítico en esta etapa consiste en encontrar la propia identidad. En opinión de Erikson, la identidad se logra al integrar varios roles (estudiante, hermano o hermana, amigo) en un patón coherente que brinde el sentido de continuidad o identidad internas. No lograr forjarse una identidad lleva a la confusión de roles y a la desesperación.
6. *Intimidad frente a aislamiento.* Durante los primeros años de la edad adulta, hombres y mujeres deben resolver otra cuestión decisiva: lograr la intimidad con un miembro del sexo opuesto. El matrimonio, suele ser la forma en que se manifiesta este intento. Para amar a alguien, dice Erikson, hemos de haber resuelto bien las crisis precedentes y sentirnos seguros de nuestra identidad. Para formar una relación íntima, las personas han de confiar en los demás, ser independientes, capaces de tomar la iniciativa y mostrar otras características de la madurez . Si no se logra la intimidad, aparecen una soledad dolorosa y el sentido de ser incompleto.
7. *Generatividad frente a estancamiento.* En los años intermedios de la adultez, más o menos entre los 25 y los 60 años, el reto consiste en ser productivo y creativo en todas las facetas de la vida. Las personas que han navegado con éxito a través de las etapas anteriores tienden a encontrar sentido y placer en todas las actividades de su vida; profesión, familia, participación en la comunidad. Para otros, la vida se vuelve monótona rutina, se sienten aburridos y resentidos.

8. *Integridad frente a desesperación.* Al iniciarse la vejez, todos deben tratar de aceptar la inminencia de la muerte. Para algunos se trata de un periodo de desesperación al perder los roles anteriores: el de empleado y progenitor entre ellos, entrenador de un equipo deportivo, madre etc. Sin embargo de acuerdo con Erikson, esta etapa también brinda la oportunidad de alcanzar la plenitud del yo. Por sentido de que es completa y satisfactoria. Los que han alcanzado la madurez plena al resolver debidamente las etapas anteriores posen la integridad suficiente para afrontar la muerte con muy poco miedo⁷.

⁷ MORRIS CH., Introducción a la psicología, Ed Prentice Hall Hispanoamericana, 1987, 410.

1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Confianza básica frente a desconfianza							
	Autonomía frente a vergüenza duda						
		Inicative frente a culpebilidad					
			Industriocidad frente a inferioridad				
				Identidad frente a confusión de roles			
					Intimidad frente a aislamiento		
						Generalidad frente a estancamiento	
							Integridad del yo frente a desesperación

Las 8 etapas del desarrollo de la personalidad propuestas por Erikson. Cada etapa incluye su propia crisis a del desarrollo, cuya resolución es importante para el ajuste en las etapas sucesivas (adaptado de ERIKSON 1950)

3.4.1 LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL HOMBRE.

De acuerdo con Abram H. Maslow, cada hombre tiene una serie de necesidades básicas que se expresan gráficamente en forma de una pirámide en su base se encuentran las necesidades, que en caso de encontrarse satisfechas permiten la manifestación de otras hasta llegar al vértice, dichas necesidades son:

1. fisiológicas.

Que son el resultado de lo que el hombre requiere como mínimo para sobrevivir, entre ellas se encuentran respirar, comer, excretar, conservar la temperatura, mantenerse hidratado, y otras. Estas necesidades son tomadas en cuenta para la planeación de los espacios destinados para el hombre, que ofrecen abrigo para las temperaturas externas o la lluvia, lugares para la eliminación de las sanitaria de las excretas, condiciones adecuadas de ventilación e iluminación, posibilidad de obtener alimento.

2. De seguridad

Que se entiende también como estabilidad, independencia, protección, ausencia de miedo. Esta necesidad se manifiesta en dos campos principales: el físico y el psicológico.

3. De pertenencia.

Que incluye al amor y al afecto. Esta necesidad se satisface mediante el contacto con los integrantes de la comunidad, compañeros, amigos y otros.

4. De estimación

Esta se manifiesta por dos conjuntos:

- a) El deseo de fuerza, de logro, adecuación, maestría y competencia, confianza ante el mando independencia y libertad.

b) El anhelo de prestigio, status, fama, o gloria.

5. De autorrealización

Que es el resultado de ser lo que se quiere y puede ser. Esta necesidad se encuentra en el vértice de la pirámide y por lo tanto es resultado de fuerzas psíquicas personales, pero que resultan de la existencia plena dentro de un ambiente estimulante.

3.5 LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS

En los ancianos la depresión suele ser considerada erróneamente como algo natural o propio del envejecimiento, ya que a medida que avanza la edad aumenta el número de pérdidas que experimenta cada individuo, y después de los 60 años se producen en un número muy superior y mucho más rápido de lo que antes ocurría.

La depresión es un síndrome caracterizado por signos y síntomas como disforia, alteraciones del sueño, pérdida de la libido⁸.

Además la depresión provoca síntomas físicos (disminución de la energía, alteración del sueño con despertar matutino precoz) síntomas emocionales (tristeza, ánimo disforico, en la depresión mayor no reacciona a cambios ambientales, disminución de la autoestima, culpa, desesperación) y síntomas cognitivos (delirio paranoide, este como parte de sus preocupaciones pesimistas durante la depresión).

En un episodio depresivo mayor, de acuerdo con los criterios de diagnóstico DSM - III - R (1987) deberán estar presentes por lo menos cinco de los síntomas siguientes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo: con objeto de hacer el diagnóstico se incluirán al menos el síntoma 1 o el 2.

1. Humor deprimido la mayor parte del día.
2. Interés bajo o gusto notablemente disminuidos en todas, o casi todas las actividades.
3. Baja o aumento de peso importante, o disminución ó aumento del apetito.
4. Insomnio ó sueño excesivo
5. agitación ó retraso psicomotor.

⁸HAN. R. Atención primaria en geriatría. 2a. ed., Ed. Mosby / Dosmy, 1995. p405.

6. Fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimientos de minusvalía o de culpa excesiva o inapropiada (que quizá sean ilusorios)
8. Disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo el temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Además:

- No puede establecerse que un factor orgánico y mantuvo el trastorno.
- El trastorno no es una reacción normal a la muerte de un ser amado (duelo no complicado)
- En ningún momento durante el trastorno han habido delirios o alucinaciones hasta por dos semanas en ausencia de síntomas sobresalientes del estado de ánimo (es decir antes que se desarrollaran los síntomas del humor o después de que remiten).

De acuerdo con el DSM III - R un trastorno depresivo ligero tiene pocos, si algunos síntomas en exceso de aquellos necesarios para el diagnóstico, y la sintomatología producen sólo un deterioro mínimo en el funcionamiento ocupacional o en las actividades sociales usuales o las relaciones con otros.

Se ha aplicado el término de "trastornos depresivos menores o disfórico" a los pacientes que muestran tres o menos criterios de depresión mayor Gillis y Zabow (1982) y observaron que las disforias del anciano demostraban aislamiento personal y social notables, signos de mala adaptación conductual y relaciones interpersonales difíciles.

Las depresiones en la vejez pueden pasar desapercibidas, ocultas tras un estado apático, pérdida de interés y concentración o bajo una reacción hipocondríaca, ó aquellos que sufren de un dolor intenso, localizado en alguna parte del cuerpo⁹.

⁹PERLADO . F. *Geriatría*, Ediciones científicas médicas, 1980

3.5.1 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS

"Los problemas de salud mental del anciano tienen una importancia significativa en cuanto a frecuencia, impacto sobre el estado mental y emocional e influencia potencial sobre el curso de la enfermedad física. Los primeros estudios epidemiológicos demostraron una prevalencia de trastornos mentales serios del 15 - 25 % en individuos ≥ 65 años. El 27 % de los pacientes ingresados en hospitales mentales estatales tienen ≥ 65 años"¹⁰

"La depresión es la forma más común de enfermedad mental en el anciano, su prevalencia se eleva con el aumento de la edad. En la literatura mundial los estudios epidemiológicos muestran 15 a 20% de las personas mayores de 65 años de edad sufren de depresiones, cerca de 2.5 a 3.7% de los mayores de 65, que experimentan de depresión mayor"^{11 12}

"La epidemiología de la depresión en la comunidad forma una pirámide en la cual la forma más severa que ocurre es la depresión mayor con bajos rangos de prevalencia y los estados más pequeños y más intensos incluyendo esas variaciones descritas como disforia, depresión menor, síntomas depresivos o subsíndrome depresivo suceden en aumento"¹³.

¹⁰ WILLIAM B., Manual Merk de Geriatria Ed Doyma p. 1075.

¹¹ CARROLL Op. cit p. 134

¹² VAN DERK p. 54

¹³ SANLEY L., IRA R., "Prevalence of depression in the aged. Formal Calculation versus clinical facts", JAGS 1995 43: 78 - 79

3.5.2 ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS.

La depresión es un problema de salud en las personas ancianas, la cual está asociada con el aumento de la morbilidad y la mortalidad de este grupo de la población.

Las enfermedades crónicas graves contribuyen a que los ancianos desarrollen reacciones psicológicas negativas, todo esto hace disminuir las oportunidades para la interacción social y que se reduzcan los ingresos económicos y aumente la pobreza. La pérdida de los roles y múltiples pérdidas personales contribuyen significativamente a aumentar los problemas de salud mental en los ancianos y experimentan mayor riesgo de depresión secundaria que otros grupos de edad, por que sufren con mayor frecuencia una o varias enfermedades físicas y consumen más fármacos.

Esta enfermedad es una patología multifactorial, es decir una sola causa no la produce, ya que tienen que intervenir varios factores para que esta se presente.

Las recaídas (recuperación incompleta) melancolías crónicas no tratables son mucho más frecuentes en la depresión de la edad avanzada que en los grupos más jóvenes de edad.

"Existen otras causas médicas de depresión como son:

Endocrinas (Acreomegalia, Hiper o Hipotoidismo, Hiper o Hipo paratiroidismo, Enfermedad de Cushing)

Infecciosas (Encefalitis, Meningitis, Neurosifilis)

Carenciales (Anemia perniciosa, Encefalopatía de Wernicke)

Trastornos Metabólicos (Hidroelectrolitos hipo o hipercaliemia)

Neoplasias (Cáncer de Páncreas)

Enfermedades neurológicas (Enfermedad de Alzheimer y otras)

Medicamentos Digitalicos, Cimetidina, Esteroides, Hipotensores (Clonidina, Guanetidina, Reserpina, Metildopa, Diuréticos)."¹⁴

¹⁴ SALGADO A., Op. Cit. p.415

3.5.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEPRESIÓN MAYOR DE ACUERDO AL D.S.M IV

A. Por lo menos de los siguientes síntomas han persistido durante el mismo periodo de 2 semanas y representan un cambio respecto al nivel de funcionamiento previo; por lo menos uno de los síntomas es: 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer (no se incluyen síntomas que son claramente consecuencia de una afección orgánica, delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo incoherencia o notable pérdida de las asociaciones)

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, como se indica por la propia experiencia subjetiva del paciente o por la observación de los demás.
2. Pérdida notable del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días (sea por experiencia subjetiva o por observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo).
3. Pérdida o aumento significativo de peso sin dieta (p. ej., más del 5% de peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o identificación psicomotora casi todos los días (observable por los demás no simplemente la sensación subjetiva de intranquilidad y lentitud).
6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse o falta de decisión casi cada día.
9. Ideas recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B 1.- No puede establecerse que un factor orgánico inicio y mantiene el trastorno

2. El trastorno no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado)

C. En ningún momento durante el trastorno han existido ideas delirantes o alucinaciones que hayan durado más de dos semanas fuera del contexto de síntomas de alteración anímica (es decir, antes de que se desarrollaran los síntomas anímicos o después de que hayan desaparecido)

D. El trastorno está superpuesto a una esquizofrenia o trastorno esquizofreniforme, delirantes o psicóticos.

3.5.4 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA DISTIMIA DE ACUERDO AL D.S.M. IV

A. Estado de ánimo deprimido, durante la mayor parte del día y la mayoría de los días, indicando por la experiencia subjetiva o por la observación de otras personas, durante al menos 2 años (1 año en niños y adolescentes)

B. Presencia, durante los periodos depresivos, de por lo menos dos de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o voracidad
2. Insomnio o Hipersomnia
3. Pérdida de energía o fatiga
4. Disminución de la autoestima
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. sentimientos de desesperanza

C. Un periodo de dos años en el que se da el trastorno, sin que falten los síntomas del criterio A durante más de dos meses seguidos.

D. No hay signos de un episodio depresivo mayor inequívoco durante los primeros años de trastorno.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaniaco inequívoco.

F. No está superpuesta a un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia o un trastorno delirante.

G. No puede establecerse que un factor orgánico inicie o mantenga al trastorno, por ejemplo, la administración prolongada de un fármaco antihipertensivo.

3.5.5 LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA UNA FORMA DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS.

Actualmente existen un gran número de escalas para medir la depresión en los ancianos entre las más conocidas podemos mencionar la escala de Hamilton, la escala de Beck y la escala de depresión geriátrica, (G.D.S.); esta última desarrollada por Brink y cols. en 1982; esta escala ha sido traducida a 12 idiomas incluyendo el Japonés, Portugués, Italiano, y en español por González Felipe en 1988.

"Se concluye que el G.D.S. es una evaluación relevante para la depresión en ancianos y da ciertas ventajas sobre otras escalas, las que no son fáciles de administrar en este grupo de edad. La escala del G.D.S. es la que proporciona mejores resultados en la detección de la depresión de los ancianos. También se sugiere que con una puntuación de 0 a 10 puede ser considerada como normal y más de 11 nos sugiere un indicador de posible depresión aún que los resultados siempre deben ser interpretados con cuidado debido a que el medio ambiente en que se desarrolla influye en su comportamiento."¹⁵

"También se sugiere que con una puntuación de 0 a 10 se considerada como normal, de 11 a 19 sugiere depresión leve y de 20 ó mas se considera como depresión intensa."¹⁶

¹⁵ MONOTORIO I. IZA M. "The geriatric Depression Scale: A review of its Development and utility" *International Psychogeriatrics*, 1996 Vol I No. 1. p 103.

¹⁶ WILLIAM B. Op.cit. p 1255

3.6 VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

La valoración del estado mental puede complementarse con métodos cuantitativos fiables que resultan útiles para la detección de casos y para el seguimiento de los pacientes en los cuales exista ya un deterioro.

Existen escalas que nos pueden apoyar a la valoración del estado mental como Mini Mental State (MMS) que es un instrumento útil de detección sistemática de los trastornos cognitivos. "Se ha comprobado la validez del MMS en estudios de campo y en el contexto hospitalario en estudios de individuos > 65 años que vivían en la comunidad, el 95% alcanzo una puntuación \geq de 24 sobre 30 en esta prueba. Las puntuaciones menores de 24 se asocian a delirio o demencia y pueden reflejar también una depresión grave. La sensibilidad y la especificidad de la prueba son adecuadas para la detección de la demencia en la comunidad o en la población hospitalaria.

Sin embargo muchos pacientes sin ningún trastorno diagnosticable presentan puntuaciones bajas, aunque no se conocen sus causas, estas puntuaciones no indican necesariamente un diagnóstico médico. En general, los individuos con un nivel de estudios más bajo obtienen puntuaciones inferiores a las de los que tiene más estudios. La raza y el sexo no parecen influir en las puntuaciones si se controla la variable de nivel de estudios"¹⁷.

MINI MENTAL STATE (FOLSTEIN)

Orientación

- () ¿ QUE FECHA ES HOY? (AÑO, MES , DÍA, ESTACIÓN, FECHA COMPLETA)
() ¿ EN DONDE ESTAMOS?(PISO, HOSPITAL, CIUDAD, ESTADO, PAÍS)

Fijación

- () NOMBRE 3 OBJETOS Y PIDA AL PACIENTE QUE LOS REPITA

¹⁷ IBIDEM p 1003.

Atención y Cálculo

- () QUE RESTE EMPEZANDO EN 100 DE 7 EN 7 (O DESDE 20 DE 3 EN 3)
ALTERNATIVA : DELETREAR LA PALABRA "MUNDO" AL REVÉS

Memoria

- () PREGUNTE AL PACIENTE POR LOS TRES OBJETOS ANTERIORES

Lenguaje

- () MUESTRE UN LÁPIZ Y UN RELOJ Y PIDA QUE LOS IDENTIFIQUE
() QUE REPITA LA FRASE TRES TRISTES TIGRES
() QUE CUMPLA LA SIGUIENTE ORDEN VERBAL: TOMA ESTA HOJA DE PAPEL CON SU MANO DERECHA, DÓBLELA POR LA MITAD Y COLÓQUELA EN EL PISO.
() INDIQUE QUE LEA Y REALICE LO SIGUIENTE: "CIERRE LOS OJOS"
() INDIQUE QUE ESCRIBA UNA ORACIÓN
() INDIQUE QUE COPIE EL DIBUJO

___ TOTAL



La escala de PFEIFFER

Es una escala de tamizaje de fácil aplicación, la cual valora en los ancianos el grado de confusión que pueden presentar, con preguntas muy sencillas y a cada pregunta se le asigna un punto y se considera como lucido y alerta cuando obtienen una puntuación de 9 ó 10; levemente confuso de 8 ó 7; moderadamente confuso 4 a 6; y muy confuso de 3 a 0.

ESCALA DE PFEIFFER

- ___ ¿ CUANTOS AÑOS TIENE USTED?
___ ¿ EN QUE AÑO NACIÓ?
___ ¿ EN QUE AÑO ESTAMOS?
___ ¿ EN QUE MES ESTAMOS?
___ ¿ QUE COMIÓ EN SU ÚLTIMA COMIDA?
___ ¿ QUE LUGAR ES ESTE?
___ ¿ CUAL ES SU DIRECCIÓN?
___ ¿ QUE DÍA DE LA SEMANA ES HOY?
___ ¿ QUIEN ES EL PRESIDENTE DEL PAÍS?
___ CUENTE DEL 20 AL 1 PARA ATRÁS

3.7 VALORACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL

La valoración del estado funcional es una medida de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente.

Existen escalas para valorar el grado de funcionalidad de un individuo la escala de Katz sobre las actividades de la vida diaria (AVD) es un instrumento ampliamente utilizado.

Esta escala nos puede brindar hasta cierto grado la determinación de las respuestas al tratamiento y pronóstico, de los ancianos y personas enfermas de forma crónica.

"La escala de Katz se basa en la evaluación de seis funciones (bañarse, vestirse, aseo personal, desplazarse, continencias y nutrición, y nos permite en un momento determinado describir el nivel funcional del paciente"¹⁸.

La escala de Lawton es una escala que valora las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI), esta principalmente se centra en las capacidades necesarias para vivir con independencia en la comunidad e incluye aspectos como cocinar, hacer la compra, usar el teléfono controlar la economía .

ESCALA DE KATZ

	INDEPENDIENTE	
	SI	NO
Baño		
Vestido		
Ir al baño		
Transferencias		
Continencias		
Alimentación		

¹⁸ LUECKENOTTE A. Valoración geriátrica, Ed. Interamericana, 1991 p 33

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON

CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELÉFONO <input type="checkbox"/> Lo opera por iniciativa propia, marca sin problemas (1) <input type="checkbox"/> Marca solo unos cuantos números bien conocidos (1) <input type="checkbox"/> Contesta el teléfono pero no llama (1) <input type="checkbox"/> No utiliza el teléfono (0)
COMPRAS <input type="checkbox"/> Vigila sus necesidades independientemente(1) <input type="checkbox"/> Hace independientemente solo pequeñas compras(1) <input type="checkbox"/> Necesita compañía para cualquier compra(0) <input type="checkbox"/> Incapaz de cualquier compra(0)
COCINA <input type="checkbox"/> Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente (1) <input type="checkbox"/> Prepara los alimentos, solo si se le provee de lo necesario (1) <input type="checkbox"/> Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta (1) <input type="checkbox"/> Necesita que le preparen los alimentos (0)
CUIDADO DEL HOGAR <input type="checkbox"/> Mantiene la casa sólo o con ayuda mínima(1) <input type="checkbox"/> Efectua diariamente trabajo ligero con eficiencia(1) <input type="checkbox"/> Efectua dianamente trabajo ligero sin eficiencia(1) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda en todas las actividades(0) <input type="checkbox"/> No participa (0)
LAVANDERÍA <input type="checkbox"/> Se ocupa de su ropa independientemente(1) <input type="checkbox"/> Lava solo pequeñas prendas(1) <input type="checkbox"/> Todo se lo tiene que lavar(0)
TRANSPORTE <input type="checkbox"/> Se transporta solo (1) <input type="checkbox"/> Se transporta solo, únicamente en taxi, no puede usar otros recursos (1) <input type="checkbox"/> Viaja en transporte colectivo acompañado (1) <input type="checkbox"/> viaja en taxi o auto acompañado (0) <input type="checkbox"/> No sale (0)
MEDICACIÓN <input type="checkbox"/> Es capaz de tomarla a su hora y dosis correcta (1) <input type="checkbox"/> Se hace responsable solo si las prepara por adelantado (0) <input type="checkbox"/> Incapaz de hacerse cargo (0)
FINANZAS <input type="checkbox"/> Maneja sus asuntos independientemente (0) <input type="checkbox"/> Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras(1) <input type="checkbox"/> Es incapaz de manejar el dinero (0)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las causas de la intolerancia a la actividad física si no son reconocidos y tratados pueden presentar consecuencias indeseables, como la inmovilidad física, desnutrición, y con esto alteraciones en la autoestima.

La depresión no es comúnmente diagnosticada, ya que suele diagnosticarse erróneamente como demencia, hipocondría, algo natural y ó propio del envejecimiento, finalmente esto repercute directamente en el paciente.

Las personas ancianas pueden tener depresión crónica, esta puede ser causada por las pérdidas que se sufren a lo largo de la vida, o quizá una reacción al estrés que este sufriendo en un momento determinado, por la incapacidad para adaptarse a la situación.

Existen factores ambientales, psicológicos, sociales, biológicos, culturales y otros que conducen al aislamiento y como resultado de esto la depresión, aunado a esto la polipatología y la polifarmacia pueden favorecer aún más hacia la depresión; ya que existen medicamentos que dentro de sus efectos secundarios producen depresión y es por este motivo el conocer la historia farmacología de los ancianos.

Es necesario tener cuidado y valorar los riesgos de suicidio, dado que sus índices aumentan con la edad especialmente los hombres solteros, enfermos y de mayor edad.

Con lo antes mencionado al estar realizando el servicio social en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" me pude percatar de la frecuencia con que se presenta este tipo de problema y creo que enfermería tiene un campo muy

amplio de acción, para detectar los factores de riesgo a depresión y así evitar que esta se desarrolle en el anciano que a través de su intervención oportuna.

5. PROBLEMA

¿Cuales son los factores de riesgo a depresión en el anciano que acude a el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran"?, para determinar las intervenciones específicas de enfermería en este grupo poblacional.

6. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio, Transversal, Descriptivo y Analítico, del 1º de febrero al 31 de julio de 1997, con una muestra aleatoria de 28 pacientes que acuden al Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran", primeramente se realizó un interrogatorio directo en el servicio de hospitalización del I.N.N.S.Z. a través de escalas de valoración del estado mental y funcional y además una encuesta con preguntas abiertas y cerradas para detectar los factores de riesgo a depresión y dos meses posteriores al egreso hospitalario se realizó una segunda evaluación en el domicilio del paciente con los mismos instrumentos.

Los resultados fueron sometidos a análisis estadístico utilizando el método de paloteo para realizar el conteo de los datos y presentarlos en cuadros y gráficas interpretándolos en frecuencia y porcentaje y con ello se obtuvieron los conocimientos sobre las necesidades de los ancianos en factores de riesgo a depresión para poder proponer las intervenciones específicas en este grupo poblacional.

Los criterios de inclusión para esta investigación fueron los siguientes: ser pacientes del I.N.N.S.Z., mayores de 70 años, sexo indistinto y con una escala de valoración geriátrica (GDS) de 10 a 20.

Dentro de los criterios de exclusión se encontraban ser pacientes menores de 70 años ó pacientes mayores de 70 años con demencia.

El método de obtención de datos fue una encuesta, a través de un interrogatorio.

Los límites de Lugar fueron el I.N.N.S.Z. y que vivieran en el D.F.

Recursos humanos: 28 pacientes ancianos, una pasante de la Lic. en enfermería y obstetricia y un asesor académico.

Variables :Edad, Sexo, Estado civil, Número de diagnósticos médicos, Número de medicamentos que consume, Con quien vive, Quien se encarga de su cuidado, Tiene problemas económicos, Recibe una pensión, Evaluación de KATZ, LAWTON y GDS

ANÁLISIS
DE
DATOS.

CUADRO NO. 1
EDAD Y SEXO

AÑOS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL
	FREC.	%	FREC.	%	%
70 a 75	5	17.9	4	14.3	32.2
76 a 80	7	25	3	10.7	35.7
81 a 85	3	10.7	3	10.7	21.4
86 a 90	1	3.6	0	0	3.6
más de 90	2	7.1	0	0	7.1
TOTAL	18	64.3	10	35.7	100

FUENTE: Encuesta aplicada a ancianos que acuden al Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 1

En este cuadro podemos observar lo siguiente

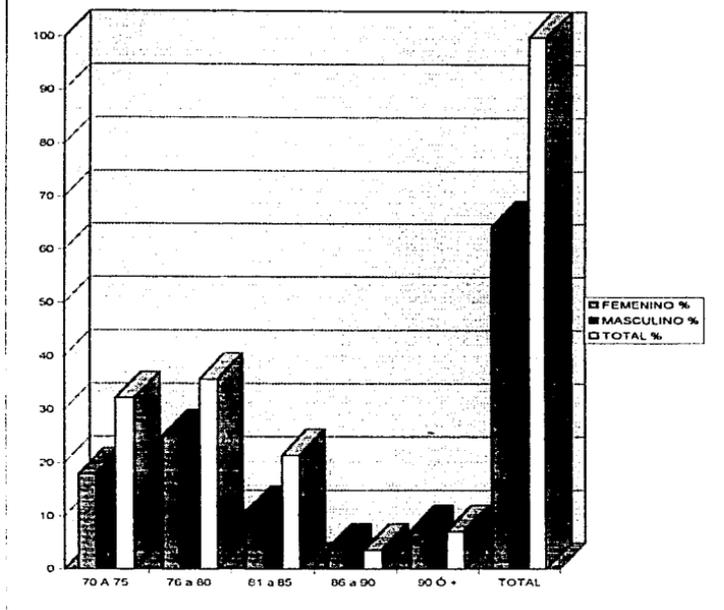
De la población estudiada encontramos que un 5.7% se encuentran entre los 76 a 80 años de edad, siguiendo a estos se encuentran los de 70 a 75 años con un 32.2 %.

El 7.1 se encuentra en el grupo de los 90 años o más.

El menor porcentaje que se presentó fue de un 3.6 % que lo ocuparon los ancianos que se encontraban en el rango de 86 a 90 años.

GRAFICA NO. 1

EDAD Y SEXO



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 2
ESTADO CIVIL

	FRECUENCIA	%
Casado	11	39.2
Viudo	15	53.6
Divorciado	1	3.6
Soltero	1	3.6
TOTAL	28	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

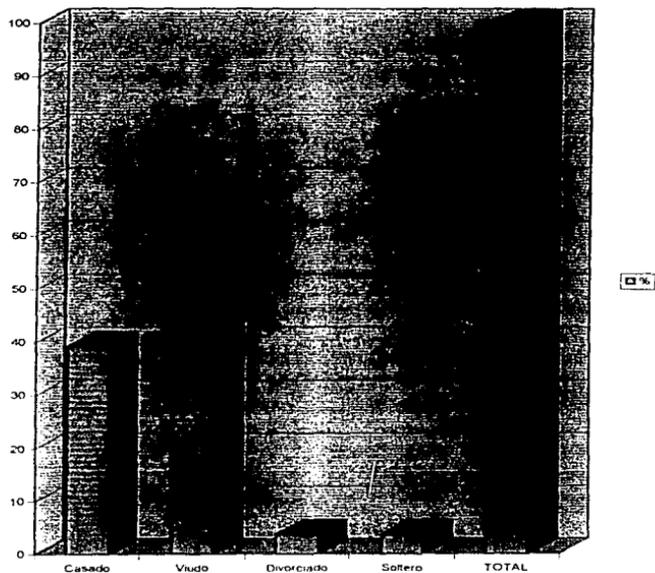
ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 2

En el cuadro número dos podemos observar lo siguiente:

La viudez se encontró en el mayor porcentaje en la población estudiada con un 53.6 %, siguiendo a estos los ancianos casados con un 39.2 % y en un menor porcentaje encontramos a los ancianos divorciados o solteros que ocuparon un 3.6 % de la población estudiada respectivamente.

GRAFICA NO. 2

ESTADO CIVIL



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

**CUADRO NO. 3
AÑOS DE ESCOLARIDAD**

Años de escolaridad	Frecuencia	%
1 a 3	5	17.9
4 a 6	5	17.9
7 a 9	7	25
10 a 12	7	25
12 o más	4	14.2
TOTAL	28	100

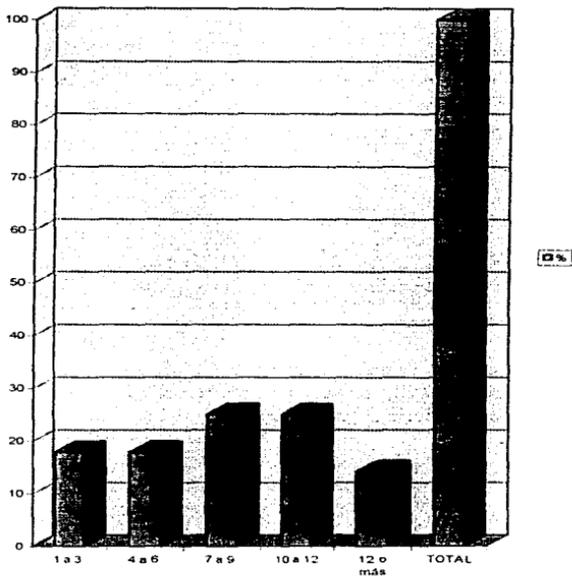
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 3

El cuadro número tres nos muestra claramente que el 100 % de la población estudiada sabe leer y escribir, ya que el 64.9 de los ancianos concluyo sus estudios de educación primaria.

Otro punto sumamente importante es que el 34.2 % concluyo sus estudios de secundaria o carrera comercial.

GRAFICA NO.3
AÑOS DE ESCOLARIDAD



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 4
NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

	FRECUENCIA	%
1	3	10.7
2	6	21.4
3 o más	13	67.9
TOTAL	28	100

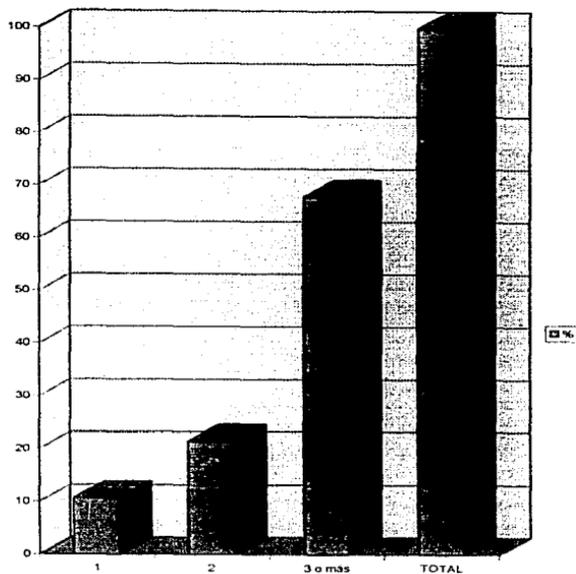
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 4

El cuadro número 4 nos permite observar que el 10.7 % de la población estudiada sólo tienen un diagnóstico médico, el 21.4 % tiene dos diagnósticos.

Lo más importante es que el 67.9 % de la población tiene 3 o más diagnósticos médicos lo que indica que tienen polipatología y esto es un factor de riesgo hacia la polifarmacia.

GRAFICA NO.4
NÚMERO DE DIAGNOSTICOS MEDICOS



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 5
NÚMERO DE MEDICAMENTOS

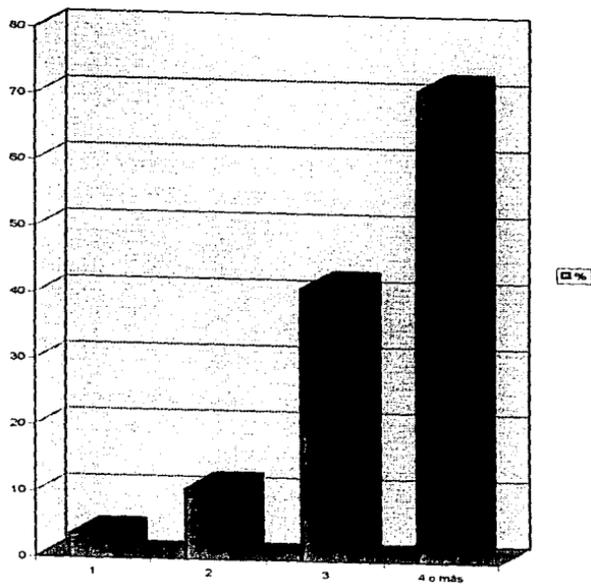
	FRECUENCIA	%
1	1	3.6
2	3	10.7
3	4	11.3
4 o más	20	71.4
TOTAL	28	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 5

Este cuadro nos muestra que el 3.6 % de la población estudiada toma un sólo medicamento , el 10.7 toma dos medicamentos y el 14.3 % toma tres. El porcentaje aumenta al igual que número de medicamentos ya que el 71.4 % toma cuatro medicamentos, esto es un factor de riesgo a que el paciente abandone el tratamiento o a que no los tome correctamente.

GRAFICA NO 5
NÚMERO DE MEDICAMENTOS



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

**CUADRO NO. 6
PROBLEMÁTICA ECONÓMICA**

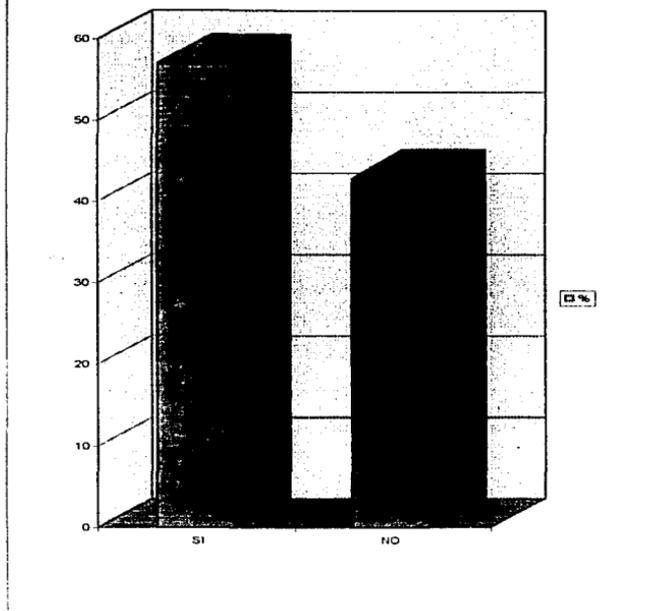
	FRECUENCIA	%
SI	16	57.1
NO	12	42.9
TOTAL	28	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 6

Este cuadro nos permite ver la gran problemática económica en la que se encuentran los ancianos de la población estudiada, ya que el 57.1 % refiere tener problemas económicos y sólo el 42.9 % no refiere tenerlos y viven modestamente.

GRAFICA NO 6
PROBLEMÁTICA ECONOMICA



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 7
RECIBEN ALGUNA PENSIÓN

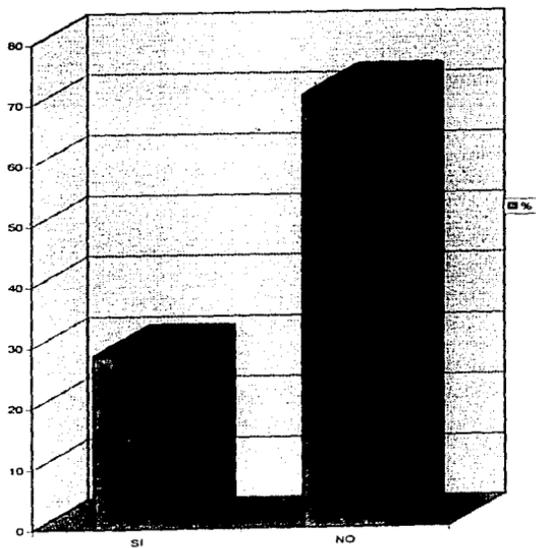
	FRECUENCIA	%
SI	8	28.6
NO	20	71.4
TOTAL	28	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 7

El cuadro número siete nos muestra que el 71.4 % de la población estudiada no recibe pensión alguna , es decir, no tiene ingresos y sólo el 28.6 % si la reciben

GRAFICA NO. 7
RECIBEN ALGUNA PENSIÓN



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

**CUADRO NO. 8
CON QUIEN VIVEN LOS ANCIANOS**

	FRECUENCIA	%
CÓNYUGE	10	35.7
HIJOS	10	35.7
OTROS FAMILIARES	3	10.7
SOLO	5	17.9
TOTAL	28	100

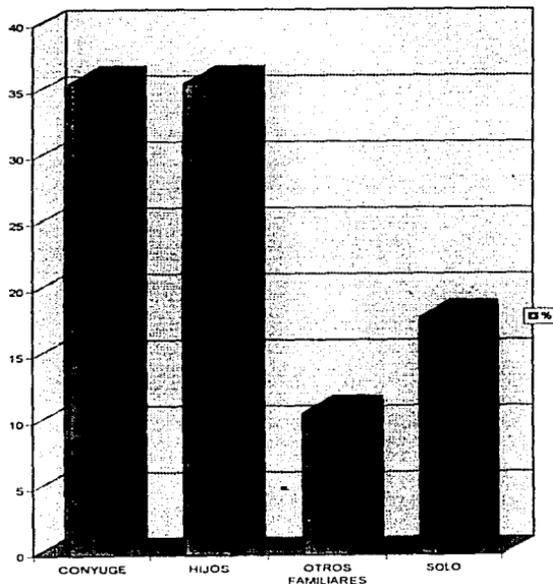
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 8

En el cuadro número ocho podemos observar que los ancianos principalmente viven con los hijos o con su cónyuge ya que ambos ocuparon un 35.7 % respectivamente, el 17.9 % de los ancianos viven solos y sólo el 10.7 % de la población estudiada vive con otros familiares.

GRAFICA NO.8

CON QUIEN VIVEN LOS ANCIANOS



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 9**QUIEN SE ENCARGA DEL CUIDADO
DE LOS ANCIANOS EN SU DOMICILIO**

	FRECUENCIA	%
CÓNYUGE	10	35.7
HIJOS	9	32.1
OTROS FAMILIARES	8	28.6
SOLO	1	3.6
TOTAL	28	100

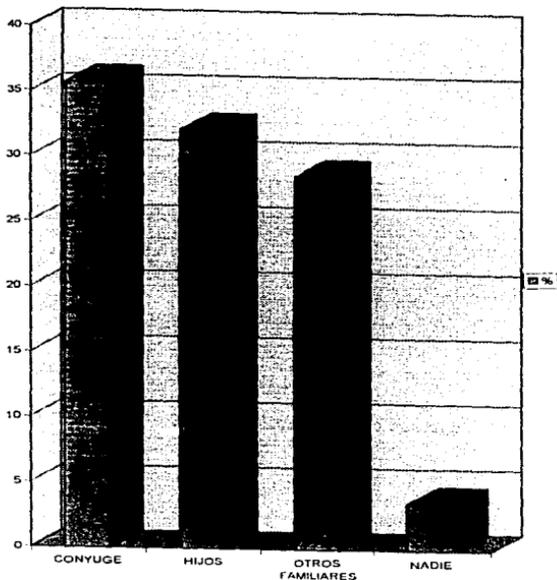
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 9

En el cuadro número nueve podemos ver que la persona que se encarga principalmente del cuidado de los ancianos en su domicilio es su cónyuge ya que ocupan un 35.7 % , siguiendo a este se encuentran los hijos con un 32.4 % . El 28.6 % de la población estudiada es cuidada por otros familiares y el 3.6 % no cuenta con nadie quien se encargue de su cuidado.

GRAFICA NO. 9

QUIEN SE ENCARGA DEL CUIDADO
DE LOS ANCIANOS EN SU DOMICILIO



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 10
VALORACIÓN CON LA ESCALA DE PFEIFFER

	PRIMERA		SEGUNDA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Lucido y alerta	24	85.8	26	92.9
Levemente confuso	2	7.1	2	7.1
Moderadamente confuso	2	7.1	0	0
Muy confuso	0	0	0	0
TOTAL	28	100	28	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

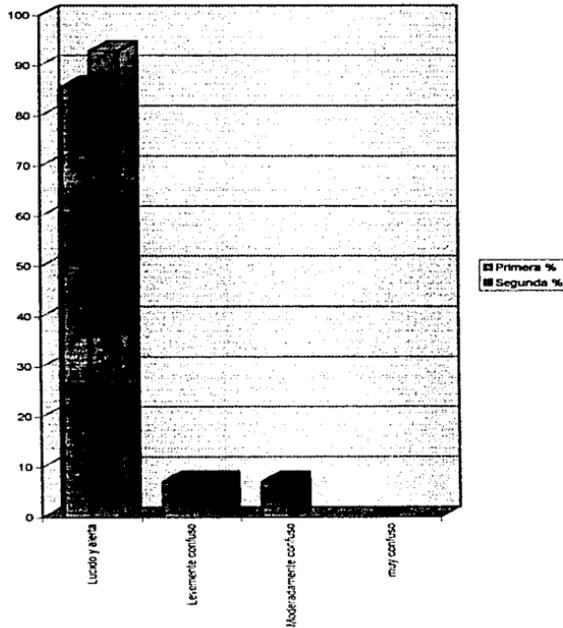
ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 10

En el cuadro número diez podemos observar que durante la primera valoración estuvieron lucidos y alertas el 85.8 % de la población estudiada y para la segunda esta aumento al 92.9 %, en cambio para los que se encontraban levemente confusos no hubo ninguna modificación ya que se mantuvieron en 7.1 %.

Los que se encontraban en moderadamente confusos en la primera valoración que fue el 7.1 % en la segunda ya no se encontraban confusos.

GRAFICA NO.10

EVALUACIÓN CON LA ESCALA DE FEIFFER



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 11**VALORACIÓN CON LA ESCALA DE FOLSTEIN
(MINI MENTAL)**

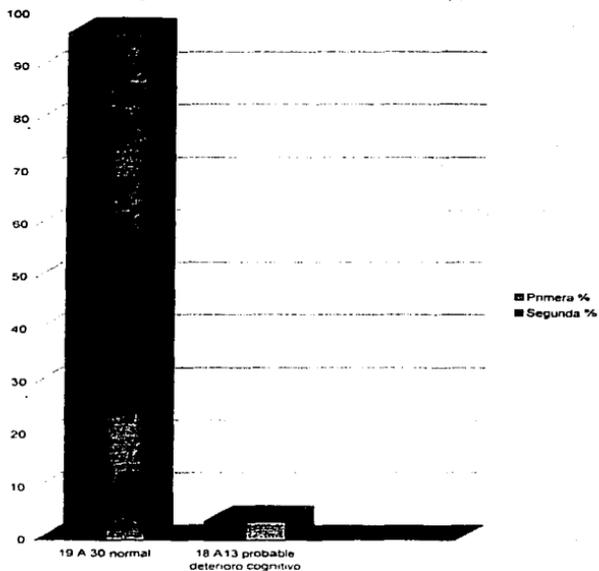
	PRIMERA		SEGUNDA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Normal (30 a 19 puntos)	27	96.4	27	96.4
Probable deterioro cognitivo (18 a 13)	1	3.6	1	3.6
TOTAL	28	100	28	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 11

En el cuadro número once podemos observar que durante la primera valoración el 96.4 % de la población estudiada se encontró en los rangos de 30 a 19 y para la segunda valoración no hubo ningún cambio

GRAFICA NO.11
VALORACIÓN CON LA ESCALA DE FOLSTEIN
(MINI MENTAL)



FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 12
EVALUACIÓN CON LA ESCALA DE KATZ

	PRIMERA		SEGUNDA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Baño	25	89.2	26	85.7
Vestido	28	100	26	92.9
Ir al baño	27	96.4	26	92.9
Transferencias	28	100	26	92.9
Continencias	23	82.1	25	89.2
Alimentación	27	96.4	28	100

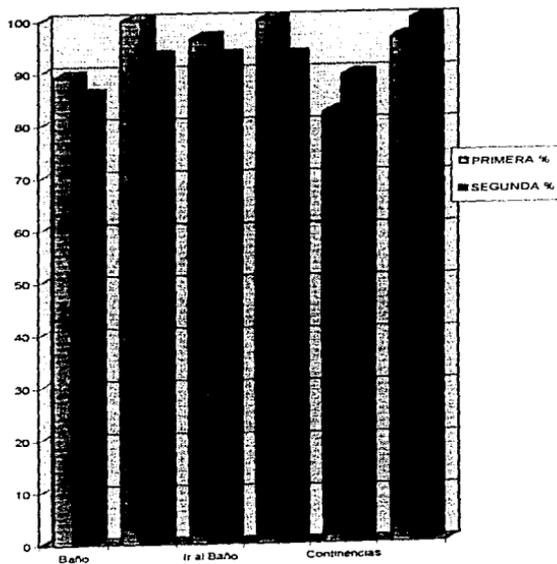
FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 12

En el cuadro número doce podemos encontrar que disminuyó la población que podía realizar las actividades de la vida diaria como son, bañarse, vestirse, ir al baño y las transferencias.

En la segunda evaluación hubo un aumento en el porcentaje de la población que puede realizar las actividades de la vida diaria de alimentación y continencias.

GRAFICA NO.12
EVALUACIÓN CON LA ESCALA DE KATZ



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 13
EVALUACIÓN CON LA ESCALA DE LAWTON

	PRIMERA		SEGUNDA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
Utilizar el teléfono	26	92.9	25	89.3
Compras	13	46.4	8	28.6
Cocinar	13	46.4	12	42.9
Cuidado del hogar	8	28.6	12	42.9
Lavar ropa	10	35.7	8	28.6
Transporte	13	46.4	7	25
Medicamentos	21	75	19	67.9
Finanzas	22	78.7	16	57.1

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 13

En el cuadro número 13 podemos observar lo siguiente:

En cuanto a la capacidad para utilizar el teléfono en la primera valoración fue el 92.9 % y se modificó a el 89.2 %, al igual que esta actividad la capacidad para realizar compras disminuyó de 46.4 % a 28.6 %; también el cocinar tuvo una reducción ya que en la primera valoración obtuvo un 46.4 % y en la segunda nada más fue un 42.9 %.

La capacidad para cuidar el hogar fue la única que tuvo un cambio positivo ya que en la primera valoración sólo un 28.6 % de la población estudiada lo realizaba y esto aumentó a un 42.9 % para la segunda valoración.

La capacidad para lavar la ropa tuvo una disminución de un 35.7 % a un 28.6 %.

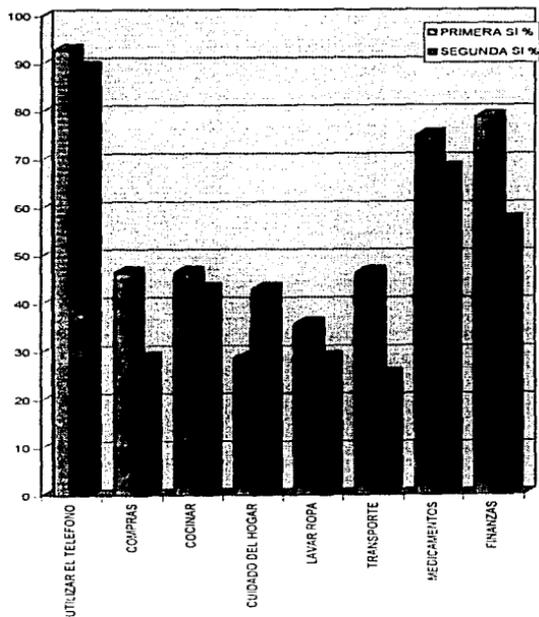
La capacidad para transportarse al igual que la anterior también disminuyó debido a que pasó de un 46.4 % a un 25 %.

De la misma manera la capacidad para tomar los medicamentos tuvo un impacto negativo ya que era de un 75 % de la población estudiada y pasó a un 67.9 %, a la capacidad para manejar las finanzas le sucedió lo mismo por que pasó de un 78.7 % a un 57.1 %.

Resumiendo en este cuadro podemos ver que en casi todas las actividades que valora la escala de Lawton excepto la capacidad de cuidar el hogar hubo una disminución del número de personas que podían realizar las actividades de la primera a la segunda valoración.

GRAFICA NO. 13

EVALUACIÓN CON LA ESCALA DE LAWTON



FUENTE MISMA DEL CUADRO NO. 1

CUADRO NO. 14
VALORACIÓN CON LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

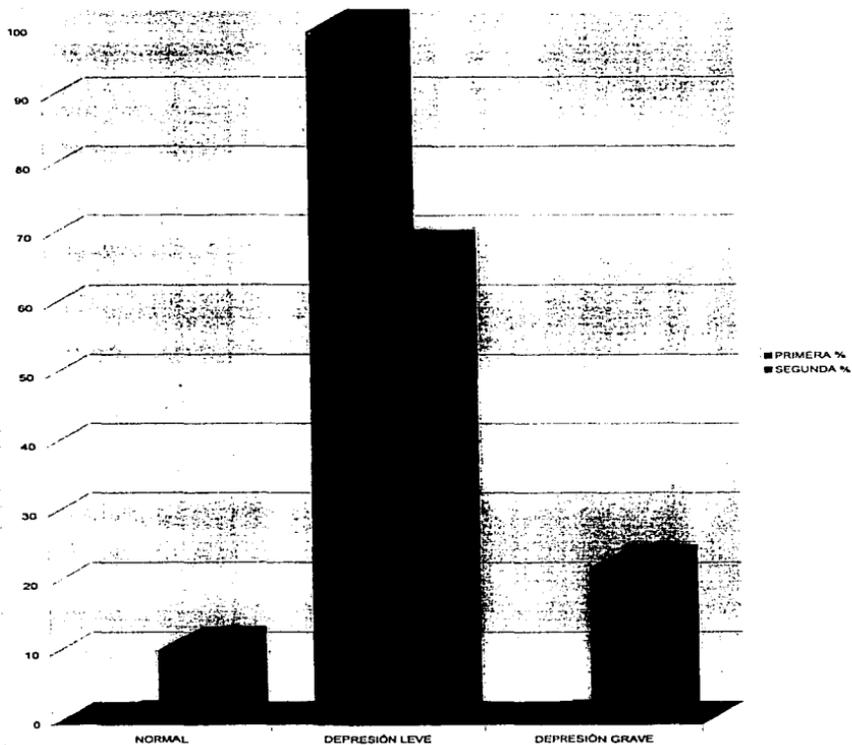
	PRIMERA		SEGUNDA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NORMAL	0	0	3	10.7
DEPRESIÓN LEVE	28	100	19	67.8
DEPRESIÓN GRAVE	0	0	6	22.5
TOTAL	28	100	28	100

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 14.

En el cuadro número catorce podemos observar lo siguiente:
Durante la primera evaluación el 100% de la población estudiada se encontraba dentro de los rangos de depresión leve, en cambio al realizar la segunda evaluación se observa que el 10.7 % cambio a la normalidad, mientras que el 67.8 % se mantuvo en depresión leve y el 22.5 % paso a una depresión grave.

GRAFICA NO. 15



CUADRO NO 15.
ANÁLISIS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

RESPUESTAS NEGATIVAS AL ANALIZAR LAS VALORACIONES	PRIMERA		SEGUNDA	
	FREC.	%	FREC.	%
P1 ¿ESTA USTED SATISFECHO CON SU VIDA?	4	14.3	7	25
P2 ¿HA ABANDONADO MUCHOS DE SUS INTERESES Y ACTIVIDADES?	23	82.1	21	75
P3 ¿SIENTE QUE SU VIDA ESTÁ VACÍA?	16	57.1	11	39.3
P4 ¿SE ABURRIÓ CON FRECUENCIA?	14	50	19	67.8
P5 ¿TIENE ESPERANZAS EN EL FUTURO?	13	46.4	16	57.1
P6 ¿ESTA MOLESTO POR PENSAMIENTOS QUE NO PUEDE ALEJAR DE SU MENTE?	14	50	17	60.7
P7 ¿ESTA USTED DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	7	25	10	35.7
P8 ¿TIENE MIEDO DE QUE ALGO LE VAYA A SUCEDER?	14	50	14	50
P9 ¿SE SIENTE CONTENTO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	7	25	8	28.6
P10 ¿SE SIENTE FRECUENTEMENTE DESAMPARADO?	5	17.8	12	60.7
P11 ¿SE SIENTE USTED INTRANQUIL Y NERVIOSO CON FRECUENCIA?	22	78.6	23	82.1
P12 ¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA EN VEZ DE SALIR Y HACER COSAS NUEVAS?	22	78.6	23	82.1
P13 ¿SE PREOCUPA FRECUENTEMENTE POR EL FUTURO?	23	82.1	23	82.1
P14 ¿CREE USTED QUE TIENE MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LOS DEMÁS?	12	42.8	16	57.1
P15 ¿PIENSA USTED QUE ES MARAVILLOSO ESTAR VIVO AHORA?	4	14.3	3	10.7
P16 ¿SE SIENTE DESANIMADO Y TRISTE CON FRECUENCIA?	20	71.4	20	71.4
P17 ¿SIENTE QUE NADIE LO APRECIA?	5	17.8	8	28.6
P18 ¿SE PREOCUPA USTED MUCHO POR EL PASADO?	7	25	8	28.6
P19 ¿CREE USTED QUE LA VIDA ES EMOCIONANTE?	4	14.3	5	17.4
P20 ¿LE ES DIFÍCIL COMENZAR NUEVOS PROYECTOS?	17	60.7	25	89.3
P21 ¿SE SIENTE LLENO DE ENERGÍA?	17	60.7	17	60.7
P22 ¿SE SIENTE USTED QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERANTE?	13	46.4	14	50
P23 ¿CREE USTED QUE LOS DEMÁS ESTÁN EN MEJORES CONDICIONES QUE USTED?	15	53.6	16	57.1
P24 ¿SE MOLESTA CON FRECUENCIA POR COSAS SIN IMPORTANCIA?	23	82.1	16	57.1
P25 ¿TIENE GANAS DE LLORAR CON FRECUENCIA?	19	67.8	17	60.7
P26 ¿TIENE PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE?	12	42.9	16	57.1
P27 ¿DISFRUTA USTED AL LEVANTARSE POR LAS MAÑANAS?	8	28.6	9	32.1
P28 ¿PREFIERE EVITAR USTED LAS REUNIONES SOCIALES?	18	64.2	21	75
P29 ¿ES FÁCIL PARA USTED TOMAR DECISIONES?	12	42.8	19	67.8
P30 ¿ESTA SU MENTE TAN CLARA COMO SOLÍA ESTAR ANTES?	18	64.2	24	85.7

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 15

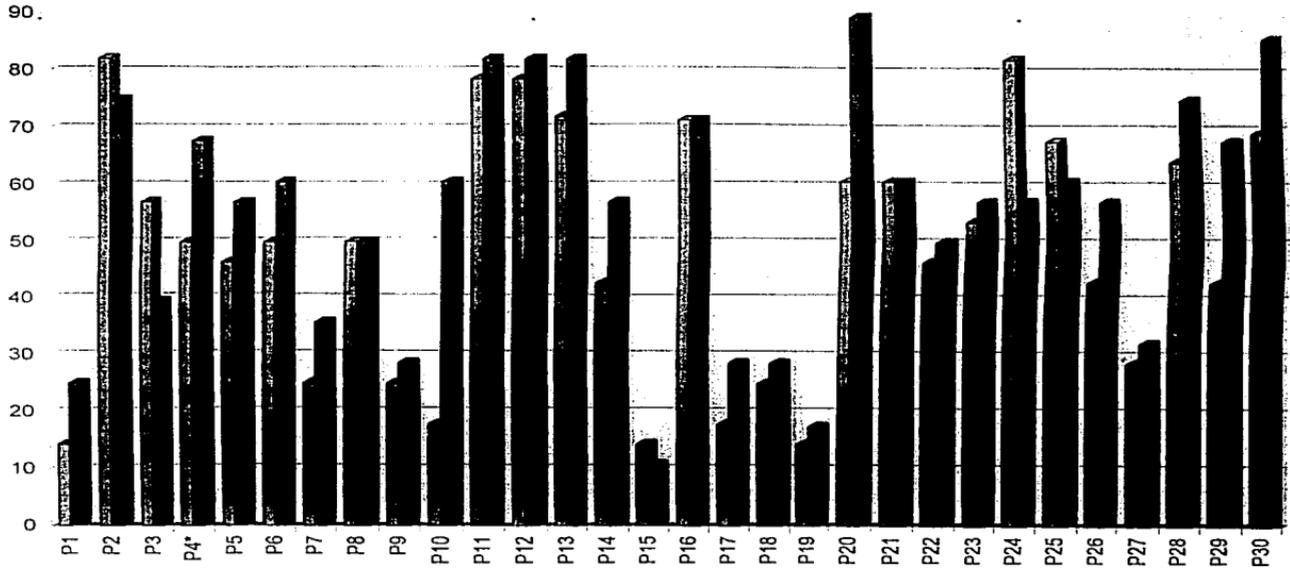
Al realizar el análisis de esta escala encontramos que los ancianos después de dos meses de egreso hospitalario sufrieron variaciones en cuanto el estado de riesgo a depresión, así vemos que de la primera encuesta a la segunda fueron desfavorables en los siguientes puntos tales como:

- En la pregunta que se refiere ¿Le es difícil comenzar a usted nuevos proyectos? del 60.7 % paso al 89.3 % en forma negativa; en la pregunta ¿Se siente usted frecuentemente desamparado? paso de 17.8 % a 60.7 %; en la pregunta ¿Es fácil para usted tomar decisiones? encontramos que del 42.8 % paso al 67.8 %.
- En la pregunta ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes? ocupaba el 69,2 % y posteriormente pasa a 85.9 %, en la pregunta ¿Se aburre usted con frecuencia? del 50 % cambia al 67.8 %; en la pregunta ¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás? y ¿Tiene usted problemas para concentrarse? pasan del 42.9 % al 57.1 %
- Las siguientes preguntas tuvieron un impacto negativo en un 10.7 %, ¿Tiene usted esperanzas en el futuro?, ¿Esta usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?, ¿Esta usted de buen humor la mayor parte del tiempo?, ¿ Siente usted que nadie lo aprecia?, ¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales?.

- También se observa un impacto positivo en algunas preguntas, como son:
- ¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia? baja de 67.8 % a 60.7 %; en la pregunta ¿Siente usted que su vida esta vacía? disminuyo de 57.1 % a 39.3% y en la pregunta ¿ha abandonado muchos de sus intereses y actividades? del 82.1% pasa al 75 %.

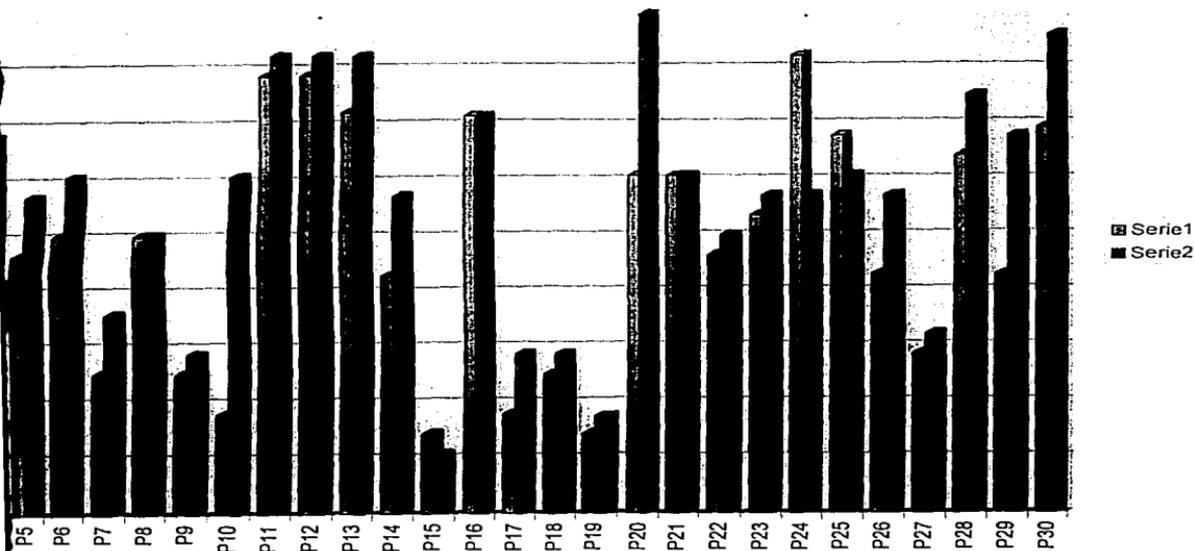
Por lo que se puede decir que se refieren a aspectos psicosociales tienen mayor influencia en los estados depresivos.

ANALISIS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA



FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANALISIS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA



CUADRO NO. 16
ALTERACIONES DIVERSAS

ALTERACIONES	PRIMERA		SEGUNDA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SUEÑO	23	82.1	24	85.7
ATENCIÓN	17	60.7	18	64.3
ALIMENTACIÓN	19	67.9	21	75
ACTIVIDADES	17	60.7	19	67.9
REL. FAMILIARES	7	25	8	28.6
REL. SOCIALES	3	10.7	2	7.1
SENTIMIENTOS DE INUTILIDAD	15	53.9	17	60.7

FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1

ANÁLISIS DEL CUADRO NO. 16

En el cuadro número 16 nos muestra lo siguiente:

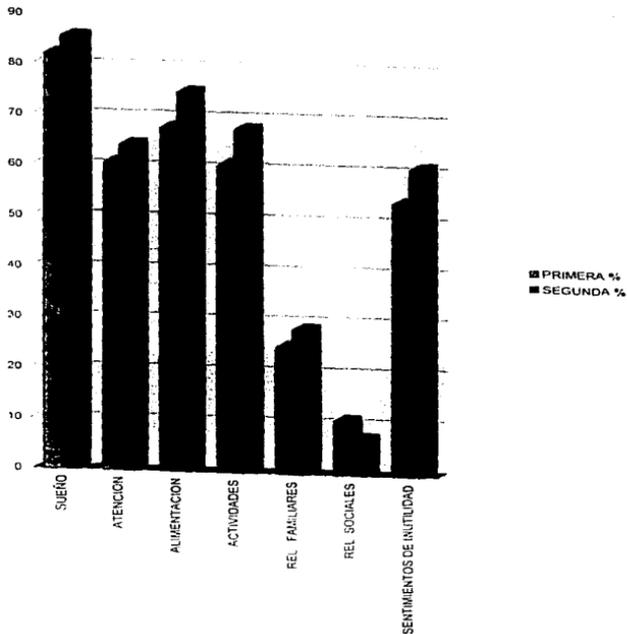
Las alteraciones del sueño se presentaron en un 82.1% en la primera evaluación y estas aumentaron en a un 85.7 % para la segunda evaluación, también la atención se vio afectada en la población estudiada ya que ocupaba un 60.7 y paso a un 64.3 %.

Las alteraciones en cuanto a la alimentación ocupaban un 67.9 % y pasaron a un 75 % de la misma forma sucedió con las alteraciones de las actividades ya que estaban en un 60.7 % y pasaron a un 67.9 %.

Las relaciones familiares al igual que las antes mencionadas aumentaron ya que pasaron de un 25 % a un 28.6 %, al igual que estas los sentimientos de inutilidad también aumentaron de un 53.9% a un 60.7 % .

Las relaciones sociales fueron las únicas que tuvieron un impacto positivo ya que disminuyeron de un 10.7 % 7.1 %.

GRAFICA NO. 15
ALTERACIONES DIVERSAS



FUENTE: MISMA DEL CUADRO NO. 1.

CONCLUSIONES.

Después de realizar una amplia revisión tanto en libros como en revistas científicas puedo concluir lo siguiente:

La depresión en los ancianos es comúnmente ignorada y poco tratada¹⁹ sin embargo es un problema considerable, ya que presenta problemas para su diagnóstico y por otra parte frecuentemente no se detecta y mucho menos se trata.

La depresión no es un estado de humor natural en los ancianos, pues esta puede deberse a una condición asociada con disfunción familiar, laboral, y en los roles sociales que ocupa el anciano;²⁰ y es más frecuente que se presente en las mujeres que en los hombres^{21 22}, al igual que otros autores, en este estudio encontramos mayor presencia de depresión en las mujeres que en los hombres y quizá esto puede deberse a que la mayor parte de la población estudiada fueron mujeres, y considero que sería muy importante el conocer por que se presenta con mayor frecuencia en la mujer, ya que en la literatura no lo refiere.

El manejo inadecuado de una enfermedad física puede producir efectos depresivos en el anciano; y aunado a esto encontramos los factores de riesgo a depresión tales como:

1. Sexo Femenino
2. Estado civil viudo
3. Antecedente de cuadro depresivo
4. Antecedente de historia familiar depresiva
5. Estados patológicos múltiples.
6. Polifarmacia
7. Problemas económicos
8. Abandono familiar
9. Aislamiento

¹⁹ CORNELIUS LE., WATKIN V., "Depression in old age," Reviews in clinical gerontology, 1995, 5: p 427

²⁰ CLARKIN J., Et al., Op. Cit. p. 717

²¹ CLARKIN J., Et al., "Psychotherapy of depression," Arch Gen Psychiatry, 1996, 55: p 717

²² IRWIN K., Et al., "Applicability of depression scales to the old old person," JAGS 1996, 34: p 215.

10. Déficit sensorial (visión, tacto, oído)
11. Disminución en la capacidad funcional tanto de las actividades de la vida diaria básicas como en las instrumentales.
12. Rehabilitación prolongada
13. Discapacidad física
14. Pérdida del interés en las actividades
15. Pérdida del rol social
16. Pérdida de la pareja
17. Sentimientos de inutilidad
18. Evaluación con el G.D.S de más de 10 puntos.

El G.D.S. es una escala útil para la valoración de la depresión en los ancianos ya que nos puede indicar cuales están en riesgo a sufrir la que puede ir de leve a grave.

En esta investigación encontramos que la depresión es mas frecuente en las mujeres en edad de 70 a 80 años, son principalmente viudos quienes tienen una escolaridad de 1 a 6 años de instrucción; además sufren tres ó más problemas de salud, por lo que ingieren de cuatro a más medicamentos diariamente; otro aspecto importante es que el 57% tiene problemas económicos, pues el 71.4 % no cuenta con una pensión.

Generalmente este grupo de ancianos viven con su cónyuge o con sus hijos lo que nos da un 71.4 % a quienes principalmente los cuidan su cónyuge o algún hijo (s).

En cuanto a las escalas de valoración podemos concluir que en la escala de PFEIFFER al estado de lucido y alerta de la primera evaluación a la segunda se noto ligeramente un aumento favorable; en la escala de FOLSTEIN (Estado mental) no sufrió cambios de la primera a la segunda encuesta.

En la escala de las actividades básicas de la vida diaria (Katz) se observo un ligero deterioro en la segunda valoración con respecto a la primera.

En cuanto a las actividades instrumentadas de la vida diaria (Lawton) se encontró que al igual que la escala anterior en la segunda encuesta disminuyó la capacidad para las actividades de la vida diaria instrumentadas.

Al valorar la depresión en este grupo de ancianos se encontró que en la primera encuesta todos presentaron depresión leve y en la segunda encuesta sufrió los siguientes cambios, el 67.8 % , continuó con la depresión leve, el 22.5 % pasa a depresión grave y el 10.7 % se normalizó.

Al analizar la escala de depresión geriátrica con mayor detenimiento se encontró que los principales factores de riesgo a depresión en el anciano son:

Dificultad para comenzar nuevos proyectos, dificultad para tomar decisiones, sentirse desamparado, cambios en la claridad mental, aburrimiento frecuente, problemas de memoria, problemas para concentrarse, insatisfacción con la vida, pérdida de esperanza en el futuro

Además de los que se mencionan en las escalas anteriores y los factores de salud y económicos.

En cuanto a las alteraciones de sueño, atención, actividades, y alimentación se observó que hubo un ligero aumento en los ancianos que las presentaron de la primera evaluación con respecto de la segunda; los sentimientos de inutilidad también tuvieron un impacto negativo ya que cambiaron de 53.9 % en la primera evaluación a 60.7 %.

Por lo antes señalado en la conclusión podemos decir que el objetivo trazado para la investigación se logró cumplir, ya que se obtuvo la información objetiva sobre la depresión en este grupo de ancianos y con ello se proponen las intervenciones de enfermería en los ancianos con riesgo a depresión.

En las sugerencias se mencionan las intervenciones de enfermería para este problema de salud del anciano.

SUGERENCIAS.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON PACIENTES GERIÁTRICOS CON RIESGO A DEPRESIÓN.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

La atención se brinde a el anciano debe ir enfocada hacia la prevención del deterioro funcional, la mejoría de la calidad de vida a través de la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, apoyándose en la familia y la comunidad, para que el anciano se reintegre a la sociedad.

JUSTIFICACIÓN:

La intervención precoz en la enfermedad depresiva con una combinación de fármacos y psicoterapia puede disminuir la duración de la enfermedad en la mitad y disminuiría el riesgo de suicidio.

Además se conseguiría una reducción del 20% en la prevalencia de la enfermedad depresiva, si se consiguiera que el 40% de las depresiones fueran tratadas en el comienzo de su curso e interrumpirlas a través de un buen programa de prevención secundaria disponible.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

Es sumamente importante realizar primero una valoración del paciente para poder realizar nuestro diagnóstico de enfermería; debemos tomar en cuenta en la valoración de ancianos lo siguiente:

- Cambios físicos (Detectando oportunamente cambios normales de los patológicos
- Alteraciones en el estado de salud mental
- Antecedentes de enfermedades crónicas
- Valorar las actividades de la vida diaria
- Alteraciones del patrón del sueño sin causa aparente

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- Alteraciones en el estado de animo
- Cambios en el rol familiar
- Identificar los factores de riesgo a depresión en los ancianos (Ver lista de factores de riesgo).

Dentro de las actividades que podemos realizar con un anciano diariamente son:

- La orientación a la realidad, ya que esta le ayudará al anciano a recuperar la confianza en sí mismo y mejorar su calidad de vida.

La orientación a la realidad se basa en la repetición sistemática y constante de información actual acerca del medio, por ejemplo la hora, las condiciones climáticas, el lugar y evitar reforzar cualquier signo de pensamiento irracional o confuso dando principalmente el énfasis a la realidad..

Para orientar a un paciente a la realidad puede uno valerse del apoyo de la familia y recursos didácticos como por ejemplo de calendarios, cuadros, radio, televisión, reloj, hoja de medicamentos .

- La enfermera debe tener una actitud de respeto hacia la persona como individuo; ya que el anciano necesita cubrir sus necesidades que son tan importantes como las de una persona joven y recordar que la relación entre el paciente, familiar y enfermera se vuelve un factor positivo en el cuidado del paciente
- Reintegrarlo al núcleo familiar y social.
- Durante la depresión es importante asegurarse que el anciano satisfaga todas sus necesidades, ya que quizá no tenga energía para comer, vestirse o arreglarse.

LOS ANCIANOS

- "Merecen nuestro respeto y tiene derecho a vivir con dignidad.
- Sienten la vida, la muerte y una amplia gama de emociones humanas.
- Representan un todo integral y organizado,, interactúan con su entorno
- Están sujetos a los cambios de la edad, lo que puede disminuir sus funciones pero no su valor.
- Están en una situación de cambios.
- Están potencialmente interesados en aprender toda aquella información relacionada con la salud para mantener y fomentar su bienestar²³.

²³ CARROLL M., Op Cit., p.132

10. BIBLIOGRAFÍA

American Association for geriatric Psychiatry "Depression in late life not a natural part of aging"

BANDA A., SALINAS R., "Problemas identificados mediante la evaluación geriátrica en un asilo." Salud pública de México. 1992. 34. NO. 5 546 -553.

BAENA G., Instrumentos de investigación, Ed. Editores Mexicanos Unidos, México, D.F. 1981, 133p.

BRINK T., Et al., "Screening test for geriatric depression." Clinical Gerontologist 1982, 1, 1, 37 - 43.

BRINK T., Et al., "Development and validation a geriatric depression sreening scale." Journal Psychiatry 1983, 17: 37 - 49.

CALDERON G., Depresión, Ed. Trillas, México, D.F., 1990. 250 p.

CLARKIN J., Et. al., "Psychoterapy of Depression". Arch General Psychiatry .. 1996. 53: 717 -723.

CARNEVALI P., Geriatría y Gerontología, Ed. Interamericana, 2ª ed. México, D.F., 1978.

CARROL M., BUE J., Cuidados de enfermería individualizados en el anciano, Ed. Doyma , Barcelona, España., 1980. 203 p.

CORNELIUS LE., WATKIN V., "Depression in old age." Reviews in clinical gerontology , 1995. 5: 427 -441.

DOVAL M., Et al., Mevaluación de la salud en el anciano. Ed. Prensa Medica Mexicana, México, D.F., 1984. 157 p.

FRANCES F., ROGERS S., Planes de cuidado de enfermería geriátrica. España, Ediciones científicas y técnicas Salvat, 1994. 375 p.

GARCIA M., TORRES., Et al., Enfermería geriátrica. Ed. Salvat, Barcelona, España., 1995. 185 p.

GUILLEN LLERA F., Et al., Síndromes y cuidados en pacientes geriátricos. Ed. Masson, Barcelona, España, 19994. 446 p.

HAN R., SLOANE P., Atención primaria en geriatría. Ed. Mosby, España, Barcelona., 1995. 710 p.

HERBERT C., Et. al "Treating mayor depression in primary care practice." Arch General Psychiatry, 1996 53: 913 -920.

IRWING K., Et. al., "Applicability of Depression scales to old old person", Journal A merican Geriatrics Society , 1986. 34: 215 - 218.

ISADORE R., Geriatría clínica. Ed Salvat, México, D.F., 1974. 558 p.

KAPLAN H., SADOCK J., Compendio de Psiquiatría. Ed. Salvat, Barcelona, España., 1994. 974 p.

KATZ S., Et al., "Progres in development of the index of A.D.L.", Gerontologist 1970 part 1 20 - 30.

LAWTON M., Et al., "Assessment of older people selfmantaining and instrumental activities of dily living". Gerontologist, 1969, 9, 179-186.

LIZA C., Et al., "Reability of screening for sensory impairment in depressed versus nondepressed older adults", Journal American Geriatrics Society , 1995. 43: 684 - 687.

LOZANO C., Introducción a la geriatría, Ed. Mendez, México, D.F., 1992. 309 p.

LUECKENOTTE A., Valoración geriatrica, Ed. Interamericana - Mc Graw Hill, Madrid, España., 1991. 298 p.

MONOTORIO I., IZAL M. "The geriatric depression scale a review of its developement and utility", International Psychogeriatrics, 1996, 8: 103 - 112.

MORRIS CH., Introducción a la Psicología, Ed. Prentice Hall Hispanoamericana, 5ª ed. México, D.F., 1987. 436 p.

NELIDA A., LASCANO M., Psicología del envejecimiento, Ed. Departamento de psicología de la vejez de las Américas y Sociedad de Geriatría y Gerontología de México., D.F., 1995. 183 p.

PERLADO F., Geriatría, Ediciones científico medicas, Barcelona, España, 1980.341 p.

SALGADO A., GUILLEN F., Manual de geriatría, Ed. Interamericana, México, D.F., 1994. 1320 p.

SMITH A.V., Et al., Manual Clínico de Geriatría, Ed. Manual moderno, México, D.F., 1994. 338 p.
1320 p.

SHAWM A., "Validating the GDS Depression screen in nursing homes", Journal American Geriatrics Society , 1994. 42: 490 -492.

SOLOMON D., "National institutes of health consensus development conference satement", N. I. H.Consensus Statement , 1988. 490 -492.

VAN DERC C., Et. al., Manual clínico de geriatría, Ed. Manual moderno, México D.F., 1994. 338 p.

WILLIAM B., Manual Merk de geriatría, Ed. Doyma, Barcelona, España., 1992. 1320 p.

WILLIAM B., APLEGATE MD., "Use of assessment instruments in clinical setting", Journal American Geriatrics Society , 1987. 35: 745 -750.

ANEXOS

11.1 CARTA DE AUTORIZACIÓN.

FECHA _____

NOMBRE _____ EDAD ____ SEXO ____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____ REGISTRO _____

Por medio de la presente solicito atentamente su autorización para realizarle una visita domiciliaria con el motivo de su participación en el protocolo de investigación que estoy realizando. Es para mi su participación muy importante en este proyecto, el cual pretende analizar y buscar alternativas para lograr una atención integral del paciente geriátrico.

La presente investigación forma parte de mi proyecto para realizar mi tesis profesional y obtener el título en la Lic. en Enf. y Obst.

Hago de su conocimiento que toda la información que usted me proporcione será totalmente confidencial y esto no afectará de ninguna manera la atención que usted recibe actualmente en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran".

Atte. Abigail Mares Flores
P.S.S. de la Lic. en Enf. y Obst.

Gracias por su colaboración en la presente investigación

FIRMA DEL PACIENTE

11.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

FECHA DE LA 1a. _____
FECHA DE LA 2a. _____

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
DOMICILIO _____
TELÉFONO _____ REGISTRO _____
OCUPACIÓN ANTERIOR _____ EDO. CIVIL _____
ACTUAL _____
DIAGNÓSTICOS MÉDICOS _____

MEDICAMENTOS QUE ACTUALMENTE CONSUME

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

1. ¿CON QUIEN VIVE?

(1) ESPOSA (2) HIJOS (3) HIJOS Y OTROS FAMILIARES (4) SOLO (5) ASILO

2. ¿QUIEN SE ENCARGA DE SU CUIDADO EN SU DOMICILIO?

(1) ESPOSA (2) HIJOS (3) HIJOS Y OTROS FAMILIARES (4) SOLO (5) ASILO

3. ¿TIENE PROBLEMAS ECONÓMICOS?

(1) SI (2) NO

4. ¿RECIBE ALGUNA PENSIÓN?

(1) SI (2) NO

5. ¿DE QUIEN MÁS RECIBE APOYO ECONÓMICO?

(1) ESPOSA (2) HIJOS (3) HIJOS Y OTROS FAMILIARES (4) SOLO (5) ASILO

6. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

(1) SI (2) NO

7. ¿HASTA QUE AÑO ESTUDIÓ? _____

ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON

1a.	2a.
CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELÉFONO <input type="checkbox"/> Lo opera por iniciativa propia, marca sin problemas (1) <input type="checkbox"/> Marca solo unos cuantos números bien conocidos (1) <input type="checkbox"/> Contesta el teléfono pero no llama (1) <input type="checkbox"/> No utiliza el teléfono (0)	
COMPRAS <input type="checkbox"/> Vigila sus necesidades independientemente(1) <input type="checkbox"/> Hace independientemente solo pequeñas compras(1) <input type="checkbox"/> Necesita compañía para cualquier compra(0) <input type="checkbox"/> Incapaz de cualquier compra(0)	
COCINA <input type="checkbox"/> Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente (1) <input type="checkbox"/> Prepara los alimentos, solo si se le provee de lo necesario (1) <input type="checkbox"/> Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta (1) <input type="checkbox"/> Necesita que le preparen los alimentos (0)	
CUIDADO DEL HOGAR <input type="checkbox"/> Mantiene la casa sólo o con ayuda mínima(1) <input type="checkbox"/> Efectúa diariamente trabajo ligero con eficiencia(1) <input type="checkbox"/> Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia(1) <input type="checkbox"/> Necesita ayuda en todas las actividades(0) <input type="checkbox"/> No participa (0)	
LAVANDERÍA <input type="checkbox"/> Se ocupa de su ropa independientemente(1) <input type="checkbox"/> Lava solo pequeñas prendas(1) <input type="checkbox"/> Todo se lo tiene que lavar(0)	
TRANSPORTE <input type="checkbox"/> Se transporta solo <input type="checkbox"/> Se transporta solo, únicamente en taxi, no puede usar otros recursos <input type="checkbox"/> Viaja en transporte colectivo acompañado <input type="checkbox"/> Viaja en taxi o auto acompañado <input type="checkbox"/> No sale	
MEDICACIÓN <input type="checkbox"/> Es capaz de tomarla a su hora y dosis correcta <input type="checkbox"/> Se hace responsable solo si las prepara por adelantado <input type="checkbox"/> Incapaz de hacerse cargo	
FINANZAS <input type="checkbox"/> Maneja sus asuntos independientemente <input type="checkbox"/> Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras <input type="checkbox"/> Es incapaz de manejar el dinero	

1a. 2a.

¿ESTA USTED SATISFECHO CON SU VIDA?		
¿HA ABANDONADO MUCHOS DE SUS INTERESES Y ACTIVIDADES?		
¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACIA?		
¿SE ABURRE CON FRECUENCIA?		
¿TIENE ESPERANZAS EN EL FUTURO?		
¿ESTA MOLESTO POR PENSAMIENTOS QUE NO PUEDE ALEJAR DE SU MENTE?		
¿ESTA USTED DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?		
¿TIENE MIEDO DE QUE ALGO LE VAYA A SUCEDER?		
¿SE SIENTE CONTENTO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?		
¿SE SIENTE FRECUENTEMENTE DESAMPARADO?		
¿SE SIENTE USTED INTRANQUILO Y NERVIOSO CON FRECUENCIA?		
¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA EN VEZ DE SALIR Y HACER COSAS NUEVAS?		
¿SE PREOCUPA FRECUENTEMENTE POR EL FUTURO?		
¿CREE USTED QUE TIENE MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LOS DEMÁS?		
¿PIENSA USTED QUE ES MARAVILLOSO ESTAR VIVO AHORA?		
¿SE SIENTE DESANIMADO Y TRISTE CON FRECUENCIA?		
¿SIENTE QUE NADIE LO APRECIA?		
¿SE PREOCUPA USTED MUCHO POR EL PASADO?		
¿CREE USTED QUE LA VIDA ES EMOCIONANTE?		
¿LE ES DIFÍCIL COMENZAR NUEVOS PROYECTOS?		
¿SE SIENTE LLENO DE ENERGIA?		
¿SE SIENTE USTED QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERANTE?		
¿CREE USTED QUE LOS DEMÁS ESTÁN EN MEJORES CONDICIONES QUE USTED?		
¿SE MOLESTA CON FRECUENCIA POR COSAS SIN IMPORTANCIA?		
¿TIENE GANAS DE LLORAR CON FRECUENCIA?		
¿TIENE PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE?		
¿DISFRUTA USTED AL LEVANTARSE POR LAS MAÑANAS?		
¿PREFIERE EVITAR USTED LAS REUNIONES SOCIALES?		
¿ES FÁCIL PARA USTED TOMAR DECISIONES ?		
¿ESTA SU MENTE TAN CLARA COMO SOLIA ESTAR ANTES?		
TOTAL		

ALTERACIONES EN EL PATRÓN DEL SUEÑO _____

ALTERACIONES EN EL PATRÓN DE LA ATENCIÓN _____

ALTERACIONES EN EL PATRÓN EN LA ALIMENTACIÓN Y APETITO _____

ALTERACIONES EN EL PATRÓN DE LAS ACTIVIDADES (FATIGA DEBILIDAD) _____

SENSACION DE INUTILIDAD _____

ALTERACION EN LAS RELACIONES FAMILIARES _____

ALTERACION EN LAS RELACIONES SOCIALES _____

11.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Elaboración y aprobación del protocolo de investigación.	*					
Búsqueda de pacientes que participen en la investigación	*	*				
Aplicación del instrumento de investigación	*	*				
Recolección de datos	*	*	*	*	*	
Proceso estadístico						*
Elaboración del informe						*