

66
203

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LOS ANCIANOS
CON FACTOR DE RIESGO A ESTADOS DEPRESIVOS EN
EL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA
DE MIER.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

JOSEFINA GUADALUPE NIEVES FUENTES

TEODORA RESENDIZ HERNANDEZ

ASESOR: LIC. ROSA ELIA MENDOZA P.

U. N. A. M.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO D. F.

1998

MAR. 24 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIAL Y OPCIONES
TERMINALES DE TITULACION

260032



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.

A NUESTROS PADRES:

Por su entusiasmo, sus sacrificios durante toda nuestra vida y su confianza, por sus grandes consejos, ejemplo de lucha por la vida, que nos enseñaron a no rendirnos y alcanzar nuestras metas.

A NUESTROS HERMANOS:

Por su apoyo y estímulo que nos brindaron para seguir en constante superación y lograr las metas fijadas.

A LA LIC. ROSA ELIA MENDOZA PEREZ:

Por su asesoramiento y aportaciones, por su tiempo que compartió con nosotras, sus conocimientos y experiencias para el desarrollo y terminación del presente trabajo.

A LOS ANCIANOS DEL CENTRO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER:

Por el apoyo que nos brindaron para realizar las entrevistas que fueron de gran importancia para la elaboración de esta tesis.

INDICE

Introducción. **PAGINAS**

I. GENERALIDADES DE LA DEPRESION.

1.	Características generales de la depresión.	7
1.1.	Concepto de depresión.	11
1.2.	Crisis depresiva.	15
1.3.	Factores de riesgo que influyen en la aparición de la depresión.	18

II. EL ANCIANO Y LA FAMILIA.

2.	Influencia del anciano depresivo en la familia.	21
2.1.	Nivel socioeconómico y depresión.	23
2.2.	Marginación familiar del paciente deprimido.	26

III. ENFERMERIA Y EL ANCIANO DEPRIMIDO.

3.	Participación de enfermería en el tratamiento del anciano deprimido.	29
3.1.	Valoración de enfermería en el anciano con factor de riesgo a depresión.	32
3.2.	Diagnóstico de enfermería en el anciano deprimido.	35
3.3.	Notas de pie de página.	38

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

4. Problema.	42
4.1. Metodología.	43
4.2. Universo de trabajo.	44
4.3. Variables.	45
4.4. Análisis de resultados.	46

CONCLUSIONES.	64
----------------------	-----------

SUGERENCIAS.	67
---------------------	-----------

ANEXOS.	73
----------------	-----------

BIBLIOGRAFIA.	77
----------------------	-----------

INTRODUCCION.

Los problemas de salud mental adquieren una importancia especial durante el envejecimiento. Son fuentes de temores y angustias, además de concepciones equivocadas sobre su origen, tratamiento, consecuencias y sobre el efecto que pueden tener en los enfermos. En muchos casos lo que se requiere para superarlos no es atención médica permanente, sino educar los sistemas de apoyo familiar y social, supervisados por una enfermera especializada de manera que funcionen con el máximo de eficacia y eficiencia y con un costo accesible para la familia.

Tres tipos de problemas en la esfera de la salud mental son prioritarios en las personas ancianas: la depresión, la demencia y los problemas relacionados con el consumo en exceso de alcohol y medicamentos; aunado a estos los problemas psicosociales que enfrenta el anciano para poder adaptarse a su nueva etapa de vida.

El tema de trabajo es muy actual, ya que al ser la depresión una enfermedad controlable deben investigarse todos los aspectos que influyen de manera benéfica en el tratamiento que se debe llevar, estos factores pueden ser considerados principalmente como médicos, sin embargo los aspectos familiares y sociales también influyen notablemente ya que pueden haber bajos recursos económicos que limiten la aplicación de los tratamientos requeridos, o que el bajo nivel escolar impida entender correctamente las indicaciones médicas, lo que determinará en gran medida el éxito o fracaso del tratamiento.

Es por esto que la enfermera profesional debe involucrarse para mejorar la situación biológica, psicológica, social, cultural y espiritual del anciano para que no caiga en la depresión.

La presente investigación tendrá como finalidad determinar la intervención de enfermería en el tratamiento de los ancianos con depresión y determinar los factores de riesgo que propician la aparición de la misma,

específicamente en la población que asiste al Centro Comunitario Fray Servando Teresa de Mier.

Este tema resulta muy importante para las pasantes de enfermería, ya que al conocer los factores de riesgo que llevan al anciano a la depresión será capaz de intervenir en su tratamiento y rehabilitación y así mejorar la calidad de vida del anciano.

I. GENERALIDADES DE LA DEPRESION.

1. Características generales de la depresión.

La historia conceptual de la enfermedad depresiva tiene su formulación en Hipócrates (460-370 a. C.) quien dice que la depresión era causada por los humores corporales entre los que se encuentra la bilis negra, cuya excesiva producción era causa directa del estado melancólico, que estaría caracterizado por tristeza, desvelo, inapetencia, desasosiego, miedos, aflicción, displicencia de ánimo, con ligera calentura, delirios y dolores fuertes y continuos. (1)

Sin embargo el médico de Cos sugiere que tanto el miedo como la tristeza, sean o no depresivos, cuando se prolongan por mucho tiempo se transforma en melancolía. Para Galeo de Pérgamo es un síntoma o un estado fisiológico con alteraciones crónicas que se acompañan de fiebre.

Hipócrates y más tarde Areteus fueron los que establecieron una cierta conexión psicológica entre la melancolía y la manía. En el siglo XVII, Bonetus en sus primeras obras escritas entre 1679 y 1686, emplea el término de maníaco depresivo. Es hasta después de mucho tiempo que Folred (1794-1870) habla de la enfermedad depresiva como locura.(2)

Actualmente el estudio de la depresión ha obtenido una mayor relevancia debido a su actual vigencia clínica y a los datos epidemiológicos recientes. Esto ha contribuido a determinar con mayor exactitud los síntomas y características que presentan los enfermos depresivos.

Entre lo encontrado se refiere que algunos enfermos expresan su angustia en forma de conducta caracterizada por hiperactividad, exaltación y charla excesiva; aunque parezca sorprendente, este tipo de enfermo agresivo e hiperactivo también puede exteriorizar su angustia a través de una conducta de indiferencia, en unos cuantos meses puede volverse triste, tener dificultad para pensar y expresarse, ser muy lento en sus respuestas físicas o presentar agitación.

Junto a tal depresión el paciente puede tener dificultad para formular respuestas, perder su capacidad para concentrarse y ser incapaz de escoger

una línea de acción; quizá lo atormente una sensación de inseguridad o ideas de remordimiento y autohumillación o sentimientos de culpa, tal vez se queje de total falta de afecto, de que ya no le interesa lo que antes le importaba mucho, de que está perdido o de que lo están castigando.

Quizá tenga una sensación de vacío y un deseo de retirarse de todo, buscar olvido y terminar la vida; en tal estado, el riesgo principal es la tendencia al suicidio, lo cual por sí solo justifica la mayor cautela y reflexión desde el punto de vista del cuidado y tratamiento. Los síntomas de hiperactividad y exaltación o de depresión colocan al enfermo en la categoría diagnóstica de las psicosis maniaco depresivas.

Si la mayoría de los síntomas pertenecen al área de la exaltación y la hiperactividad, se dice que el paciente está en la fase maniaca de esta enfermedad. Si los síntomas pertenecen predominantemente al área de la depresión, se dice que el enfermo está en la fase depresiva de su psicosis. Si el paciente es edad madura y por primera vez muestra síntomas de depresión profunda, probablemente el diagnóstico sea melancolía involutiva; la depresión de la edad madura con frecuencia se acompaña de síntomas de agitación.

Aunque la edad en que se inician las psicosis evolutivas varía en forma considerable de individuo en individuo, lo más frecuente es que se presenten en mujeres cerca de los 50 años y en hombres cerca de los 60. Las verdaderas psicosis evolutivas se basan en factores más profundos y complicados que en una mera disminución de la actividad sexual y endocrina, aunque hay que admitir que dicha disminución tiene un papel menor o agravante.

Quizá son más importantes los diversos elementos temperamentales y psicológicos en la personalidad de los que sufren de un trastorno mental en el periodo involutivo; la revisión de la historia de casi todos estos enfermos revela ciertos rasgos, hábitos y predisposiciones que simplemente se exageran al grado de convertirse en normales.

Las personas que han vivido con escasos contactos sociales, que han sido meticulosas en exceso, sensibles y rígidas en sus hábitos diarios, son propensas a desarrollar una depresión en la edad madura lo cual ha dado origen al nombre "melancolía involutiva". Durante cierto tiempo se pensó que esta enfermedad era en realidad una variedad más de psicosis maniaco depresiva, a este respecto hay que decir que en algunos casos la fase

depresiva que aparece en el periodo involutivo es simplemente una duplicación de ataques previos de psicosis maniaco depresiva.

Sin embargo, en la mayoría de estos pacientes la agitación, las falsas creencias de pecado y la hipocondría extrema aparecen por primera vez en el periodo involutivo y constituyen una entidad clínica definida y aislada. Las depresiones de la edad madura, como la fase depresiva de las psicosis maniacodepresivas, suelen precipitarse por la pérdida de un objeto amado, un cambio de posición, como descenso o retiro del trabajo, o el miedo de perder el atractivo personal.

La dinámica es esencialmente la misma que la de otras depresiones; la enfermedad en general se desarrolla de manera insidiosa, el enfermo se vuelve malhumorado e insomne, tiene crisis de llanto sin motivo, se queja de una sensación de presión en la cabeza y se preocupa en exceso por asuntos banales.

La preocupación obsesiva respecto a alguna fechoría insignificante que cometió en el pasado, el deseo de confesar pecados imperdonables y una agitación intensa, con llanto y estrujamiento de las manos anuncian la fase aguda del trastorno mental. Los pacientes están seguros de que ya no hay esperanza, de que los encarcelarán y ejecutarán; a menudo muestran ideas suicidas, a pesar de que piden ayuda y rehusan comer porque sienten que no tienen estómago ni intestinos o que la comida está envenenada.

En estos casos son notables las llamadas falsas creencias nihilistas, es decir que el anciano niega la existencia de lo que ya no le interesa, como el hogar, el cónyuge y los hijos. A pesar de esta agitación, el o la paciente no se dan cuenta que están enfermos, pues su orientación es buena y su memoria no se altera mucho. Las psicosis involutivas se observan tanto en hombres como en mujeres, pero son cuatro veces más frecuentes en mujeres, y suelen aparecer alrededor de los 50 años; en los hombres generalmente ocurren cerca de los 60.

Dos tercios de los pacientes deprimidos no obtienen un tratamiento apropiado porque sus síntomas no son reconocidos, son atribuidos a otra enfermedad, son mal diagnosticados y erróneamente tratados. Con los tratamientos disponibles, el 80% de los pacientes con depresión pueden mejorar significativamente; los síntomas pueden ser aliviados, usualmente, en semanas, existe medicación efectiva y tratamientos psicológicos que frecuentemente son usados en combinación.

Varios tipos de medicación están disponibles y ninguno de ellos provoca hábito; algunos pacientes necesitan psicoterapia (terapia hablada) para tratar sus problemas psicológicos o interpersonales, asociados con su enfermedad; otros tratamientos biológicos pueden ser de ayuda, por ejemplo el tratamiento electro-convulsivo (TEC). Los individuos responden en forma diferente al tratamiento, si después de varias semanas los síntomas no han mejorado, el plan de tratamiento debe ser reevaluado.

Cuando se diagnostica tempranamente el curso de la enfermedad, los pacientes deprimidos usualmente pueden ser tratados como pacientes externos y mejorar su productividad, evitando la pérdida de horas de trabajo y reduciendo los altos costos por: tratamiento prolongado, hospitalización y tratamiento por otras alteraciones físicas y mentales resultantes de la depresión no tratada.

1.1. CONCEPTO DE DEPRESION.

Antiguamente, la depresión era conocida como melancolía hipocrática (460-370 a. C.), empezó a describir un estado de condiciones mentales del hombre, un desorden mental crónico, sin fiebre ni agitación, que era producida por la bilis negra o atrabilis y de la existencia de cambios en la conducta. Cicerón niega esto al no establecer relación alguna entre la bilis negra y la depresión. Por su parte, Galeo de Pérgamo apenas habla de la melancolía con un sentido psicológico.

En el siglo XII, San Gregorio Magno conceptúa a la depresión como una ceida o como un desorden de la vida., siendo hasta el siglo XV en que la melancolía sustituye a la ceida. Durante el XVII es planteada la palabra maniaco depresiva como un término de la depresión. Para el siglo XX , Kraepelin contempla el comienzo de alteraciones afectivas que se aglutinan denominando a esto locura depresiva.

En 1916, Kleist denominará a la depresión como psicosis fasofrénicas. Alonso Fernández en 1977 al referirse a la depresión, propuso la expresión psicosis fasotímicas o psicosis afectiva, originados por factores que atacan al estado de ánimo.(3)

Como puede verse, el empleo de diferentes términos para definir a la depresión puede representar un problema pues la misma palabra puede tener significados distintos; por lo que se hace necesario revisar los diferentes enfoques acerca de las respuestas hechas en lo tocante a las causas de la depresión para tratar de explicar las raíces de la misma.

En el lenguaje cotidiano nos referimos a la depresión de muchas formas distintas: decimos que nos sentimos melancólicos o abatidos , hartos, deprimidos, tristes o apáticos. Una persona dice que está "deprimida" durante unas horas porque ha tenido un mal día en el trabajo, para otros la depresión se refiere exclusivamente a un serio trastorno (un defecto bioquímico o hereditario) que ha reducido al sujeto a un estado duradero de pasividad. El estado de desánimo dura al menos catorce días y hace difícil que la persona deprimida lleve a cabo sus actividades cotidianas normales.

EL ENFOQUE MEDICO.- En la psiquiatría tradicional existen dos escuelas principales, la de Newcastle que adopta una opinión dicotómica de la depresión, y la escuela de Londres que representa la hipótesis del continuo. Según la opinión dicotómica, algunas depresiones son endógenas y tienen orígenes internos (bioquímicos o genéticos), en tanto que otras son exógenas y dependen principalmente de las circunstancias externas.

Por otra parte, de acuerdo con los defensores de la hipótesis del continuo, es imposible trazar límites causales claros entre los diversos tipos de depresiones; hay más bien una escala continua de causas internas y externas.

Una depresión endógena se define como aquella cuyas causas yacen principalmente dentro del individuo; pues debe haber una disposición heredada a reaccionar a la tensión con una respuesta depresiva. Lo que en realidad provoca la depresión pueden ser cambios hormonales espontáneos, cambios en las aminas, los carbohidratos, cambios electroquímicos en la estructura bioquímica del cerebro, o la causa puede ser algún otro factor del medio o puede haber una carencia fundamental de alguna sustancia bioquímica en el cerebro, que predispone a reacciones depresivas.

Se dice que las depresiones exógenas dependen sobre todo de circunstancias externas y psicológicas, que se pueden subdividir en depresiones reactivas y neuróticas; esta subdivisión se basa principalmente en la proximidad en tiempo de la causa básica de la depresión, y en su grado apártente de complejidad. Un diagnóstico de depresión neurótica significa que se piensa que la depresión del paciente surge de conflictos personales en la infancia y la adolescencia y que se relaciona con su personalidad y con graves sucesos externos.

Así pues, parece que el diagnóstico de la depresión endógena y exógena se basa principalmente en: a) si hay depresión en la familia, b) el grado de depresión (gravedad ligera), c) reacción a agentes antidepresivos, y d) si están presentes algunos factores desencadenantes.

EL ENFOQUE PSICODINAMICO.- La depresión se deriva del luto y la melancolía, Freud consideraba la depresión como un estado en el que el sujeto vuelve la agresividad hacia adentro, sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona que es en realidad el objeto de sus sentimientos agresivos.

Freud trata principalmente la diferencia entre la aflicción (dolor) y la depresión (melancolía). En la aflicción hay una pérdida real de un objeto y en consecuencia una sensación de que el mundo es "pobre y vacío", pero no hay disminución de la autoestimación, no hay autoacusación. En la depresión melancólica, por lo general hay una pérdida de emociones del objeto, debida a la decepción o a factores relacionados.

Jakobson prefiere ampliar el concepto de la aflicción para incluir la tristeza; en su opinión ésta no tiene relación con ninguna agresión hacia el mundo externo ni hacia nosotros mismos, es la característica distintiva de la depresión.

La alteración del ánimo surge de la discrepancia entre las representaciones del yo y el ideal del ego (superego) o la imagen anhelante del yo. El origen principal del trastorno es interior: un equilibrio entre los impulsos agresivos y los impulsos de la libido, la solución está en tener conciencia de nuestros propios ideales del ego, pero desafortunadamente éstos con frecuencia son inconscientes. (4)

Edward Bibring considera la depresión como un fenómeno del ego, aquí el factor importante es la relación entre el individuo y su medio social, y no tanto con algún conflicto dentro del individuo mismo. La depresión es la expresión emocional del ego, de su desamparo y su impotencia; es el resultado de la brecha entre un intenso deseo de ser valorado y amado, de ser fuerte, seguro y bueno, y al percatarse de manera real o imaginaria de que estas metas son inalcanzables.

Bibring supone que el factor que dispone más a una persona a la depresión es la experiencia de desamparo en los primeros años de la infancia, debido a que no se han satisfecho necesidades vitales. El adulto que se ha desprovisto así, necesitará una confirmación continua de que es amado y de que agrada.

EL ENFOQUE CONDUCTIVISTA.- Existen dos formas principales de considerar la depresión en términos de la teoría del aprendizaje; de acuerdo con una de ellas la depresión se ve como el resultado de un acceso limitado a acciones que proporcionan un refuerzo positivo (recompensa) quizá porque el individuo es incapaz de llevar a cabo una acción que le brinde recompensas. Existe el riesgo de que el papel depresivo se vuelva crónico en quienes no encuentran acciones y objetos alternativos y su comportamiento anterior ya no les proporciona un refuerzo positivo.

1.2. CRISIS DEPRESIVAS.

La crisis comprende los signos y síntomas de la depresión. A un síntoma se le conoce como un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común.

Los síntomas centrales de la depresión son: la tristeza acompañada de sentimientos de desamparo y desamor, junto con la pérdida de energía, de motivación y concentración, que afectan las facetas de la vida emocional, cognitivas, fisiológicas y sociales.(6)

Son frecuentes otros síntomas que predominan a veces en el cuadro clínico, los signos y síntomas pueden ser:

*Estado de ánimo.

- Tristeza.
- Humor.
- Afecto.

*Pensamiento.

- Pérdida de interés y motivación.
- Ideas de culpabilidad.
- Auto-acusación.
- Disminución de la concentración.

*Cambios de la conducta y aspecto.

- Retardo psicomotor.
- Obsesión por el recuerdo de una imagen o persona.
- Trastornos emocionales.
- Trastornos de percepción.
- Identificación.
- Hostilidad.

*Síntomas somáticos.

- Sueño.
- Pérdida del apetito.
- Variaciones diurnas.
- Síntomas y signos físicos.(7)

ESTADO DE ANIMO.

La tristeza es la característica capital del estado de ánimo. Su sentimiento de queja de los ancianos deprimidos es el de sentirse insatisfechos, de no ser ellos mismos, sintiéndose incapaces de reaccionar a las cosas que normalmente dan alegría, "no existe alegría en mi vida" presentándose sentimientos de inutilidad y melancolía, estas testuras afectivas son relativamente estables y pueden persistir durante algunos días, semanas, meses o años.(8)

Humor: Es un estado de ánimo, de procesos depresivos que pueden variar en intensidad y pasar desde un tono afectivo de ligera tristeza al grado máximo de desesperación y dolor, como expresan los pacientes "no me siento bien" o "no sirvo para nada" y muchos no expresan la intensidad de sus sufrimientos.(9)

Afecto: Se expresa cuando la persona deprimida experimenta un descenso de su estado de ánimo. Lo describe como tristeza, enojo y melancolía o desesperación, mostrando la pérdida de interés por la vida.(10)

PENSAMIENTO: A medida que la depresión evoluciona se tornan gradualmente ineficientes, la pérdida de interés, la disminución de energía y la incapacidad de llevar a cabo cualquier tarea, la dificultad de concentrarse, la erosión de la motivación y de la ambición, todo se torna para mostrar un funcionamiento ineficiente. En muchos pacientes se enjuician pensamientos de insuficiencia, ineficiencia, ineficacia, dando pauta a que se sientan culpables por remordimientos o cosas del pasado, perdiendo el contacto de la realidad, la confianza, negando éxitos, habilidades y considerándose un pecador. La idea de error y culpabilidad se origina de causas reales o imaginarias, que tienen un poder de castigo inevitable y justificado.(11)

También en algunos pacientes ancianos se presentan pensamientos amargo, que son causados por dificultades que se presentan en la vida presente del paciente.(12)

Pérdida de interés: Se presenta cuando el anciano ha perdido todo interés y satisfacción en su trabajo habitual o en sus actividades recreativas o de la vida diaria.(13)

CAMBIOS DE CONDUCTA Y ASPECTO: El rostro triste e insatisfecho, la actitud decaída y la postura inclinada son claros indicios de este estado, el

eje típico de la infelicidad aparecerán en cuanto el paciente empiece a hablar, demostrando una sonrisa esbozada, fría y superficial dando una apariencia "melancólica", otros pueden mostrar un rostro amable e incluso sonriente.(14)

A medida que la depresión se hace más profunda, el anciano pierde el interés en cuanto a su persona. Su forma de vestir es de una apariencia desaliñada, arrugado, sucio, su cabello enmarañado, se encuentra intranquilo y se aísla de su familia y amigos.(15)

Obsesión a una imagen de la persona que murió: Es un hecho característico de la preocupación obsesiva con que se trata de mantener siempre vigente la imagen de la persona que falleció. Esto se presenta en los primeros meses del duelo; y esta actitud obsesiva puede llegar a dominar todos los pensamientos del sujeto.(16)

Trastorno emocional: Este trastorno está ligado con la tristeza del duelo en donde se exteriorizan en forma de llanto todos los sentimientos y emociones. Estos pacientes expresan raptos de pánico, sentimientos de culpa e ideas suicidas.(17)

Trastornos de la percepción: La tristeza puede causar en algunas personas alteraciones de percepción que pueden ser interpretadas si las consideramos a la luz de su actitud obsesiva frente a la persona fallecida. Las ilusiones son frecuentes; un anciano en estado de duelo, escucha vagos ruidos en la casa, se presentan alucinaciones visuales o auditivas, estos fenómenos pueden afectar al oído o la vista debido a que el anciano asegura haber visto y oído a la persona fallecida.(18)

1.3. FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA APARICION DE LA DEPRESION EN EL ANCIANO.

Se han desarrollado múltiples teorías para explicar la causa de los trastornos depresivos. Estos trastornos son en gran parte un síndrome clínico con características comunes producidas por una diversidad de factores.

Entre estos factores se contemplan los siguientes: Factores biológicos, intrapersonales, aprendizaje, cognitiva y estatus social.

FACTORES BIOLOGICOS.

Algunas evidencias sugieren que las personas que experimentan trastornos afectivos pueden tener una predisposición genética al síndrome. Estos trastornos se pueden presentar en forma unipolar (clasificados como depresión mayor), se da cuando se presenta una falta de interés en la vida, o bipolar (es el humor de una persona que corre toda la gama en un periodo de tiempo).(19)

Otro factor es la función de la enzima monoamino oxidasa que es segregada en el cerebro, está bajo control genético que puede presentar una predisposición a un umbral más bajo de estrés. Así, los que tienen un nivel bajo son más susceptibles a los cambios químicos que se producen con los sucesos estresantes.(20)

La enzima monoamino oxidasa, es la responsable de inactivar las aminas después de que han sido liberadas para la conducción de impulsos. Si hay un exceso de monoamino oxidasa dará como resultado un bajo nivel de aminas, lo que disminuye la transmisión de impulsos, sin embargo, las aminas cumplen su función de aumentar la transmisión de los impulsos al originarse una sinapsis. Esta teoría o factor es una de las explicaciones de la mayor incidencia de depresión en las personas ancianas.(21)

Otra hipótesis de la función de las aminas no se ocupa de un déficit o exceso real de las aminas, sino más bien de la sensibilidad de los receptores neuronales. La sensibilidad del receptor está influida por la hormona triyotiroina; es por esto que las personas con hipotiroidismo, son

más capaces de presentar un episodio depresivo y los que tienen hipertiroidismo están más predispuestos a episodios maniáticos.(22)

El estrés y los trastornos afectivos indican que el sistema límbico del cerebro es la zona principal de adaptación al estrés, este factor a aumentado la producción de aminas y dan origen al aumento de los impulsos. Las funciones que realiza el sistema límbico son fundamentales en la regulación de emociones tales como el miedo, ira, euforia. La disminución límbica, altera los trastornos afectivos y estas alteraciones disminuyen los cambios de placer, humor y niveles de actividad.(23)

Los adultos con trastornos afectivos estacionarios (TAE) manifiestan síntomas como son: fatiga, disminución de actividad, irritabilidad, tristeza, llanto, preocupación y disminución de concentración. Se han estudiado estos factores y se informa que la aparición empezó en la niñez o adolescencia del anciano.(24)

FACTORES INTRAPERSONALES.

Se centra en el tema de la pérdida ya sea real o simbólica. La pérdida puede ser de otra persona, una relación, un objeto, la autoestima o la seguridad. Cuando una persona experimenta el duelo no reconoce o no se resuelve, puede aparecer la depresión. Un sentimiento que acompaña a todas las pérdidas es el enojo que se vuelve hacia dentro y en contra del yo.(25)

FACTOR DE APRENDIZAJE.

Afirma que las personas aprenden a estar deprimidas como respuestas a un locus de control externo al percibir la falta de control sobre la experiencia de la vida. Durante su vida, los ancianos han experimentado poco éxito en lograr gratificación y esfuerzo positivo por sus intentos de afrontar los incidentes negativos.(26)

FACTOR COGNITIVA.

Es un modelo cognitivo de depresión en el que los sucesos de la vida activan el pensamiento negativo. Este modelo está compuesto por tres componentes. El primer componente se relaciona con una triada cognitiva se relacionan con la visión del yo, del presente y futuro. El segundo componente se ocupa de los patrones cognitivos o formas de interpretar la

información. Estos componentes negativos contribuyen al tercer componente, los errores cognitivos.(27)

FACTOR DEL ESTATUS SOCIAL.

Se relaciona con los factores intrapersonales del aprendizaje y cognitiva, con un énfasis añadido en la sociedad y la cultura; el estatus social repercute en el anciano debido a que la sociedad premia a la juventud, las personas ancianas se sienten inútiles, sin importancia, incapaces y a veces repulsivos.(28)

II. EL ANCIANO Y LA FAMILIA.

2. INFLUENCIA DEL ANCIANO DEPRESIVO EN LA FAMILIA.

El anciano influye en la vida diaria de una familia cuando se suministra atención para mantener su estado de salud. Cuando algún miembro de la familia se encarga de cuidar a un anciano que padece depresión, u otra enfermedad crónica tiende a originar que el anciano exprese que la familia no cumple sus necesidades.(29)

Estos problemas tienden a presentarse ya que la mayoría de las familias no cuentan con una orientación de como tratar a los ancianos con depresión; otro problema es la deficiencia de recursos económicos, emocionales y físicos que deben tener para brindar atención a un anciano dependiente.(30)

Algunos problemas que se presentan en la atención primaria son: encontrar una persona aceptable para el paciente, la preocupación constante acerca de lo que va a ocurrir con el anciano en el momento que presente incontinencia de esfínteres, extravíos mentales, cambios de humor o que deje de comer.(31)

No solo la duración prolongada de los cuidados es lo que produce tensión en la vida diaria de la familia y también del cuidado, sino las complejidad de poder atender al anciano. Muchas veces el gastar tiempo y recursos en el anciano provocan cambios en la privacidad de los cónyuges o las personas más jóvenes de la familia; por este motivo, muchas familias deciden internar a sus ancianos en los asilos.(32)

La insuficiencia de recursos económicos de una familia hace imposible llevar a cabo el tratamiento de un anciano con problemas depresivos y muchas veces pasa desapercibido; esto sucede principalmente en pueblos o zonas urbanas que carecen de apoyo para las familias de escasos recursos, o donde sólo llegan a contar con muy pocos centros en donde atienden al anciano durante las mañanas, con el fin de mantenerlos activos y conscientes ante la realidad.(33)

La hostilidad se presenta cuando el anciano se pone en contra de la familia, la profesión médica, las instituciones que lo atienden y aún contra Dios, mostrándose irritable, resentido y con mucha amargura.(34)

Síntomas somáticos.

Sueño: Es una de las características de los estados depresivos, en donde el anciano se queja de no conciliar el sueño debido a la frecuente sensación de desasosiego lo que lo lleva a despertar varias veces durante la noche, dificultándosele el volver a conciliar el sueño.(35)

La pérdida de peso que trae consigo puede ser dramático para el enfermo quien llega a perder hasta 12 kg. en el lapso de unas pocas semanas, dando origen también la pérdida de apetito a que en el paciente se presente estreñimiento durando un periodo de diez días o más.(36)

Síntomas y signos físicos.

El paciente deprimido se queja de síntomas físicos que afectan a todo el sistema del organismo entre estos síntomas que expresan son: sequedad de boca, cefalalgias, molestias generales somáticas como dispepsia, contricción en el pecho, mareos, constipación, micción frecuente, palpitations, disnea, visión borrosa y parestesias.(37)

Otro síntoma es la ansiedad que es una emoción normal que en un grado discreto resulta beneficioso y ayuda a acentuar el esfuerzo y la atención del sujeto. (38)

1. Nivel socioeconómico y depresión.

Dos factores determinantes que influyen en el comportamiento del anciano son el social y el económico, este último como consecuencia de los problemas laborales, ocasionado por la pérdida del empleo y como consecuencia la dependencia económica, o en el mejor de los casos, la jubilación alcanzando una pensión poco remunerada, excluyéndolos así de una actividad que los mantenía socialmente activo y trayendo como consecuencia problemas económicos para su subsistencia.

La idea del retiro forzoso es difícil de soportar, algunos ancianos ven en su jubilación el comienzo de su decadencia y se forman una idea de sí mismos algo desfavorable en cuanto a su valor y eficiencia de lo que en realidad es. El empleo y la jubilación constituyen un problema para el equilibrio mental del anciano; el tiempo libre para los que no saben que hacer puede convertirse en tiempo vacío, el tiempo de esperar las enfermedades y la muerte.

Toda la serie de cambios mencionados traen como consecuencia que el anciano se sienta como un estorbo e inútil, excluido de la sociedad en que vivió y para la cual trabajó toda su vida y que lo convierte ahora en un ser dependiente e inactivo.

En el momento que el anciano trabaja se integra al hogar, motivado por su jubilación, se encuentra con un mundo familiar para el cual no se preparó y en el que se le ve y trata como un ser extraño, alrededor del cual giran el cónyuge y los hijos si es que aún viven en el hogar, y que a través del tiempo han resuelto su comportamiento de manera individualista, no quedándoles tiempo para recibir al anciano que espera una acogida y un recibimiento caluroso ya que se han acostumbrado a verle al caer la tarde o por las noches y ahora, sorpresivamente, conviven en casa las 24 horas del día.

“Al no encontrarse una mejor opción para ocupar el tiempo libre, el cual se convierte de jubilarse (del latín júbilo o alegría) a un infierno de tedio al que va cayendo poco a poco y resulta difícil salir; con lo anterior se crea un sentimiento de inutilidad, que aunado al demérito físico, aumentan las posibilidades de que el anciano sea rechazado del medio familiar, manifestando la familia este rechazo por la incomprensión, el aislamiento o

el confinamiento a un asilo; quedando solo y sin saber como enfrentar sus limitaciones, porque ahora que sus necesidades han crecido, sus recursos han disminuido, tanto en lo económico como en lo social".(39)

Los roles sociales que antes desempeñaba, como jefe de familia y ama de casa dejan de existir sin tener sustituto alguno, ya que su actual función lo encajonan a ser, por una parte, los abuelos dulces y tiernos que son ejemplo para los nietos, y por otra, a ser unos ancianos inútiles que en ocasiones llegan a estorbar.

Los ancianos que no trabajan por encontrarse jubilados, o por tener una labor que diariamente puedan desempeñar ya sea de carácter doméstico, físico, recreativo, social y cultural les produce tristeza, abatimiento y soledad en el seno de su familia, sintiendo que son indiferentes hacia el círculo social donde se encuentran, acentuándose la inseguridad en su persona y determinándose que la pasividad los lleva a sentirse inútiles.

Cuando se ha perdido al cónyuge y han fallecido otros amigos y contemporáneos y se presenta movilidad limitada con trastornos sensitivos, lógico es que disminuya la actividad, sin embargo, al no tener una actividad que realizar por simple que sea, en el anciano se agudiza el grado de soledad en que muchos de ellos se encuentran, problema que es considerado típico de la vejez.

La tristeza, el abatimiento o la melancolía están constituidas dentro de la depresión; al ser diferenciada de la pena, la depresión está relacionada primordialmente con la pérdida de la propia estimación que resulta de la incapacidad del individuo anciano para prever a sus necesidades e impulsos.

Esta incapacidad puede ser causada por la alteración de las funciones corporales, la pérdida de un papel social adecuado, la inseguridad financiera que se siente hacia el futuro, la melancolía por la separación de los hijos para la formación de su nuevo hogar, la pérdida del ser amado o una combinación de varios factores.

La depresión presenta las siguientes características:

- La persona anciana que tiende a culparse a sí misma de sus fracasos, puede perder cada vez más su propia estimación conforme los episodios depresivos se repitan.

- La persona tiende a culpar a otros por sus fracasos, dará excesiva importancia a las formas de abandono y repulsión por parte de quienes lo rodean.

Se debiera ser precavido en la conclusión de que el trabajo juega un papel vital en la prevención o disminución del número de episodios depresivos, es posible que el mismo factor de personalidad que permite a algunas personas continuar en el trabajo después de la edad del retiro también las hace relativamente inmunes a los episodios depresivos, casi tan eficaz como el empleo continuado para mantener la estabilidad emocional es la actividad creadora y recreativa planeada.

En el anciano la depresión surge por: la pérdida de un ser querido, la pérdida del empleo, disminución de la propia estimación, cambios en la imagen corporal o pérdida de salud. podemos señalar que el anciano puede tener diversas actividades que pueden realizar en el transcurso del día cumpliendo con labores productivas y actividades que se canalicen a metas gratificantes y creativas.

Teniendo en cuenta que en el transcurso de la vida debemos mantener el cuerpo y la mente en constante actividad para responder favorablemente a nuestras necesidades de ocupación y existencia humana, se hace imprescindible buscar y realizar diversas tareas que podemos efectuar en el momento que se llega a la vejez procurando siempre que sean remuneradas para seguir sintiéndonos útiles y productivos dentro de la sociedad en que nos desenvolvemos.

2.2. Marginación familiar al paciente deprimido.

La familia del anciano actualmente está en crisis por falta de comunicación, respeto, protección e intolerancia que conduce al anciano a la separación de su grupo familiar por encontrarse aislado causando un sentimiento de soledad con consecuencias afectivas emocionales que trastornan y afectan su personalidad y que a la vez se encuentran desprotegidos, sin apoyo ante situaciones precarias de la vida.

Lo predominante en la vida del anciano es la carencia de aspectos materiales, de afecto, de asistencia y las enfermedades que le llevan rápidamente a la muerte dentro de los primeros años de la jubilación. Estas son desde luego consecuencias del abandono en que se encuentran, en la medida en que se atiendan los aspectos individuales, económicos y familiares del anciano, su necesidad de comunicación con otros grupos sociales será satisfecha.

Es importante hacer una referencia entre la relación familiar que tiene el anciano urbano y el rural en base a sus relaciones interpersonales que llevan diariamente y el estatus que tiene éste, se puede afirmar que el anciano urbano enfrenta un rechazo familiar en el sentido de encontrarse fuera del círculo de producción por ser jubilado o por no tener oportunidad de desarrollar una actividad remunerada donde ocupe parte de su tiempo y resuelva necesidades elementales, por otra parte, la familia por encontrarse en actividades laborales, sociales, etc., no tiene una relación constante de carácter interpersonal, convirtiéndose el anciano en un vigilante de la casa, realizando actividades domésticas en donde el status no es considerado importante dentro de la familia.

El anciano rural con frecuencia sigue ayudando en las labores de campo aconsejando y dirigiendo a su familia y no es raro que continúe sintiéndose útil hasta su muerte, ya que es considerado un jefe indiscutible al tomar decisiones y guiarlos sobre su vida diaria en donde advierte el respeto y aceptación del hombre anciano.

Cada familia confiere un valor diferente a sus ancianos; así para algunos son los abuelos tiernos en quien buscan algún consejo y a quienes se les toma en cuenta en la toma de decisiones. Para otros son unos viejo inútiles que estorban, a quienes se les rechaza y sólo traen complicaciones;

por lo que cada familia es diferente a pesar de tener rasgos y características generales.

La familia por todas las actividades que realiza no permanece constantemente en su casa y no tienen una convivencia real en relación con el anciano en actividades como el comer con algún miembro de la familia, charlar, acompañarlo en actividades recreativas y culturales, lo que conlleva al senecto a sentirse desplazado del núcleo de la familia, fomentando el aislamiento y soledad en que una gran parte de ancianos viven inmersos.

Los cuidados, el aprecio y el cariño con que se trata a cualquier miembro de la familia no tiene por que ser diferente para la edad avanzada para que el anciano no se sienta desprendido de la familia y pueda tener una vejez agradable, siendo necesario crearle un medio acogedor, procurando nuevas formas de asistencia a las necesidades que día a día se le presentan.

Dentro de la vida cotidiana del anciano se presentan situaciones en su relación interpersonal con la familia que son las siguientes:

- La falta de tiempo e interés conlleva a la familia a tener poca relación diaria con el anciano.
- En algunos casos el anciano platica únicamente con algún miembro de la familia, con el que siente estrecha relación.
- Se ve relegado en algunos casos de salir a pasear con su familia por encontrarse imposibilitado físicamente o por otras causas.
- El anciano muchas veces no comunica lo que siente o le pasa por pensar que causa algún problema a su familia.
- Las opiniones del anciano se ven relegadas a un segundo plano por considerarse obsoletas.

Cabe destacar que se hace necesario que tanto la familia como el anciano entiendan que el deterioro físico comprende una parte de la ancianidad, la otra la comprenden los aspectos psicológicos y sociales, los cuales pueden manejarse adecuadamente para seguir desempeñando actividades que los harán seguir sintiéndose útiles y productivos, y de alguna manera poder seguir brindando su amor a sus hijos y nietos, y a su

vez ellos recibirán el calor y afecto para que al final de su vida que se acerca, transcurra en un ambiente de tranquilidad.

Al respecto podemos concluir que si la familia tomara en cuenta su capacidad para educar y se propusiera orientar la educación a los miembros de la familia en el sentido de comprensión, aceptación y amor hacia el senecto la vida familiar se convertiría en generadora de cambio social y bienestar mayor.(40)

La familia y quienes le rodean, deben estrechar su relación con la persona deprimida para hacerle comprender que su estado es debido a su enfermedad, que no tiene nada que reprocharse y que mediante un tratamiento apropiado podrá curarse.

El hecho de descargar al enfermo de su sentimiento de culpa, es igualmente importante en la prevención del suicidio. En efecto, un ser que se siente culpable de su existencia indigna tenderá más fácilmente a poner a término su vida. Por lo tanto, una buena información sobre la depresión permitirá a los familiares eximir de culpa al paciente y a llevarlo a su pronta recuperación.

III. ENFERMERIA Y DEPRESION.

3. Participación de enfermería en el tratamiento del anciano deprimido.

El inicio de la fase depresiva puede ocurrir en forma paulatina, la persona trabaja más horas, pero realiza menos trabajo; se siente cada vez más tensa e inquieta. La depresión puede presentarse después de una pérdida importante o de una enfermedad amenazante.

En la fase depresiva profunda el estado de ánimo que predomina es la pérdida de interés y la alegría hacia toda actividad; la persona se siente triste, desalentada, deprimida, desesperada y llora con facilidad. El aumento o pérdida de apetito produce cambios importantes en el peso; el sueño es intranquilo, presenta dificultad para dormir y sufre de falta de sueño. Aunque la persona duerma bien, despierta sintiéndose cansada y desganada; durante esta fase es común que tenga agitación psicomotora, camine de un lado hacia otro, se apriete las manos y pellizque las cutículas y la piel.

También es frecuente que tenga la esperanza de que le perdonen sus "pecados pasados"; la agitación y la inquietud aumentan si los miembros de la familia, amigos o personal de enfermería intentan negar la realidad de cualquier culpa o reducir la desesperación; la enfermera tiene la obligación de acercar al paciente a su realidad de forma sugerente, sin presiones apoyándose siempre en el médico a cargo y siguiendo el tratamiento prescrito.

Una persona deprimida podría considerar el suicidio como la única solución; durante el periodo de depresión profunda, el individuo es incapaz de planear y llevar a cabo el suicidio, el mayor peligro ocurre cuando se comienza a superar la depresión, pero siguen presentándose periodos de depresión y desesperación.

Una persona que después de haber tenido una depresión sufre una pérdida importante, por lo general continúa presentando periodos de privación y aflicción abrumadora hasta que el proceso de ésta última se termina. A medida que la atención constante de amigos y familiares disminuye, aumenta el riesgo de suicidio.

El potencial de un suicidio se reduce cuando el individuo vuelve a tener interés y reanuda sus actividades anteriores. Los tratamientos actuales han disminuido lo agobiador de los episodios depresivos prolongados; un tratamiento dado a tiempo y una educación que ayude a las personas propensas a tener depresiones o trastornos maniaco-depresivos cuando se sienten abrumados por los acontecimientos, disminuye en forma considerable la pérdida de la capacidad productiva de dichas personas.

Los pacientes que se encuentran en la fase maniaca o depresiva, necesitan respuestas consistentes por parte del personal de enfermería; estos pacientes rara vez, si no es que nunca, están confundidos o desorientados. El paciente en fase maniaca pone a prueba la calma y resolución de los miembros del personal mediante actos inesperados de provocación, manipulación juguetona y persuasión.

El paciente suicida deprimido puede solicitar privacidad y tranquilidad; puede quejarse de somnolencia por haber permanecido despierto toda la noche. Este podría ser el momento propicio para cometer un suicidio con un frasco lleno de sedantes que algún amigo o pariente, mal informado, le hubiese llevado como un acto de caridad cuando el paciente manifestó su dificultad para dormir.

Es esencial considerar a la persona deprimida como un enfermo que tiene necesidad de la ayuda de un profesional de la salud, médico o enfermera, para tratar con éxito su incapacidad. Actualmente, el paciente deprimido puede ser tratado de manera eficaz; pero antes que nada, es indispensable diagnosticar la enfermedad en forma precoz, es recomendable consultar a un médico cuando existen los más pequeños detalles.

En la decisión de ir a consultar a un médico, la familia y el medio ambiente del paciente deprimido juegan un papel importante en la acción de apoyo y acompañamiento. Dos tercios de los pacientes deprimidos no obtienen un tratamiento apropiado porque sus síntomas no son reconocidos, son atribuidos a otra enfermedad, son mal diagnosticados y erróneamente tratados.

Es de gran importancia buscar a un anciano que no tenga ánimo ni interés en las actividades ni en el ambiente, hablar con esta persona y tratar de detectar algo que se considere le despertará un poco de interés, y animarlo a participar en alguna actividad, utilizando el proceso de enfermería como base para el plan.

Por lo general, los pacientes con trastornos afectivos son personas productivas, muchas de las cuales tienen cargos de responsabilidad y liderazgo; con una combinación de fármacos psicoterapéuticos y psicoterapia, estos pacientes, por lo regular, adquieren la autocrítica en cuanto a su problema de salud mental y siguen con su supervisión después de haber sido dados de alta del hospital.

Pueden continuar recibiendo un cuidado continuo por parte del psiquiatra o de la enfermera psiquiatra en consultorios privados, un centro de salud mental o una clínica.

Si el paciente ha recibido tratamiento en una institución de servicios o se le ha proporcionado atención continua o de servicio diurno, el tratamiento puede continuar; la finalidad del servicio de salud es ayudar al paciente a enfrentarse a las tensiones y pérdidas de una forma cada vez más saludable.

“Cuando se diagnostica tempranamente el curso de la enfermedad, los pacientes deprimidos usualmente pueden ser tratados como pacientes externos y mejorar su productividad, evitando la pérdida de horas de trabajo y reduciendo los altos costos por: tratamiento prolongado, hospitalización y tratamiento por otras alteraciones físicas y mentales resultantes de la depresión no tratada”.(41)

3.1. Valoración de enfermería en el anciano con factor de riesgo a depresión.

El envejecimiento es un proceso de cambios psicofisiológicos ocurridos en el transcurso de la vida, la evolución de este proceso afecta a cada individuo, debido a que el envejecimiento es un fenómeno complejo donde varios factores actúan de manera interdependiente. La vejez es la etapa más difícil dentro de la vida del hombre, ya que el anciano enfrenta problemas de diversa índole: económicos, familiares, de salud y laborales que repercuten en el bienestar integral y en su calidad de vida.

Actualmente es de gran importancia atender los problemas que afectan a este tipo de personas, sobre todo si tomamos en cuenta que el envejecimiento es hoy en día uno de los cambios más notables en la estructura de la población; en México, el aumento de la población anciana es considerada como una de las que tiene un ritmo acelerado, las cifras indican que en el país hay 4, 988, 158 ancianos, y en el D. F. se cuentan 586, 983 de ellos, de los cuales un 69% son mujeres y un 40% son hombres. Este fenómeno se debe en parte a la disminución de las tasas de fecundidad y también al aumento en la esperanza de vida de las poblaciones.(42)

El criterio para determinar quién es viejo varía según el contexto situacional y cultural en donde se da el proceso, puede decirse que el envejecimiento es un concepto cultural además de ser un proceso biológico. Según las Naciones Unidas, el anciano es toda persona de 60 años y más; estas personas experimentan un declive o deterioro físico y mental de su organismo y que en nuestra sociedad son marginados laboral y socialmente, ocasionándole este rechazo, trastornos psicopatológicos.

De estos trastornos de salud mental, la depresión es una de las enfermedades más frecuentes entre las personas de edad avanzada; puede ni ser aparente o presentar síntomas como pérdida de peso, trastornos de conducta, sensaciones de desesperanza, de inutilidad, de culpa, pesimismo e inquietud entre otros. La depresión puede ser causada por varios factores que conducen a algún tipo de pérdida para las personas.

Los cuadros de depresión están muchas veces asociados con la soledad, la tristeza y las preocupaciones familiares y socioeconómicas, sobre todo en el caso de los ancianos ya que actualmente en nuestro país, al anciano se le margina en todos los aspectos dentro de la sociedad, pues se

supone que ser viejo representa una disminución de la posibilidad para obtener y dar satisfactores económicos, físicos y sociales, lo que lleva a considerar a los ancianos una carga para su núcleo familiar y social.

Dentro de este fenómeno están implícitos varios factores como la poca o nula educación social referente a las características físicas, psicológicas y sociales que acompañan a la vejez, impide comprender y ayudar a los ancianos, ocasionándoles sentimientos de inutilidad y angustia que acaba por marginarlos.

Esta marginación y/o aislamiento, junto con una gran declinación de sus actividades físicas, económicas y sociales, proporcionan efectos psicopatológicos en el anciano. Entre ellos la depresión, en la que intervienen muchos factores típicos de la edad: pérdida de status social y familiar, crisis de la jubilación y el aislamiento progresivos. La depresión en el anciano es una consecuencia de la sensación de pérdida, del sentimiento de estarse quedando solo, del temor al abandono.

Este tipo de padecimiento puede identificarse dentro de lo que algunos autores denominan como envejecimiento "sociogénico" que se refiere al papel que impone la sociedad a las personas que envejecen. Es difícil hacer algo contra el envejecimiento biológico, pero es mucho lo que se puede hacer contra el envejecimiento sociogénico; es indispensable el manejo social o integral del individuo para la aceptación del proceso natural de envejecer, ya que en conjunto, los factores procedentes del medio ambiente social pueden incidir en la persona, de manera favorable o desfavorable en su adaptación a la vejez.

Es muy importante notar que, como la depresión es una característica muy frecuente en la senectud, puede superponerse al cuadro de demencia, haciendo parecer a éste considerablemente mayor de lo que realmente es.

La depresión muy profunda produce la apariencia de una demencia; se caracteriza por una incapacidad para hacer casi cualquier cosa. El paciente se queja de que todos los días se vuelve más torpe e incapaz; que ya no recuerda nada, que ha dejado de ser una persona útil, etc., el paciente no hace intento alguno para remediar esta situación. A este cuadro, de aparente deterioro general, consecuente a la depresión se le denomina "seudodemencia depresiva", produce la apariencia de ser una demencia pero no lo es. Es importante saber que, muy frecuentemente, un cuadro de depresión coincide con el inicio de un verdadero proceso demencial, por lo

cual la demencia va a parecer mucho más grave de lo que realmente es por sí misma.

La mejor terapéutica para la depresión es la creación y desarrollo de nuevos intereses por parte del paciente. De hecho la depresión es muchísimo más común en personas carentes de una ocupación, y relativamente poco frecuente en sujetos que se mantienen activos y ocupados durante su vejez. Si la depresión se hace especialmente grave, puede ser considerable proporcionar apoyo psicológico y psiquiátrico para el paciente.

El primer paso, desde que se supone que se podría tratar de una depresión, es convencer al enfermo de consultar a un médico; al mismo tiempo, forzar un poco más las cosas, por ejemplo, hacerle una cita o hablar directamente con el médico para explicar la situación. La familia y quienes le rodean, deben estrechar su relación con la persona deprimida, para hacerle comprender que su estado es debido a su enfermedad, que no tiene nada que reprocharse y que mediante un tratamiento apropiado podrá curarse.

El hecho de descargar al enfermo de sus sentimientos de culpabilidad, es igualmente importante en la prevención del suicidio; en efecto, un ser que se siente culpable de su existencia indigna tenderá más fácilmente a poner término a su vida; por lo tanto, una buena información sobre la depresión permitirá a los familiares eximir de culpa al paciente.

3.2. Diagnóstico de enfermería en el anciano deprimido.

El diagnóstico se realizó para detectar la influencia de los factores de riesgo en la aparición y desarrollo de la depresión en los ancianos que acuden al Centro Fray Servando Teresa de Mier, A. C., que atiende exclusivamente a personas de la tercera edad.

En la realización del diagnóstico encontramos que la depresión; estado de la disminución de la autoestima acompañado por sentimientos de desesperanza e impotencia, es un trastorno habitual entre las personas mayores. Aproximadamente un 20% de todas las personas de más de 65 años presentan una depresión clínicamente significativa, mientras que aproximadamente un 40% tienen una forma más leve de este trastorno.

La depresión aguda, que se produce de repente después de una crisis, es muy habitual entre las personas con edades comprendidas entre los 55 y los 70 años; entre la población anciana son tres los tipos de depresión más habituales: endógena, reactiva y secundaria.

En el tipo endógeno, el paciente se muestra típicamente deprimido debido a algún proceso bioquímico interno, no debido a una enfermedad metabólica o reacción farmacológica. En el tipo reactivo, la depresión del paciente surge a consecuencia de un hecho desencadenante o una importante pérdida. En el tipo secundario, la depresión del paciente proviene de una lesión o enfermedad. La depresión puede deberse también a un efecto farmacológico secundario, o como un síntoma de determinadas enfermedades, como el hipotiroidismo.

Muchas profesionales de enfermería consideran que la depresión es una reacción natural a enfermedad o diagnóstico del paciente. Aunque esto puede que sea verdad a corto plazo, la depresión prolongada nunca es una respuesta normal a una enfermedad crónica o dolor. Las enfermeras debemos tener en cuenta que quienes sufren una depresión, sobre todo los ancianos, están en alto riesgo de suicidio, y que entre la población anciana se cometen un 25% de todos los suicidios.

Según su etiología la depresión endógena se debe normalmente a una alteración bioquímica en el metabolismo del cerebro, sobre todo una disminución en la secreción de los neurotransmisores serotonina y dopamina. Esta disminución provoca un enlentecimiento de las respuestas y

los procesos mentales, la sintomatología clásica de depresión entre los ancianos; debido a estos síntomas, a la depresión endógena se le conoce también como pseudodemencia, tratándose habitualmente con antidepresivos tricíclicos.

La depresión reactiva aparece en respuesta a situaciones estresantes o importantes pérdidas; los pacientes pueden identificar fácilmente el inicio de la depresión, estando normalmente claro el hecho desencadenante. Las personas que padecen este tipo de depresión son más capaces de cuidarse a sí mismos, y normalmente responden a la psicoterapia. Este tipo de depresión suele mejorar transcurridos tres meses del hecho desencadenante, en caso de no observarse ninguna mejoría al final de este periodo, o si no se halla ningún hecho o situación en particular que haya provocado la depresión, es posible que el paciente este desarrollando una importante depresión que requiere intervención y tratamiento profesional, como psicoterapia, tratamiento electroconvulsivo o farmacoterapia.

La depresión secundaria puede seguir a una lesión o enfermedad como lesión craneal, enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular, disfunción tiroidea, neoplasia o alcoholismo. Si la depresión la ha desencadenado una pérdida de función, como la incontinencia urinaria, pueden aparecer síntomas vegetativos y molestias somáticas; es muy natural que los pacientes deprimidos puedan interferir con las personas que desean ayudarlos. La depresión hace a las personas sentirse cansadas, inútiles, indefensas, sin esperanza, por lo tanto:

- La gente deprimida severamente necesita el apoyo de su familia y amigos para aceptar su enfermedad y acudir al médico.
- No ignorar los pensamientos suicidas, palabras o actos agresivos.
- Buscar ayuda profesional inmediatamente.

El primer paso, desde que se supone que se podría tratar de una depresión, es convencer al enfermo de consultar a un médico, al mismo tiempo, forzar un poco más las cosas, por ejemplo, hacerle una cita o hablar directamente con el médico para explicarle la situación. La familia y quienes le rodean deben estrechar su relación con la persona deprimida, para hacerle comprender que su estado es debido a su enfermedad, que no tiene nada que reprocharse y que mediante el tratamiento apropiado podrá curarse.

El hecho de descargar al enfermo de sus sentimientos de culpabilidad es igualmente importante en la prevención del suicidio; en efecto, un ser que se siente culpable de su existencia indigna tenderá más fácilmente a poner a término su vida. Por lo tanto, una buena información sobre la depresión permitirá a los familiares a eximir de culpa al paciente.

NOTAS DE PIE DE PAGINA.

- (1) GELDER, M. Psiquiatría. De Interamericana. P. 218-228.
- (2) POLAINO LORENTE A. Depresión. De. Martínez Roca. P. 129.
- (3) IBIDEM: P. 146.
- (4) LARS FREDEN. Aspectos psicosociales de la depresión. De. Fondo de cultura Económica. P. 130.
- (5) GELDER M. OBCIT. P. 322.
- (6) FERNANDO FAGREGUES. Texto básico de psiquiatría. De. El Ateneo. P. 162.
- (7) JOSEPH MENDELS. La depresión. De. Herder. P. 39.
- (8) GUILLERMO CALDERON N. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. De. Trillas. P. 168.
- (9) DOROTHY MERENESS. Elementos de enfermería psiquiátrica. De. La Prensa Médica Mexicana. P. 152.
- (10) ROGER MACKINNON A. Psiquiatría clínica aplicada. De. Mc. Graw-Hill. P. 179.
- (11) JOSEPH MENDELS. OBCIT. P. 46.
- (12) COOK FONTAINE. Enfermería psiquiátrica. De. Interamericana Mc. Graw-Hill. P. 225.
- (13) IBIDEM. P. 228.
- (14) IBIDEM. P. 230.
- (15) RONALD SMITH, et al. Psicología, fronteras de la conducta. De. Harla. P. 627.
- (16) IDEM.
- (17) IDEM.
- (18) IDEM.
- (19) CARNEVAL D. L. Tratado de geriatría gerontológica. De. Interamericana Mc. Graw- Hill. P. 225.
- (20) VICENTE CASAL, et- al. Manual de psicología clínica. De. Siglo XXI. P. 167.
- (21) CRAWFORD A. - CURRY K. Enfermería, psiquiatría y salud mental. De. El Manual Moderno. P. 606.
- (22) IBIDEM. P. 612.
- (23) ROSS J. BALDESSARINI. Las bases biomédicas de la depresión. De. La Prensa Médica Mexicana. P. 143.
- (24) LUC REGINAL PELLETIER. Enfermería psiquiátrica. De. La Prensa Médica Mexicana. P. 376.
- (25) ROGER MACKINNON A. OBCIT. P. 182.
- (26) IBIDEM. P. 186.

- (27) IDEM.
- (28) BRODIE H., KOLB. L. Psiquiatría clínica. De. Interamericana Mac. Graw-Hill. P. 225.
- (29) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud de los ancianos: una preocupación de todos. P. 30.
- (30) IBIDEM P. 32.
- (31) ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. La salud en las personas de edad. Serie de informes técnicos 79.
- (32) GUALBERTO BUELA. Psicología clínica. De. Siglo XXI. P. 76.
- (33) DOROTHY MERENESS. Enfermería psiquiátrica. De. La Prensa Médica Mexicana. P. 184.
- (34) CARNEVAL D.L. Tratado de geriatría y gerontología. De. Interamericana Mc. Grw-Hill. P. 258.
- (35) LARS FREDEN. OBCIT. P. 234.
- (36) IBIDEM. P. 250.
- (37) GUILLERMO FAJARDO O. El paciente geriátrico. De. La Prensa Médica Mexicana. P. 303.
- (38) HERNAN SAN MARTIN. Salud y enfermedad. De. La Prensa Médica Mexicana. P. 568.
- (39) JOSE CUELI. Psicoterapia social. De. Trillas. P. 122.
- (40) ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. OBCIT. P. 38.
- (41) HERNAN SAN MARTIN. Higiene de la senectud y de la senilidad: en Salud y enfermedad. De. La Prensa Médica Mexicana. P. 894.
- (42) Fuente: INEGI, Censo de población de 1990.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La incidencia de la depresión ha aumentado durante las últimas décadas. las causas de este aumento son desconocidas pero se han logrado identificar algunos factores asociados; la infravaloración de la enfermedad por el paciente, su familia o el médico, el mal uso de medicamentos, el mal cumplimiento del tratamiento prescrito, la falta de recursos económicos para procurarle atención médica adecuada y vivienda en condiciones adecuadas, lo que causa estrés y posteriormente la depresión.

La depresión es una enfermedad más frecuente entre las personas de edad avanzada; en sus formas más benignas puede no ser aparente o puede presentarse con formas atípicas como son pérdida de peso, trastornos de la conducta, dolores persistentes y consumo de alcohol y medicamentos. En algunos casos la depresión puede ser incluso provocada por medicamentos a los cuales el metabolismo de los ancianos es especialmente susceptible.

La depresión puede ser causada por una variedad de factores que conllevan algún tipo de pérdida para las personas, ya sea por problemas orgánicos o funcionales o por estrés social o ambiental. Debido a que el término "depresión" se emplea habitualmente para designar tanto el humor de una persona como la enfermedad depresiva, muchas veces se confunde la depresión con la tristeza, pero se diferencia de ella en que en la depresión los síntomas persisten más de seis semanas, la pérdida de peso no abate y el grado de abatimiento parece ser mucho mayor que el estímulo que aparentemente lo provoca.

Los cuadros de depresión están muchas veces asociados con la soledad, la tristeza y las preocupaciones socioeconómicas; estas situaciones se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, lo que exige un mayor compromiso de los sectores involucrados para tratar de superarlas. El potencial de la depresión de llevar al suicidio a las personas de cualquier edad pero especialmente a los ancianos, exige prestarles atención especial.

Por lo tanto, aquellas personas que manifiestan síntomas depresivos requieren tratamiento inmediato, para ser efectivo debe ser interdisciplinario y, en lo posible, contar con la colaboración de familiares, amigos y otras

personas relacionadas con los enfermos; debe tenerse en cuenta que la mayoría de las depresiones son tratables y reversibles.(43)

Siendo la Ciudad de México un lugar sobrepoblado, el tratamiento de esta enfermedad resulta difícil ya que las condiciones económicas y sociales por las que atraviesa el país limitan en gran medida los recursos de las instituciones y las familias para la atención de estos pacientes, por lo que es de vital importancia maximizar los recursos disponibles para así obtener mejores resultados en la actividad realizada.

Las recomendaciones generales que deben seguir en el tratamiento de la depresión deben extremarse en el hogar, por lo que es necesario conocer si la familia entiende y aplica correctamente estas medidas, si tiene algún impedimento económico o de vivienda que le impida aplicarlas, o si es otro factor diferente el que está influyendo en el tratamiento.

La presente investigación estará encaminada a determinar la posible influencia de estos factores en la aparición de la depresión, así como el éxito o fracaso en el tratamiento de la misma. Con los aspectos antes mencionados sobre la depresión, al estar realizando el servicio social en el Centro Comunitario Fray Servando Teresa de Mier, A. C., se observó que dentro del grupo de ancianos se presenta la problemática de depresión, la cual se puede evitar, controlar o, en ocasiones, curar con la intervención de enfermería, apoyada por el equipo interdisciplinario.

Por lo que se decidió realizar la presente investigación y con ello proponer intervenciones de enfermería a nivel con el grupo de ancianos y sus familiares. Si se controlan los factores que desencadenan las crisis con la intervención de enfermería, la vida del paciente y su familia mejorará notablemente.

La atención de salud de los ancianos debe enfocarse desde varias perspectivas; por lo tanto la promoción de salud debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario que influya; además del médico, personal de enfermería, trabajadoras sociales y expertos en educación, cualquiera que sean las actividades de promoción de salud que planeen, deberán tener en cuenta acciones en el campo biológico, psicosocial, político y legal.

4. Problema.

¿ Cuáles son los factores de riesgo que intervienen en la depresión del anciano ?

¿Cuál es la interacción de enfermería en la depresión del anciano?

4.1. Metodología.

La investigación se realizó con personas de la tercera edad que acuden diariamente al Centro Comunitario Fray Servando Teresa de Mier, el estudio se extendió al lugar donde habitan los ancianos, por lo que se trascendieron los límites espaciales de la institución.

El nivel de la investigación fue descriptivo y en el que se buscó establecer los factores de riesgo que propician la aparición de la depresión en el anciano; para esto se empleó una “Escala de Depresión Geriátrica” tomada de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia del curso postécnico de Enfermería Geronto Geriátrica como un recurso para establecer con mayor precisión el grado de depresión que padecen los ancianos entrevistados.

Para la obtención del marco teórico se utilizaron diversas fuentes bibliográficas que provinieron de la Biblioteca de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y de la Biblioteca Central de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Los datos que integran la investigación se obtuvieron de la población total a estudiar; la cual estuvo formada por las personas que llenaron los requisitos requeridos en los criterios de inclusión; las personas elegidas fueron entrevistadas para solicitar su aprobación para la aplicación del instrumento en su domicilio.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de respuestas indirectas, con preguntas cerradas, las cuales se tabularon por el método de paloteo. Se empleó también la observación en las visitas domiciliarias, para obtener más información acerca del medio que rodea al anciano con tendencias a la depresión.

4.2. Universo de trabajo.

Se estudiaron 100 personas que tuvieron de 60 años en adelante y que asisten al Centro Comunitario Fray Servando Teresa de Mier, A. C., durante los primeros tres meses de la investigación, la cual comprendió un periodo de seis meses, de febrero a agosto de 1996.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Se tomaron en cuenta a las personas de la tercera edad que asisten diariamente al Centro Comunitario Fray Servando Teresa de Mier; que viven en las dos calles que forman la periferia del mismo, sin distinción de sexo; así mismo se incluyeron a los pacientes que están en tratamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluyeron a las personas que no asisten diariamente al Centro, que tuvieron menos de 60 años de edad y que habitan fuera de área señalada anteriormente.

4.3. Variables.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Factores que intervienen en la depresión.

Manifestaciones

Educacionales.

Fases de la depresión.

Estados de memoria.

VARIABLES DEPENDIENTES.

- . Problemas de la vida diaria.
- . Falta de conocimientos de la depresión por parte de la familia
- . Indiferencia familiar.
- . Abandono del anciano.
- . Maltrato.
- . Ingresos familiares.
- . Egresos familiares.
- . Ingresos personales.
- . Atención médica.
- . Alimentación.
- . Recreación.

- . Alteración de las actividades ordinarias de la vida diaria.
- . Falta de orgullo y de autorespeto.
- . Aislamiento.
- . Disminución de apetito. y pérdida de peso.
- . Estreñimiento.
- . Apatía.
- . Insomnio.
- . Crisis de llanto.
- . Expresar síntomas somáticos.

. Escolaridad.

. Nivel de depresión.

. Nivel de memoria.

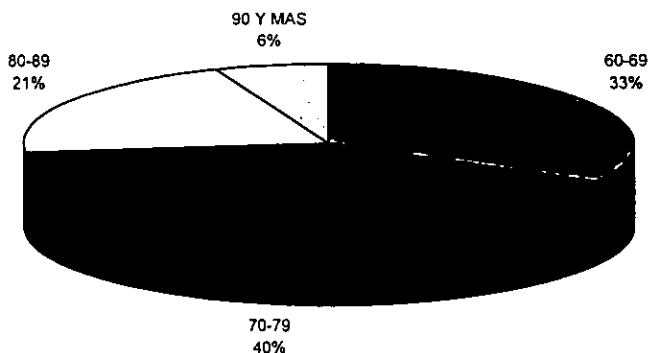
4.4. Análisis de resultados.

Cuadro 1.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA EDAD.

EDAD	Fo.	%
60 - 69	33	33
70 - 79	40	40
80 - 89	21	21
90 Y MAS	6	6
TOTAL	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



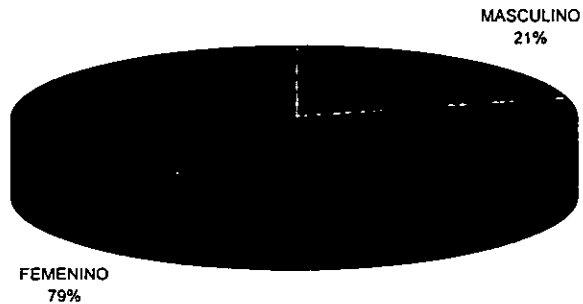
De los ancianos estudiados se encuentra que el mayor porcentaje lo ocupan el grupo de 70 a 79 años de edad con un 40% y el segundo lugar los de 60 a 69 años con el 33%, el tercer lugar, los de 80 a 89 años con un 21% y el grupo de 90 años y más únicamente es el 6%.

Cuadro 2.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SEXO.

SEXO.	Fo.	%
Masculino	21	21
Femenino	79	79
Total	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



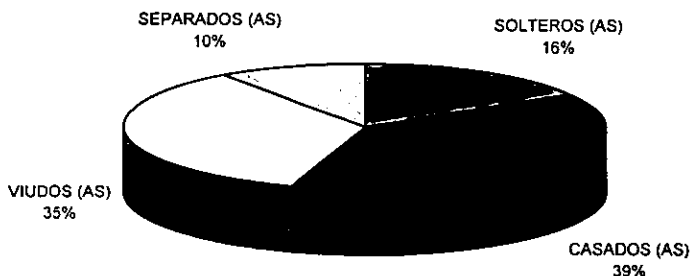
De los ancianos estudiados encontramos que el mayor porcentaje lo ocupan las del sexo femenino con un 79% y el de menor incidencia lo ocupa el sexo masculino con un 21%.

Cuadro 3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	Fo.	%
Solteros (as)	16	16
Casados (as)	39	39
Viudos (as)	35	35
Separados (as)	10	10
Total.	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



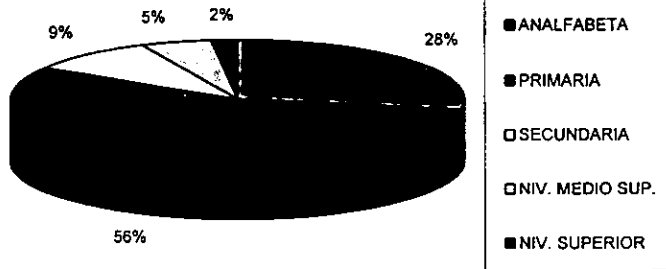
De los ancianos estudiados, se encuentra que el mayor porcentaje lo ocupan los casados (as) con un 39%, y el segundo sitio lo ocupan los viudos (as) con un 35% y el tercer lugar los solteros (as) con un 16% y en cuarto lugar los separados (as) con un 10% dando una suma ambos del 100%.

Cuadro 4.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	Fo.	%
Analfabeta.	28	28
Primaria.	56	56
Secundaria.	9	9
Nivel medio superior.	5	5
Nivel superior.	2	2
Total.	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



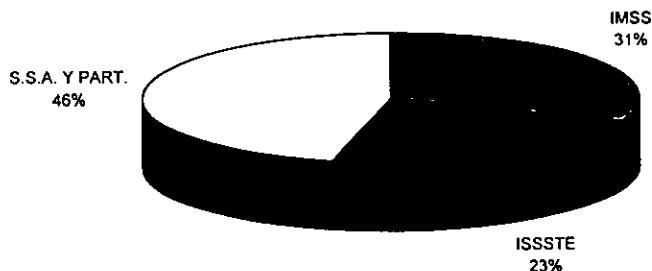
De los ancianos estudiados se encuentra que el mayor porcentaje del nivel de escolaridad lo ocupan los que estudiaron primaria con un 56%, en segundo lugar los analfabetas con un 28% y el tercer lugar los de secundaria con un 9%; el nivel medio superior con un 5% y el nivel superior con un 2%, ocupando el cuarto y quinto lugar respectivamente.

Cuadro 5.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SERVICIOS DE SALUD.

SERVICIOS DE SALUD.	Fo.	%
IMSS	31	31
ISSSTE	23	23
S.S.A. Y PRIVADOS	46	46
TOTAL	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



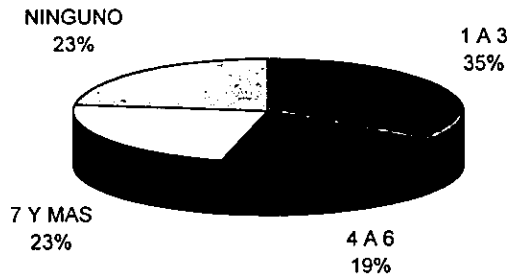
De los ancianos estudiados se encuentra que el mayor porcentaje lo ocupa los que acuden a la S. S. A. y privados, con el 46%; el segundo lugar los que acuden al IMSS con un 31% y el tercer lugar los que acuden al ISSSTE con un 23%.

Cuadro 6 .

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL NUMERO DE HIJOS.

NUMERO DE HIJOS	Fo.	%
1 A 3	35	35
4 A 6	19	19
7 Y MAS	23	23
NINGUNO	23	23
TOTAL	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996



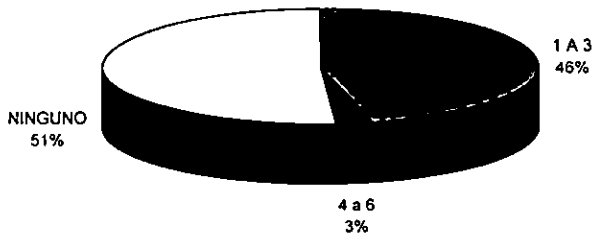
De las personas estudiadas se encuentra que el 35% tiene de 1 a 3 hijos, el 19% tiene de 4 a 6, el 23% tiene 7 o más y el 23% restante no tuvo ningún hijo.

CUADRO 7.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN CON CUANTOS HIJOS VIVEN.

NUMERO DE HIJOS	Fo.	%
1 A 3	46	46
4 A 6	3	3
7 Y MAS	0	0
NINGUNO	51	51
TOTAL	100	100

CEDULA .APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996

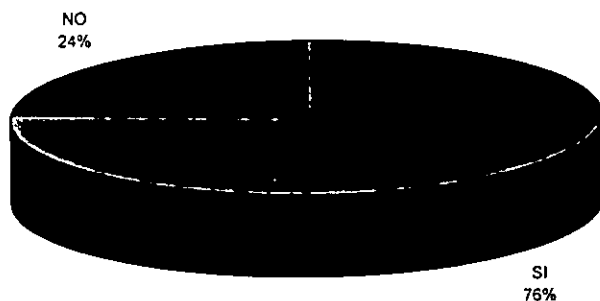


De las personas estudiadas se encuentra que el 46% vive con 1 a 3 hijos, el 3% vive con 4 a 6 hijos y el 51% viven solos.

Cuadro 8.
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN VISITA FAMILIAR.

VISITA FAMILIAR.	Fo.	%
SI	76	76
NO	24	24
TOTAL	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



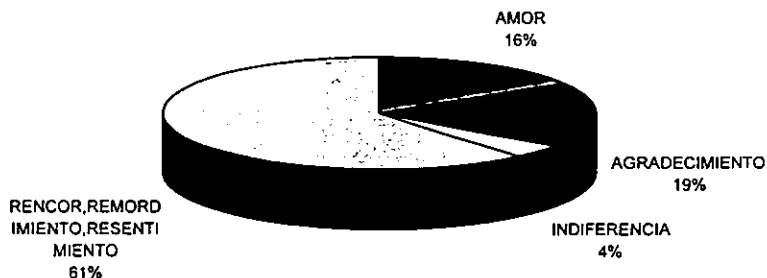
De los ancianos estudiados se encuentra que el 76% sí tienen familiares que los visitan, mientras que el 24% no los tienen o no los visitan.

Cuadro 9.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SENTIMIENTOS HACIA LA FAMILIA.

SENTIMIENTOS HACIA LA FAMILIA.	Fo.	%
AMOR	16	16
AGRADECIMIENTO	19	19
INDIFERENCIA	4	4
RENCOR REMORDIMIENTO RESENTIMIENTO.	61	61
TOTAL	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



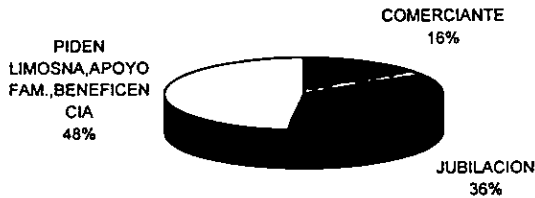
De las personas que cuentan con familiares encontramos que 61% sienten hacia ellos rencor, remordimiento y resentimiento (porque no supieron crear cariño con sus hijos); 19% sienten agradecimiento, 16% amor y 4% indiferencia.

Cuadro 10

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN FUENTE DE TRABAJO.

FUENTE DE TRABAJO.	Fo.	%
Comerciante.	16	16
Jubilación.	36	36
Piden limosna Apoyo familiar Beneficencia.	48	48
Total	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



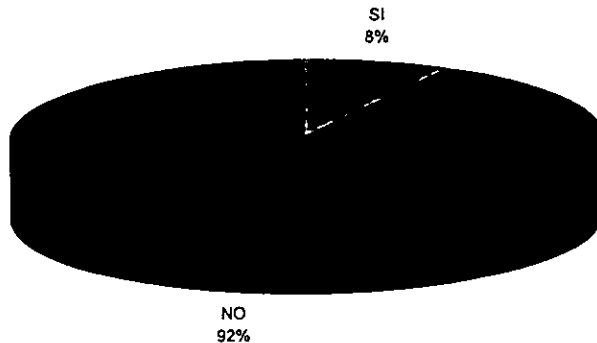
De los ancianos estudiados encontramos que en primer lugar se encuentran los que piden limosna, reciben algún apoyo familiar o les ayudan de alguna beneficencia, estos son el 48%; el 36% son jubilados y 16% comerciantes.

Cuadro 11.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA PERTENENCIA A OTROS GRUPOS.

PERTENENCIA A OTRO GRUPO.	Fo.	%
SI	8	8
NO	92	92
TOTAL	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



De los ancianos estudiados se encuentra que 92% no pertenece a otro grupo y un 8% si pertenece.

Cuadro 12

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN APOYO COMUNITARIO.

APOYO COMUNITARIO	Fo.	%
SI	54	54
NO	46	46
TOTAL	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



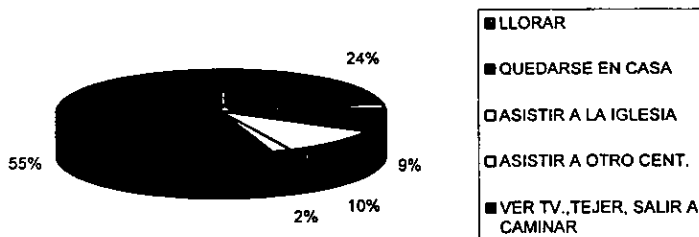
De los ancianos estudiados se encuentra que un 54% sí cuenta con apoyo comunitario y un 46% no recibe ningún beneficio.

Cuadro 13.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL USO DE MECANISMOS DE ADAPTACION.

MECANISMOS DE ADAPTACION	Fo.	%
Llorar	24	24
Quedarse en su casa.	9	9
Asistir a la Iglesia	10	10
Asistir a otro Centro.	2	2
Ver televisión. Tejer. Salir a caminar.	55	55
Total.	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



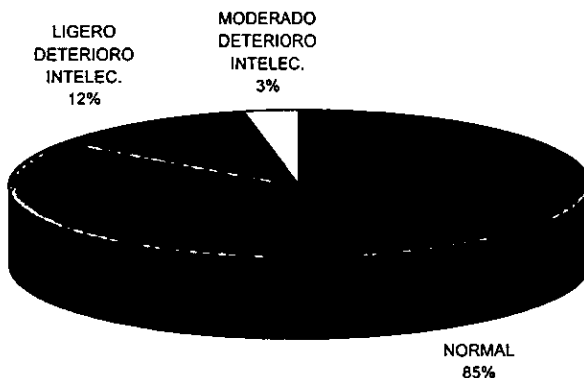
El 55% ve televisión, teje o sale a caminar; un 24% por medio del llanto; el 10% asiste a la Iglesia y un 2% acude a otro centro de reunión.

Cuadro 14.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN ESTADO MENTAL.

ESTADO DE MEMORIA	Fo.	%
Normal.	85	85
Ligero deterioro intelectual.	12	12
Moderado deterioro intelectual.	3	3
Total	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



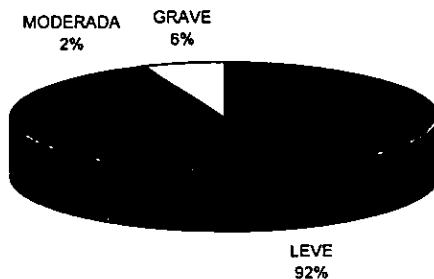
El 85% de los ancianos tiene un estado mental normal, el 12% presenta un ligero deterioro intelectual y únicamente el 3% un deterioro moderado.

Cuadro 15.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EL ESTADO DEPRESIVO.

DEPRESION.	Fo.	%
Leve	92	92
Moderada.	2	2
Grave.	6	6
Total	100	100

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.



El 92% de los ancianos presenta una depresión leve, el 2% depresión moderada y únicamente el 6% presenta depresión grave.

Cuadro 16.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LOS FACTORES DE RIESGO A DEPRESION GERIATRICA DE ACUERDO A LA ESCALA DE VALORACION A DEPRESION.

No. DE PREGUNTA	Fo.	%
1. Insatisfacción de vida.	13	13
2. Abandono de intereses y actividades.	91	91
3. Vida vacía.	44	44
4. Aburrimiento frecuente.	36	36
5. Desesperanza del futuro.	31	31
6. Pensamientos molestos.	48	48
7. Malhumorado frecuentemente.	15	15
8. Miedo a sucesos malos.	49	49
9. Tristeza frecuente.	18	18
10. Sentimiento de desamparo.	38	38
11. Intranquilidad y nerviosismo.	54	54
12. Negación a realizar cosas nuevas.	31	31
13. Preocupación por el futuro.	49	49
14. Problemas de memoria.	46	46
15. Deseos de no vivir.	11	11
16. Desánimo y tristeza.	39	39
17. Sentimientos de desprecio.	31	31
18. Preocupación por el pasado.	34	34
19. Vida sin emoción.	17	17
20. Dificultad para realizar proyectos.	63	63
21. Falta de energía.	33	33
22. Situación desesperante.	42	42
23. Sentimiento de desventaja social.	41	41
24. Molestias por insignificancias.	32	32
25. Llanto frecuente.	53	53
26. Problemas de concentración.	55	55
27. No disfruta de la vida.	33	33
28. Evasión a reuniones sociales.	38	38
29. Dificultad para decidir.	50	50
30. Sentimiento de falta de claridad mental.	69	69

CEDULA APLICADA AL GRUPO DE 100 ANCIANOS QUE ACUDEN AL CENTRO COMUNITARIO FRAY SERVANDO TERESA DE MIER. FEBRERO A AGOSTO DE 1996.

Análisis cuadro 16.

De los ancianos estudiados se encontró que el mayor factor de riesgo a depresión lo ocupa el abandono de intereses y actividades con el 91%; en segundo lugar la falta de claridad mental con el 69%; en tercer lugar la dificultad para realizar proyectos con el 63%; le siguen en importancia los problemas de concentración con el 55%; intranquilidad y nerviosismo con el 54%; llanto frecuente con el 53% y dificultad para decidir con el 50%.

CONCLUSIONES.

En nuestro país los adultos mayores se han convertido en una prioridad por la naturaleza de sus necesidades y demandas, además únicamente son atendidos desde enfoques parciales y no integralmente, dicha situación es causa importante del rezago en su calidad de vida.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo contemplan algunos factores de la depresión en el anciano, en donde se observan aspectos integrales de la vida del adulto mayor que permitan obtener una visión más amplia de las situaciones que están propiciando la disminución de su capacidad funcional y su estabilidad emocional.

La Organización Panamericana de la Salud incluye otro factor en la depresión en el anciano: el aislamiento social; señala que éste priva al adulto mayor de importantes apoyos emocionales, físicos y financieros, haciendo que muchos de ellos se sientan débiles y dependientes, aislándose en el esfuerzo por ocultar sus problemas; opina también que se han mostrado mayores tasas de mortalidad en personas carentes de apoyo social.

Estas personas frecuentemente sienten temores, sentimientos de pérdida y estrés social; muchas veces la tristeza, la soledad y las preocupaciones socioeconómicas contribuyen a que los ancianos presenten depresión. Es bueno señalar que más que el número de contactos sociales es importante la calidad de los mismos, y recordar la importancia que tienen para los ancianos la compañía, el apoyo y el afecto de los amigos. Esto quiere decir que se exige un mayor compromiso de los profesionales de salud, familiares y amigos relacionados con estas personas para tratar de superar las depresiones presentadas, las cuales en su mayoría son tratables y reversibles.

En el Centro en donde se realizó el estudio se encontró que el 35% de los ancianos tiene más de un hijo, el 46% vive con uno o tres de ellos, además el 7% tiene familiares que los visitan recibiendo de parte de ellos amor, protección y algunas veces asistencia. En cuanto a los sentimientos

del anciano a la familia encontramos que el 61% sienten rencor, resentimiento y remordimiento porque no supieron crear cariño en sus hijos.

Lo anterior concuerda con el cuadro de valoración sobre depresión geriátrica ya que el 92% presentaron depresión leve y dijeron sentirse relegados o abandonados por sus familiares cercanos, quienes los han separado de su núcleo familiar y se han limitado únicamente a proporcionarles alguna ayuda material, lo que no impide que el anciano tenga un sentimiento de soledad, esto propicia el factor de riesgo a su depresión.

En cuanto a los resultados obtenidos al aplicar la Escala de Depresión Geriátrica se presentó que la totalidad de las personas encuestadas padece algún grado de depresión, el mayor factor de riesgo a depresión lo ocupa el abandono de intereses y actividades con el 91%; en segundo lugar el sentimiento de falta de claridad mental con 69%, esto se puede contrastar con el cuadro #14 en donde se muestra que el 81% están mentalmente normales; el tercer lugar lo ocupa la dificultad para realizar proyectos con el 63%; les siguen en importancia los problemas de concentración con el 55%; intranquilidad y nerviosismo con el 54%; llanto frecuente con el 53% y dificultad para decidir con el 50%

Los factores que aparece con menos del 5% son: miedo a sucesos malos y preocupación por el futuro con 49% cada uno; pensamientos molestos con el 48%; problemas de memoria con el 46%; vida vacía con el 44%; situación desesperante con 42%; sentimientos de desventaja social con 41%; desánimo y tristeza con 39%; sentimiento de desampara y evasión a reuniones sociales con 38%; aburrimiento frecuente con 36%; preocupación por el pasado con 34%; falta de energía y no disfruta de la vida con 33%; molestias por insignificancias con 32%; desesperanza del futuro, negación a realizar cosas nuevas y sentimiento de desaprecio con 31%; tristeza frecuente con 18%; vida sin emoción con 17%; malhumor frecuente con 15%; insatisfacción de vida con 13% y deseos de no vivir con el 11%.

Puede decirse que hasta cierto punto es común que los ancianos presenten depresión, sobre todo por los cambios del estado funcional tanto físicos como mentales que se presentan en esta edad

Los ancianos que asisten al Centro Comunitario Fray Servando Teresa de Mier declaran sentirse satisfechos con la relación que tienen con sus amigos y compañeros, teniendo siempre una convivencia agradable entre

ellos refiriendo que es mayor el sentimiento de desarraigo en la familia que entre los amigos. En este sitio aún cuando se presenta una buena comunicación entre los asistentes, es necesario propiciar la participación en actividades grupales como estrategias para promover la efectiva integración y eliminar o disminuir la soledad en que se encuentran los que viven solos.

Aún las personas que dijeron sentirse queridas también se consideran disminuidas en su valía dentro de su núcleo familiar, ya que por su edad no pueden conseguir un trabajo bien remunerado para obtener sus ingresos por lo que algunos se ven obligados a pedir limosna, apoyo familiar o de alguna beneficencia, refiriendo que lo único que pueden aportar es su compañía y cuidado de la casa, sin pensar que su presencia y experiencia también son importantes para la estabilidad familiar.

Hay que recordar que el envejecer de manera saludable implica no sólo tener la posibilidad de cuidados médicos ante los problemas de salud, implica también reconocer que los ancianos necesitan reconocimiento, respeto, seguridad y sentirse partícipes de la familia y de la sociedad a la cual pueden aportar todavía su experiencia e interés.

Por todo lo expuesto a través de este estudio se visualizan las intervenciones de enfermería para los ancianos con factor de riesgo a depresión; por lo que a continuación se dan a conocer dichas sugerencias.

Factores de riesgo encontrados:

- Abandono de intereses y actividades.
- Sentimiento de falta de claridad mental.
- Dificultad para realizar proyectos.
- Falta de concentración.
- Intranquilidad y nerviosismo.
- Llanto frecuente.
- Dificultad para decidir.
- Miedo a sucesos malos.
- Preocupación por el futuro.
- Pensamientos molestos.
- Vida vida vacía.
- Desesperanza.
- Desventaja social.
- Desánimo y tristeza.
- Preocupación por el pasado.

SUGERENCIAS.

Al detectar los factores que propician la depresión en los ancianos del Centro Fray Servando Teresa de Mier, es importante implementar programas que beneficien al anciano en el aspecto biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, para que obtenga dichos beneficios se proponen las siguientes estrategias y actividades.

INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LOS FACTORES DE RIESGO A DEPRESION:

- Abandono de intereses y actividades:

- . Saber escuchar sus intereses personales y actividades que desearía realizar.
- . Estimularlo a la resocialización.
- . Proyectarle actividades grupales.

- Sentimiento de falta de claridad mental:

- . Estimulación a la memoria mediante la lectura.
- . Identificación de objetos o figuras geométricas.
- . Fomentar el diálogo en grupo.
- . Mantener activos sus sentimientos.
- . Hacerlo recordar cosas del pasado y del presente sin que lo perjudique.

- Dificultad para realizar proyectos:

- . Realizar actividades psíquicas (tienen el fin del desarrollo del Yo).
- . Actividades sociales.
- . Actividades recreativas.
- . Actividades educacionales.

- Falta de concentración:

- . Realizar juegos de mesa (ajedrés, dominó, etc.).
- . Proporcionarle un área agradable y cómoda.
- . Hacerle repetir frases y cifras.
- . Memorización de palabras sencillas.

- Intranquilidad y nerviosismo:

- . Mantenerlo en constante actividad (física y mental).

- . Recomendarle baños de tina tibios.
- . Enseñarle técnicas de relajación.
- . Actividades recreativas y manuales.

- Llanto frecuente:

- . Buscar las causas de su llanto.
- . Hacerlos sentir amados y protegidos.
- . Estimular al anciano a que exprese sus sentimientos.
- . Ayudarlos a comprender que no tienen culpá de nada.

- Dificultad para decidir:

- . Aumentar la confianza en sí mismo y su autoestima.
- . Ayudarlo para realizar nuevas actividades y relaciones significativas para él.
- . Convencerlo de que sus decisiones son importantes para los demás.
- . Dirigir las actividades mientras el anciano mejore su capacidad en la toma de decisiones.

- Miedo a sucesos malos:

- . Buscar y disminuir las causas de su ansiedad.
- . Fomentar su participación en grupo.
- . Enfrentarlo a la realidad.
- . Revisar con él las alegrías pasadas y los éxitos en la vida para disminuir su ansiedad.

- Preocupación por el futuro:

- . Ayudarlo a realizar algunas actividades donde pueda obtener recursos económicos.
- . Enseñarle a cuidar su salud.
- . Ayudarlo a que realice una acción independiente adecuada a su edad.
- . Usar los recursos espirituales para centrarse en la esperanza para el futuro.

- Pensamientos molestos:

- . Mantener al anciano en constante actividad.
- . Programar paseos frecuentes y cortos para mantener su mente ocupada.
- . Ayudarlo a que identifique los atributos y experiencias positivas.
- . Orientarlo para que identifique una variedad de personas de apoyo disponibles.

- Vida vacía:

- . Reintegrarlo al núcleo familiar y social.

- . Planear reuniones con su familia y amigos para recordar sucesos del pasado y planear el futuro.
- . Elaborar un programa de orientación a la realidad para el anciano y su familia.

- Desventaja social:

- . Ayudarlo a que identifique los beneficios de la interacción social.
- . Fijar límites para la conducta que interfiere con los compañeros y familiares.
- . Limitar la conducta que es divertida y graciosa para los demás.
- . Concientizarlo de que todos sus compañeros están en la misma situación económica y social.

- Desánimo y tristeza:

- . Reintegrarlo a un grupo de personas de su edad.
- . Ayudarlo a expresar sus sentimientos.
- . Proporcionar una rutina en la vida diaria.
- . Intervenir en las relaciones intrafamiliares.
- . Reforzar las expresiones verbales y no verbales de alegría.

- Preocupación por el pasado:

- . Ayudarlo a que describa sus pensamientos y sentimientos.
- . Explorar junto con él las fuentes de enojo y culpa.
- . Seleccionar actividades que le hayan gustado y en las que haya tenido éxito en el pasado.
- . Después de las actividades pedirle que evalúe los sentimientos y observe los cambios.

REMINISCENCIA.

Es una actitud mental organizada y compleja que actúa bajo control del Yo y varía según la estructura de personalidad, hábito de pensar en las propias experiencias pasadas o relatadas, en especial las que se consideran particularmente significativas.

La enfermera debe interactuar con el anciano a través de la terapia de la reminiscencia para que él se confronte con su pasado y viva mejor su presente, pero debe considerar que no lo efectúe esta actividad.

Las actividades de enfermería que se llevarán a cabo son:

. Saber escuchar ; cuando el anciano está recordando no se debe de interrumpir sino que hay que animarlo a que continúe su relato ya que para él es un momento de suma importancia el revivir sucesos de antaño, una fecha, un viaje, una fragancia, un amanecer o atardecer, una melodía, una comida.

. Reintegrarlo nuevamente a la sociedad.

. Si el anciano ingresa a una institución, la enfermera debe permitir que él se lleve un objeto personal que le ayude a olvidar esos momentos de estancia en esta institución.

. Invitar al anciano a analizarse en un espejo, para que se observe o se identifique tal como es.

. Planear eventos o reuniones con su familia o círculo de amigos para recordar sucesos del pasado.

. Realzar su autoestima, ayudándole a contribuir manera significativa con su grupo social, ya que las reminiscencias sirven de eslabones entre el pasado y el presente.

Las reminiscencias ayudan a mantener la autoestima y fortalecer el sentido de identidad hasta llegar a disminuir la ansiedad, que es la causa de la depresión.

ORIENTACION A LA REALIDAD.

Es un método de orientación a la realidad que es manejado como un método psicológico que ayuda a mantener al individuo en contacto con el mundo que lo rodea, orientándolo en tiempo, espacio y persona.

La enfermera debe valorar al anciano para descartar que éste no se encuentre confuso o desorientado. Si éste, a la valoración presentara confusión se tienen que detectar las causas que la originen entre las que se consideran de importancia están el alcoholismo, malnutrición o alteración mental. De ser posible debe realizar visitas domiciliarias a los ancianos para tener una mejor valoración en cuanto a los aspectos en que se encuentra y con los recursos con los que se cuenta, así como el informar a la familia como motivarlo y ubicarlo en la realidad dentro de un hogar.

Al obtener esta información las actividades de enfermería para mantener al anciano en la orientación a la realidad debe desarrollar lo siguiente:

- . Elaboración de un programa de orientación a la realidad para el anciano y la familia.
- . Elaboración de un calendario con ilustraciones, fotografías o estaciones del año, que servirá para mantener al anciano orientado hacia la realidad.
- . Recolectar dibujos, fotografías, tarjetas actualizadas que ayudarán a que el anciano se encuentre orientado a la realidad.
- . Otras técnicas que debe de emplear la enfermera para mantener al anciano orientado en la realidad son: estimulación a través de la televisión, radio, reloj, cartelones con su nombre y hoja de medicamentos; todo lo anterior y esto, ayudará a mantener el estado mental del anciano para que esté orientado en la realidad del mundo que lo rodea.

ESTIMULACION A LA MEMORIA.

Es la facultad psíquica de reproducir las ideas o impresiones pasadas.

Las actividades de enfermería están encaminadas a reforzar la memoria, para esto debe de realizar actividades o ejercicios que sean de interés para el anciano, para este motivo se han considerado las siguientes acciones:

- . Estimular al anciano a la lectura.
- . Enseñanza de autocuidado.
- . Identificación de objetos o figuras geométricas.
- . Realizar juegos de mesa (ajedrez, dominó).
- . Ser observador de obras de arte (pinturas o dibujos).
- . Escuchar música o ver televisión.
- . Charlas en grupo.
- . Fomentar el diálogo.
- . Recordar cosas del pasado y del presente sin que los perjudique.
- . Mantener activos sus sentimientos (poemas, comidas favoritas, etc.).
- . Que repita cifras.
- . Palabras sencillas.
- . Frases.
- . Calendarios.

- . Fotografías.
- . Crucigramas.

PERCEPCION SENSORIAL.

Los órganos de los sentidos y las funciones sensoriales sirven en el individuo para las interrelaciones con su medio ambiente físico, psicológico y social, para que pueda ser independiente, sobre todo en relación al cumplimiento de sus actividades de la vida diaria.

Las actividades de enfermería para valorar la percepción son:

- . Valoración del estado mental (auscultación auditiva, ocular, visual, identificación de olores y sabores, percepción sensitiva).
- . Colocar un reloj y un calendario dentro de un campo visual del adulto.
- . Interpretar adecuadamente los estímulos.
- . Aconsejar al adulto mayor que compruebe la validez de sus percepciones.
- . Actividades de autocuidado.
- . Proporcionar al adulto oportunidades para que se relacione con los demás e intervenir en las conversaciones individuales y grupales.
- . Colocar un reloj, televisión, radio o música en el ambiente.
- . Aconsejar a los adultos que sufren de problemas del sistema auditivo o alteración ocular que es indispensable usar lentes y aparatos auditivos.
- . Proporcionar estímulos sensoriales como: el tacto físico, música, olores agradables, etc.
- . Proporcionar una rutina de la vida diaria.

RESOCIALIZACION.

Proceso que reconstruye las relaciones sociales rotas luego de muchos años de desempeño de roles establecidos como marido, padres, trabajador, etc.

Para plantear las actividades de enfermería es importante que la enfermera conozca los factores que influyan en la resocialización. Entre ellos se contemplan los siguientes: aislamiento, que es un estado desvinculador y tendiente a la soledad en la que se encuentran implícitos los ancianos, factores económicos, en donde entra la dificultad para obtener recursos, jubilación y la pérdida gradual de un sentido.

Las actividades de enfermería son:

- . Estimular al anciano en su esfera biológica, psicológica, social, cultural y espiritual.
- . Elevar la autoestima.
- . Mantener su capacidad psicomotora funcional.
- . Reintegrarlo al núcleo familiar y social.
- . Actividades físicas y manuales.
- . Actividades sensoriales.
- . Actividades psíquicas, tiene el fin del desarrollo del Yo.
- . Actividades sociales.
- . Actividades recreativas.
- . Actividades educacionales.

Todos estos programas ayudarán a que los ancianos sigan siendo personas activas y tengan bases para enfrentarse a la sociedad, sin tener que sentirse menos, lograr convivir con su familia y ser independiente en su vida.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES.

CURSO POSTECNICO EN ENFERMERIA GERONTO-GERIATRICA.
ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA.

1. ¿ Esta usted satisfecho con su vida?	NO	SI
2. ¿ Ha abandonado usted, muchos de sus intereses y actividades.	NO	SI
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	NO	SI
4. ¿ Se aburre usted con frecuencia?	NO	SI
5. ¿ Tiene usted esperanza en el futuro?	NO	SI
6. ¿Está usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	NO	SI
7. ¿ Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	NO	SI
8. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?	NO	SI
9. ¿Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	NO	SI
10. ¿Se siente usted frecuentemente desamparado?	NO	SI
11. ¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	NO	SI
12. ¿ Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	NO	SI
13. ¿ Se preocupa usted frecuentemente por el futuro?	NO	SI
14. ¿ Cree usted que tiene más problemas de memoria que los demás?	NO	SI
15. ¿ Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	NO	SI
16. ¿ Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	NO	SI
17. ¿ Siente usted que nadie lo aprecia?	NO	SI
18. ¿ Se preocupa usted mucho por el pasado?	NO	SI
19. ¿ Cree usted que la vida es muy emocionante?	NO	SI
20. ¿ Le es difícil a usted comenzar nuevos proyectos?	NO	SI
21. ¿ Se siente usted lleno de energía?	NO	SI
22. ¿ Siente usted que su situación es desesperante?	NO	SI
23. ¿ Cree usted que los demás están mejor que usted?	NO	SI
24. ¿ Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	NO	SI
25. ¿ Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	NO	SI
26. ¿ Tiene usted problemas para concentrarse?	NO	SI
27. ¿ Disfruta usted al levantarse por las mañanas?	NO	SI
28. ¿ Prefiere usted evitar las reuniones sociales?	NO	SI
29. ¿ Es fácil para usted tomar decisiones?	NO	SI
30. ¿ Está su mente tan clara como solía estar antes?	NO	SI

TOTAL DE PUNTOS: _____

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO _____
FECHA DE EVALUACION: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBTETRICIA.

CEDULA DE ENFERMERIA.

INSTITUCION: _____

I.- DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
ESTADO CIVIL: _____ GRADO DE ESCOLARIDAD: _____
RELIGION: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
TIENE DERECHO A ALGUN SERVICIO DE SALUD: _____

II.- APOYO CON QUE CUENTA:

CUANTOS HIJOS TUVO: _____ CON CUANTOS VIVE: _____
TIENE FAMILIARES CERCANOS QUE LO VISITEN: _____
CUALES SON SUS SENTIMIENTOS HACIA SU FAMILIA: _____

COMO RELACIONA SUS SENTIMIENTOS HACIA SU FAMILIA: _____

NOMBRE DEL FAMILIAR MAS CERCANO: _____
TELEFONO: _____ DIRECCION: _____
QUE MECANISMOS DE DEFENSA ADOPTA A SU SOLEDAD: _____

TRABAJO ANTERIOR: _____
PROFESION U OFICIO DE DONDE OBTIENE SUS INGRESOS: _____

CUBRE SUS NECESIDADES: _____
CUENTA CON APOYO COMUNITARIO: _____
PERTENECE A ALGUN GRUPO: _____
EN QUE OCUPA SU TIEMPO LIBRE: _____
ES INDEPENDIENTE, INTERDEPENDIENTE O DEPENDIENTE: _____

ESTADO DE MEMORIA.

NOMBRE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____
LUGAR EN DONDE SE REALIZO LA EVALUACION: _____

PTS. MAXIMA PTS. OBTENIDA

- | | | |
|---|-------|--|
| 5 | _____ | ¿QUE FECHA ES HOY? (DIA, MES, AÑO Y ESTACION) |
| 5 | _____ | ¿EN DONDE ESTAMOS? (PISO, HOSPITAL CIUDAD, ESTADO, PAIS, DOMICILIO) |
| 3 | _____ | NOMBRE TRES OBJETOS (1 POR SEGUNDO PEDIRLE QUE LOS REPITA. |
| 5 | _____ | QUE RESTE EMPEZANDO DEL 90, DE 3 EN 3 (HASTA 5 REP.) |
| 3 | _____ | PREGUNTE POR LOS TRES OBJETOS APRENDIDOS. |
| 2 | _____ | MUESTRE UNA PLUMA Y UN RELOJ Y PIDA QUE LOS IDENTIFIQUE. |
| 1 | _____ | QUE REPITA LA FRSE "TRES TRISTES TIGRES". |
| 3 | _____ | QUE CUMPLA LA SIGUIENTE ORDEN VERBAL: TOME UNA HOJA DE PAPEL CON SU MANO DERECHA, DOBLELA POR LA MITAD Y COLOQUELA EN EL PISO. |
| 1 | _____ | QUE LEA LA FRASE: "CIERRE LOS OJOS". |
| 1 | _____ | QUE ESCRIBA UNA ORACION. |
| 1 | _____ | QUE COPIE UN DISEÑO GRAFICO (PENTAGONOS CRUZADOS). |

PUNTOS _____ > DE 25 CONTINUE CON LA VALORACION GERIATRICA
< DE 24 OBTENGA LA INFORMACION DE UN INFORMANTE

BIBLIOGRAFIA.

AGUILERA GOMEZ, M. A. Un estudio clínico y sociocultural de la histeria y de la depresión. Tesis. UNAM. 1977

AVENDAÑO INESTILLAS, Jorge. Evaluación en la salud en el anciano. De. Prensa Médica Mexicana. S. A. México, D.F. 1894.

BUELA, G. CARVALLO, ECASAL, V. Manual de psicología clínica. De. Siglo XXI, España, 1991. Pp. 345-361.

BRODIE H., Kolb L. Psiquiatría clínica. De. Interamericana- Mc. Graw-Hill. México, 1986.Pp. 225-246.

CALDERON NARVAEZ, Guillermo. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. De. Trillas, México, 1990. Pp. 537 .

COOK, FONTAINE. Enfermería psiquiátrica. De. Interamericana-Mc. Graw Hill. México, 1993. Pp. 204-230.

CRAWFORD, A. L.,Curry, K.V. Enfermería psiquiátrica y salud mental. De. El Manual Moderno. México, 1987. Pp. 135-139.

CUELI, José. Psicoterapia social. De. Trillas. México, 1989. Pp. 424-449.

DAVISON, William. Geriatría. De. Manual Moderno. México, 1990. Pp. 241-262.

FAJARDO ORTIZ, Guillermo. El paciente geriátrico. De. La Prensa Médica Mexicana. México. 1983. Pp. 303-308.

FAJARDO ORTIZ, Guillermo. Atención Psiquiátrica en atención médica, teoría y práctica. De. La Prensa Médica Mexicana. México, 1983. Pp. 522-532.

FREDEN, Lars. Aspectos psicosociales de la depresión. De. Fondo de Cultura Económica. México. 1986. Pp.423-436.

FREEDMAN-KAPLAN- SADOCK. Compendio de psiquiatría. De. Salvat Editores. México, 1984. Pp. 281-286.

GELDERR, M. et-al. Psiquiatría. De. Interamericana Mc Graw -Hill. México, 1993, Pp. 606-618.

MENDELS. La depresión. De. Herder. Barcelona. 1982. Pp. 4-39.

LAC REGINAL, Pelletier. Enfermería Psiquiátrica, estudio de casos, diagnóstico y plan de cuidados. De. La Prensa Médica Mexicana. México, 1989. Pp. 376-397.

Manual de diagnósticos y estadístico de los desordenes mentales. De. American Psychiatric, Asociación. De. Hasson. Barcelona. 1983. Pp. 142-156.

MERENESS, Dorothy. Elementos de enfermería Psiquiátrica. De. La Prensa Médica Mexicana. México, 1982. Pp. 152-184.

SAN MARTIN, Hernán. Higiene de la senectud y de la senilidad en salud y enfermedad. De. Prensa Médica Mexicana. México, 1981. Pp. 488-894.

SAN MARTIN, Hernán. Salud mental en salud y enfermedad. De. La Prensa Médica Mexicana. México, 1981. Pp. 488-894.

Organización Panamericana de la Salud. La salud de los ancianos, una preocupación de todos. O.P.S., Washington. 1992. Pp. 30-39.

Organización Mundial de la Salud. La salud de personas de edad. O.M.S. Ginebra. 1989. (Serie de informes técnicos 779).

PATRICH, M. Tratado de gerontología y geriatría. De. Interamericana Mc Graw Hill. México, 1988. Pp. 1-280.

DE NICOLA, Pietro. Geriatría. De. Manual Moderno. México. 1984. Pp. 10-147.

POLAINO LORENTE, A. Depresión. De. Libros Universitarios. México. 1984. Pp. 11-146.

SMITH, Ronald. et-al. Psicología, fronteras de la conducta. De. Harla. México, 1984. Pp. 627-638.

REYES PARTIDA, Noemí. Ansiedad y depresión frente a la muerte. Tesis Maestría. UNAM. 1983.

ROSAS J., Baldessarini. Las bases Biomédicas de la depresión y su tratamiento. De. La Prensa Médica Mexicana. México, 1986. Pp. 143-144.

WIECK L. et al. Técnicas de enfermería. De. Interamericana Mc Graw-Hill. México, 1988. Pp. 1177.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA