

00921
56



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

" Repercusión de las intervenciones de Enfermería en el Adulto Mayor que presenta síntomas depresivos en un Centro Gerontológico del D.I.F. México. D. F."

T E S I S

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

MARIA ELENA FERNANDEZ JAIMES No.- 9957270-1

EDUARDO TAMAYO SALAZAR No.- 9422076-8

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

R. Gómez

DIRECTOR DE TESIS: LIC. RAUL RUTILLO GOMEZ LOPEZ

SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES





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.

**TESIS CON
FALLA DE
ORIGEN**

*Al Dr. Valdés Rojas:
Por la confianza, motivación y
Amistad brindada para la
realización del presente trabajo
de investigación.
Gracias por el apoyo brindado.*

*A los Abuelos del Centro Gerontológico:
Por la confianza, participación, seguridad y todos
sus experiencias de su vida ya que con ello
hicieron posible la realización de este
trabajo.
Gracias por darnos la oportunidad de conocer más.*

*A nuestro asesor Raúl:
Por el conocimiento, motivación y
amistad brindados durante la
realización de este trabajo.
Por ser un excelente maestro
y también un gran Amigo.*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

*A mis Padres:
por guiarme en el camino de
la vida con apoyo incondicional
amor y comprensión, por todo
lo que han hecho por mi
ser una mujer triunfadora.
Los Amo Gracias.*

*A mi hija Ana Gabriel:
por su tolerancia, comprensión
y todo ese amor, que han
hecho de mi a la madre más
afortunada por tenerle.
Gracias hija.*

*A mi hermana Verónica:
por motivarme a seguir
siempre adelante. Gracias
por apoyarme en el cuidado
y educación de mi hija.*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

*A mis hermanas Mayra e Issa:
por su entusiasmo, motivación
y alegría en todos los momentos
de mi vida.*

*A la memoria de mi amiga Paola Blassi Torres:
Por todo el apoyo incondicional,
por enseñarme a valorar la vida, conocer
la diferencia de vivir-vivo y no vivir-muerto,
por los momentos de lucha, por eso y mucho
más GRACIAS.
¡Hasta la victoria siempre!*

*A mis amigas Carmen, Paty y Lilia:
Por brindarme una amistad llena de virtudes
valores y momentos inolvidables desde una
risa hasta una lágrima. Gracias por todo.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

*A Dios:
Por haberme dado una
segunda oportunidad llamada
vida y por colocarme en el
lugar, hora y con la gente
exacta, para llenarme de
experiencia y aprendizaje que me
ayudaron a ser mejor ser
Humano-*

*A la UNAM:
Por haber formado no solo
aun profesionista, si no
tambien a un atleta.*

*A mis Padres:
Por su confianza, su apoyo
incondicional, por ser los
mejores profesores de la escuela
de la vida.
Por que a ellos debo lo que soy.*

*A mis hermanos:
Por su eterna amistad y camaraderia
a pesar de ser tan diferentes.*

*A Areli:
Por ser el estímulo
para emprender un nuevo
día, por la confianza
por el apoyo, el amor que
me brinda a cada instante
y por enseñarme a diario
lo importante que es dar
lo mejor de mí.*

*A mis Pacientes:
Por que para ellos esta
realizado este trabajo que
espero que de alguna manera
logre aminorar el sufrimiento
y el dolor de su duro camino.*

*A todas las personas que
Contribuyeron para la
culminación de este trabajo
regalando parte de su tiempo
y conocimiento para mejorar
día a día.*

INDICE

PORTADA.

AGRADECIMIENTOS.

INTRODUCCIÓN.

1.- FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
1.3 OBJETIVOS.....	2
1.3.1 Objetivo General.	
1.3.2 Objetivos Especificos.	
2.- MARCO TEORICO.....	3
2.1 PROCESO SALUD ENFERMEDAD.....	3
2.1.1 Conceptos de salud y enfermedad.....	4
2.1.2 Teoría multicausal.....	6
2.1.3 La salud enfermedad como proceso.....	9
2.1.4 Salud enfermedad (hombre como máquina).....	10
2.1.5 Relación hombre y proceso salud enfermedad.....	11
2.1.6 El método epidemiológico y la salud.....	11
2.1.7 Prevención Salud Enfermedad.....	12
2.2 PROCESO NORMAL DEL ENVEJECIMIENTO.....	15
2.2.1 Teorías sobre el envejecimiento.....	16
2.2.2 Características fisiológicas del envejecimiento.....	17
2.2.2.1 Cambios en el tejido epitelial.....	18
2.2.2.2 Cambios neurológicos.....	18
2.2.2.3 Cambios sensoriales.....	19
2.2.2.4 Cambios en el sistema músculo esquelético.....	20
2.2.2.5 Cambios cardiovasculares.....	21
2.2.2.6 Cambios respiratorios.....	22
2.2.2.7 Cambios gastrointestinales.....	22
2.2.2.8 Cambios endocrinos.....	22
2.2.2.9 Cambios en el sistema inmunológico.....	23
2.2.2.10 Cambios genitourinarios.....	23
2.2.3 Aspectos psicosociales del envejecimiento.....	24
2.2.3.1 Principales cambios en la función social.....	25
2.2.3.2 Cambios cognitivo psicosociales que se producen durante el proceso de envejecimiento.....	26
2.2.3.3 Imagen corporal.....	27

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3	TEORIA DE NEWMAN.....	28
2.3.1	Preceptos que fundamentan la teoría.....	29
2.3.2	Desarrollo de la teoría.....	30
2.4	ESTRÉS.....	34
2.5	GENERALIDADES DE LA DEPRESIÓN.....	36
2.5.1	Conceptualización de la depresión.....	36
2.5.2	Definición de depresión.....	39
2.6	DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	41
2.6.1	Clasificación de la depresión en el adulto mayor.....	41
2.6.2	Causas de la depresión en el adulto mayor.....	42
2.6.3	Enfermedades relacionadas con la presencia de semiología depresiva.....	45
2.6.4	Semiología depresiva.....	47
2.6.5	Características de la depresión en el adulto mayor.....	49
2.6.6	Estrés y origen de la depresión.....	50
2.6.7	Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.....	51
2.6.8	Demencia.....	53
2.6.9	Escalas para la valoración de depresión.....	53
2.6.10	Tratamiento médico del enfermo depresivo.....	54
2.7	PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.....	55
2.8	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.....	60
3.	METODOLOGIA.....	64
3.1	HIPÓTESIS.....	64
3.1.1	Hipótesis de trabajo.....	
3.1.2	Hipótesis nula.....	
3.2	VARIABLES.....	64
3.2.1	Variable Independiente.....	
3.2.2	Variable Dependiente.....	
3.3	INDICADORES.....	64
3.4	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	65
3.4.1	Tipo de estudio.....	
3.4.2	Recursos.....	
3.4.3	Consideraciones éticas.....	
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	66
3.5.1	Observación.....	
3.5.2	Entrevista.....	
4.	INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.....	68
4.1	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	
4.2	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	
4.3	PROCESAMIENTO DE DATOS.....	

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	69
6. CONCLUSIONES.....	109
7. RECOMENDACIONES.....	111
8. ANEXOS.....	113
9. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	123
10. BIBLIOGRAFÍA.....	132

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCIÓN

Actualmente en nuestro país existen 4, 750,311 personas mayores de 65 años de edad, de las cuales 503,757 radican en el Distrito Federal. (INEGI,2000).

La depresión en el Adulto Mayor es una enfermedad frecuente que suele afectar al 15 o 20% de la población con más de 65 años. (Micheli, 1999) .

Es un problema de importancia para la salud pública no solo por su difícil diagnóstico y el sufrimiento que ocasiona, si no por que obliga a familiares e Instituciones de salud a tener que cuidar de pacientes que siendo normalmente auto válidos, se vuelven dependientes.

Los síntomas depresivos en este grupo de edad suelen ser insidiosos, ya que en ocasiones ni el paciente, ni los profesionales de la salud llegan a reconocer con facilidad los síntomas, pues estos suelen suscitarse en medio de una compleja gama de manifestaciones en donde se entrelazan una semiología depresiva de etiología variada, probables síntomas de otras enfermedades simultáneas, así como síntomas propios del proceso de envejecimiento.

La presencia de síntomas depresivos en el Adulto Mayor puede obedecer a diferentes causas como son: interacciones medicamentosas, enfermedades sistémicas, viudez, soledad, marcha de los hijos, jubilación, enfermedades invalidantes, o a una enfermedad depresiva tardía.

La detección de los síntomas depresivos suele ser difícil de establecer debido a su amplio espectro con que se presentan.

En la presente investigación se pretende determinar la relación existente entre las intervenciones del personal de Enfermería y su repercusión en la presencia de síntomas depresivos en el Adulto Mayor.

En el capítulo uno se presenta la fundamentación del tema de investigación integrado por la descripción de la situación del problema así como la justificación del estudio..

El capítulo dos pertenece al marco teórico en el cual se profundiza sobre el proceso Salud-Enfermedad, las características del proceso normal del envejecimiento, la teoría de Newman como sustento para el estudio

holístico del Adulto Mayor, así mismo se hace referencia de los síntomas depresivos del Adulto Mayor y sus características propias para culminar con las intervenciones del personal de Enfermería cuyas metas son: disminuir la sintomatología, mejorar el estado general del Adulto Mayor y disminuir los gastos en Salud.

En el tercer capítulo se aborda la metodología de la investigación que comprende el tipo de estudio, diseño, así como las hipótesis propuestas, variables e indicadores del estudio.

En el cuarto capítulo se hace referencia de las características de la población de estudio, los criterios de selección, el procesamiento de datos, las fuentes y los métodos de recolección para finalizar con la presentación de los resultados de la investigación en donde se muestra la redacción, descripción y análisis de la información representada mediante cuadros y gráficas.

Por último se presenta el apartado de anexos en el cual se muestran los formatos del instrumento de investigación, glosario de términos y bibliografía.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el mundo, hay cerca de 580 millones de personas mayores de 60 años y 355 millones viven en países de desarrollo. Para el 2020, la primera cifra habrá crecido a mil millones de personas y la segunda a más de 700 millones. Ante estas cifras que podrían parecer frías, se plantea la prerrogativa de que solo la mitad de los adultos mayores gozan de asistencia médica en las instituciones de seguridad social. Frente a las insuficiencias de la seguridad social, una parte sustancial de la responsabilidad de proteger a los Adultos Mayores en situación de dependencia ha tendido a recaer en los hogares y en las redes sociales de apoyo.

Actualmente en México existen cerca de 4, 750,311 personas de más de 65 años (INEGI, 2000) siendo la depresión el problema psiquiátrico mas común entre los Adultos Mayores.

Este rápido envejecimiento demográfico, es uno de los problemas emergentes que México, al igual que todos los países de América Latina requiere enfrentar, lo que implica el compromiso y responsabilidad inédita para la sociedad y el gobierno, esta situación tiene profundas consecuencias económicas, políticas, sociales y culturales, además que requiere de una nueva orientación de las políticas de salud encaminadas a prestar más y mejores servicios de atención a las personas Adultas Mayores, cuyas demandas son múltiples y diversas.

Los cambios que ocurren dentro de la vejez no se deben exclusivamente a procesos biológicos normales, si no también, a síntomas depresivos que pueden aparecer en forma episódica o recurrente, abarcando las esferas psíquicas, somáticas y conductuales. El núcleo de los síntomas depresivos lo constituyen: el abatimiento, aflicción, pesimismo, desesperanza, pérdida de interés, angustia y agitación.

Las personas de edad avanzada presentan cambios que deben considerarse distintos a los de las personas más jóvenes, lo mismo sucede con las enfermedades que padecen. Cada individuo aceptará estos cambios según su personalidad, edad, rol socioeconómico, nivel de integración a la sociedad.

Por lo tanto, esto nos llevó al siguiente planteamiento del problema:
¿Se conoce cual es la repercusión de las intervenciones de enfermería en el Adulto Mayor que presenta síntomas depresivos?

1.2 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN.

La depresión es un síndrome que presenta con relativa frecuencia en la población Adulta Mayor mexicana, 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 aislamiento del entorno. La depresión puede ser causada por una variedad de factores que conllevan a algún tipo de pérdida para las personas ya sea por problemas orgánicos ó funcionales, por estrés social o ambiental.

El término depresión muchas veces se confunde con la tristeza pero se diferencia de ella por que la primera presenta síntomas persistentes por más de seis semanas, la pérdida de peso no cede, y el grado de abatimiento parece ser mayor que el estímulo que aparentemente lo provoca, los cuadros depresivos están relacionados con la soledad, la tristeza, y las preocupaciones socioeconómicas.

La presencia de la sintomatología depresiva en el Adulto Mayor conlleva a complicaciones que de no ser detectadas oportunamente pueden llevar a resultados irreversibles, es decir, suicidio, abandono de la vida propia y la muerte.

Actualmente en México la prevención y control de dicha sintomatología no ha sido tomada en cuenta, la prevención resulta difícil ya que las condiciones económicas y sociales por las que atraviesa el país limitan en gran medida los recursos a las instituciones, por tal motivo es de importancia maximizar los recursos disponibles para así obtener mejores resultados en la actividad realizada. Por lo tanto la presente investigación estará enfocada a la detección de la sintomatología depresiva en el Adulto Mayor y con ello proponer intervenciones de Enfermería de acuerdo a la sintomatología.

Si se detecta oportunamente la sintomatología se puede ofrecer una mejor calidad de vida así como un cuidado integral al Adulto Mayor.

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar cual es la repercusión de la intervención de Enfermería en el adulto Mayor que presenta síntomas depresivos.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar cuales son las intervenciones de Enfermería en el Adulto Mayor.
- Determinar la intensidad de los síntomas depresivos en el Adulto Mayor.

2. MARCO TEORICO

2.1 PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

La salud y enfermedad son parte de un proceso de equilibrio entre el ser humano y el medio ambiente, debido a su complejidad y diversidad durante varios años se realizaron diferentes análisis con la finalidad de poder entender su dinámica, y a partir de este conocimiento previo implementar medidas encaminadas a prevenir ó evitar la enfermedad.

Existen diversas teorías explicativas acerca del proceso Salud-Enfermedad, las cuales se comentan a continuación:

- **Teoría unicausal:** Dicha teoría plantea una causa única para la producción de la enfermedad, en donde existe una relación directa del agente causal con el huésped en forma lineal.
- **Concepción Naturalista:** El hombre primitivo con concepciones idealistas y ontológicas de la enfermedad, relacionaba a esta con castigos provenientes de los dioses.
- **Concepción animista:** En esta concepción se consideraba que las enfermedades surgían por la penetración en el cuerpo de seres minúsculos, concretos y hostiles al hombre, o bien por unos espíritus inmateriales que se apoderaban de su organismo.
- **Modelo de Leavell y Clarck:** Dicho modelo considera que en toda enfermedad se pueden distinguir varias etapas, el inicio suele estar generalmente relacionado con un factor externo, una etapa de expresión clínica, así como de una etapa de resolución, que puede culminar con la recuperación, la secuela ó la muerte del huésped. Este modelo aunque no es explicativo si fue un aporte valioso para la descripción del comportamiento de la enfermedad y permitió definir los diferentes niveles de atención tanto individual como colectivamente con acciones preventivas de atención a las personas.

- **Teoría multicausal:** A diferencia del discurso monocausal además del agente se reconocen causas ambientales múltiples de tipo biológicas culturales y sociales que actúan de acuerdo a las relaciones del individuo con su entorno.
- **Triada ecológica (agente, huésped, medio ambiente.)**
Aun que sigue siendo muy orientada, a la externalidad del agente causal en relación con el huésped, este modelo es el verdadero soporte de la teoría multicausal por encontrar y reconocer la importancia del ambiente en la génesis de trastornos para la salud así sea de una manera contextual.
- **Triada ecológica modificada (agente, huésped, m. ambiente, factores condicionantes.)**
Plantea que los factores medio ambientales no eran solo de origen biológico y natural si no que debía haber factores condicionantes del orden socio económico y administrativo que debían tener una relación estrecha con la enfermedad.
- **Modelo de los Factores de riesgo:** Con el surgimiento de la epidemiología se lograron establecer diferencias constitucionales y genéticas en los individuos que se constituyeron en factores de riesgo potenciales para producir un efecto de acuerdo de cómo se relacionen entre sí, esto ayudo a explicar y comprender mejor la enfermedad. (Malagon, 1999.)

2.1.1 Conceptos de salud y enfermedad.

La salud, índice de desarrollo de un país, implica aspectos no solo biológicos si no también sociales, educativos y culturales, está plasmado en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La Salud y la Enfermedad son el resultado de un proceso de interacción entre el ser humano con el medio en el cual vive, llevando a cabo una adaptación constante con éste.

La Salud y la Enfermedad obedecen a factores externos e internos del ser humano, su contexto físico, biológico y social (elementos que conforman su medio) son necesarios para la vida y la salud, sin embargo dichos elementos son modificados casi siempre por la

acción del ser humano, por lo que dichos elementos pueden tener efectos desfavorables y convertirse en factores de enfermedad.

La definición que propone la OMS (Organización Mundial de la Salud) es: La Salud es un estado completo de bienestar físico, mental, y social, y no consiste sólo en la ausencia de la enfermedad. La definición de la OMS está basada en el concepto:

- Un enfoque que utiliza el concepto de adaptación, entonces la salud es la adaptación acertada y permanente de un organismo a su entorno, la enfermedad corresponde entonces a un defecto de adaptación.
- Un enfoque funcional que describe la salud como la capacidad de funcionar o el estado de capacidad óptima de un individuo ante el cumplimiento eficaz de las funciones y tareas para las cuales ha sido preparado.

El término salud toma diferentes connotaciones según los autores:

1. Lambert menciona, toda definición de la salud debe tener en cuenta la facultad de adaptación humana. "La salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual otro estado es percibido por el individuo o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido."
2. Milton Terris, dice que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a "sentirse bien" y el otro objetivo que implica "la capacidad para la función". "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad o de invalidez.
3. R. Dubos, ecologista francés, define la salud como "el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio."
4. La definición de Bonnevie es "La salud resulta de una capacidad comportamental que comprende los componentes biológicos y social".

Siendo tan numerosos los factores que intervienen en la salud y en la enfermedad, y tan variadas las respuestas del organismo no puede pensarse que estas obedezcan a una sola causa por tal situación surgió el principio de multicausalidad que no tiene solamente un valor teórico o

académico, sino que orienta para actuar, tanto sobre los factores específicos, como sobre los predisponentes, a fin de promover la salud y evitar la enfermedad.

Hay definiciones de la salud en relación con la actividad y la capacidad para el trabajo productivo. Pero la salud, no es sólo la capacidad para el trabajo y la producción.

El ser humano es más que una máquina productora, la salud es, una finalidad en si misma, pero no tiene sentido si no conduce al bienestar y ha cierta alegría de vivir en sociedad.

La salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir) aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

Y la enfermedad se define como: la ausencia de salud.

La enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo "la enfermedad" no tiene sentido sino en función del hombre tomado como unidad biológica, psicológica y social. (Hernán San Martín, 1998)

En relación al tema de estudio se retomaron los postulados propuestos en la teoría multicausal, por que esta cumple con los lineamientos de la presente investigación, la cual se expone ampliamente en los siguientes párrafos.

2.1.2 Teoría Multicausal.

El hombre recibe la influencia de su medio ambiente, el cual influye enormemente sobre él a través de un carácter perturbador. Salud y Medio ambiente son términos que deben valorarse de manera conjunta, no sólo por la variedad de efectos que puedan producir ó por la variabilidad de reacciones ante ellos, si no por que el hombre tiene la capacidad de actuar sobre el medio ambiente, ya sea de manera favorable o desfavorable.

La variedad de factores ambientales que pueden actuar sobre el ser humano es muy amplia: factores físicos (presión, humedad, temperatura, etc.), químicos (contaminantes, alimentos, etc.) biológicos (microorganismos, parásitos, etc.), sociales (familiar, laboral, etc.) y psicológicos (factores culturales y de comportamiento). (Hernán San Martín 1998.)

Los factores anteriormente mencionados pueden actuar de manera aislada o conjunta, por lo que la salud puede considerarse como el resultado de un proceso de adaptación entre el individuo y su medio ambiente.

Para poder vivir, el hombre se encuentra inserto como los demás seres vivos, en un ecosistema; de tal modo que la esencia de lo que llamamos "vida" es un sistema de interdependencias dinámicas entre la materia viva organizada y el ambiente.

Los estados de salud y enfermedad son la resultante del éxito o del fracaso del organismo humano para adaptarse, física, mental y socialmente a las condiciones variables del ambiente de vida del hombre, existen dos factores generales que influyen sobre nuestra capacidad de tolerancia y de adaptación a los factores del ambiente: 1) las imperfecciones biológicas (anatómicas, fisiológicas, hereditarias, y congénitas .) 2) y los factores adversos a nuestra biología que pueden existir en el ambiente externo. Para hacer frente a todo esto, el individuo depende de su constitución heredada y adquirida así como de las ayudas artificiales de la ciencia y la sociedad.

Después del nacimiento, el individuo comienza a recibir ampliamente las influencias del ambiente externo tanto sobre su constitución física como psíquica, en el ambiente existen factores naturales que favorecen el proceso de la salud y factores que lo perjudican, desadaptando al individuo; ambos tipos de factores influyen sobre la constitución individual y determinan la experiencia en relación a la salud y la enfermedad.

Resulta evidente que si bien la constitución y el ambiente condicionan los problemas de salud y enfermedad, es este último el que tiene mayor importancia, puesto que actúa en dos sentidos: influyendo en el desarrollo del tipo de constitución del sujeto y como agente provocador de enfermedad ó fomentador de salud; aparte de los factores físicos y biológicos del ambiente externo, hay condiciones culturales, económicas y sociales que influyen sobre el nivel de salud de las colectividades.

La salud no es una finalidad sino un medio para lograr el goce de una vida total, productiva e integrada socialmente, el ambiente total del hombre, que no es sólo el ambiente físico y biológico de la mayoría de los animales sino también el complejo ambiente sociocultural.

El ambiente es un sistema de relaciones de equilibrio (físico, químico, biológico, sociocultural.) los cuales producen reacciones en cadena.

La capacidad de adaptación es una de las características principales de todos los seres vivos esta tiene íntima relación con la nutrición, y con los procesos metabólicos del organismo.

Si la adaptación no se produce (lo cual depende de la calidad y la cantidad del factor, de la asociación de factores, de la capacidad genética de respuesta del organismo, de la capacidad fisiológica, del tiempo de exposición, etc.) aparecen los signos de una desadaptación.

El factor tiempo es muy importante en este equilibrio dinámico entre adaptación y desadaptación, se requiere de cierto tiempo para una adaptación adecuada del hombre a su ambiente, tiempo variable según los factores ambientales implicados y la complejidad de la respuesta exigida, el hombre como especie y como individuo, adquiere la capacidad adaptativa a través de la selección genética y a través de las variaciones somáticas, fisiológicas y psicológicas. Durante su vida el hombre se expone permanentemente a la acción de una multiplicidad enorme de factores que pueden poner en juego su capacidad de variación y de adaptación.

En esta perspectiva global del fenómeno de la adaptación, la salud y la enfermedad son consideradas como estados dinámicos de adaptación o desadaptación del organismo frente a su ambiente en los cuales interviene una multitud de factores asociados, cuyos efectos se suman o se inhiben y que actúan rápidamente sobre la esfera orgánica como sobre el plano psicológico del individuo.

Existen factores físicos como: clima, ruido, humedad, etcétera. Factores químicos como: los componentes del aire que respiramos, productos químicos contenidos en los alimentos que consumimos diariamente, el agua con su carga de minerales y de contaminación, fármacos, entre otros.

Factores biológicos tales como: microorganismos, flora, fauna, grupos humanos.

Factores socioculturales: relaciones familiares, relaciones sociales, relaciones profesionales, relaciones culturales, ciencia, religión, hábitos, costumbres, mitos, etcétera.

La acción de los factores ambientales en conjunto sobre el organismo del ser humano es un proceso dinámico que suele llevarse a cabo a lo largo del día, es un proceso multilateral en donde el hombre puede modificar ó transformar el ambiente eliminando factores a través de su interacción social. (Pineault Davelauy 1996)

2.1.3 La salud enfermedad como proceso.

A través del desarrollo del Homo sapiens y de las sociedades humanas, y en particular de la producción humana, las condiciones de vida del hombre han cambiado mucho. Esta dialéctica del medio ambiente, el contexto social y biológico es en lo que se basa la teoría multicausal. Desde la estructuración de las sociedades humanas, en la época neolítica, y en particular con el paso del sistema de economía recolectiva a la economía productora del neolítico, la morbilidad humana y los riesgos para la salud aumentaron paralelamente al desarrollo de la producción y a la formación de las desigualdades socioeconómicas en poblaciones humanas.

Por un lado se encuentra la posición que plantea que en el proceso salud-enfermedad, la salud y la enfermedad son un fenómeno biológico-social históricamente determinado, cuyas características dependen del tipo de estructura social y del medio económico-cultural (entorno del individuo) que dicha estructura crea; al hablar de proceso salud-enfermedad no se quiere decir que exista una serie de pasos determinados que lleven de un estado absoluto a otro únicamente, sino por el contrario quiere decir que existe una relación dialéctica-entendida ésta como el devenir entre los elementos anteriormente mencionados, es hablar también de un solo proceso en dos dimensiones de expresión: la individual y la colectiva, puesto que para explicar el proceso salud-enfermedad "no bastan únicamente los hechos biológicos sino es necesario aclarar como se encuentra articulado en el proceso social, en este sentido cada época histórica y cada clase se caracterizan por formas específicas de envejecer, enfermar y morir.

Por lo que podemos decir que "la relación entre el proceso salud-enfermedad colectiva y la del individuo está dada por que el proceso salud-enfermedad (colectivo) determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual", en donde el carácter social del proceso se manifiesta más claramente en la colectividad que en el individuo, puesto que el grupo no adquiere relevancia por ser muchos individuos en vez de uno, sino en cuanto a que en él se expresa la dimensión propiamente social (entorno) de este conjunto de individuos que así dejan de ser entes yuxtapuestos, ya que, a pesar de existir manifestaciones singulares del proceso biológico de desgaste y reproducción comparten características básicas sobre las cuales gira la variación biológica individual.

Cabe aclarar que el carácter simultáneo social y biológico del proceso salud-enfermedad no es contradictoria; únicamente señala que puede ser analizado con metodología social y biológica, dándose

en la realidad como proceso único. A esta forma de ver el proceso salud-enfermedad le subyace un concepto de *Hombre* el cual es integral con el reconocimiento de que es en él donde se expresan biológicamente las condiciones de vida, con lo cual no se pretende desconocer lo biológico para privilegiar lo social sino tratar de encontrar su verdadero contexto dentro de lo humano "el hombre no tiene un ser biológico al margen de su entorno social, sus potencialidades biológicas heredadas interactúan siempre con un medio histórico específico, siendo precisamente en este medio histórico en donde finalmente se conforman los seres humanos".

Dicha concepción nos lleva a hablar más que de problemas de salud, de Proceso salud-enfermedad, en donde la expresión biológica y su determinación en el entorno social son los elementos que deben buscarse y al conocerse determinar actividades de atención al hombre en su proceso salud-enfermedad en donde la tendencia sería a la conservación de la salud.

2.1.4 Salud enfermedad (hombre como máquina.)

La salud toma sentido concreto cuando deja de ser sólo un mecanismo fisiológico abstracto y se constituye en un proceso social adscrito a nuestro nivel de vida, modo de vida, hábitos y costumbres de todos los días. En ese momento la salud-enfermedad es producto de las relaciones sociales y el "riesgo" del hombre viviendo en sociedades estructuradas históricamente.

El hombre se separa de la línea permanente animal a través de la cultura, de la vida social y la actividad productiva, transformándose y humanizándose por éstos mecanismos como ser biológico, social y cultural, llegando a la concepción del ser humano real, concreta y multicausal.

De la salud-enfermedad deberá conocerse siempre la unidad, las contradicciones entre la realidad social, la realidad natural del hombre y de su ambiente para poder explicar los procesos de salud-enfermedad así como sus variaciones.

No se puede continuar considerando a la salud y a la enfermedad como procesos individuales, sólo biológicos, de causa única, que suceden naturalmente y que se producen aislado de todo lo que la sociedad significa para la vida del hombre, todo esto por las determinantes de la salud-enfermedad, la invalidez y la muerte en la sociedad humana se deben considerar como procesos sociales que concluyen en procesos bioecológicos individuales, la duración de la

vida humana (en años de vida); la salud vivida y en plena capacidad funcional (física, mental y social) la calidad socio ecológica del ambiente de vida de la comunidad, la existencia de una política social de salud real orientada epidemiológica mente hacia la protección de la salud y la prevención social; la participación activa, conciente y democrática de las comunidades en la protección de la propia salud y en la defensa del medio ambiente.

Con todos éstos determinantes no es posible considerar al hombre como una máquina, en lo cual sólo se basa la producción, reproducción y el aspecto laboral. No caer en una sociedad Moderna-Industrial que se basa en una destrucción de la salud.

2.1.5 Relación hombre y proceso salud enfermedad.

Considerando que la salud y enfermedad son parte de un proceso de equilibrio entre el ser humano y el medio ambiente, se hace necesario analizar al proceso salud enfermedad epidemiológico, sociológica y clínicamente.

En el paradigma sobre Historia Natural de la Enfermedad, se definen los periodos prepatogénicos y patogénico: en el primero se señalan cambios en la interacción huésped-agente y reacción del huésped hacia la mejoría o la muerte. En cada periodo los cambios generan grados de salud (óptima o disminuida) y de enfermedad (incipiente, franca, convalecencia y cronicidad). Para romper la evolución natural de las enfermedades hay tres niveles de aplicación de medidas preventivas. El primero con acciones de promoción a la salud y protección específica para y con la comunidad en los aspectos de medicina familiar y de salud pública, el segundo con intervenciones para diagnosticar oportunamente y ofrecer terapéuticas adecuadas en los servicios de urgencias, medicina interna y el tercero es atención a enfermedades crónico-degenerativas.

2.1.6 El método epidemiológico salud.

El método epidemiológico estudia el proceso salud-enfermedad de manera colectiva determinando las características básicas sobre las cuales gravitará la variación biológica, esto es, las leyes sociales que le son propias a un grupo en un momento histórico determinado, donde el estudio concreto se realiza en los individuos que componen un grupo, pero la interpretación es dada en el conjunto, por su parte el método clínico es un sistema de pensamiento aplicado al individuo

“social”, esto es, parte de un grupo con los que comparte las condiciones de vida, que tiene una expresión biológica resultado de ellas, esto es, existe relación directa entre las células del cuerpo y las condiciones de vida; lo que da lugar a ver que “la medicina clínica y la epidemiología abordan conscientemente el (proceso salud-enfermedad) de modo distinto... (cuyo eje común)... es la comprensión de los procesos colectivos.

Los perfiles epidemiológicos en toda sociedad están determinados por la relación existente entre el proceso salud-enfermedad y el estado socioeconómico, es decir, existe una relación dialéctica del hombre con la naturaleza tanto en forma activa (desgaste energético durante el trabajo) como pasiva (condiciones generales de existencia: vivienda, alimentación, vestido, servicios sanitarios y asistenciales, servicios culturales, educativos, recreativos, y de descanso y un ambiente ecológico). La epidemiología es un fenómeno biológico como la enfermedad, está constituida por la asociación de factores causales y factores coadyuvantes.

La salud, tal como la enfermedad, tiene su propia epidemiología. Los factores epidemiológicos son tres: a) el agente (factor o factores sociales), b) el huésped (individuo afectado) y c) el ambiente que los contiene a ambos.

La multicausalidad de la salud y la enfermedad corresponde al concepto holístico de todos los fenómenos biológicos: ninguna enfermedad es producida por un factor único aislado, igual sucede con la salud.

Para conocer la enfermedad es necesario estudiar al hombre en su estado normal y en relación con el medio en que vive, e investigar al mismo tiempo, las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio en que vive. El objetivo final de la epidemiología es reunir el conocimiento científico necesario para promover y proteger la salud, prevenir la enfermedad y la invalidez. “La salud no es un estado absoluto que se obtenga sin esfuerzo; la salud debe ser cultivada y protegida en permanencia”. Y prolongar la vida humana para lo cual cuenta con la salud pública entre el hombre y el medio en que se vive.

2.1.7. Prevención salud enfermedad.

La salud no es un estado que pueda obtenerse sin esfuerzos, debe cultivarse y protegerse todo el tiempo en nuestras sociedades humanas, donde los riesgos de enfermar abundan y forman parte de

nuestros hábitos. Las actividades de protección de la salud (población y ambiente total), de promoción o fomento a la salud (mejoramiento del estado de salud) y de prevención de la enfermedad (prevención médico-sanitaria y prevención social) se distinguen habitualmente de las actividades médico-curativas (diagnóstico clínico, tratamiento del caso individual, rehabilitación y readaptación) al menos por cuatro criterios:

- 1) La fase de evolución del proceso salud-enfermedad.
- 2) Los objetivos de la intervención sanitaria: el individuo, la comunidad, el ambiente social de la vida.
- 3) El carácter divisible o indivisible de la intervención; la indivisibilidad de las actividades supone que la comunidad entera recibirá los beneficios y no sólo el individuo aislado, como la intervención médica-clínica.
- 4) La unidad que la integración de las medidas que se tomarán y de quienes la aplican.

La prevención es producto de los estudios epidemiológicos analíticos sobre la causalidad de la salud-enfermedad: conociendo la historia social de la salud-enfermedad, la epidemiología puede proponer medidas y técnicas para erradicar, controlar o prevenir la enfermedad y proteger la salud humana. La prevención se clasifica en diversas formas: se distingue la prevención individual y la prevención social; la prevención aplicada a las personas y la prevención aplicada al ambiente, la prevención tipo médico-enfermera (medicina preventiva). La salud-enfermedad son problemas sociales en su origen y en su distribución. Las condiciones de vida en las sociedades humanas, por escasez o por abundancia, ponen al organismo humano en peligro de alterarse en su funcionamiento y devenir enfermo.

Una verdadera prevención es ante todo en el entorno, porque a éste nivel se producen los riesgos en enfermedad y muerte. Los verdaderos "agentes patógenos" en nuestros contextos sociales son la pobreza, la cesantía, la mala alimentación, las malas condiciones de la vivienda, las condiciones del trabajo, las contaminaciones y poluciones del ambiente de vida, las tensiones y el estrés de la sociedad moderna, la urbanización extrema de las poblaciones, las profundas desigualdades económicas y sociales, el ritmo acelerado de la vida social, el subconsumo, etc.

La prevención social es prevención primaria, trata de eliminar los factores patógenos originales, aquellos que se producen en las estructuras económicas y sociales (entorno).

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene un gran objetivo, que es, el cuidar al individuo no sólo en la enfermedad, sino mantener y preservar la salud. La participación del LEO en el proceso Salud-Enfermedad es detectar oportunamente los riesgos que ponen en peligro el equilibrio entre la salud y la enfermedad.

En este sentido, la práctica del profesional de Enfermería tendría dos estrategias básicas para el logro de la conservación de la salud: la primera sería la investigación-acción; la cual parte del reconocimiento de que la expresión biológica de un individuo es resultado de las condiciones de vida que éste tiene, las cuales comparte con otros individuos de un grupo determinado en un momento histórico específico, por lo que las actividades que se pretendan realizar para la conservación de la salud no deben ser dirigidas hacia el individuo sino al grupo, para ello se debe partir de la realidad de las condiciones que tiene la comunidad, lo que plantea ver al profesional de Enfermería inmerso dentro de ella para el desarrollo de un trabajo coparticipativo del mismo con otras profesiones y con la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de vida

Las actividades en este sentido tenderán no a la restauración de enfermedades, sino a la conservación de la salud por el mejoramiento de las condiciones de vida, en donde se transforme la realidad y al sujeto que se encuentre inmerso dentro de ella en este interactuar, lo que da la posibilidad de que en cada uno de los acercamientos que se tienen con la realidad-con el fin de conocerla- permita al mismo tiempo el desarrollo de actividades que incidan en ella para su transformación en pro de conservar la salud de la comunidad, lo que sugiere la utilización de "instrumentos que interpreten (al proceso salud-enfermedad) técnica y teóricamente en sus dimensiones histórico, social, política y económica".

La segunda estrategia sería educación para la salud, en donde se pretende no resolver problemas de salud sino llevar a cabo un proceso formativo de la comunidad, en donde a partir de su realidad los integrantes de ésta hagan conciencia las condiciones de vida dentro de las cuales se encuentran inmersos, para despertar por una parte la necesidad de trabajar sobre de ellas con el fin de conservar la salud y por otra el generar nuevas inquietudes que permitan seguir en este proceso de conocerse a ellos mismos.

A esta forma de concebir la salud-enfermedad como proceso le subyace un concepto de formación específica de profesionales de Enfermería, que apunta a brindar cuidados integrales a un individuo o grupo social, con una metodología específica y sin necesidad obligatoria de expresiones biológicas, lo cual llevaría a una formación que es en un primer momento, la integración del hombre, es

aprendizaje en sentido de cambio y no solamente un cúmulo de información; esto implica una modificación integral del sujeto, un intento de articular las estructuras cognoscitivas, afectivas y de acción, es decir, pensar, sentir y accionar.

2.2 PROCESO NORMAL DEL ENVEJECIMIENTO.

La acción que ejerce el tiempo sobre los seres vivos suele originar en estos una serie de modificaciones morfológicas y fisiológicas, dichos cambios suelen suceder de una manera muy rápida desde el nacimiento del organismo hasta su etapa adulta, dichas modificaciones han sido denominadas por algunos autores como envejecer. (Stanley Pamela, 1998.)

Sin embargo para otros el envejecimiento es definido como un proceso altamente complejo y variado en el cual existen una serie de modificaciones no solo morfológicas, si no también psicológicas, funcionales y bioquímicas que se producen con el paso del tiempo en todos los seres vivos, dicho proceso suele caracterizarse por la pérdida progresiva a través del tiempo de la capacidad de adaptación y de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios suscitados del medio en que se desenvuelve.

Por ejemplo para un Adulto Mayor los mecanismos homeostáticos responsables de mantener el equilibrio en su medio interno ante cambios externos y/o internos, suelen ser mas lentos, su sensibilidad disminuye progresivamente así como su amplitud produciendo respuestas cada vez mas recortadas hasta llegar a un punto de desarticulación completa en la cual el organismo ya no es capaz de compensar dichos cambios, produciéndose la muerte. (Chaparro Jiménez 1999)

Existe una diversidad de teorías que intentan explicar el proceso del envejecimiento, a pesar de las dificultades conceptuales que subyacen al problema del envejecimiento, hay una serie de características que se presentan con cierta regularidad en el proceso de envejecer, entre estas se encuentran:

- El incremento de la mortalidad con la edad.
- Cambios en la composición química del cuerpo.
- Aumento en los cambios degenerativos.
- Disminución de las capacidades adaptativas a los cambios ambientales, lo que se traduce en un incremento en la vulnerabilidad a ciertas enfermedades. (Pérez Marero 1997.)

En el siguiente apartado se enunciarán las diferentes teorías sobre el envejecimiento, ya que una sola no es capaz de explicar satisfactoriamente todo el proceso, posteriormente se exponen los efectos del proceso de envejecimiento en los diferentes aparatos y sistemas.

2.2.1 Teorías sobre el envejecimiento.

Teoría evolucionista.

Según esta teoría el proceso de envejecimiento es una consecuencia de la evolución, concibe que el envejecimiento se encuentra programado en los genes de los individuos para fomentar la desaparición de los individuos viejos, ha dichos genes se les ha calificado como "gerontogenes" cuya expresión en un momento de la vida del individuo provocarían la aparición de los cambios moleculares, celulares y de sistemas que se observan en el envejecimiento. (Chaparro Jiménez 1999.)

Teoría del límite de Hayflick.

En los años sesenta, este autor determinó que las células tienen una capacidad mitótica máxima, dicha hipótesis la afirmó mediante un cultivo de fibroblastos humanos normales, según sus experimentos, la capacidad de duplicación varía con la edad del donante, siendo en el embrión la actividad más rápida de 40 a 60 duplicaciones, y disminuyendo conforme la edad avanza, a este fenómeno se le denominó fenómeno Hayflick, y supone una predeterminación del envejecimiento.

Teoría de la mutación somática.

En esta teoría se expone que agentes externos (radiaciones, agentes químicos, etc.,) son los responsables de alteraciones del código genético que repercuten en la función celular. (Pérez Marero 1997.)

Teoría de los radicales libres de oxígeno.

Un radical libre es aquel en estado no combinado, generalmente transitorio y portador de un electrón no apareado, son muy inestables y de carácter destructivo especialmente de membranas celulares, mitocondrias y membranas nucleares, estos radicales se forman en la

cadena respiratoria que se efectúa en la mitocondria así como en diferentes reacciones intracelulares, también se generan por fuentes extracelulares, como el humo de los automóviles, la luz solar, las radiaciones ionizantes, la oxidación de fármacos, etc. Esta teoría postula que los radicales libres interfieren con múltiples reacciones celulares, produciendo un acumulo de alteraciones en la función celular, para evitar dichos efectos las células corporales disponen de mecanismos antioxidantes, como las enzimas superóxido dismutasa (SOD) las catalasas, y la glutatión peroxidasa (GSH), en los organismos jóvenes se producen mas radicales libres que los envejecidos, pero poseen a su vez más antioxidantes, durante el envejecimiento se produce un deterioro en la producción de antioxidantes, aumentando la producción de radicales libres; el daño producido por los radicales libres de oxígeno es acumulativo y aumenta sus efectos en ausencia de agentes que contrarresten sus efectos destructivos. (Rodríguez Mañas 1997.)

2.2.2 Características fisiológicas del envejecimiento.

En el anciano la disminución de la capacidad de adaptación que se presenta de forma secundaria al proceso de envejecimiento disminuye la flexibilidad de los mecanismos fisiológicos que regulan el equilibrio necesario para mantener constante el medio interno.

Esta disminución funcional pone en marcha fenómenos compensadores que aseguran la integridad del individuo anciano. El organismo tiene una gran reserva que garantiza su correcto funcionamiento, pero la acumulación de influencias agresivas a lo largo del tiempo hace que disminuya esta capacidad de reserva comprometiendo su función.

En reposo no existe una marcada diferencia entre personas jóvenes y ancianas, manteniéndose el equilibrio en los niveles extracelulares de Ph, iones, presión osmótica, glucemia, etc., sin embargo al realizar las determinaciones en situaciones en las que exista un aumento de la demanda fisiológica (ejercicio o enfermedad) que altere el equilibrio y haga necesaria la entrada de los mecanismos reguladores para recobrar la situación basal, el anciano es mas lento y le cuesta mas tiempo volver al punto inicial es decir, el adulto mayor tiene disminuida su capacidad de reacción ante el estrés.

El envejecimiento al ser un fenómeno universal, va a afectar a todos los individuos así como a sus órganos y sistemas, no obstante estos cambios van a tener grandes variaciones individuales, no todas las personas envejecen igual ni al mismo ritmo, ocurriendo lo mismo entre los diferentes órganos y sistemas dentro de un organismo.

Con la edad se producen alteraciones de la composición corporal del individuo como son la disminución de la masa celular, pérdida de peso en la mayoría de los órganos de la economía, disminución progresiva de la función (1% anual) a partir del momento de máxima vitalidad a los 30 años, y apareciendo según van avanzando los años una mayor vulnerabilidad frente a las agresiones, dichas modificaciones se mencionarán en el siguiente apartado.

2.2.2.1 Cambios en el tejido epitelial.

Con el envejecimiento se producen varios cambios en la piel y sus apéndices (pelo y uñas) existe la aparición de cabello gris y arrugas, cambios que suelen conducir a una sensación de pérdida de autoestima.

Las arrugas suelen estar originadas por pérdida de grasa subcutánea y agua en las capas de la epidermis, así como por años de exposición al sol.

En el adulto mayor las glándulas sebáceas producen menos grasa, de modo que es posible que la piel se encuentre seca y escamosa por lo que es probable que sienta picores, además existe adelgazamiento de la epidermis por lo que esta se dañara más fácilmente.

Las uñas del adulto mayor suelen engrosarse y partirse con facilidad, así mismo existen otros cambios en el dorso de manos, brazos y cara se desarrollan unas zonas marrones y pigmentadas que reciben el nombre de lentigo senil, otra característica cutánea dentro de este grupo de población es la aparición frecuente de queratosis . La queratosis senil se identifica como zonas elevadas de aspecto escamoso y que pueden sangrar en los bordes. (Barry Laura, 2001)

2.2.2.2 Cambios neurológicos.

El cerebro en el adulto mayor disminuye de tamaño y de peso, esta pérdida es mayor en la corteza cerebral y en el cerebelo así mismo existe una disminución en el número de neuronas en funcionamiento, sobre todo en la sustancia negra, cuerpo estriado y núcleo dorsal del nervio vago, la transmisión nerviosa es mas lenta por lo que el movimiento voluntario es en cierto modo también mas lento, ambas situaciones se relacionan con un deterioro en las vainas de mielina axonales, la toma de decisiones se hace mas pausada y se produce una respuesta retardada, durante el envejecimiento normal se

conservan los procesos de pensamiento, razonamiento, aprendizaje y memoria.

El flujo sanguíneo cerebral es otro de los parámetros que se reducen en el anciano, esta disminución no es incompatible con la vida normal, pero sí favorece determinadas situaciones patológicas que pueden comprometer el funcionamiento cerebral.

También con el paso de los años existe una merma de dopamina y de algunas enzimas cerebrales, existe una disminución en la cantidad de tiempo que se dedica al sueño, por tal motivo el adulto mayor suele despertar con una sensación de haber dormido mal.

Dependiendo de la temperatura ambiental, así como de cambios neurológicos, el adulto mayor puede estar propenso a insolaciones o hipotermias. A diferencia de los jóvenes, los adultos mayores que desarrollan hipotermia no tiritan, y son incapaces de incrementar su metabolismo lo suficiente para incrementar el calor de su cuerpo, ni experimentan vasoconstricción de vasos periféricos. Así que, el mayor que tiene frío, puede tener la piel rosada en vez de azul ó pálida. Y debido a la reducción en el funcionamiento de las glándulas sudoríparas y los capilares de la piel, la persona no podrá disipar el calor del cuerpo y estará predispuesta a sufrir insolaciones si se expone a altas temperaturas ambientales. (Hogtel Midred, 1998.)

2.2.2.3 Cambios sensoriales.

En los ancianos disminuirá la sensación de dolor y debido a su pobre localización, será difícil de evaluar, es posible que no exista una respuesta autónoma al mismo, de manera que no se manifiesten pulsaciones rápidas, presión elevada, palidez tegumentaria o náuseas.

Tacto.- En el adulto mayor el sentido del tacto suele estar disminuido, en muchas de las personas es precaria la sensación de equilibrio, sobre todo cuando intentan apresurarse, al parecer, la coordinación muscular necesaria para producir los movimientos requiere un mayor tiempo de elaboración que en los jóvenes.

Oído.- Se producen cambios en la membrana timpánica, que se vuelve espesa y dura, la cadena de huesecillos sufre osteoporosis y sus articulaciones, anquilosis, el aparato coclear presenta alteraciones de las células ciliadas externas por lo que existe una pérdida progresiva de la audición y discriminación de los sonidos. (Hernández Roció, 2000)

En el sistema vestibular y cinestésico existe una disminución en la respuesta a los estímulos, los receptores del sistema vestibular que se sitúan en músculos y tendones transmiten señales al sistema nervioso central en relación al movimiento articular y la situación del cuerpo en el espacio, estos dos sentidos ayudan a mantener el equilibrio, la coordinación y la posición normal del cuerpo, cuando la eficacia de estos disminuye se produce una falta de estabilidad general, de coordinación en los movimientos y un mayor balanceo corporal, ya que se necesita más tiempo para que los estímulos alcancen el sistema nervioso central, se interpretan y se envían posteriormente los mensajes hacia la periferia.

Gusto.- El sentido del gusto también disminuye, lo cual explica el cambio en el consumo de alimentos en el adulto mayor, por lo general gustan más de las especias, alimentos muy condimentados o con más sal o azúcar.

Vista.- A partir de los 20 años existe una disminución en la capacidad visual que avanza con el envejecimiento, el adulto mayor suele tener incapacidad para cambiar la forma del cristalino para adaptarse a la visión de cerca, así mismo la pupila disminuye, por lo que el anciano necesita de luz más potente para tener una visión adecuada, también existe una disminución en la discriminación de los colores, al adquirir el cristalino un color amarillento, los colores verdes, violetas y azuladas serán difíciles de ver por tal situación, por el contrario el amarillo naranja y rojo se distinguirán con más claridad.

Las glándulas lacrimales producen menos lágrimas, dando como resultado una córnea seca e irritada que puede verse aliviada utilizando gotas de metilcelulosa.

Olfato.- Los nervios olfativos tienen menos células en funcionamiento, y ya que el olor estimula la salivación y el hambre, su disminución contribuirá con frecuencia a un menor apetito. (Pérez Andrés, 1997.)

2.2.2.4 Cambios en el sistema músculo esquelético.

Con los años hay una pérdida gradual de fuerza y resistencia muscular por que se atrofian las células musculares y se produce pérdida de masa muscular magra a la vez que aumenta la masa grasa, también en el tejido muscular existe una pérdida de fibras elásticas que lleva a una reducción de la flexibilidad y a un incremento en la rigidez.

Entre los adultos mayores, la osteoporosis es una manifestación frecuente de anormalidad ósea y es más habitual y temprana en mujeres que entre varones. En los ancianos se produce una pérdida de espesor de las vértebras, los huesos largos y los pélvicos, ya que la resorción de los huesos es mayor que su formación y este debilitamiento del hueso aumenta la posibilidad de que se produzcan fracturas como consecuencia de sostener el peso ó por exceso de tensión. En esta etapa de la vida la osteoporosis vertebral conduce a fracturas y deformidades del esqueleto, como cifosis y escoliosis, junto con fuertes dolores de espalda o presión en los nervios espinales.

La presencia de fenómenos artrósicos con o sin manifestaciones clínicas, es prácticamente universal en las últimas décadas de la vida. (<http://Tercera edad.htm>.)

2.2.2.5 Cambios cardiovasculares.

Al igual que sucede con otros músculos, el cardíaco incrementa con los años la cantidad de colágeno y grasa.

En la vejez se destina un mayor porcentaje del gasto cardíaco al cerebro y arterias coronarias de manera que, cuando hay una mayor demanda de sangre, los músculos y las vísceras reciben un aporte inadecuado. En el adulto mayor las válvulas del corazón se vuelven más rígidas y pueden hacer peligrar la función cardíaca ya que el llenado diastólico suele disminuir por tal situación.

El sistema vascular de los ancianos muestra habitualmente cierto grado de aterosclerosis que afecta la aorta, arterias coronarias y arterias carótidas, los cambios que se asocian con la aterosclerosis reducen la distensibilidad y elasticidad de las grandes arterias por lo que la capacidad de incrementar sangre disponible hacia órganos vitales se encuentra disminuida; por tanto cualquier cosa que aumente mucho la necesidad de sangre como por ejemplo: fiebre, vasodilatación, ejercicio ó tensión pueden producir angina de pecho o síncope debido a que el corazón ó el cerebro sufren de hipoxia.

El incremento en la resistencia vascular periférica ocasiona que la pared del ventrículo izquierdo aumente de grosor en el adulto mayor. (Quintanilla Manuel, 2002.)

2.2.2.6 Cambios respiratorios.

Los cambios en el sistema respiratorio de los mayores son similares a los de otros sistemas, en general, disminuye la capacidad funcional de reserva, a menudo la respiración se vuelve lenta y poco profunda; la hipoventilación junto con el engrosamiento de la membrana alveolar originan una situación ineficaz para el intercambio máximo de oxígeno.

Los cambios óseos en el tórax y vértebras reducen un poco más la capacidad que tienen los pulmones de expandirse, por tanto ante cualquier circunstancia que demande un mayor consumo de oxígeno, los pulmones no pueden responder de forma apropiada.

Finalmente en la vejez se produce una disminución del número de cilios y de la funcionalidad de los que permanecen, también son menos efectivos los macrófagos alveolares, lo que predispone al adulto mayor a infecciones respiratorias. (Salgado Alberto, 1999.)

2.2.2.7 Cambios gastrointestinales.

Con el paso de los años existe una pérdida gradual de las piezas dentarias lo que impide una masticación completa y puede ocasionar lesiones orales.

La motilidad desde el esófago hasta el colón suele estar disminuida lo cual puede traducirse en presencia de estreñimiento y sensación de saciedad temprana en el adulto mayor, la mucosa gástrica suele disminuir originando una disminución en las secreciones de pepsinógeno y ácido clorhídrico que desarrolla el estómago, retrasando así la digestión.

También hay una leve disminución en la cantidad de enzimas pancreáticas, la bilis tiende a ser mas espesa y la vesícula biliar se vacía con mayor lentitud, por esta razón la digestión suele tornarse mas lenta pero adecuada hasta edades avanzadas. (Buen Dia José, 1994.)

2.2.2.8 Cambios endocrinos.

A excepción del estrógeno y la testosterona no parece haber una disminución en las secreciones generales, parece que hay una falta de respuesta a algunas hormonas e incluso aumenta la secreción de otras, sobre todo la hormona antidiurética, por lo general los ancianos

muestran niveles de glucosa normales, pero no pueden responder a una sobrecarga de glucosa.

Por su parte, después de la menopausia y la consecuente disminución de los niveles de estrógeno, en las mujeres hay cambios en el tejido mamario que dan lugar a menos tejido glandular, reducción en la elasticidad y más tejido conectivo y graso.

Después de la menopausia, el útero se hace más pequeño y en personas muy mayores alcanza la mitad de tamaño que un útero joven, también disminuyen de tamaño las trompas de Falopio que reducen su motilidad debido a un descenso en los niveles de estrógeno, la vulva y los genitales externos se encogen con la vejez a causa de una pérdida de grasa subcutánea. En el hombre se hace más frecuente la hipertrofia prostática benigna y la consiguiente dificultad para completar el vaciado de la vejiga. (Kane Roberto, 2001)

2.2.2.9 Cambios en el sistema inmunológico.

Con el aumento de edad, existe disminución en el número y eficacia de los linfocitos T, tal situación se cree es originada por la involución de la glándula del timo. Además de sufrir un retraso en la respuesta inmune a las infecciones, el adulto mayor tiene una respuesta lenta e inadecuada a la infección de tal manera que existe un riesgo importante para contraer infecciones.

La producción de glóbulos rojos en la médula ósea roja también suele disminuir con el paso de los años.

2.2.2.10 Cambios genitourinarios.

Durante la vejez disminuye el número de nefronas del riñón y también se produce un cambio degenerativo gradual en las nefronas restantes, la perfusión sanguínea renal disminuye de forma gradual alrededor de un 6 % cada diez años a partir de los 30 años, tales cambios se ven acompañados de una reducción proporcional de la filtración glomerular.

Como consecuencia de la menor filtración, se produce una reducción en la depuración de las sustancias que normalmente se excretan en la orina, específicamente nitrógeno ureico, creatinina y el ácido úrico.

Las células tubulares disminuyen su capacidad de reabsorción y secreción selectiva, lo cual puede llevar a una pérdida de agua y

electrólitos, el adulto mayor presenta reacciones disminuidas a la hormona antidiurética por lo que se disminuye la capacidad de concentrar orina.

Durante la vejez, los uréteres y la vejiga tienden a perder cierto tono muscular, perdiendo esta última el tono suficiente para originar un vaciado incompleto aumentando el riesgo de retención de orina e infección. En esta etapa es frecuente presentarse poliuria y nicturia, ya que el riñón no logra concentrar de manera adecuada la orina. (<http://Geriatría20u.htm>).

2.2.3. Aspectos psicosociales del envejecimiento.

En el presente capítulo se presentarán algunos de los cambios más importantes que se presentan en la esfera psíquica y social del adulto mayor, algunos de los cambios psicosociales suelen estar relacionados con cambios en la función social, cambios en el tiempo de reacción a estímulos, en la agudeza sensorial, en la inteligencia, en la resolución de problemas, en la memoria, motivación, y en el concepto de sí mismo; por lo tanto cuando se este al cuidado de personas Adultos Mayores es importante comprender estos cambios frecuentes, ya que el Adulto Mayor podría estar sometido a múltiples situaciones de estrés que pueden impedir se logre una eficaz adaptación psicosocial.

Para que un individuo pueda tener un proceso de envejecimiento adecuado se requiere una constante adaptación por parte del Adulto Mayor a su medio, y tener cubiertas las siguientes necesidades básicas:

- **Necesidades Fisiológicas:** Alimento, Descanso, Sueño, Evacuación, Temperatura, y Oxigenación adecuadas.
- Individualidad y un reconocimiento del propio valor personal.
- Sensación de pertenencia y de ser valorado por los demás
- Sensación de valía por la vida.

En el caso de los Adultos Mayores dicho proceso puede verse mermado debido a carencias fisiológicas, a la posición del anciano en su grupo social, así como a la existencia de múltiples tópicos nocivos que afectan específicamente a los individuos que cursan este período de la vida.

Durante los últimos cincuenta años se han venido gestando múltiples cambios sociales y tecnológicos a un ritmo acelerado; los rápidos avances tecnológicos así como la creciente urbanización representan para el adulto mayor tareas que implican un gran nivel de exigencia así

como un reto, tales cambios pueden ser vividos por el adulto mayor como factores estresores en un momento de su vida en que se encuentra mermada su capacidad de adaptación así como la capacidad de cambio.

La capacidad de adaptarse al medio depende de la velocidad de percepción del Adulto Mayor, de la memoria, de su capacidad de razonamiento, de la imagen que tenga de si mismo, de la motivación y de la energía, dichas capacidades en este periodo de la vida suelen mostrar cambios y diversas modificaciones situación por la cual el Adulto Mayor es vulnerable en su capacidad de adaptación hacia nuevas situaciones.

2.2.3.1 Principales cambios en la función social.

Durante esta etapa de la vida el Adulto Mayor suele experimentar sensaciones de minusvalía y apatía, tales sensaciones suelen producirse a menudo por diversos factores sociales tales como: jubilación, menor ingreso económico, pérdida del cónyuge ó amigos por fallecimiento, son algunos de los factores que pueden cambiar de manera significativa la posición del anciano en su entorno social.

El entorno social tiene un gran peso sobre el comportamiento de cada uno de sus integrantes, el Adulto Mayor tiene que aceptar la función de persona improductiva y poco útil, que la sociedad le asigna una vez que este se ha jubilado, por otro lado existen otros cambios propios de esta etapa que fungen como factores sinérgicos para reforzar dichas funciones, por ejemplo:

El adulto mayor suele presentar una disminución en la percepción a través de los órganos de los sentidos específicamente el oído y la vista son los dos principales que sufren un deterioro mas marcado, por tal situación el anciano suele emitir respuestas erróneas a las indicaciones que su entorno le ofrece.

El hecho de poder ofrecer respuestas adecuadas en cuanto al comportamiento depende en gran medida de una correcta interpretación de los estímulos ambientales percibidos.

Tales situaciones fomentan entre este grupo de edad una sensación de aislamiento debido a que cada vez disponen de menos oportunidades para tomar decisiones propias, aunque algunos cambios forman parte del proceso fisiológico de envejecimiento, muchos otros pueden

evitarse modificando el entorno y fortaleciendo la capacidad del Adulto Mayor para desenvolverse. (Whitbourn 1995.)

2.2.3.2 Cambios cognitivo psicosociales que se producen durante el proceso de envejecimiento.

Es importante recordar que durante el proceso de envejecimiento existen amplias diferencias individuales, dos adultos mayores pueden encontrarse en la misma etapa evolutiva sin embargo el ritmo en el proceso de envejecimiento se expresará de manera distinta en ambos.

Una de las funciones mas importantes de cualquier organismo es su capacidad de interacción y de adaptación con su medio externo; para que dicha interacción sea eficaz, el ser humano depende de su capacidad de recibir información a través de terminaciones nerviosas ubicadas en los órganos de sus sentidos (ojos, piel, nariz, oídos.) con el paso de los años el adulto mayor suele responder de manera mas lenta a los estímulos sensoriales que su medio le ofrece, lo que origina un incremento en el tiempo de reacción para emitir una respuesta coordinada ante algún estímulo externo.

El Sistema Nervioso Central del Adulto Mayor procesa los estímulos con menos eficacia produciendo un tiempo de respuesta mas lento, el tiempo de procesamiento no es el único que se ve afectado si no también la eficacia y la precisión de las respuestas de la información procesada.

El tiempo de reacción no solo se ve afectado por las características del estímulo si no también por diversos cambios en la memoria, percepción, en la familiaridad que se tenga con la tarea, así como la presencia de otras fuentes de estimulación ajenas que distraigan la atención del Adulto Mayor del estímulo primario.(Welfour. 1996)

Por tal situación el ritmo de enseñanza de un Adulto Mayor debe ajustarse al propio ritmo que tiene el individuo para absorber la información, la persona debe comprender, procesar y reaccionar ante la presencia de un estímulo nuevo.

Por tanto cuando el Adulto Mayor afronta tareas complicadas tiende a trabajar despacio y con cuidado, con frecuencia suele dividir una tarea en unidades más pequeñas para tratarlas de forma secuencial. (Weinberg 1996.)

Aspectos cognitivos importantes como el pensamiento, la inteligencia, la capacidad de resolver problemas, y en cierto grado la

imagen propia que el individuo tiene de si mismo, suelen hallarse influidos por la calidad de la agudeza sensorial, así como por acciones posteriores que se basen en una reserva de información incompleta destinadas a fracasar ó a tener resultados por debajo de un nivel óptimo. Cuando el Adulto Mayor toma decisiones basadas en información incompleta puede ser propenso a la crítica, la cual debilitará su imagen corporal; en esta etapa de la vida el Adulto Mayor suele ser más precavido en la resolución de problemas, tiende a retomar experiencias previas buscando soluciones viables para el problema actual.

2.2.3.3 Imagen corporal.

Una de las alteraciones psicosociales que se suscitan con mayor frecuencia durante los primeros años del individuo como Adulto Mayor es la alteración en la autoestima; la autoestima consiste en una serie de actitudes, opiniones y sentimientos, que forma el individuo sobre sí mismo.

La imagen corporal de todo ser humano suele estar determinada por una combinación de factores tales como: las experiencias vividas durante los primeros años de vida, experiencias pasadas de la etapa adulta, y la naturaleza de las interacciones sociales actuales o recientes.

La autoestima del Adulto Mayor suele tener una influencia social determinante ya que esta suele asignar el rol de persona enferma e improductiva, dicha asignación de rol suele reforzarse al concederle al Adulto Mayor menos oportunidades para realizar una tarea, pues en su grupo social siempre existirá una persona más joven que realizará la misma tarea en menor tiempo, con menor esfuerzo y no de manera tan metódica. Cuando un individuo cumple con las exigencias que su grupo social le demanda como miembro de un grupo, dicho individuo tendrá una autoestima social sólida. (Weinberg 1996.)

En el Adulto mayor al encontrarse reducidas sus capacidades visuales, auditivas, cognitivas, así como su capacidad de reacción, las nuevas situaciones que su entorno le ofrece forman retos especiales para el individuo que con frecuencia suelen originar estrés y ansiedad.

El descenso en las funciones sensorial y perceptual que se produce conforme avanzan los años, origina una mala percepción de los estímulos ambientales con la subsecuente aparición de una conducta inadaptada que simplemente obedece a unas indicaciones reducidas, la percepción defectuosa de los contornos puede provocar que existan

indicaciones inadecuadas a los estímulos, con un tiempo de respuesta mal calculado y que pueden motivar a una conducta que pareciese fruto de un pensamiento trastornado.

Por ejemplo: Es probable que el Adulto Mayor no sea capaz de distinguir entre una botella de refresco de una botella de cloro, ya que ambas pueden tener un color y formas similares; debido a una menor eficacia en las capacidades sensoriales, varias manifestaciones de la conducta del Adulto Mayor reflejan su preferencia por lo sencillo.

En síntesis, puede decirse que las modificaciones psicológicas que acompañan al envejecimiento, si bien no son generadoras per se de patología, si predisponen a la aparición de esta, sobre todo si concurren situaciones ambientales que pueden afectar el inestable equilibrio psíquico del Adulto Mayor.

2.3 TEORIA DE NEWMAN.

Referencias y antecedentes personales.

Betty Newman nació en 1924 en una granja cerca de Lowel, Ohio. Su padre era granjero y su madre ama de casa. Desarrollo un gran amor por el campo y su entorno rural le despertó la compasión por las personas necesitadas. La Dra. Newman completó con honores su formación inicial en enfermería en la Escuela de Enfermería del Peoples Hospital (hoy Hospital General), en Akron, Ohio en 1947. fue entonces cuando se trasladó a Los Angeles, allí realizó diferentes trabajos, entre ellos los de enfermera de planta hospitalaria, enfermera jefe, enfermera de escuela y enfermera de empresa. Se dedicó también a la docencia clínica en lo que ahora es el USC Medical Center de Los Angeles, en las secciones médico-quirúrgicas, de enfermedades transmisibles y de cuidados intensivos, asistió en la Universidad de California, en Los Angeles a un curso sobre salud pública y psicología. Obtuvo el grado de bachiller en Enfermería en 1957. En 1966 obtuvo el grado de maestría en salud mental, por la Junta de Salud Pública de UCLA. Obtuvo el grado de doctor en Psicología Clínica en 1985 por la Pacific Western University.

Newman fue pionera en el desarrollo de la enfermería dirigida a la salud mental. Su primer modelo explícito para la docencia y práctica sobre salud mental lo desarrolló a finales de los años 60, antes de crear su modelo de sistemas, el modelo se desarrolló inicialmente para integrar el aprendizaje de los estudiantes sobre las variables del paciente, extendiendo la enfermería más allá del modelo médico.

Incluye en él conceptos conductuales, como el problema de la identificación y la prevención. La Dra. Newman conserva el puesto de consultora internacional para las escuelas de enfermería y organismos profesionales que adoptan su modelo. (Rooper Tierney, 1997)

2.3.1 Preceptos que fundamentan su teoría.

El modelo tiene cierta similitud con la teoría de la Gestalt, la teoría de la Gestalt mantiene que el proceso de homeostasia es aquel por el cual el organismo se mantiene, en consecuencia, su salud, bajo condiciones variables. Newman describe el ajuste como un proceso por el cual el organismo satisface sus necesidades, debido a las muchas necesidades existentes ya que cada una de ellas puede distorsionar el equilibrio o la estabilidad del paciente, el proceso de ajuste ha de ser dinámico y continuo. Toda nuestra vida se caracteriza por esta continua interacción entre el desequilibrio y el equilibrio dentro de nuestro organismo. Cuando el proceso de estabilización fracasa hasta cierto punto, o cuando el organismo permanece en un estado de desarmonía durante demasiado tiempo, y es, en consecuencia, incapaz de satisfacer sus necesidades, es cuando puede desarrollarse la enfermedad; cuando este proceso de compensación fracasa de manera completa el organismo puede morir.

El modelo también se deriva de la visión filosófica de Chardin y Bernard Marx, que sugiere que las propiedades de las partes están determinadas en parte por el todo dentro de los sistemas organizados dinámicamente, siguiendo esta línea Newman confirma que los patrones del todo influyen en el conocimiento de las partes. Emplea la definición de Selye de estrés, según la cual éste sería una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda que se le presenta. El estrés aumenta la demanda de un reajuste, esta demanda es inespecífica y requiere una adaptación al problema independientemente de cuál sea la naturaleza del mismo, así pues, la esencia del estrés es la demanda inespecífica de actividad.

Los factores estresantes son estímulos productores de tensión con potencial para causar un desequilibrio, como pueden ser crisis situacionales o madurativos. El modelo de Newman refleja la teoría general de los sistemas, es decir, la naturaleza de los seres vivos abiertos, establece que todos los elementos se encuentran en interacción, formando una compleja organización.

Partiendo del modelo de Caplan sobre los niveles de prevención, Newman, refiere éstos niveles de prevención a la enfermería de la siguiente manera: la prevención primaria consiste en evitar los agentes

estresantes del entorno antes de que se produzca la enfermedad. La prevención secundaria intenta reducir los efectos o posibles efectos de los factores estresantes mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de los síntomas de enfermedad. La prevención terciaria intenta reducir los efectos residuales de los agentes estresantes después del tratamiento. Newman conceptualizó su modelo basándose más en teorías puras que en la investigación en enfermería, en investigaciones recientes han proporcionado pruebas empíricas que apoyan el modelo de sistemas de Newman. Una investigación publicada en 1987 demostró que el modelo era uno de los tres más utilizados internacionalmente en la investigación en enfermería.

2.3.2 Desarrollo de la teoría.

Los principales conceptos que se identifican en el modelo son los de aproximación integral al paciente, sistema abierto, estructura básica, entorno, entorno creado, factores estresantes, líneas de defensa y resistencia, grado de reacción, prevención, intervención y reconstrucción

APROXIMACIÓN INTEGRAL AL PACIENTE.

- El modelo de sistemas de Betty Newman es un método de sistemas abierto y dinámico para el cuidado de los pacientes, desarrollando inicialmente con el fin de proporcionar un enfoque de unificación para la definición de problemas de enfermería y para entender mejor al paciente en su interacción con el entorno. El paciente como sistema puede ser una persona, una familia, un grupo, una comunidad o un acontecimiento.

CONCEPTO INTEGRAL.

- Considera todas las variables que afectan simultáneamente al sistema del paciente: fisiológicas, psicológicas, evolutivas, socioculturales y espirituales. Cambia el término HOLÍSTICO por el de INTEGRAL.

SISTEMA ABIERTO.

- Un sistema es abierto cuando sus elementos intercambian energía informativa dentro de su compleja organización. El estrés y la reacción frente al mismo son componentes básicos de un sistema abierto.

ENTORNO.

- El entorno está constituido por todas las fuerzas internas y externas que afectan al paciente y que son afectadas por éste en cualquier momento.

ENTORNO CREADO.

- El entorno creado es la movilización inconsciente por parte del paciente de todas las variables del sistema para lograr la integración, estabilidad e integridad del mismo.

CONTENIDO.

- Son las cinco variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, evolutiva y espiritual) del hombre en su interacción con el entorno, y que constituyen el sistema completo del paciente.

ESTRUCTURA BASICA.

- "La estructura básica está constituida por todas las variables como factores de supervivencia comunes a todo hombre, así como por las características individuales de cada uno".

PROCESO O FUNCION.

- "Es el intercambio de materia, energía e información con el entorno, y la interacción entre las partes y subpartes del sistema de la persona. Todo sistema vivo tiende a moverse en busca de integridad, estabilidad, bienestar y negentropía".

ENTRADA Y SALIDA.

- "Es la materia, energía e información que se intercambian entre el hombre y su entorno y que se encuentra en cualquier momento en el sistema".

RETROALIMENTACIÓN.

- "Es el proceso por el cual la materia, energía y la información que salen del sistema, proporcionan la base de una acción correctora para modificar, mejorar o estabilizar el sistema".

NEGENTROPIA.

- Es el proceso de utilización de la energía que ayuda a la progresión del sistema hacia la estabilidad o bienestar.

ENTROPIA.

- Es el proceso de depleción de energía que lleva al sistema a la enfermedad o a la muerte.

ESTABILIDAD.

- Cuando el sistema o el paciente se enfrenta con éxito a los factores estresantes, es capaz de mantener un nivel adecuado de salud. La armonía funcional o equilibrio preserva la integridad del sistema.

FACTORES ESTRESANTES.

- Los factores estresantes son fuerzas del entorno que pueden alterar la estabilidad del sistema. Newman considera como factores estresantes:
 - 1) Las fuerzas intrapersonales que se dan dentro del individuo (respuestas condicionadas).
 - 2) Las fuerzas interpersonales que se dan entre uno o más individuos (expectativas de rol).
 - 3) Las fuerzas extrapersonales que se dan fuera del individuo (circunstancias económicas).
- Los factores estresantes son "estímulos" que pueden penetrar a través de las líneas de defensa tanto flexibles como normales del paciente. El resultado de la interacción con el factor estresante puede ser beneficioso (positivo) o nocivo (negativo).

BIENESTAR.

- Se dice que existe bienestar cuando las partes del sistema del paciente interactúan en armonía. En éstas circunstancias las necesidades del sistema están cubiertas.

ENFERMEDAD.

- La enfermedad se define como una desarmonía entre las partes del sistema que refleja un grado variable de insatisfacción de las necesidades.

LINEA NORMAL DE DEFENSA.

- La línea normal de defensa es el círculo externo rígido del modelo. Representa un estado de estabilidad para el individuo, el sistema o la situación, después de producirse la adaptación a los factores estresantes, que se mantiene durante un periodo de tiempo considerado como normal. Es fundamental la forma en que el

individuo se enfrenta a los factores estresantes mientras sigue funcionando de acuerdo con su patrón cultural de nacimiento, al que intenta someterse.

LINEAS FLEXIBLES DE DEFENSA.

Constituye un mecanismo protector de amortiguación que impide que los factores estresantes rompan la línea rígida de defensa. La relación de las variables (fisiológicas, psicológicas, socioculturales, evolutivas y espirituales) puede afectar al grado hasta el cual el individuo es capaz de emplear su línea flexible de defensa frente a las posibles reacciones en respuesta al factor o factores estresantes.

LINEAS DE RESISTENCIA.

- Estos representan los recursos que ayudan al paciente a defenderse frente a los factores estresantes.

GRADO DE REACCION.

- "El grado de reacción es el grado de inestabilidad del sistema que se produce como resultado de la invasión de las líneas normales de defensa por un factor estresante.

PREVENCIÓN COMO INTERVENCIÓN.

- Las intervenciones son acciones intencionadas para ayudar al paciente a recuperar o mantener la estabilidad de su sistema. Newman apoya la intervención precoz, cuando se sospecha o se identifica la presencia de un agente estresante. Newman identifica tres niveles de intervención: primaria, secundaria y terciaria.
- Intervención Primaria: es la que se realiza cuando se sospecha o se identifica la presencia del factor estresante.
- Intervención Secundaria: abarca las intervenciones o tratamientos iniciados después que se hayan producido los síntomas del estrés.
- Intervención Terciaria: se produce después de la fase de tratamiento activo o de prevención secundaria. Se centra en los reajustes dirigidos a conseguir una estabilidad óptima del sistema del paciente.

El modelo de Newman describe al enfermero/a como un participante activo junto con el paciente y como alguien "relacionado con todas las variables que afectan a la respuesta del individuo a los factores estresantes".

El empleo del modelo por los enfermeros/as facilita la adopción de métodos para el cuidado del paciente, dirigida por objetivos, unificada e integral. El modelo describe el sistema del paciente y clasifica los factores estresantes que deben ser comprendidos y empleados por todos los miembros del equipo sanitario. Newman desarrolló también el Formulario Newman del proceso de enfermería para la puesta en práctica del modelo. Está constituido por las tres partes siguientes: diagnóstico de enfermería, objetivos de enfermería y resultados de enfermería. (Teorías y modelos UNAM-SUA, 2000)

El diagnóstico de enfermería consiste en obtener una base de datos amplia y comprensible sobre las desviaciones del bienestar que puedan ser determinadas luego se establecen los objetivos, negociando con el paciente las modificaciones precisas para corregir las desviaciones. Los resultados de enfermería vienen determinados por las intervenciones de enfermería a través del empleo de uno o más de los tres modelos de intervención.

El modelo conceptual de Newman proporciona al enfermero/a profesional una importante guía para la valoración integral de la persona, la utilización del proceso de enfermería y la aplicación de intervenciones preventivas. El enfoque hacia la prevención primaria y los cuidados interdisciplinarios facilita la mejora de la calidad de los cuidados y supone un avance hacia el futuro. La participación activa del paciente y la negociación de los objetivos de enfermería, que se ilustran en el proceso de enfermería de Newman, satisfacen los requerimientos actuales de la salud.

El creciente número de enfermeros/as con formación doctoral está empezando a dar validez a los modelos de enfermería y a desarrollar una base teórica científica sobre ellos en el campo de la enfermería.

2.4. ESTRÉS.

El estrés se produce a consecuencia de demandas orgánicas internas o por demandas localizadas en el entorno de individuo (demandas externas) que abruman y exceden los recursos disponibles del individuo para hacerles frente.

Los estímulos que provocan una respuesta de estrés son diversos, por lo general estos suelen presentarse de manera inesperada y cambian frecuentemente. No todos los estímulos suelen ser percibidos como factores estresantes, la cantidad de estrés que se percibe es influido por los recursos individuales con los que cuenta la

persona, recursos tales como: experiencias pasadas para enfrentarse al estrés, inteligencia, sistemas de apoyo, personalidad, capacidad para pensar de manera clara y lógica, así como el estado general de salud; a menudo, el origen del estrés que se observa en el adulto mayor suele estar relacionado con cambios repentinos y ajustes inmediatos, como son: cambios en el estilo de vida como consecuencia de la jubilación ó de alguna incapacidad física, enfermedades crónicas, pérdida de seres queridos, presiones económicas, y una falta generalizada de sentido a la vida.(Ebersole y Hess 1999)

El estrés al afectar la calidad de interacción del individuo con su medio daña la capacidad que tiene la persona para percibir los estímulos correctamente y responder de una manera adecuada a los mismos, entre las principales conductas que obedecen al estrés se encuentran problemas en la ingesta de bebidas alcohólicas, soledad, aislamiento, sentimientos de tristeza y apatía por disminución en las capacidades cognitivas, así como por la pérdida de personas y objetos.

2.5 GENERALIDADES 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.

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 melancolía y la manía. En el siglo XVII, Bonetus en sus primeras obras escritas entre 1679 y 1686, emplea el término de maniaco depresivo. Es hasta después de mucho tiempo que Folred (1794-1870.) habla de la enfermedad depresiva como locura.

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.

2.5.1 Conceptualización de la depresión.

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 caída o como un desorden de la vida; siendo hasta el siglo XV en que la melancolía sustituye a la caída. Durante el XVII es planteada la palabra maníaco 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 pasafrenicas.

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 esta "deprimida" durante unas horas por que ha tenido un mal día de trabajo, para otros la depresión se refiere únicamente 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.

- Enfoque médico: 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 mas bien una escala continúa 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, cambios electroquímicos en el 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 aparente 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.

- **Enfoque psicodinámico:** 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 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 autoestima, no existe autoacusación. En la depresión melancólica, por lo general hay una pérdida de emociones del objeto, debida a la decepción o a factores relacionados.

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

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.

- **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 por que 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.

Es más probable que se deprima una persona que cuenta con un repertorio limitado de comportamiento al que puede volverse en una diversidad de situaciones, si ya no puede obtener un refuerzo positivo de su tipo particular de comportamiento.

El defensor más importante del segundo modo de enfocar la depresión ha sido Martin Seligman; la depresión se ve como el resultado de una pérdida de control sobre los medios de obtener un refuerzo positivo o negativo. Seligman llama a este estado desamparo aprendido (lo que se conoce como depresión reactiva) significa que la gente ve el triunfo y el fracaso fuera de su control y sin relación con sus propias acciones.

Es más probable que la gente a quien se negó la oportunidad de controlar su propio medio en los primeros años reaccione con desamparo aprendido en su vida adulta, los deprimidos buscan controlar la aversión y las amenazas de otras personas con su comportamiento de autocastigo; el sujeto deprimido a menudo despierta agresión en otros de esta forma, puesto que es incapaz de beneficiarse del apoyo que la gente le brinda, no puede despertar simpatía sin provocar aversión al mismo tiempo.

2.5.2 Definición de Depresión.

La depresión es una enfermedad caracterizada por un estado afectivo de tristeza persistente, desmotivación, y pérdida de autoestima, la persona suele mostrarse inhibida, pesimista, con sentimientos de lasitud, impotencia, desilusión y desesperanza; estos sentimientos suelen estar acompañados de quejas corporales tales como: trastornos en el patrón del sueño (insomnio), disminución del apetito, pérdida de peso, cefalea, así como disminución en la capacidad de concentración.(Med Line, Plus Enciclopedia médica 2003.)

"Factores de riesgo"

Existen diversos factores de riesgo que contribuyen en la presencia de la depresión, tales como:

- **Enfermedades.-** Hipotiroidismo, Infecciones virales, y toxinas químicas como el plomo.
- **Factores fisiológicos.-** Déficit en la producción de neurotransmisores específicamente Norepinefrina y Serotonina, Drogas y Herencia.
- **Factores psicosociales.-** Pérdida del cónyuge o de algún otro ser amado, pérdida del empleo, y frustración crónica.
- **Factores del desarrollo.-** Pérdida de una persona significativa durante la infancia, estilo de pensamiento autoderrotista aprendido. (Davidoff 1998.)

"Síntomas"

Síntomas cardinales:

- _ Tristeza.
- _ Disminución del apetito.
- _ Dificultad para concentrarse.
- _ Cansancio.
- _ Pesimismo.
- _ Ideas suicidas.
- _ Falta de interés.
- _ Menor duración del sueño.

Síntomas adicionales:

- _ Ansiedad
- _ Irritabilidad.
- _ Agitación o entecimiento psicomotor.
- _ Hipersomnio.
- _ Molestias ó dolor. (Trastornos somáticos)
- _ Aumento del apetito.
- _ Inseguridad.
- _ Hipocondría.
- _ Incapacidad para hacer frente a una situación.

Debido a la naturaleza sindrómica de la depresión, para establecer un diagnóstico se requiere de la presencia de varios síntomas cardinales, se sugiere que para establecer un diagnóstico probable deben estar presentes un mínimo de tres (en los varones) ó cuatro (en las mujeres) síntomas cardinales durante al menos dos semanas;

un examen físico junto con exámenes de sangre ayuda a determinar si la depresión está siendo causada por una condición médica adyacente, así mismo se requiere de una evaluación psicológica. (Montgomery 1999).

2.6 DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR.

Los problemas de salud mental adquieren una importancia especial durante el envejecimiento. La depresión es uno de los tres problemas prioritarios en esta área, seguido por las demencias y el abuso en el consumo de alcohol y medicamentos.

La depresión en el Adulto Mayor es una compleja manifestación en donde se entrelazan una semiología depresiva polimorfa de etiología variada, probables síntomas de otras enfermedades simultáneas y síntomas propios de la vejez. La semiología depresiva que presenta un adulto mayor puede deberse a diversas causas: somáticas (enfermedades sistémicas, endocrinas, ó neurológicas, interacciones medicamentosas) reactivas (viudez, soledad, marcha de los hijos, enfermedades invalidantes, jubilaciones indeseadas, etc.) Ó una enfermedad depresiva primaria tardía. (Micheli, 1997)

La depresión del anciano es una complicación frecuente que puede afectar al 15 % - 20 % de la población con más de 65 años, y de un 20 % a un 30 % presenta síntomas menos graves. (Gurland 1992)

El trastorno afecta al 10 % de los que viven en la comunidad, entre el 15 y el 35 % de los Adultos mayores que radican en casas hogar, entre el 10 y el 20 % en los que son hospitalizados, y un 50 % del total de hospitalizaciones en unidades psiquiátricas en los hospitales generales obedecen a este trastorno.

Los Adultos mayores deprimidos potencialmente son capaces de presentar un rendimiento adecuado en las pruebas de memoria y pensamiento abstracto, pero sus percepciones sobre el mundo y sus reacciones emocionales están sesgadas. (Belsky, 1996)

2.6.1 Clasificación de la depresión en el adulto mayor.

Para hablar de depresión en el Adulto Mayor se puede utilizar como referencia la Clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10.) de la Organización Mundial de la Salud y el

CIE – 10

Episodio depresivo:

- Severo
- Moderado
- Leve.
- Otro no especificado.
- Trastorno del humor persistente.
- Trastorno afectivo bipolar.
- Trastornos del humor orgánicos (afectivos)

Otros trastornos del humor.

2.6.2 Causas de la depresión en el adulto mayor.

Característicamente la depresión se clasifica en dos categorías: mayor y menor. La depresión en la vida real no siempre corresponde claramente con estas categorías, muchos individuos deprimidos presentan simultáneamente características de ambas categorías, mayor y menor.

Un paciente a quién se le diagnóstica depresión mayor presenta un número más elevado de síntomas graves, son predominantes: pérdida del apetito, despertar por la madrugada, estreñimiento, lentitud o aceleración en la actividad motora. Este tipo de Depresión suele ser de carácter hereditario vinculada con la presencia de signos físicos y relacionada con la bioquímica cerebral del individuo.

En el caso de las depresiones menores, suelen estar relacionadas con acontecimientos desdichados de la vida, pérdidas rechazos o fracasos. Los síntomas físicos no constituyen una característica mayor y no se observa una correlación genética, las causas de dicha depresión pueden ser evidentes. (Belsky, 1996)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cultura y Depresión: Un factor social básico que se ha de considerar en relación a los problemas del envejecimiento es la cultura, ejemplo: la visión de la sociedad actual suele estar orientada hacia la juventud, al Adulto mayor es percibido como una carga y un recuerdo desagradable de la inevitabilidad de la existencia humana. La falta de información a la sociedad sobre los procesos de envejecimiento trae consigo el rechazo al Adulto mayor.

La depresión del adulto mayor como una crisis: el envejecimiento va acompañado de muchas crisis, durante esta fase de desarrollo psicosocial ocurren más pérdidas que durante cualquier otro período de la vida. Los amigos y los seres queridos mueren, el retiro produce una pérdida repentina de posición en el grupo social, así mismo existe una pérdida gradual en la autosuficiencia para desarrollar las actividades de la vida diaria por lo que el adulto mayor se ve forzado a quedar bajo la custodia de los hijos o de alguna institución. Los cambios anteriormente mencionados implican una pérdida gradual de la independencia del adulto mayor, las decisiones empiezan a ser tomadas por las personas que se encuentran alrededor del Adulto mayor. La autoestima y los sentimientos de valoración personal se ven disminuidos a medida que una pérdida se suma a otra, una angustia normal suele terminar en depresión debido a los sentimientos acumulados de falta de valoración personal y la incapacidad para encontrar un sentido a la vida.

Soledad y Depresión: La soledad es un estado en el que la persona se siente indefensa para afrontar sus necesidades básicas de independencia, intimidad y relación con otros. Este estado deriva en la pérdida de autoestima y de valoración personal.

Una persona puede encontrarse en una multitud ó vivir con mucha gente, como es el caso de una casa hogar, sin embargo si en este lugar no existen vínculos afectivos con aquellos con los que se esta cerca, este Adulto mayor iniciará con sentimientos de soledad y aislamiento, existen otras causas para la aparición de soledad entre el Adulto Mayor : pérdida de amistades y seres queridos por defunción o por movilidad geográfica, salud deteriorada , limitación en la movilidad y habilidad física, entre otras.

El Adulto mayor depende de las personas que se encuentren en su entorno para establecer contactos con ellos, cuando los más cercanos a ellos les fallan sufren una privación sensorial a causa de la falta de contacto y estímulos.

Se cree que la soledad no sólo causa problemas emocionales en los mayores, si no que además produce dolores físicos, la atención del Adulto mayor suele centrarse en las funciones corporales y en el

dolor físico, problemas que con frecuencia son infravalorados y tratados únicamente con fármacos sin tratar su causa de fondo.

El Adulto mayor suele desarrollar sentimientos de frustración y desesperanza, ya que para él no parece existir ninguna posibilidad de que la vida mejore, la soledad y el aislamiento traen como consecuencia problemas emocionales tales como depresión y psicosis.

Viudedad: Para un hombre ó una mujer la muerte del cónyuge es traumática, en especial si la pareja dependía el uno del otro, por ejemplo: las personas con enfermedades crónicas dependen del cónyuge ya que este proporciona cuidado y seguridad, las alternativas suelen ser limitadas, quedar al cuidado de los hijos ó ingresar a una institución (Casa hogar, residencia geriátrica, etc.). Posterior a la muerte de la pareja, el Adulto mayor suele experimentar muchos sentimientos; tristeza, sensación de vacío, abandono e ira, superar dicho proceso suele llevar tiempo, pueden ser meses ó años. Si la muerte es previsible, existe mayor tiempo para realizar una organización distinta de la vida. Si la muerte es inesperada la persona que queda sola puede encontrarse devastada emocionalmente ya que no hubo tiempo necesario para realizar una estrategia de adaptación.

Cambios físicos: A medida que el cuerpo envejece no solo cambia la apariencia física, también se producen cambios en el funcionamiento fisiológico, existe disminución gradual en la audición y la vista lo que origina una menor movilidad, mayor dependencia y disminución de la autoestima.

A medida que disminuye la habilidad para cuidarse uno mismo, la calidad y la cantidad de nutrimentos, ejercicio y del cuidado general de la salud tienden a disminuir.

Problemas económicos: La pérdida del trabajo producto de la jubilación así como el menor ingreso económico que esta situación implica suele ser un factor detonante en el Adulto mayor que padece de alguna enfermedad física para desarrollar sintomatología depresiva.

Biología de la depresión: Algunas depresiones pueden desencadenarse por anomalías en los niveles de neurotransmisores, las sustancias químicas que transmiten impulsos de neurona a neurona. El eje de la mayor parte de especulaciones ha sido un neurotransmisor en especial, noradrenalina. Los bajos niveles de noradrenalina desempeñan un papel primordial en la producción de depresiones mayores.

Los fármacos y procedimientos médicos que disminuyen la cantidad de estos neurotransmisores en el cerebro a menudo provocan síntomas depresivos; cuatro son las monoaminas que suelen estar involucradas en los síndromes depresivos independientemente de su etiología: Noradrenalina, serotonina, dopamina y feniletilamina.

Dichas observaciones sobre el estado aminérgico- depresión son importantes por que el Adulto mayor a medida que transcurren los años presentan pérdidas neuronales, los circuitos de conexión entre neurona y neurona suelen ser mas frágiles y dichas alteraciones pueden marcar una diferencia importante entre el síndrome depresivo del Adulto mayor y el síndrome depresivo de un adulto joven. (Micheli 1997.)

Enfermedades: El estado anímico puede repercutir sobre la evolución de las enfermedades, ciertas enfermedades elevan el riesgo de padecer trastornos del humor y episodios depresivos (cáncer, demencia, patologías discapacitantes que afecten de manera directa la calidad de vida o el ciclo de vida por que originan dolor crónico o producen alguna incapacidad o dependencia).

Algunas enfermedades pueden producir signos similares a los depresivos, a pesar de que esta no exista, tal es el caso de la enfermedad de Parkinson. (Kane 2001)

2.6.3 Enfermedades relacionadas con la presencia de semiología depresiva.

1.- Trastornos metabólicos:

- **Deshidratación.**
- **Hiperozoemia, uremia.**
- **Trastornos ácido básicos.**
- **Hipoxia.**
- **Hiponatremia e hipernatremia.**
- **Hipoglucemia e hiperglucemia.**

2.- Endocrinas:

- **Hipertiroidismo.**
- **Diabetes.**
- **Enfermedad de Cushing.**
- **Enfermedad de Addison.**

3.- Infecciones:

- **Encefalitis.**
- **Meningitis.**

4.- Cardiovasculares:

- **Insuficiencia cardiaca congestiva.**
- **Infarto al miocardio.**

5.- Pulmonares:

- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.**
- **Neoplasia maligna.**

6.- Gastrointestinales:

- **Neoplasias maligna.**
- **Intestino irritable.**

7.- Genitourinarios:

- **Incontinencia urinaria.**

8 Músculo esquelético:

- **Artritis degenerativa.**
- **Osteoporosis.**
- **Polimialgia reumática.**

9.- Neurológicas:

- **Demencia.**
- **Enfermedad de parkinson.**
- **ACV.**

10.- Neoplasias:

- **Cáncer de páncreas.**
- **Cáncer gástrico.**

11.- Otras:

- **Anemia.**
- **Deficiencias vitamínicas.**

Fármacos: Algunos fármacos que suelen prescribirse en este grupo de edad pueden ocasionar semiología depresiva.

A) Tranquilizantes: Fenotiazinas, Butirofenonas.

B) Sedantes e hipnóticos: Benzodiazepinas, Barbitúricos.

C) Drogas neurológicas: Levo dopa, Carbamazepina, Bromocriptina, Fenitoína, Amantidina, Metosuximida.

D) Antimicrobianos y antiinflamatorios: Ampicilina, Tetraciclina, Nitrofurantoina, Sulfonamidas, Ácido nalidíxico, Estreptomina.

E) Fármacos para el apetito: Anfetaminas.

F) Hormonas: Corticoesteroides, Prednisona, Estrógenos, Testosterona.

- G) **Cardiovasculares:** Digitálicos, Propanolol, Clonidina, Metildopa, Reserpina, Lidocaina.
- H) **Antineoplásicos:** Azatioprina, Vincristina, Mitarmicina.
- I) **Otros:** Cimetidina, Disulfiram, Metoclopramida, Salbutamol y Alcohol.

2.6.4 Semiología depresiva.

La depresión suele expresarse a través de una amplia variedad de molestias físicas y psicológicas. El psiquiatra Aarón Beck (1969) agrupa los síntomas depresivos en categorías definidas: signos emocionales, cambios en la cognición, signos motivacionales, signos físicos y en los casos graves delirium y alucinaciones.

SIGNOS EMOCIONALES: El adulto mayor puede presentar accesos de llanto, parecer apesadumbrado y ser incapaz de sentir placer alguno, la depresión en el adulto mayor puede ser oculta (enmascarada) expresándose por sí misma, por ejemplo, solo molestias físicas exageradas (Epstein 1995)

CAMBIOS COGNITIVOS: Se presentan ideas de indignidad e inutilidad, sentimientos irracionales de culpa, ideas de falta de significado del mundo, que no tiene nada positivo que ofrecer.

CAMBIOS MOTIVACIONALES: Se centran en torno a la incapacidad para actuar o el deseo de escapar o evitar el mundo.

CAMBIOS FÍSICOS: Alteraciones en el apetito, trastornos del sueño (insomnio, somnolencia) alteraciones digestivas, fatiga, incapacidad para concentrarse, lentitud del pensamiento y de movimientos. Cuando la depresión en el Adulto mayor se manifiesta únicamente mediante síntomas somáticos o cognitivos puede mal interpretarse erróneamente con una enfermedad física (Belsky, 1996)

CUADRO 1.

"SÍNTOMAS FÍSICOS QUE PUEDEN INDICAR DEPRESIÓN."

SISTEMA.	SÍNTOMA.
A) General.	Fatiga, Ansiedad, Debilidad, Anorexia, Insomnio, Dolores musculares y articulares.
B) Cardiopulmonar.	Dolor precordial, Mareo, palpitaciones.
C) Gastrointestinal.	Dolor abdominal, Estreñimiento.
D) Genitourinario.	Urgencia para orinar, Incontinencia.
E) Neurológico.	Cefalea, Trastornos de la memoria, Parestesias.
F) Musculoesquelético.	Dolor articular, dolor de localización difusa.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 2.

SINTOMAS HABITUALES DE DEPRESIÓN.

PENSAMIENTOS	ACCIONES	SENTIMIENTOS	OTROS.
Autorreprobación por sentimientos de culpa.	Retraimiento.	Irritable.	Trastornos del apetito.
Autorreprobación por sentimientos de culpa.	Pérdida del deseo sexual.	Asustadizo.	Anorexia.
Carencia de valor.	Agitación.	Triste.	Cambio de peso.
Suicidas.	Movimientos lentos.	Enfadado.	Fatiga.
Obsesivas.	Propensión al llanto.	Desesperado.	Afecciones somática.
	Compulsión.	Indefenso.	Trastornos del sueño.
	Dependencia.	Insatisfecho.	Dificultad para concentrarse a pensar.
		Aburrido.	
		Despersonalizado	
		Apático.	Ansioso.

A menudo el personal de enfermería pasa por alto estos síntomas y se centra en los problemas físicos más evidentes, ya que algunos consideran a la depresión como un componente normal en el proceso de envejecimiento, aunque no sea así. Los cuadros clínicos deben ser conocidos para poder ser reconocidos.

2.6.5 Características de la depresión en el adulto mayor.

Existen una serie de situaciones estresantes asociadas a la depresión en el adulto mayor: Los factores de estrés pueden actuar como detonadores en el desarrollo de episodios depresivos en sujetos especialmente vulnerables.

Existen diversas situaciones estresantes asociadas a la depresión tales como:

- **Enfermedad física, e incapacidad funcional, dolor físico severo, escasa o nula percepción de control sobre el dolor y la salud física.**
- **Viudedad, pérdida de familiares y amigos, padecimiento de alguna enfermedad incurable dentro del círculo de amistades más cercanas.**
- **Problemas con el sueño y problemas en las ejecuciones cognitivas.**
- **Déficit de recursos económicos, admisión de necesidad de ayuda económica.**
- **Falta de apoyo social, vivir solo, falta de confidente íntimo, falta de apoyo familiar y ó institucional.**
- **Incapacidad para mantener las actividades principales de su vida, pérdida de habilidades para el trabajo y para mantenerse físicamente activo.**
- **Problemas con amistades o con seres queridos.**
- **Factores sociales adversos.**

Los síntomas depresivos del Adulto mayor suelen presentar algunas características específicas:

- **Mayor número de quejas somáticas relacionadas con dolor.**
- **Mayor presencia de signos hipocondríacos.**
- **Menor frecuencia de sentimientos de culpa.**
- **La pérdida de autoestima es un síntoma más importante en la edad avanzada.**
- **Las quejas de falta de memoria se correlacionan en mayor grado con depresión que la falta de memoria por se.**
- **El letargo es mayor.**
- **La habilidad para cuidarse a si mismo, la independencia funcional, es mas importante en la edad avanzada que en la etapa adulta.**
- **El humor deprimido es menos frecuente.**

2.6.6 Estrés y origen de la depresión.

Existe una relación clara entre la depresión y el padecimiento de situaciones estresantes, en la mayoría de los trastornos depresivos siempre se intenta atribuir su aparición a algún acontecimiento adverso que le haya ocurrido al Adulto mayor deprimido. (Rivero, 1997)

Cuándo nos referimos al estrés, es preciso tener en cuenta que existen diferentes formas en las que el estrés puede ejercer su efecto deletéreo y vamos a centrarlos en tres principales: los acontecimientos vitales, el estrés crónico y la falta de soporte social. (Riviera 1997)

Un acontecimiento vital es una situación nueva que surge en la vida del individuo de manera súbita e imprevista y exige de este un esfuerzo de adaptación a una situación nueva.

La situación de estrés crónico es aquella en la que el sujeto esta sufriendo dificultades de diverso tipo de manera mantenida durante un periodo de tiempo, el esfuerzo de adaptación que el individuo se ve obligado a realizar cotidianamente llega a un límite pudiendo exceder sus capacidades de resolución, provocando un cuadro depresivo.

Soporte social, es aquella situación en la que el individuo no dispone de la adecuada ayuda en momentos difíciles como pueden ser los acontecimientos vitales y el estrés crónico.

2.6.7 Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.

Ante la incidencia de signos y síntomas depresivos en el paciente geriátrico, los cambios por el envejecimiento que pueden complicar el diagnóstico y la interrelación entre la depresión y sus manifestaciones.

Hay varios principios generales a tomar en cuenta en el diagnóstico:

Las preguntas que identifican síntomas depresivos, o el uso de una escala de depresión, son de utilidad para detectar a los pacientes geriátricos deprimidos.

Los síntomas somáticos que no se explican por los hallazgos físicos o estudios de diagnóstico en especial los de inicio relativamente repentino en el adulto mayor que no suele ser hipocondríaco, deben despertar la sospecha de probable depresión.

Ciertos fármacos que se utilizan en el tratamiento de enfermedades físicas.

Los criterios de diagnóstico estándar deben ser la base para diagnosticar las diversas formas de depresión en el adulto mayor.

CUADRO 3.

CRITERIOS CLINICOS Y PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO.

CIE - 10

A) Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquier gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

- 1.- Humor depresivo.
- 2.- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas.
- 3.- Disminución de la vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

B) También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) Disminución de la atención y concentración.
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Trastornos del sueño.
- g) Pérdida del apetito.

C) Alguno de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial conformando el síndrome somático:

- 1.- Pérdida de interés en lo que anteriormente era placentero.
- 2.- Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos ambientales.
- 3.- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual.
- 4.- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- 5.- Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotriz claras.
- 6.- Pérdida marcada del apetito.
- 7.- Pérdida de peso (5 % en el último mes.)
- 8.- Pérdida marcada de la libido.

NOTA: Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

D) La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave se basa en una complicada valoración clínica incluye el número, el tipo y la gravedad de los síntomas presentes. Suele ser muy útil incluir el impedimento de la actividad social y laboral como guía general de la gravedad del episodio.

E) La presencia de demencia o de retraso mental, no excluyen el diagnóstico de un episodio depresivo tratable.

2.6.8 Demencia.

Hasta un 50 % de los pacientes con demencia pueden informar de síntomas de depresión intermitentes (Ernest 1977) y entre un 20 y 30% de ellos puede presentar un cuadro depresivo mayor (Reifler, 1986).

La pseudodemencia (deterioro cognitivo asociado a una depresión) de una verdadera demencia se pueden presentar ciertos hechos clínicos.

En la demencia, sobresalen los síntomas relacionados con problemas cognitivos que incluyen deterioro en la memoria a corto y largo plazo y al menos alguno de los siguientes trastornos cognitivos: problemas de lenguaje (afasia), incapacidad para llevar a cabo actividades motoras secuenciadas (apraxia), fallo en el reconocimiento de objetos familiares (agnosia) y problemas de las funciones cognitivas superiores (en el pensamiento abstracto, en la planificación y en la organización).

En la depresión, el principio del deterioro cognitivo es normalmente rápido y de corta duración, el estado de ánimo deprimido es prominente y los pacientes enfatizarán y se quejarán de su disfunción cognitiva en vez de intentar disimularla.

2.6.9 Escalas para la valoración de depresión.

Existen una serie de escalas o pruebas para la detección selectiva de los síntomas de la depresión en el Adulto Mayor, hay dos tipos de escalas para depresión: las que valora el paciente y las valoradas por un entrevistador.

Entre las pruebas de selección selectiva que se han diseñado destacan:

- 1. Geriatric Depresión Scale (Yesavage 1983)**
- 2. Zung Self-Rating Depression Scale (Zung 1965)**
- 3. Hamilton Rating Scale Depression (Hamilton 1967)**

La escala de Hamilton tiene la desventaja de que debe ser realizada por un observador entrenado, y la escala de Zung puede ser algo confusa para la gente mayor por que cada síntoma debe puntuarse en una escala de cuatro puntos. Además, ninguna de las dos se diseñó específicamente para detectar la depresión en el Adulto mayor.

Por el contrario la escala de Yesavage (GDS) fue diseñada incluyendo preguntas, características de los síntomas y comportamientos depresivos en los Adultos mayores y su fiabilidad fue comprobada frente a escalas de Hamilton y Zung. Solo hay que responder y lo puede hacer uno mismo. Si un Adulto mayor tiene mala visión o mala lectura otra persona sin entrenamiento especial le puede leer las preguntas.

De las treinta preguntas de la escala GDS veinte indican depresión cuando la respuesta es positiva y diez indican depresión cuando la respuesta es negativa. Una puntuación de 0 a 10, se considera de rango normal, una puntuación de 11 a 20 se considera depresión moderada y por arriba de los 21 puntos se considera depresión severa.

Esta escala presenta una validez y fiabilidad adecuadas para evaluar la depresión en pacientes con demencia leve o moderada.

El Instrumento de valoración del estado cognitivo (Minimental), y la escala de valoración de independencia (Crichton), la utilización de estas escalas es de gran utilidad ya que evalúan el estado cognitivo y la independencia funcional del adulto mayor, ya que el déficit en alguna de estas esferas presenta una importante relación con la presencia de sintomatología depresiva. (Burke y Walsh, 1998)

2.6.10 Tratamiento del enfermo depresivo.

La elección del tratamiento dependerá de cada sintomatología así como de las necesidades que demande el adulto mayor, siendo el tratamiento para cada uno individualizado.

Las modalidades terapéuticas para depresión en el Adulto mayor son las siguientes:

- **Medidas de apoyo.**
- **Información y motivación.**
- **Alteraciones ambientales.**
- **Actividades (físicas y mentales.)**
- **Participación de familiares y amigos.**
- **Psicoterapia individual y grupal.**
- **Terapia electroconvulsiva.**
- **Fármacos: antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos.**

2.7 PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.

La Enfermería, profesión creada para prestar asistencia a los individuos y grupos centrándose en la salud, y su promoción ha tenido sus propias actitudes y valoraciones parciales en relación a los adultos mayores. En la primera parte del siglo XXI la Enfermería tuvo poco efecto en la asistencia de los mayores, ya que su principal objetivo había sido la juventud en la sociedad orientada precisamente hacia un sector social, pero fue necesario que se produjera un cambio en la demografía social, dando relevancia al Adulto Mayor para que la comunidad de enfermeras empezará a centrarse en este sector de población; tomando en cuenta el incremento de la población de esta edad.

El profesional de Enfermería debe mantener una actitud y un conocimiento distinto:

- Al diferenciar entre el envejecimiento normal y los problemas relacionados con el envejecimiento.
- Reconocer las diversas respuestas físicas y psicosociales del Adulto Mayor a los problemas comunes de salud.
- Descubrir como puede favorecer el personal de Enfermería un envejecimiento satisfactorio.
- Reconocer la importancia de preparar Enfermeras que mantengan un enfoque holístico hacia la asistencia preventiva, la asistencia en enfermedades graves y la atención a largo plazo.

Teorías de enfermería aplicadas al Adulto Mayor.

Las teorías sobre la enfermería proporcionan un marco de referencia al personal que ejerce sus actividades sobre el Adulto mayor.

Son tres teorías aplicables a aquellas personas mayores que se encuentran en centro clínicos.

1. Teoría de la asistencia individualizada de Orem.
2. Teoría de la adaptación de Roy.
3. Teoría de los sistemas de asistencia sanitaria de Newman.

Para el análisis de la presente investigación se desarrolla la teoría de sistemas de asistencia sanitaria de Newman enfocada al cuidado del Adulto Mayor.

Teoría de los sistemas de asistencia sanitaria de Newman: Esta teoría insiste en la importancia de la aproximación total y personal a los problemas del paciente. (Newman, 1974) aumentando el nivel de asistencia mediante la acción de la Enfermería, esta tarea se lleva a cabo identificando los factores que producen estrés en la vida de una persona reduciéndolos mediante las intervenciones apropiadas, estos agentes estresantes, pueden ser interpersonales, intrapersonales o extrapersonales, cuando se valore al paciente un profesional de enfermería será el encargado de explorar cada una de estas esferas y de planificar la asistencia partiendo de una base completa. Según Newman, la salud holística es la salud total. Esta teoría se puede aplicar directamente al Adulto Mayor que presenta síntomas de enfermedad que estén relacionados con su entorno. (Hogtel, 1998)

Estas teorías demuestran como puede llevarse a efecto estos modelos destinados a la práctica de la enfermería en centros clínicos donde el Adulto Mayor sean los principales destinatarios de este tipo de asistencia, mediante la aplicación de tales teorías se están identificando los problemas y las soluciones de forma mas científica, mejorando así la calidad de esta práctica.

Equipo multidisciplinario en Geriatria.

La compleja naturaleza de la atención geriátrica precisa la colaboración de diversos profesionales sanitarios.

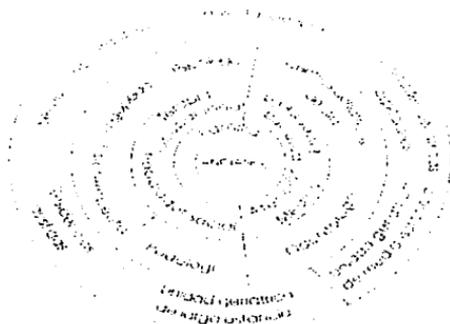


Figura 1. Estructura del equipo multidisciplinario en geriatría.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los miembros del equipo geriátrico precisan varias cualidades:

- **Habilidades para incorporar al Adulto Mayor y su familia en la realización de los diversos aspectos de los cuidados y de la asistencia geriátrica.**
- **Ser flexibles y capaces de afrontar lo inesperado.**
- **Estar preparados para aceptar el rechazo del Adulto Mayor a los consejos del equipo.**
- **Poseer un conocimiento adecuado a los conceptos relativos a su propia disciplina.**
- **Estar dispuestos a reconocer que cada uno es responsable junto con los demás del éxito de los programas.**
- **Actitud favorable para evitar que los posibles conflictos surgidos en el equipo afecten a los progresos alcanzados por el Adulto Mayor. (Pérez, 1997.)**

Función del profesional de enfermería en las casas hogar: Programas de promoción de la salud en la población ingresada, prevención de complicaciones de los diversos procesos patológicos que pueden presentar, así como la elaboración de planes de cuidados específicos. Proporcionar apoyo psicológico a los ancianos que mantienen aun su capacidad intelectual.

Intervenciones de enfermería

Quando se proporcionan cuidados al Adulto mayor que sufre de depresión, el personal de enfermería debe tener en cuenta en primer lugar, su actitud personal ante el hecho de envejecer. Si no se ve el envejecimiento como algo natural en el proceso de desarrollo, si no como algo que se ha de evitar y negarse el Licenciado en Enfermería y Obstetricia pasará por una experiencia difícil cuando realice las intervenciones al Adulto Mayor.

La comunicación enfermera- Adulto Mayor, es importante y hay que tener en cuenta ciertos objetivos para el logro de las sesiones con el Adulto Mayor deprimido.

Los siguientes objetivos son:

- 1. Instaurar un nuevo lenguaje no moralista, ni crítico, con este tipo de lenguaje se definen los problemas del paciente de modo consensuado con él y en términos cognitivo- conductuales.**

2. Eliminar el estilo atribucional interno, estable y global para los fracasos (ya no puedo andar tan de prisa como antes, estoy hecho un torpe) estilo que genera sentimientos depresivos, eliminar también el estilo (ideología de rechazo por parte de amigos, hijos o personas cercanas al Adulto Mayor

3. Definir y justificar los objetivos de la intervención: si se plantean como objetivos los pensamientos negativos, las conductas pasivas o de aislamiento social, o la delegación de responsabilidades en los otros, o las quejas de llanto, hay que poner en relación estos objetivos con el mantenimiento del problema del Adulto mayor, debe quedar claro para él la razón esencial de por qué se encuentra deprimido, así como la relación que tienen estas variables con su problema y por que motivo tiene que cambiar esas respuestas.

4. Ajustar las expectativas con el tipo de intervención, duración de la misma y rol del Adulto mayor.

5. Crear expectativas de cambio y aliviar el estado de ánimo negativo y la desesperanza, haciéndole ver que su problema puede ser entendido de modo distinto, a como lo había visto hasta entonces, implicando la solución de sus sentimientos negativos y un abordaje más práctico y constructivo a sus problemas.

6. Generar empatía: la generación de empatía, comprensión, y apoyo incondicional al paciente son básicos para poder conseguir los objetivos de las intervenciones ya que sin ellos los pacientes corren un mayor riesgo de abandonar las sesiones o terminarlás sin éxito.

7. No se debe olvidar la importancia de los problemas físicos, la mayoría de los Adultos mayores sufren de algún impedimento o malestar físico.

8. Distorsiones cognitivas y conductas desadaptativas del Licenciado en enfermería. El Licenciado en enfermería puede cometer varios errores en su forma de pensar o en su forma de comportarse que pueden dificultar la mejoría del Adulto Mayor con depresión, en relación a que son influidos por los prejuicios que la sociedad mantiene acerca de los problemas y limitaciones que presenta esta población.

Habilidades del LEO en las intervenciones con el Adulto mayor deprimido.

A) La actitud de incapacidad y de apoyo al paciente enmarca toda la actividad terapéutica. Siempre matizando que este apoyo debe ser

adaptativo y no debe convertirse en un comportamiento que aumente los sentimientos de inutilidad personal del Adulto Mayor y la sensación de dependencia hacia la enfermera.

Debe establecerse una buena relación empática y cálida con el paciente para que este se sienta comprendido y no criticado.

B) El Licenciado en Enfermería no debe perder la paciencia ante una crítica o negativismo reiterados del paciente hacia alguna intervención o hacia las posibilidades de mejoría, tampoco debe actuar de una forma sumisa, al no ser capaz de extinguir comportamientos de quejas reiteradas del paciente durante la sesión, que pueden llegar a impedir el desarrollo de las intervenciones, ni se debe permitir que sea únicamente el Adulto mayor quien controle las sesiones. El Licenciado en Enfermería no debe olvidar que su propio comportamiento en las sesiones es un modelo para el Adulto mayor, el Adulto mayor no sólo aprende de lo que el personal de Enfermería le dice, sino también de forma importante de la manera como éste actúa en las sesiones, así como de sus habilidades de motivación.

C) Habilidades pedagógicas, los términos técnicos deben manejarse de manera correcta y ágil, de tal manera que sean de fácil comprensión para el Adulto mayor que asiste a la sesión, ajustando siempre el lenguaje a las posibilidades de comprensión del Adulto mayor.

D) El Licenciado en Enfermería debe sistematizar todo el proceso de intervención, preparar las sesiones por adelantado, tener objetivos claros a desarrollar en las mismas y negociar los contenidos de cada sesión al inicio.

E) Se debe procurar no emitir juicios durante la sesión, ni críticas acerca del comportamiento del Adulto mayor, la función de la enfermera a cargo es realizar una breve explicación teórica sobre las conductas inadecuadas de alguno de los integrantes del grupo, esto es importante especialmente en aquellos casos frecuentes en donde el Adulto mayor tiende a adoptar una actitud de burla..

F) Ajustar las expectativas del Adulto mayor a sus posibilidades reales de cambio y a la mejoría que se puede obtener con este tipo de intervenciones, sin dejarse invadir por el negativismo que presenta el paciente con depresión pero al mismo tiempo, ajustar las estrategias de manera acorde con el medio ambiente del Adulto mayor es un requisito indispensable para la mejoría.

2.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA APLICADA A LOS RESIDENTES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO.

Las intervenciones de Enfermería que se realizaron a los residentes del Centro Gerontológico con síntomas depresivos, se llevaron a cabo en un tiempo de seis meses con 4 sesiones a la semana, conforme a valoración de Enfermería, diagnóstico y se planearon conforme a las necesidades de cada Adulto Mayor que conformaba el grupo.

En el siguiente cuadro se realiza una clasificación conforme a las actividades realizadas al Adulto mayor en tres esferas psíquicas, psicomotriz y socioafectivas conforme a los autores Ignacio Montorio y María Izal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

A) Psicomotriz.	B) Psíquico.	C) Socioafectivo.
<ul style="list-style-type: none">• Gimnasia cerebral.• Ejercicios de destreza.• Ejercicios de fuerza.• Ejercicios dinámicos.• Juegos en el Adulto Mayor.	<ul style="list-style-type: none">• Método de entrenamiento• Juegos en el Adulto mayor (atención, aprendizaje, memoria)• Reflexiones.• Gimnasia cerebral.	<ul style="list-style-type: none">• Juegos en el Adulto mayor.• Integración de grupos.• Musicoterapia.• Socialización.

- Integración grupal.
- Gimnasia cerebral: La gimnasia cerebral permite un aprendizaje integral, usando todo el cerebro en conjunción con el cuerpo de una manera eficaz a través de ejercicios, el movimiento es una parte importante del aprendizaje y del pensamiento. La gimnasia cerebral optimiza el aprendizaje, ayuda a expresar las ideas, a memorizar, a incrementar la creatividad, mejora el manejo del estrés, contribuye a la salud en general, establece enlace en las tareas a nivel cognitivo y su manifestación hacia el medio ambiente.
- Juegos en el Adulto mayor.
Las actividades realizadas son diversas: baile, aeróbicos, Masaje, ejercicios de respiración y relajación, gimnasia suave.

Objetivos a seguir:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

***Físicos:**

- A) Mejorar movilidad articular.
- B) Mejorar el estiramiento y resistencia muscular.
- C) Optimizar la fuerza y velocidad de reacción.
- D) Disminuir déficit en equilibrio y coordinación.

***Psíquicos:**

- A) Mejorar atención, memoria y capacidad de aprendizaje.

***Sensoriales:**

- A) Conciencia corporal.
- B) Sentidos.

***Perceptivos:**

- A) Percepción espacial.
- B) Percepción temporal.

***Socioafectivas:**

- A) Relación y comunicación.
- B) Expresión y creatividad.

° MUSICOTERAPIA:

La música es una de las expresiones del espíritu al igual que la palabra. (Bencel, 1991). La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de los adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales.

El valor terapéutico obedece en primer lugar a la influencia sobre el hombre, de los sonidos y el origen de la música.

Se ha probado en forma científica, que la música influye sobre la capacidad de trabajo y retarda la aparición de la fatiga, facilita la digestión, la respiración y la circulación sanguínea, mejorando el rendimiento cardíaco, e induce un estado de digestión.

Aún para la información más elemental proviene de nuestro medio dependemos por completo de nuestros sentidos, y el cerebro por así

decirlo, es el único órgano que puede aceptar ordenes del ambiente. Se ha señalado el tema de la importancia de los sentidos debido al hecho de que cuanto mayor es el desarrollo sensorial de un órgano, más rico es su mundo externo. (Thayer, 1982)

Tenemos como objetivos:

1. De asociación: el hombre absorbe los sonidos, a menudo en forma inconsciente, y retiene la música en la mente a través de su vida.
2. De auto expresión.
3. De grupo.

TECNICAS DE MUSICOTERAPIA QUE SE UTILIZARON SON:

- La musicoterapia activa: (canto, baile, redescubrimiento del cuerpo).
- La música receptiva o pasiva: /(audición de obras musicales,)

TERAPIA DE SOCIALIZACIÓN

La socioterapia incluye todo tipo de actividades sociales, culturales y de esparcimiento que proporcionen contacto y convivencia con otras personas, no solo dentro de la institución sino también fuera de ella, para evitar el aislamiento.

Con la socioterapia se trata de mantener o restablecer las actividades de tipo social que existen en un grupo de personas que interactúan entre sí y con la comunidad.

El objetivo es lograr el interés del paciente, favoreciendo las relaciones interpersonales y disminuir el estado depresivo.

° EJERCICIOS FISICOS EN EL ADULTO MAYOR.

El ejercicio físico en el adulto mayor constituye una necesidad biológica, disminuyendo el riego cardiovascular, a la vez que incrementa la mayoría de las funciones fisiológicas, así como la actividad cerebral y el sueño.

El ejercicio, igualmente, mejora la actividad psicomotora o la capacidad para reaccionar ante una información exterior y modificar el

movimiento, y es también un positivo estimulador de las funciones psicológicas y las capacidades cognitivas.

Los objetivos:

- **Prevención de afecciones orgánicas**
- **Prevención de afecciones psíquicas.**
- **Económicos.**

Los tipos de ejercicios que se llevaron a cabo son:

- **Ejercicios de flexibilidad y coordinación**
- **Ejercicios de fuerza muscular**
- **Ejercicios de resistencia aeróbica.**

TERAPIA DE REFLEXION

Con este tipo de terapia se pretende enfocar al Adulto mayor ubicación de espacio, tiempo y lugar, así como la expresión de ideas negativas.

Se utilizó, la poesía, los versos, y lecturas de reflexión.

° METODO DE ENTREMAMIENTO DE LA MEMORIA

Este método, se realiza mediante técnicas y ejercicios de aprendizaje, el método consiste en despertar, desarrollar y reforzar los mecanismos subyacentes al fenómeno de memorización: agudeza sensorial, atención, asociación, estructuración intelectual, lenguaje, referencias especiales y temporales, integración asociativa.

Los objetivos son:

- **Reducir la ansiedad y el estrés; reforzar la estima y la confianza en sí mismo.**
- **Favorecer la creación de actitudes nuevas.**

3. METODOLOGIA .

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 H1 Las intervenciones de enfermería en el Adulto Mayor tienen relación directa con la presencia de síntomas depresivos.

3.1.2 H0 Las intervenciones de enfermería no tienen relación directa con los síntomas depresivos.

3.2 VARIABLES.

3.2.1 Independiente: Síntomas depresivos.

3.2.2 Dependiente: Intervenciones de Enfermería.

3.3 INDICADORES.

3.3.1 Indicadores sociodemográficos:

- Sexo.
- Estado civil.
- Edad.
- Escolaridad.
- Grado de autosuficiencia.

3.3.2 Indicadores de valoración de comportamiento del Adulto mayor:

- Movilidad.
- Orientación.
- Comunicación.
- Cooperación.
- Agitación.
- Vestido.
- Alimentación.
- Eliminación.
- Sueño.
- Estado de ánimo.

3.3.3 Indicadores de prueba mínima para determinación del Estado Mental:

- Registro.
- Atención y cálculo.
- Evocación.

- Lenguaje.
- Repetición.
- Comprensión.
- Lectura.
- Escritura.

3.3.4 Indicadores del estrés:

- Indicadores intra personales.
- Indicadores personales.
- Indicadores interpersonales.

3.3.5 Indicadores de depresión geriátrica:

- Emociones y sentimientos.
- Actividades de la vida diaria.
- Actividades sociales.
- Autoimagen.

3.3.6 Indicadores de las intervenciones de Enfermería:

- Psíquica.
- Psicomotriz.
- Socialización.

3.4 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

3.4.1 Tipo de estudio.

Exploratorio, por ser un problema de investigación poco estudiado y poco abordado del cual se tienen aún muchas dudas que anteriormente no habían sido retomadas.

Descriptivo, pues en este estudio se especifican las propiedades y características de los síntomas depresivos de una etapa específica del individuo, así mismo describe el perfil que muestra un grupo con el fenómeno de estudio.

Transversal, por que en este se realiza recolección de datos en un solo momento para posteriormente proceder a describirlas o analizarlas.

Prospectivo, ya que la investigación acerca del fenómeno en estudio busca producir un efecto a futuro.

3.4.2 Recursos.

3.4.2.1 Recursos Humanos:

Mtro. Raúl Rutilo Gómez López. (Director de tesis.)

María Elena Fernández Jaimes. (Realizadora de la investigación.)

Eduardo Tamayo Salazar. (Realizador de la investigación.)

3.4.2.2 Recursos materiales:

Textos de Enfermería y Medicina en Geriatría, hojas tamaño carta, libretas tamaño carta, lápices, bolígrafos, diskettes, computadora, plumones, cartón, tijeras, pegamento, (manualidades) pelota, ligas, bicicleta fija (Ejercicios.)

3.4.2.3 Recursos financieros:

Una parte fue proporcionada por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM la cual otorgó apoyo académico – administrativo y el resto fue proporcionado por los investigadores.

3.4.3 Consideraciones éticas.

El presente trabajo se apegará a la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (Titulo Segundo, Capítulo I), por contar con un consentimiento informado y por escrito del sujeto de estudio (Artículo 14, fracción V), al proteger la privacidad del mismo (artículo 16) y por que no representa riesgo al sujeto de estudio (Artículo 17, fracción I); por lo anterior este trabajo no pretende violar las garantías individuales que marca la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.5.1 Observación: Para la realización de la presente investigación se observó a la población de adultos mayores que se encuentra residiendo en el interior de un Centro Gerontológico del DIF para determinar la presencia de síntomas depresivos y la repercusión de las intervenciones de Enfermería en ellos.

3.5.2 Entrevista: La información de la entrevista será obtenida a través de un instrumento de valoración que cuenta con cuatro apartados:

- 1.- Hoja de consentimiento por escrito del Adulto Mayor a entrevistar en el Centro Gerontológico.**
- 2.- Ficha de identificación del adulto mayor que abarcará domicilio, edad, sexo, ocupación, número de hijos, estado civil, tiempos de estancia entre otros, se encuentran contemplados 15 ítems a llenar.**
- 3.- Escala de depresión geriátrica retomando a la teoría de Betty Newman cuenta con 30 reactivos cerrados.**
- 4.- Escala de comportamiento y autosuficiencia del Adulto mayor Crichton cuenta con 10 reactivos cerrados.**
- 5.- Escala de valoración del estado cognitivo del Adulto mayor "Minimental." que cuenta con 35 reactivos cerrados,**
- 6.- Apartado de valoración de las actividades de enfermería implementadas, mediante la aplicación nuevamente de escala de depresión geriátrica GDS al Adulto Mayor del grupo intervenido.**

La secuencia a seguir en la aplicación de los instrumentos anteriormente mencionados será de la siguiente forma: **Primeramente se invitará al adulto mayor a participar en la entrevista adquiriendo su consentimiento por escrito, posteriormente se llenará la ficha de identificación con los datos correspondientes del adulto mayor, en seguida se aplicará la escala de comportamiento y autosuficiencia junto con la prueba mínima de estado cognitivo mejor conocida como minimental, ya que el grado de autosuficiencia y el estado cognitivo del adulto mayor tienen relación directa con la presencia de síntomas depresivos así mismo la prueba de valoración del estado mental será de gran importancia para detectar adultos mayores con demencia, entidad clínica que suele presentar semiología con características similares a la semiología depresiva, por último se aplicará la escala de depresión geriátrica GDS para identificar a aquellos adultos mayores que presenten sintomatología depresiva y elegir la muestra para conformar un grupo de 20 personas a intervenir a través de acciones de enfermería.**

El instrumento se aplicará en el centro gerontológico De mano amiga a mano anciana con un grupo piloto de 20 adultos mayores, posteriormente se realizarán las modificaciones correspondientes de acuerdo a los fallos detectados en el instrumento para posteriormente ser aplicadas en el Centro Gerontológico Arturo Mundet la entrevista

tendrá una duración de 25 a 40 minutos por anciano durante tres días, al mismo anciano; con el fin de corroborar la información obtenida en forma inicial.

4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.

4.1 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población cerrada. Adultos Mayores residentes de la Centro Gerontológico Arturo Mundet del D.I.F. en México D.F.

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra para la aplicación de las intervenciones de Enfermería en el Adulto Mayor que presenta síntomas depresivos se determinó a conveniencia, 20 % en base a un universo de 101 residentes, tal porcentaje corresponde a una muestra de 20 Adultos mayores.

Forma de asignación de casos aleatoria.

4.2 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

4.2.1 Criterios de inclusión:

- **Hombres y mujeres de 65 años en adelante**
- **Que sean residentes del Centro Gerontológico Arturo Mundet las 24 horas del día.**
- **Que pertenezcan al pabellón de ambulatorios.**

4.2.2 Criterios de exclusión:

- **Adultos mayores que pertenezcan al área de crónicos.**
- **Adultos menores de 65 años de edad.**
- **Adultos mayores que no estén cautivos las 24 horas del día en el interior de las instalaciones del centro gerontológico.**

4.2.3 Criterios de eliminación:

- **Adultos mayores que tengan alguna limitación para contestar el instrumento de valoración.**
- **Pacientes mayores de 65 años, residentes las 24 horas del día en el interior de las instalaciones que se nieguen a contestar el instrumento.**

4.3 PROCESAMIENTO DE DATOS:

Los datos obtenidos de las cédulas fueron capturados para poder formar una base de datos dentro del programa SPSS versión 11, con el cual fueron analizados, posterior a ello se utilizan frecuencias, porcentajes y cuadros de compilación para explicitar los resultados, se realiza correlación de Pearson, mas por ser esta no requisito para la titulación de nivel licenciatura se tomará de manera informal.

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

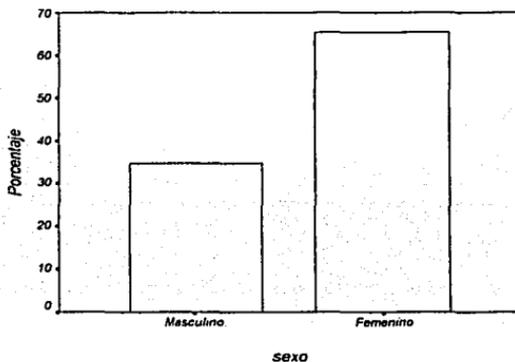
Cuadro No 1
Sexo de los residentes del Centro Gerontológico.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino.	35	34.7%
Femenino.	66	65.3%
Total	101	100.0%

Fuente: Fernández, Tamayo. Encuestas aplicadas en un Centro Gerontológico del DIF durante los meses de Marzo, Abril y Mayo del 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica N. 1
Sexo de los residentes del Centro Gerontológico



Del total de los residentes del Centro Gerontológico del área de dormitorios, se observa que predomina el sexo femenino con un 65.3%; en comparación con el sexo masculino que solo alcanza un 34.7%. Cabe señalar que tales cifras son congruentes, ya que actualmente en nuestro país existe un número mayor de mujeres que de hombres. Además en esta etapa de la vida el sexo femenino suele mostrar una mayor resistencia física a las enfermedades a comparación de el varón que es más susceptible en esta etapa de la vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

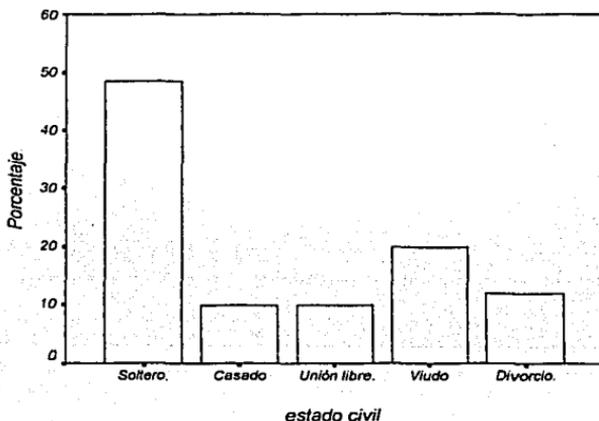
Cuadro No 2
Estado Civil de los residentes del Centro Gerontológico.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero.	49	48.5%
Casado.	10	9.9%
Unión libre.	10	9.9%
Viudo.	20	19.8%
Divorcio.	12	11.9%
Total	101	100.0%

FUENTE: IBIDEM.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Gráfica N. 2
Estado Civil de los residentes del Centro Gerontológico.



En relación al estado civil en el Adulto Mayor se observa que el 48.5% es soltero; seguido por el 19.8% que son viudos; posteriormente se encuentra el 11.9% que son divorciados, así como el 9.9% son casados y en unión libre.

Cabe señalar que la viudez así como el divorcio, son factores de riesgo importantes para desarrollar síntomas depresivos en esta etapa de la vida.

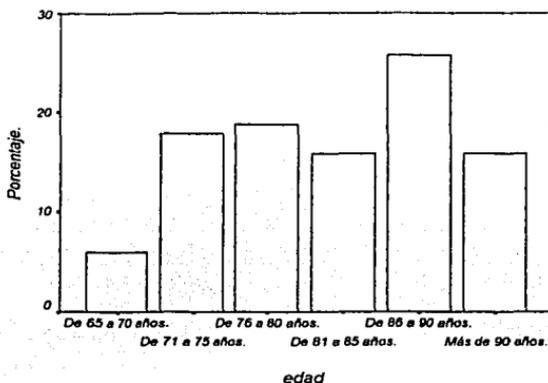
Cuadro No 3
Grupos de edad de los residentes del Centro Gerontológico.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De 65 a 70 años.	6	5.9%
De 71 a 75 años.	18	17.8%
De 76 a 80 años.	19	18.8%
De 81 a 85 años.	16	15.8%
De 86 a 90 años.	26	25.7%
Más de 90 años.	16	15.8%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Gráfica No 3
Grupos de edad de los residentes del Centro Gerontológico.



En lo que respecta a la edad del Adulto Mayor, se observó que del total de los residentes del área de dormitorios el 57.3% corresponde al grupo de ancianidad (adultos mayores de 80 años y más) y solo el 43.5% corresponde al grupo de senectud (adultos mayores de 60 años a 79 años); hay que recordar a mayor edad existe un decremento más acentuado en las capacidades físicas y de cuidado personal, lo que conduce a una pérdida de la independencia, factor de riesgo importante en el desarrollo de síntomas depresivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

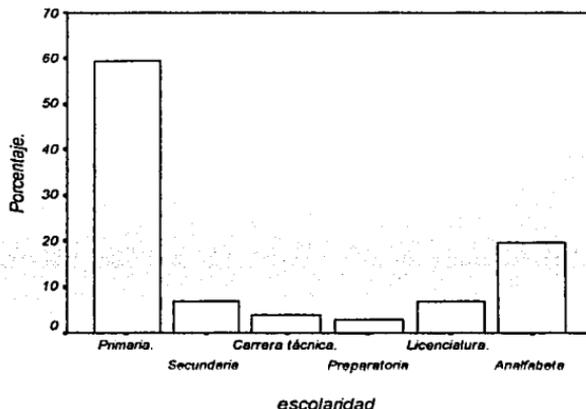
Cuadro No 4
Grado de escolaridad de los residentes del Centro Gerontológico.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria.	60	59.4%
Secundaria.	7	6.9%
Carrera técnica.	4	4.0%
Preparatoria.	3	3.0%
Licenciatura.	7	6.9%
Analfabeta.	20	19.8%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica N. 4
Grado de Escolaridad del Centro Gerontológico.



En lo referente a la escolaridad del Adulto Mayor se encontró que el 59.4% estudiaron primaria; el 19.8% son analfabetas; el 6.9% estudió la secundaria y licenciatura; solo un 4.0% estudió una carrera técnica. Tales cifras son congruentes ya que muchos de los adultos Mayores de la generación actual se educaron en una atmósfera en la cual era difícil acceder a la institución académica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

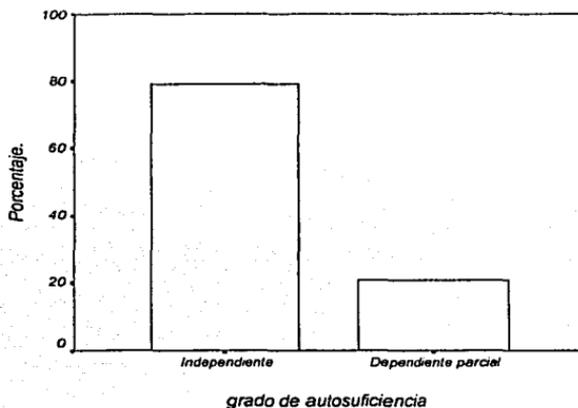
Cuadro No 5
Grado de autosuficiencia de los residentes del Centro gerontológico.

GRADO DE AUTOSUFICIENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Independiente.	80	79.2%
Dependiente parcial.	21	20.8%
Dependiente total.	00	0%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Gráfica N. 5
Grado de autosuficiencia de los residentes del Centro Gerontológico.



En cuanto al grado de autosuficiencia del Adulto Mayor se observó que el 79.2% de los residentes son aun independientes, en comparación con un 20.8% que necesitan parcialmente de algún apoyo.

El grado de independencia tiene una relación lineal con la presencia de síntomas depresivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA COPIA

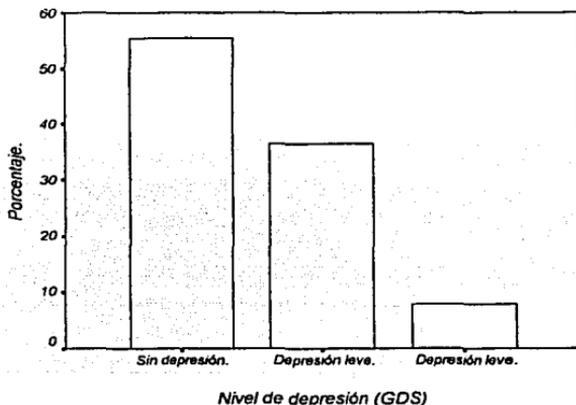
DE LA TESIS

Cuadro No 6
Niveles de depresión geriátrica de los residentes del Centro Gerontológico.

NIVELES DE DEPRESION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin depresión.	56	55.4%
Depresión leve.	37	36.6%
Depresión severa.	8	7.9%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM.

Gráfica N.6
Niveles de depresión geriátrica de los residentes del Centro Gerontológico.



De acuerdo a la escala (GDS) aplicada a los residentes del Centro Gerontológico el 55.4% de la población total del área de dormitorios no presento depresión, con respecto a la depresión leve solo un 36.6% de la población y un 7.9% depresión severa en la población restante. Lo que indica que el Adulto Mayor que presento depresión corresponde al 44.5% de la población total.

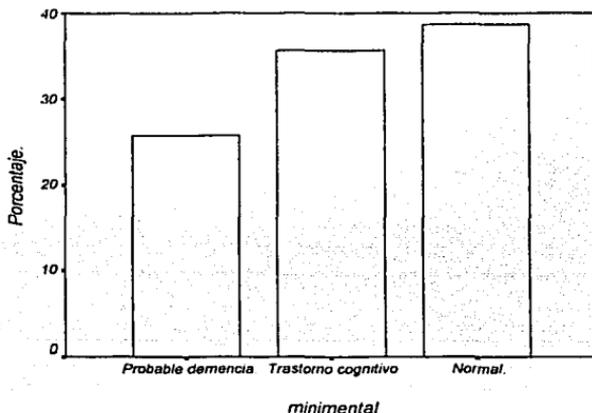
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro No 7
Valoración del estado cognitivo de los residentes del Centro Gerontológico.

MINIMENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Probable demencia.	26	25.7%
Trastorno cognitivo.	36	35.6%
Normal.	39	38.6%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM

Gráfica N. 7
Valoración del estado cognitivo de los residentes del Centro Gerontológico.



En lo que se refiere al estado cognitivo del adulto Mayor se obtiene que el 38.6% es normal; seguido de un 35.6% que presentan un trastorno cognitivo y por ultimo solo un 25.7 % con probable demencia.

Cabe señalar que la demencia es un problema psiquiátrico que suele originar manifestaciones clínicas similares la semiología depresiva por lo que es de suma importancia identificar este problema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

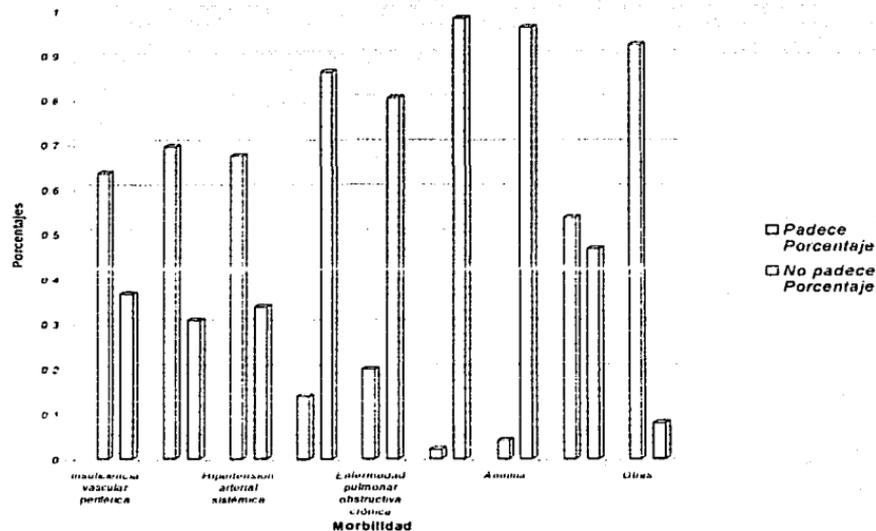
Cuadro N° 8
Enfermedades más frecuentes en los residentes del Centro Gerontológico.

MORBILIDAD	PADECE		NO PADECE	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Insuficiencia vascular periférica.	64	63.4%	37	36.6%
Enfermedad articular degenerativa crónica.	70	69.3%	31	30.7%
Hipertensión arterial sistémica.	68	67.3%	33	33.7%
Diabetes mellitus tipo II.	14	13.9%	87	86.1%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	20	19.8%	81	80.2%
Xifoescoliosis.	2	2.0%	99	98.0%
Anemia.	4	4.0%	97	96.0%
Ansiedad.	54	53.5%	47	46.5%
Otras	93	92.1%	8	7.9%

Fuente: IBIDEM.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Gráfica No 8. Enfermedades más frecuentes presentes en los residentes del Centro Gerontológico A.Mundel.



En lo que respecta a la morbilidad de los residentes del Centro Gerontológico del área de dormitorios se encontró una prevalencia de la Enfermedad articular degenerativa crónica con un 69.30%, seguido por EPOC con una incidencia del 19.80% y con un 4.0% presento anemia. Cabe señalar que se hace referencia en estas tres patologías por ser las enfermedades médicas que suelen relacionarse con la presencia de manifestaciones depresivas, ya que dichas alteraciones originan miedo, dolor crónico, incapacidad así como cierto grado de dependencia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

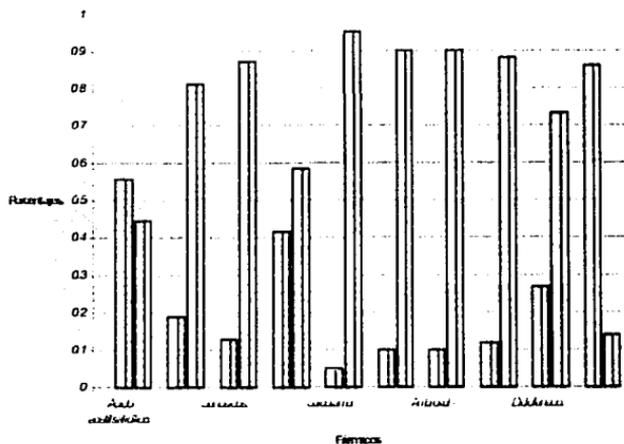
Cuadro No 9
Fármacos ingeridos con mayor frecuencia por los residentes del Centro Gerontológico.

FARMACOS	SI SE INGIEREN		NO SE INGIEREN	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ácido acetilsalicílico.	56	55.6%	45	44.6%
Paracetamol.	19	18.8%	82	81.2%
Senósidos.	13	12.9%	88	87.1%
Captopril.	42	41.6%	59	58.4%
Salbutamol.	5	5.0%	96	95.0%
Ácido fólico.	10	9.9%	91	90.1%
Ambroxol.	10	9.9%	91	90.1%
Isosorbide.	12	11.9%	89	88.1%
Diclofenaco.	27	26.7%	74	73.3%
Otros fármacos.	87	86.1%	14	13.9%

Fuente: IBIDEM.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Gráfica No 9 Fármacos ingeridos con mayor frecuencia por los residentes del Centro Gerontológico AMundat.



□ SI SE INGEREN Porcentaje □ NO SE INGEREN Porcentaje

En lo que respecta a los fármacos ingeridos por los Adultos Mayores del área de dormitorios del Centro Gerontológico se encontró que el 5% utiliza salbutamol, uno de los múltiples fármacos que puede producir síntomas depresivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

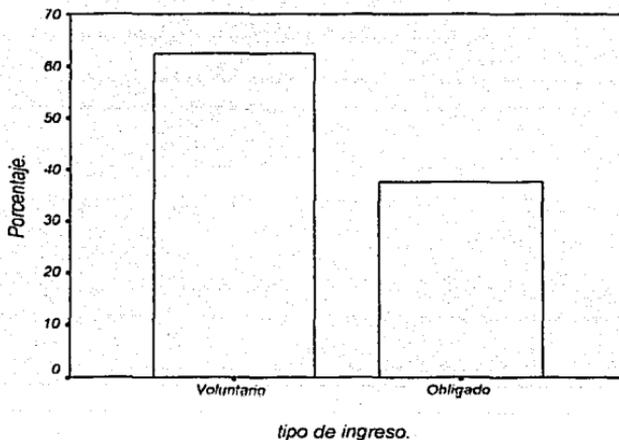
Cuadro No 10
Forma de ingreso de los residentes al Centro Gerontológico.

TIPO DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Voluntario.	63	62.4%
Obligado.	38	37.6%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfica N. 10
Forma de ingreso de los residentes al Centro Gerontológico.



En relación a la respuesta del Adulto Mayor con respecto al ingreso a la institución se obtuvo que el 62.4% fue voluntario y el 37.6 fue obligado. Lo cual refleja que el Adulto Mayor que se encuentra alojado en la institución se encuentra por iniciativa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

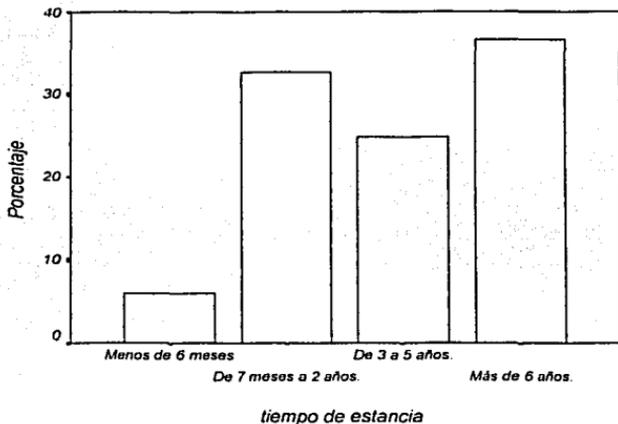
Cuadro No.11
Tiempo de estancia de los residentes en el Centro gerontológico.

TIEMPO DE ESTANCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 6 meses.	6	5.9%
De 7 meses a 2 años.	33	32.7%
De 3 a 5 años.	25	24.8%
Más de 6 años.	37	36.6%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Gráfica N. 11
Tiempo de estancia de los residentes en el Centro Gerontológico.



Con respecto al tiempo de estancia del Adulto Mayor en la Institución se observo que un 36.6% del total de la población tiene mas de 6 años en el interior del Centro Gerontológico y solo un 5.9% tan solo ha cursado un periodo no mayor de 6 meses.

El tiempo de estancia en el interior de una institución tiene relación directa con la falta de estimulación sensorial y el aislamiento social, ambos factores intimamente relacionados en el desarrollo de síntomas depresivos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

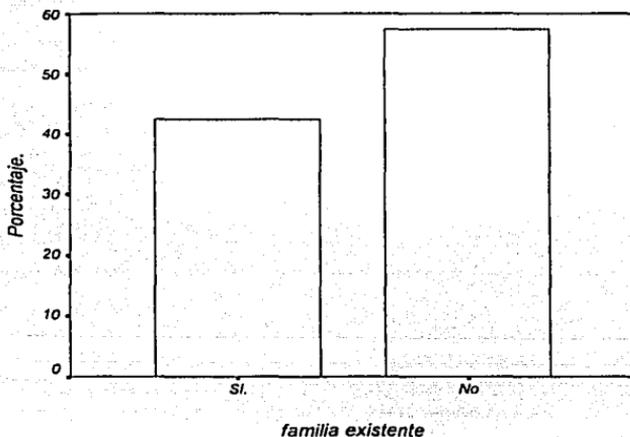
Cuadro No 12
Familia existente con la que cuentan los residentes del Centro Gerontológico.

FAMILIA EXISTENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI.	43	42.6%
No.	58	57.4%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Gráfica N. 12.
Familia existente con la que cuentan los residentes del Centro Gerontológico.



De la familia existente con la que cuenta el Adulto Mayor se obtuvo que el 57.4% no tiene y el 42.6% si tiene familia existente, por lo que dicha situación tiene una influencia directa con la frecuencia de visitas recibidas por el Adulto Mayor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

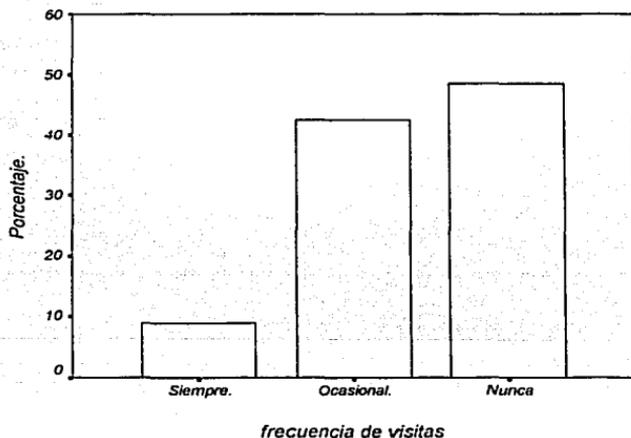
Cuadro No 13
Frecuencia de visitas recibidas por los residentes del Centro Gerontológico.

FRECUENCIA DE VISITAS	FRECUENCIA	POCENTAJE
Siempre.	9	8.9%
Ocasional.	43	42.6%
Nunca.	49	48.5%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM.

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Gráfica N. 13.
Frecuencia de visitas recibidas por los residentes del Centro Gerontológico.



Con respecto a la frecuencia de visitas se observa que el 48.5% nunca recibe visitas; seguido de un 42.6% recibe visitas ocasionalmente y con un 8.9% reciben visitas siempre. Lo cual coloca al Adulto Mayor en un plano más susceptible para desarrollar pensamientos y actitudes, de abandono y soledad

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

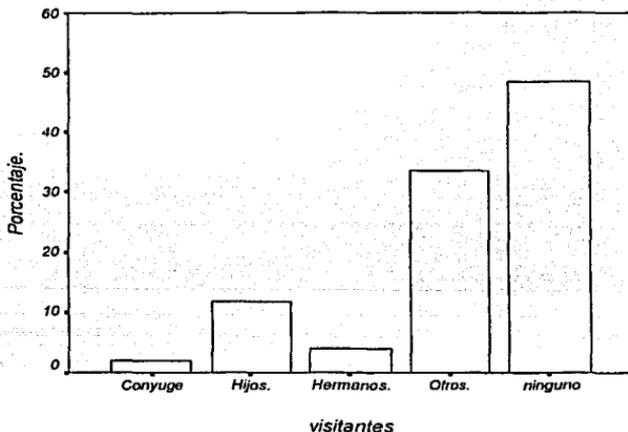
Cuadro No 14
Visitantes más frecuentes que acuden al Centro Gerontológico.

VISITANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cónyuge.	2	2.0%
Hijos.	12	11.9%
Hermanos.	4	4.0%
Otros.	34	33.7%
Ninguno.	49	48.5%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM.

**TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN**

Gráfica N.14.
Visitantes más frecuentes que acuden al Centro Gerontológico.



En relación a las visitas más frecuentes se obtuvo que el 48.5% nadie los visita; seguido con un 33.7% otros; así con un 11.9% los hijos; posteriormente con un 4.0% hermanos y por ultimo con un 2.0% el cónyuge.

Conforme a las cifras mencionadas estas son coherentes, puesto que tienen relación con su estado civil del Adulto Mayor, por lo que este depende directamente de la visita de amigos, vecinos y estudiantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

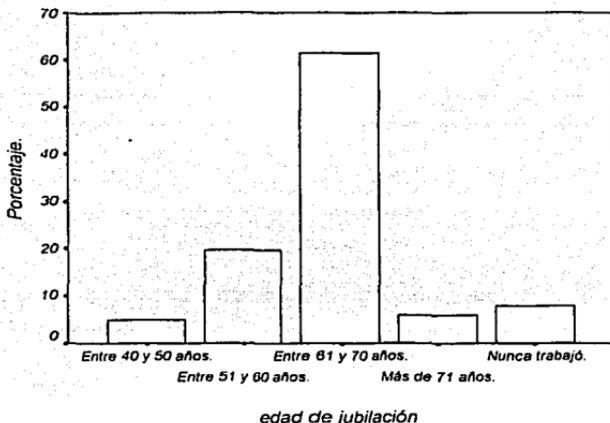
Cuadro No 15
Edad de jubilación de los residentes del Centro Gerontológico.

EDAD DE JUBILACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Entre 40 y 50 años.	5	5.0%
Entre 51 y 60 años.	20	19.8%
Entre 61 y 70 años.	62	61.4%
Más de 71 años.	6	5.9%
Nunca trabajó.	8	7.9%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM.

**TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN**

Gráfica N. 15.
Edad de jubilación de los residentes del Centro Gerontológico.



En lo que se refiere a la edad de jubilación del adulto Mayor se observa que el 61.4% se jubilo entre los 61 y 70 años; un 20% se jubilo entre los 51 y 60 años, y solo un 5% se jubilo entre los 40 y 50 años, se debe recordar que el trabajo suele ser una fuente importante de gratificación y estatus económico, por lo que la perdida del trabajo origina sentimientos de minusvalía e inferioridad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

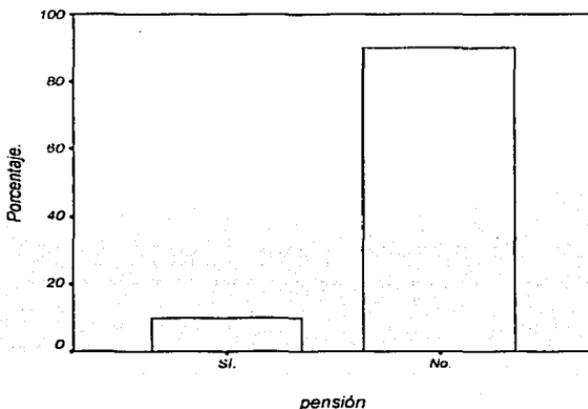
Cuadro No 16.
Apoyo económico por pensión que perciben los residentes del Centro Gerontológico.

PENSION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí.	10	9.9%
No.	91	90.1%
Total	101	100.0%

Fuente: IBIDEM.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica N. 16.
Apoyo económico por pensión que perciben los residentes del Centro Gerontológico.



Del apoyo económico por pensión se obtuvo que el 90.1% no tienen apoyo económico y un 9.9% si reciben apoyo económico por pensión. La pensión representa un ingreso que favorece la satisfacción de las necesidades básicas, cuando estas no son cubiertas en forma satisfactoria a causa de dinero dicha situación genera frustración y síntomas depresivos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

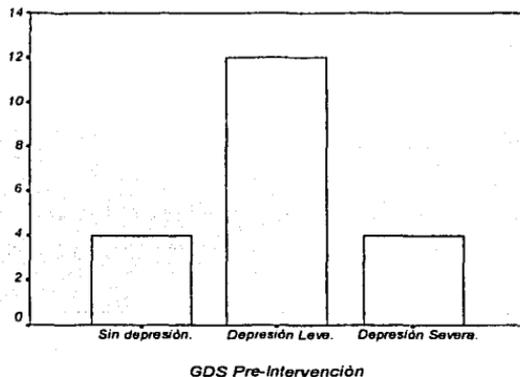
Cuadro No 17
Grado de depresión detectada en los residentes del Centro Gerontológico previo a las intervenciones de Enfermería.

GDS PRE INTERVENCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin depresión.	4	20.0%
Depresión leve.	12	60.0%
Depresión severa.	4	20.0%
Total.	20	100.0%

Fuente: IBIDEM.

**TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN**

Gráfica No 17
Grado de Depresión detectada en los residentes del Centro Gerontológico
previo a las intervenciones de enfermería.



Del grupo de selección se conformo con 12 Adultos Mayores que presentaron depresión leve, seguido con 4 Adultos Mayores con depresión severa y 4 Adultos Mayores sin depresión.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro No 18

Intervenciones de Enfermería aplicadas a los residentes del Centro Gerontológico.

A) Psicomotriz.	B) Psíquico.	C) Socioafectivo.
<ul style="list-style-type: none"> • Gimnasia cerebral. • Ejercicios de destreza. • Ejercicios de fuerza. • Ejercicios dinámicos. • Juegos para el Adulto Mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Método de entrenamiento. • Juegos en el Adulto Mayor (atención, aprendizaje y memoria.) • Reflexiones. • Gimnasia cerebral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juegos en el Adulto Mayor. • Integración de grupos. • Musicoterapia. • Socialización.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

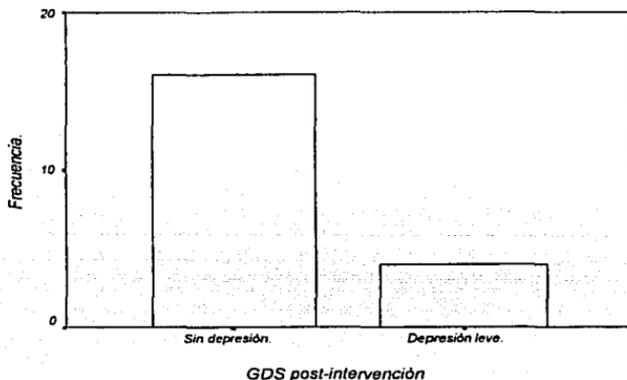
Cuadro No 19
Grado de depresión detectado en los residentes del Centro Gerontológico posterior a la aplicación de intervenciones de Enfermería.

GDS POST INTERVENCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin depresión.	16	80.0%
Depresión leve.	4	20.0%
Depresión severa.	0	0.0%
Total.	20	100.0%

Fuente: IBIDEM.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Grafica No 19
Grado de Depresión detectado en los residentes del Centro Gerontológico posterior ala aplicación de Intervenciones de Enfermería.



Posterior a las intervenciones se obtuvo que 16 Adultos Mayores no presentan síntomas depresivos, seguido de 4 adultos Mayores con depresión leve y nadie presento depresión severa.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 20**Síntomas depresivos detectados en los Adultos Mayores del Centro Gerontológico.**

SINTOMAS DEPRESIVOS	FREC.	%
1. Esta usted satisfecho con su vida.	32	31.7
2. Han dejado de interesarle las cosas y actividades que antes hacía.	80	79.2
3. Se siente como si su vida estuviera vacía.	46	45.6
4. Se aburre usted con frecuencia.	30	29.7
5. Tiene usted esperanzas para el futuro.	61	60.4
6. Tiene usted preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza.	27	26.8
7. Esta usted de buen humor la mayor parte del tiempo.	29	28.8
8. Teme que algo malo le suceda.	24	23.8
9. Se siente contento la mayor parte del tiempo.	30	29.7
10. A menudo se siente indefenso.	23	22.8
11. Se siente a menudo nervioso e inquieto.	46	45.6
12. Prefiere quedarse en casa antes que salir a hacer cosas nuevas	51	50.5
13. Se preocupa frecuentemente por el futuro.	18	17.8
14. Cree que tiene menos memoria que el resto de la gente.	16	15.8
15. Piensa que es maravilloso estar vivo ahora.	94	93.1
16. A menudo se siente triste y descorazonado.	30	29.7
17. Se siente inútil.	41	40.6
18. Se preocupa por el pasado.	24	23.8
19. Piensa que la vida es excitante.	41	40.6
20. Le cuesta trabajo empezar nuevos proyectos.	48	47.5
21. Se siente lleno de energía.	37	36.7
22. Cree que su situación es desesperante.	31	30.6
23. Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted.	47	46.5
24. A menudo se entristece por pequeñas cosas.	24	23.8
25. Tiene a menudo ganas de llorar.	32	31.7
26. Le cuesta trabajo concentrarse.	31	30.7
27. Se despierta generalmente animado.	97	96
28. Evita el contacto social.	50	49.5
29. Es fácil para usted tomar decisiones.	61	60.4
30. Esta su mente tan clara como siempre.	40	39.6

Fuente: IBIDEM.

5.- ANALISIS DE RESULTADOS

El Adulto mayor del sexo masculino suele evitar con mayor frecuencia el contacto social, así mismo desarrolla con mayor prontitud sentimientos de inutilidad y desesperanza en relación con su jubilación, en comparación con el Adulto mayor del sexo femenino que suele ser menos renuente al contacto social e iniciar relaciones interpersonales con mayor facilidad.

Los Adultos mayores pertenecientes al grupo de mayores de 76 años suelen tener mayor dificultad para concentrarse, así como para iniciar nuevas actividades, desarrollan con mayor frecuencia sentimientos de tristeza, a pesar de que su orientación no presenta un deterioro significativo.

El Adulto mayor que curso instrucción básica (primaria) se mostró menos nervioso e inquieto al realizar actividades y ejercicios de memoria con mayor seguridad en comparación con el Adulto mayor analfabeta, a la cual se le observó con mayor nerviosismo.

El Adulto mayor que recibe con mayor frecuencia visitas al centro gerontológico mostró una mejor orientación en sus tres esferas (tiempo, lugar y espacio), así mismo una mejor habilidad para ejecutar ordenes en actividades de la vida diaria en comparación con el Adulto mayor que no recibe visitantes.

El Adulto mayor que ingreso al centro gerontológico de manera no voluntaria presentó con mayor frecuencia sentimientos, de tristeza, temor y aburrimiento en comparación con el adulto mayor que ingresa de manera voluntaria que presenta mejores mecanismos adaptativos.

El adulto mayor que tiene un tiempo de estancia prolongado (mayor a 6 años) en el interior del Centro gerontológico, presentó una disminución de interés por las actividades sociales y pensamientos positivos en comparación con el adulto mayor que tiene una corta estancia (menor de 6 meses) el cual mostró una mejor iniciativa en actividades de la vida diaria.

El Adulto mayor que recibe con mayor frecuencia visitantes mostró emociones de alegría, menores sentimientos de tristeza, así como su memoria y toma de decisiones fueron más asertivas.

El adulto mayor que no cuenta con un apoyo económico a través de una pensión o un trabajo remunerado presentó emociones de nerviosismo, inquietud y desesperanza para su futuro.

El adulto mayor que presenta una movilidad adecuada se aburre con menor frecuencia y presenta una mejor cooperación en las actividades de la vida diaria, en comparación con el adulto mayor que presenta alteraciones en su movilidad.

El Adulto mayor que presenta una orientación asertiva tuvo un mejor desempeño en ejercicios de la memoria como son: cálculo e identificación de objetos en comparación con el Adulto mayor que presenta una disminución en la orientación.

Con respecto al déficit en el arreglo personal del Adulto mayor, este se mostró menos contento e insatisfecho con su vida, en comparación al grupo de Adultos mayores que presentó un mejor arreglo personal.

El Adulto mayor que presenta un adecuado control de esfínteres mostró una orientación, una ejecución de ordenes mas precisa en comparación con el adulto mayor que presenta problemas en el manejo de los esfínteres.

El adulto mayor que presenta alteraciones en el patrón del sueño manifiesta una disminución del interés por las cosas, aislamiento social y apatía.

El adulto mayor que tiene un estado de ánimo positivo, se siente contento, de buen humor, lleno de energía, se le facilita la toma de decisiones y la ejecución de ordenes, en comparación con el adulto mayor que presenta un estado de humor negativo tiene preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza, le cuesta trabajo iniciar nuevos proyectos, se entristece por pequeñas cosas, tiene ganas de llorar y evita el contacto social.

6.- CONCLUSIONES

La depresión en el Adulto Mayor es uno de los trastornos mentales más frecuentes que suele adoptar varias formas, el cuadro clínico suele caracterizarse por:

- **Síntomas físicos tales como:**
Fatiga, ansiedad, debilidad, anorexia, insomnio, mialgia y artralgia.
- **Sentimientos tales como:**
Irritabilidad, tristeza, enfado, desesperación, aburrimiento, apatía e insatisfacción.
- **Pensamientos tales como:**
Carencia de valor, ideas suicidas, obsesivas y de autorreprobación.
- **Acciones tales como:**
Retraimiento, agitación, movimientos lentos, propensión al llanto, compulsión y dependencia.

La sintomatología anteriormente señalada se presentó en porcentajes elevados en el grupo de muestra del Centro gerontológico, el grupo de muestra se conformo con 20 Adultos Mayores en los cuales se detectaron diversos grados de depresión, 20 % de ellos presentó depresión severa, 60 % depresión leve, y solo 20 % de ellos no presentó depresión, cabe señalar que el grupo correspondiente a los adultos mayores sin depresión presenta factores de riesgo importantes para ingresar al grupo de Adultos mayores con depresión leve, los principales síntomas depresivos a resaltar en el grupo son: las actitudes de aislamiento social, apatía así como pensamientos negativos ante la vida, por lo cual se diseñaron medidas asistenciales encaminadas a la disminución de dicha sintomatología que pudieran ser aplicadas por el personal de Enfermería que estuviera en contacto primario con el Adulto Mayor.

Dentro de las intervenciones de Enfermería estas se clasificaron en tres esferas: psíquica, psicomotriz y socioafectiva, dichas actividades son propuestas por diversos autores en el manejo del paciente geriátrico deprimido y forman parte de las innovaciones en el tratamiento del Adulto mayor.

Posterior a la aplicación de las intervenciones de Enfermería se observaron los siguientes porcentajes en el grupo de muestra, 0% para el rubro de Adultos Mayores con depresión severa, 20% de los Adultos mayores presentó depresión leve, y 80 % del grupo no presentó depresión, tales cifras muestran una disminución significativa en la presencia de síntomas depresivos posterior a la aplicación de intervenciones de Enfermería por lo cuál se disprueba la hipótesis nula.

El aumento de la población de Adultos Mayores aunado a la incidencia de la depresión en este grupo se ha traducido en nuevos planteamientos asociativos y asistenciales encaminados ya no solo al tratamiento y limitación del daño si no a la prevención del mismo , por ello la Enfermería se encuentra en una inmejorable posición para contribuir con la salud psicosocial del Adulto Mayor, no solo al tener conocimientos y entender los cambios propios del Adulto mayor durante su proceso normal de envejecimiento, si no por ser uno de los principales profesionistas que se encuentra en primer contacto con el Adulto mayor, que puede fungir como coordinador y planificador del cuidado del abuelo, así mismo la Enfermera (o) suele ser re educador intentando con ello promover la auto confianza, reducir la dependencia, estimular la autoayuda y mantener las funciones de los Adultos Mayores menoscabadas por su edad.

7.- RECOMENDACIONES.

Las aportaciones que deja esta investigación se clasificaran de la siguiente manera:

- **ADMINISTRATIVAS:** Mejorar la organización de las funciones de Enfermería en relación a los residentes pertenecientes al área de ambulatorios para proporcionar un cuidado integral del paciente geriátrico.
- **DOCENTES:** Proporcionar sesiones educativas por parte del profesional de Enfermería al Adulto Mayor con respecto a su proceso normal de envejecimiento así como cualquier otro tema que sea de interés para el Adulto Mayor.
- **INVESTIGACION:** Seguir contribuyendo al conocimiento de la disciplina de Enfermería a través de investigaciones clínicas conforme al ámbito laboral donde esta se desarrolla.
- **TECNICAS:** Implementar las actividades de Enfermería descritas en la presente investigación, lo que permitiría al Adulto mayor realizar actividades diferentes a las ya establecidas en el Centro Gerontológico.

Conforme a la escala de Depresión (GDS) que se aplicó al Adulto Mayor del Centro Gerontológico se sugieren las siguientes estrategias y actividades al detectar la mayor demanda de los residentes:

Desesperanza:

- ◆ Explorar en el paciente las fuentes de enojo o culpa.
- ◆ Proporcionar terapias ocupacional o recreativa, para ventilar enojo.
- ◆ Si el paciente es religioso, usar los recursos espirituales para centrarse en la esperanza para el futuro.
- ◆ Motivarlos a participar en eventos sociales realizados en el centro Gerontológico.
- ◆ Limitar la conducta que es divertida para los demás.
- ◆ Concientizarlo de que todos sus compañeros están en la misma situación económica y social.
- ◆ Permitirle tener sus objetos personales, ya que con ello transmitimos confianza y seguridad.
- ◆ Tener pláticas en donde el Adulto Mayor exprese de forma adecuada enojo verbal y físico.

Abandono de interés y actividades:

- ◆ Saber escuchar sus intereses personales y actividades que desearía utilizar.

- ◆ Estimularlo a la resocialización.
- ◆ Proyectarle actividades grupales.
- ◆ Reforzar las expresiones verbales y no verbales de alegría.
- ◆ Hacer que el Adulto Mayor asuma gradualmente responsabilidades en actividades de interés por el residente y estructure una rutina diaria.
- ◆ Ser directo y fomentar la participación en las actividades de la institución.

Dificultad para realizar proyectos:

- ◆ Realizar actividades psíquicas.
- ◆ Actividades sociales.
- ◆ Actividades recreativas
- ◆ Actividades educacionales.

Dificultad para decidir:

- ◆ Aumentar la confianza en si mismo y autoestima.
- ◆ Convencerlo de que sus decisiones son importantes para los demás.
- ◆ Dirigir las actividades mientras el Adulto Mayor mejore su capacidad en la toma de decisiones.

Evita el contacto social:

- ◆ Fijar límites para la conducta que interfiere con los compañeros y familiares.
- ◆ Proporcionar la información adecuada sobre los beneficios de la interacción social.
- ◆ Realizar una comunicación enfermera – paciente para el logro de los objetivos.
- ◆ Respetar decisiones y actitudes del Adulto Mayor.

Desanimo y tristeza:

- Reintegrarlo a un grupo de personas de su edad.
- Dejar que el Adulto Mayor exprese sus sentimientos sin criticarlo.
- Convivir con el Adulto Mayor en las actividades de su agrado.
- Mostrarle lo cual importante es su presencia en las actividades realizadas.

8. ANEXOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

(1) CARTA DE CONSENTIMIENTO

Nombre:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Por medio de la presente solicitamos a usted su autorización para aplicarle un pequeño cuestionario con la finalidad de contar con su participación en el protocolo de investigación que estamos realizando, es para nosotros de vital importancia su participación en este proyecto el cual pretende analizar y buscar alternativas para lograr una atención integral del paciente geriátrico.

Hacemos de su conocimiento que toda información que usted nos proporcione será de carácter confidencial, esto no afectará la atención que recibe usted actualmente en el centro Gerontológico.

ATTE:

María Elena Fernández Jaimes.

Eduardo Tamayo Salazar.

P.S.S Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Por su atención y colaboración reciba de nosotros un cordial saludo. ¡ GRACIAS!

Firma del residente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FICHA DE IDENTIFICACION DEL ADULTO MAYOR.

Nombre:

Sexo: A) Masculino. B) Femenino.

Edo.civil: A) Soltero B) Casado. C) Unión libre. D) Viudo.
E) Divorcio.

Edad:

Escolaridad: A) Primaria. B) Secundaria. C) Carrera Técnica D) Preparatoria.
E) Licenciatura. F) Analfabeta.

Grado de autosuficiencia:

- 1.- Independiente.
- 2.- Dependiente Parcial.
- 3.- Dependiente Total.

Mini-Mental:

- 1) Normal.
- 2) Trastorno cognitivo m.
- 3) Probable demencia.

Diagnóstico médico:

Medicación actual:

- 1) Su ingreso a la institución fue?
a) Voluntario. b) Obligado.
- 2) Tiempo de estancia en la institución?
a) - de 6 meses. b) 7 meses a 2 años. c) 3 a 5 años. d) + de 6 años.
- 3) Actualmente tiene familia?
a) SI b) NO.
- 4) Recibe visitas?
a) Siempre b) Ocasional. c) Nunca.
- 5) Quiénes lo visitan con mayor frecuencia?
a) Esposo(a) b) Hijos. c) Hermanos. d) Otros. e) Ninguno.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6) A que edad fue su jubilación?

a) 40-50 años. b) 51-60 años. c) 61-70 años. d) 71 y más. e) Nunca Trabajo.

7) Recibe apoyo económico por pensión?

a) Sí. b) No.

ESCALA CRICHTON DE VALORACION DE COMPORTAMIENTO DEL ADULTO MAYOR.

INSTRUCCIONES: Coloca una x de acuerdo a la situación del adulto mayor y posteriormente suma el puntaje.

MOVILIDAD No Camina. Camina Con Ayuda. Camina Vigilado. Buena No Escala. Completa incluso Escaleras.

ORIENTACION. Se Pierde Siempre. Se Pierde A veces. No Identifica Personas. Identifica personas. Completa

COMUNICACIÓN.

No Comprende. Comprende Con mucha Dificultad. Comprende con gran Ayuda. Comprende pero Necesita Ayuda. Normal.

COOPERACION.

Aislado. Poca Actividad . Necesita estímulos. Pasivo. Muy Cooperativo.

AGITACIÓN.

Constante. Día y Noche. Persistente. Ocasional. No Tiene.

SE VISTE

Incapaz. Necesita Mucha Precisa vigilar. Le cuesta Trabajo. Sin Ayuda.

COME

Imposible. Defectuosa Mente. Precisa Mucha Vigilancia. Debe vigilarse. Normal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESFINTERES

Incontinente Siempre.	Casi Siempre.	A veces De día.	Incontinente Nocturna.	Continente.
------------------------------	----------------------	------------------------	-------------------------------	--------------------

SUEÑO

Muy malo.	Malo.	Siempre Con Hipnóticos	A veces con hipnóticos.	Normal.
------------------	--------------	-------------------------------	--------------------------------	----------------

ESTADO DE ANIMO.

Deteriorado.	Inhibido.	Alterado.	No siempre Estable.	Normal.
---------------------	------------------	------------------	----------------------------	----------------

1

2

3

4

5

Puntajes:

50 a 36 puntos. Adulto mayor Independiente.

21 a 35 puntos. Adulto mayor Dependiente parcial.

0 a 20 puntos. Adulto mayor Dependiente total.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PRUEBA MINIMA PARA DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL.

Nombre:

Fecha:

Escolaridad:

Instrucciones: Pregunte ¿ Que fecha es hoy, después complete solo las partes omitidas formulando las siguientes preguntas.

- 5 _____ En que año estamos. ()
En que mes estamos. ()
Que día del mes es hoy. ()
Que día de la semana. ()
Que hora es aproximadamente. ()

Pregunte ¿ En dónde nos encontramos ahora (casa, hospital, consultorio, etc.) para obtener la información haga las siguientes preguntas:

- 5 _____ En que lugar estamos. ()
En que país estamos. ()
En que estado. ()
En que ciudad o población. ()

REGISTRO.

Diga clara y lentamente las palabras Flor, Coche, Nariz. Después pida al paciente repita las tres palabras, califique la ejecución en el primer intento.

- 3 _____ Flor () Coche () Nariz ()

ATENCION Y CALCULO.

Pida al adulto mayor " reste de dos en dos a partir de 40", se trata de contar en orden regresivo restando cada vez 2, ejemplo: 40 menos 2 = 38. (Deténgalo después de cinco respuestas y no proporcione ayuda.)

- 5 _____ 38 () 36 () 34 () 32 () 30 ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si el adulto mayor se niega a realizar el cálculo anterior se le pide que deletree la palabra mundo hacia atrás.

O () D () N () U () M ()

EVOCAACION.

Pida al adulto mayor repita las tres palabras que le pedí recordará.

3 _____ Flor () Coche () Nariz ()

LENGUAJE. (Nombrar.)

Muestre al adulto mayor un reloj y una moneda y pregunte: ¿ Como se llama esto?

2 _____ Reloj () Moneda ()

REPETICION.

Pida a su adulto mayor repita la siguiente frase:

1 _____ "No voy si tu no llegas temprano"

COMPRESION.

Siga estas instrucciones:

3 _____ Tome un papel con su mano derecha ()
Dóblelo por la mitad ()
Y póngalo sobre el piso ()

LECTURA.

1 _____ Por favor haga lo que dice la siguiente frase.
Muestre la frase (cierre sus ojos)

ESCRITURA.

1 _____ Escriba una oración con sujeto y verbo.

COPIA DE MODELO.

Se muestra al adulto mayor una figura de dos pentágonos y pida que copie el diseño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCALA DE DEPRESION GERIÁTRICA MODIFICADA.
(UNAM-ENEQ)

*(Puntaje)

1. Esta usted satisfecho con su vida.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (1,2
2. Han dejado de interesarle las cosas y actividades que antes hacía.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
3. Se siente como si su vida estuviera vacía.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
4. Se Aburre con frecuencia.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
5. Tiene usted esperanzas para el futuro.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (1,2
6. Tiene usted preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
7. Esta usted de buen humor la mayor parte del tiempo.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (1,2
8. Teme a algo que le suceda.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
9. Se siente contento la mayor parte del tiempo.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (1,2
10. A menudo se siente indefenso.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
11. Se siente a menudo nervioso e inquieto.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
12. Prefiere quedarse en casa antes que salir a hacer cosas nuevas.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
13. Se preocupa frecuentemente por el futuro.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4

14. Cree que tiene menos memoria que el resto de la gente.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
15. Piensa que es maravilloso estar vivo ahora.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (1,2
16. A menudo se siente descorazonado y triste.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
17. Se siente inútil.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
18. Se preocupa por el pasado.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
19. Piensa que la vida es excitante.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (1,2
20. Le cuesta trabajo empezar nuevos proyectos.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
21. Se siente lleno de energía.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (1,2
22. Cree que su situación es desesperante.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
23. Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
24. A menudo se entristece por pequeñas cosas.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
25. Tiene usted a menudo ganas de llorar.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
26. Le cuesta concentrarse.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4
27. Se despierta generalmente animado.
(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (1,2

28. Evita el contacto social.

(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (3,4

29. Es fácil para usted tomar decisiones.

(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (1,2

30. Esta usted su mente tan clara como siempre.

(1) Nunca. (2) Rara vez. (3) Con frecuencia. (4) Casi siempre. (1,2

0-10 Sin depresión.

10-20 Depresión leve.

21-30 Depresión severa.

9. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Adaptación: Fenómeno por el que una especie modifica sus relaciones con el medio ambiente.

Afasia: Trastorno neurológico que se caracteriza por defecto o ausencia de la función del lenguaje como consecuencia de una lesión en determinadas áreas de la corteza cerebral.

Aflicción: Patrón prácticamente universal de respuestas físicas y emocionales frente a una contrariedad, una separación o una pérdida determinadas. Los síntomas somáticos son: sensación de tirantez en la garganta y tórax, disnea, molestias abdominales, cansancio y letargo.

Agente patógeno: Elemento vivo (virus, hongo, bacteria, parásito,) físico, químico, psicológico o social, genético o inmunológico capaz de alterar el estado de salud de un huésped susceptible.

Alzheimer: Demencia presenil caracterizada por confusión, inquietud, agnosia, alteración del lenguaje, incapacidad para realizar movimientos intencionados y alucinaciones.

Amantidina: Fármaco que se prescribe en la profilaxis y tratamiento precoz del virus de la gripe A y en el tratamiento del síndrome parkinsoniano.

Ambiente: Conjunto de factores externos capaces de influir en un organismo.

Amina: Compuesto orgánico derivado del amoníaco por sustitución de uno de sus hidrógenos por radicales orgánicos.

Anquilosis: Fijación de una articulación frecuentemente en posición anormal, por lo general a consecuencia de la destrucción del cartilago articular y del hueso subcondral.

Ansiedad: Estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse.

Antidiurética: Hormona producida en los núcleos hipotálamicos y almacenada en el lóbulo posterior de la hipófisis, impide la formación de orina estimulando la resorción de agua en los túbulos distales y colectores del riñón.

Apatía: Ausencia o supresión de emociones, sentimientos, preocupaciones o pasión por algo, indiferencia frente a acontecimientos que por lo general se consideran estimulantes o atractivos.

Apraxia: Disminución de la capacidad de realizar actos con una finalidad dada o manipular objetos.

Aterosclerosis: Trastorno arterial caracterizado por el depósito de placas amarillentas de colesterol, lípidos y detritus celulares en las capas internas de las paredes de arterias de grande y mediano calibre.

Atrofia: Desaparición o disminución del tamaño o la actividad fisiológica de una parte del cuerpo como consecuencia de una enfermedad o por otras causas.

Aurícula: Nombre que reciben cualquiera de las dos cámaras superiores del corazón.

Azatioprina: Fármaco, inmunosupresor, se prescribe para evitar el rechazo de un órgano después de un trasplante y en el tratamiento de Lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades inflamatorias de repercusión general.

Axón: Extensión cilíndrica de la célula nerviosa que conduce los impulsos a partir del cuerpo celular.

Barbitúrico: Derivado del ácido barbitúrico que actúa como sedante e hipnótico.

Benzodiacepina: Grupo de agentes psicotrópicos, entre los que se incluyen tranquilizantes como el Diazepam, Oxacepam, y el Cloracepato que se utilizan para aliviar la ansiedad.

Carbomazepina: Agente analgésico y anticonvulsivo útil en el tratamiento de la neuralgia del trigémino y ciertos trastornos convulsivos.

Cognición: Proceso mental del conocimiento, pensamiento, aprendizaje y juicio.

Creatinina: Sustancia resultante del metabolismo de la creatinina, se encuentra en la sangre, la orina y los tejidos musculares.

Cultura: Conjunto de elementos que incluye los conocimientos, las creencias, el arte, la moral el derecho, los usos y costumbres y todos los hábitos y aptitudes adquiridos por los hombres en su condición de miembros de la sociedad.

Delirio: Trastorno mental orgánico agudo caracterizado por confusión, desorientación, inquietud, disminución del nivel de conciencia, incoherencia, temor, ansiedad y generalmente ilusiones y alucinaciones de tipo visual.

Demencia: Trastorno mental orgánico progresivo caracterizado por desintegración crónica de la personalidad, confusión, desorientación, estupor, deterioro de la capacidad y función intelectual y del control de la memoria, el juicio y los impulsos.

Depresión: Estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que no responden a una causa real explicable.

Desadaptación: Trastorno de la adaptación personal al estrés o los cambios, puede caracterizarse por un rechazo de los cambios necesarios en cuanto a deseos, valores, necesidades y actitudes o por la incapacidad de realizar los ajustes imprescindibles con respecto al mundo externo.

Digitálico: Fármaco utilizado en el tratamiento de trastornos cardíacos a fin de aumentar la fuerza de contracción miocárdica, y producir una frecuencia apical mas lenta, además de regular y retardar la transmisión de los impulsos a través del sistema de conducción.

Dolor: Sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensoriales.

Dopamina: Catecolamina, utilizada en el tratamiento del shock, hipotensión, y el bajo gasto cardíaco.

Ecosistema: Conjunto de seres vivos y sustancias inertes que actúan recíprocamente intercambiando materiales.

Ego: Sentido consciente del propio yo, elementos de una persona, como sentimientos, pensamientos, voliciones y emociones, que la distinguen como individuo.

Encefalopatía: Cualquier trastorno de la estructura o función de los tejidos cerebrales, este término se refiere particularmente a las enfermedades crónicas o degenerativas.

Endógeno: Que se origina en el interior del organismo o que se produce por causas internas, como la enfermedad producida por la alteración funcional o estructural de un órgano o sistema.

Enfermedad: Trastorno que ocasiona una alteración en la fisiología normal del cuerpo y que obedece a una causa de orden microbiano, traumático, familiar, o social.

Entorno: Ambiente que rodea a un organismo vivo.

Entropía: Tendencia de un sistema a pasar de un estado más ordenado a un estado menos ordenado o totalmente caótico.

Enzima: Proteína producida por las células vivas que cataliza las reacciones químicas en la materia orgánica.

Epidemiología: Estudio de la incidencia, distribución y etiología de las enfermedades en el hombre.

Estrés: Cualquier agresión del medio que reciba el individuo, ya sea física, emocional, social, o económica o de otro tipo que exija una respuesta o un cambio rápido por parte del individuo.

Exógeno: Que crece en el exterior del organismo, que se produce por causas externas.

Fenitoína: Agente anticonvulsivante útil en las crisis psicomotoras y de gran mal así como antiaritmico en el tratamiento de arritmias inducidas por digitálicos.

Gen: Unidad biológica de material genético y de la herencia biológica.

Genética: Rama de la biología que estudia los principios y mecanismos de la herencia de los seres vivos, específicamente los medios por los que los distintos caracteres se transmiten a la descendencia y las causas de las semejanzas y diferencias entre organismos relacionados.

Geriatría: Especialidad médica que estudia la fisiología del envejecimiento, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los ancianos.

Gerontología: Estudio del proceso normal del envejecimiento.

Glucemia: Sufijo que significa "relativo a los niveles de azúcar en sangre".

Hábito: Costumbre, práctica o forma de conducta en particular.

Hiperazoemia: Elevación de la cantidad de azoados en sangre por encima de lo normal.

Hiperglucemia: Elevación de la cantidad de glucosa en sangre por encima de lo normal.

Hipernatremia: Elevación en la concentración de sodio plasmático causada por pérdida de líquidos y electrólitos que puede ser debida a poliuria, diarrea, sudoración excesiva o ingesta inadecuada de agua.

Hipertrofia: Aumento del tamaño de una célula o grupo de células que da lugar a un incremento del tamaño del órgano del que forman parte.

Hipocondría: Preocupación crónica y anormal por la propia salud corporal, se caracteriza por ansiedad extrema, depresión e interpretación deformada de síntomas reales o imaginarios, en los que el enfermo ve indicaciones de enfermedades graves a pesar de que las exploraciones médicas no evidencian un trastorno alguno.

Hipoglucemia: Cifras de glucosa sanguínea inferiores a las normales.

Hipernatremia: Niveles anormalmente bajos de sodio en sangre provocados, por una excreción inadecuada de agua o por un exceso de agua en sangre circulante.

Hipotermia: Estado anormal y peligrosos en el que la temperatura del cuerpo desciende por debajo de los 35 grados centígrados, habitualmente por una exposición prolongada al frío.

Hipotiroidismo: Estado que se caracteriza por un descenso en la actividad de la glándula tiroides.

Hipoventilación: Estado anormal del aparato respiratorio caracterizado por que el volumen de aire que penetra al alveolo y participa en el intercambio gaseoso no es el adecuado para subvenir las necesidades metabólicas del organismo.

Homeostasis: Mantenimiento del medio interno en un estado relativamente constante gracias a un conjunto de respuestas adaptativas que permiten conservar la salud y la vida.

Hormona: Sustancia química compleja producida en determinadas células u órganos del cuerpo que desencadena o regula la actividad de otro órgano o grupo de células.

Humedad: Masa de vapor de agua contenida en una unidad de volumen de aire.

Huésped: Organismo que alberga y nutre a otro generalmente a un parásito.

Inteligencia: Capacidad para adquirir, retener y aplicar experiencia, comprensión, conocimiento, razonamiento y juicio a nuevas situaciones al objeto de resolver un problema.

Levodopa: Fármaco antiparkinsoniano.

Lidocaína: Fármaco anestésico local de administración tópica, por vía parenteral tiene propiedades antiarrítmico.

Melancolía: Tristeza extrema.

Memoria: Facultad mental que permite retener y recordar, mediante procesos asociativos inconscientes, sensaciones experimentadas previamente así como ideas, conceptos y cualquier información aprendida de forma consciente.

Menopausia: En sentido estricto el término se refiere a la interrupción de las menstruaciones, que por lo general se utiliza para definir el periodo de climaterio femenino.

Metabolismo: Conjunto de procesos químicos que tienen lugar en los órganos vivos y conducen al crecimiento y generación de la energía, la eliminación de los desechos y otras funciones fisiológicas como las relacionadas con la distribución de nutrientes por la sangre después de la digestión.

Metasuximida: Fármaco anticonvulsivante, se utiliza para el tratamiento del pequeño mal refractario.

Metildopa: Fármaco hipotensor utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial.

Metoclopramida: Fármaco prescrito para estimular la motilidad y aumentar el tono de las contracciones gástricas y del tracto intestinal alto.

Microorganismo: Cualquier organismo diminuto, habitualmente microscópico, capaz de realizar los procesos vitales, puede ser patógeno. Entre los diversos tipos figuran: bacterias, hongos, protozoos y virus.

Mielina: Sustancia que envuelve las vainas de determinadas fibras nerviosas a lo largo del axón, se compone en gran parte de lípidos que proporcionan a las fibras un color blanco cremoso.

Modelo: Se presenta como un sistema conceptual o teoría que explica un fenómeno y que permite realizar predicciones.

Morbilidad: Frecuencia con la que se produce una enfermedad o anomalía en una determinada población o área.

Motivación: Necesidades, intereses, recuerdos u otros incentivos conscientes o inconscientes que inician o mantienen un comportamiento particular.

Neurosis: Respuesta ineficaz a la ansiedad o los conflictos internos utilizando mecanismos defensivos inconscientes.

Neurotransmisor: Sustancia química que modifica o provoca impulsos nerviosos en una sinapsis.

Nicturia: Emisión de orina mas frecuente durante la noche que durante el día.

Norepinefrina: Vasoconstrictor adrenérgico indicado en el paro cardiaco y en determinadas situaciones de hipotensión aguda.

Parkinson: Trastorno neurológico degenerativo, lentamente progresivo que se caracteriza por temblor en reposo, movimientos atípicos de los dedos como si el enfermo estuviese contando monedas, ausencia de expresión facial, marcha característica, flexión anterior del tronco, rigidez y debilidad muscular.

Personalidad: Conjunto de rasgos del comportamiento y de actitudes por las cuales una persona puede ser reconocida como individuo.

Poliuria: Excreción de una cantidad anormalmente grande de orina.

Presión osmótica: Presión ejercida sobre una membrana semipermeable por una solución que contiene uno o más solutos que no puede atravesar la membrana, la cual solo es permeable al solvente que la rodea.

Proceso: Serie de acontecimientos relacionados entre sí que se suceden consecutivamente desde un estado o situación determinados hasta la conclusión o resolución.

Propranolol: Bloqueante beta-adrenérgico indicado en el tratamiento de angina de pecho, arritmias cardíacas e hipertensión.

Psicosis: Trastorno mental grave de origen orgánico o emocional que se caracteriza por una alteración o desorganización extrema de la personalidad, y que se acompaña con frecuencia de depresión grave, agitación, conducta regresiva, ilusiones, delirios y alucinaciones, que alteran de tal forma la percepción, la línea de pensamiento, las respuestas emocionales y la orientación personal, que el individuo pierde el contacto con la realidad, es incapaz de realizar una actividad social normal y habitualmente requiere hospitalización.

Psiquiatría: Rama de la ciencia médica que se ocupa de las causas, tratamiento y prevención de los trastornos mentales, emocionales y comportamentales.

Queratosis: Proceso cutáneo en el que hay un crecimiento excesivo y engrosamiento del epitelio cornificado.

Radical: Grupo de átomos que interactúan entre sí y forman un componente de una sustancia.

Riesgo: Estado de vulnerabilidad de un individuo o una población frente a una enfermedad o lesión en particular, los factores que determinan el riesgo pueden ser ambientales o fisiológicos.

Salbutamol: Fármaco broncodilatador utilizado en el tratamiento y profilaxis del asma bronquial y broncospasmo asociado a bronquitis y enfisema pulmonar.

Serotonina: Derivado natural del triptófano que se encuentra en las plaquetas y en las células cerebrales e intestinales, se libera cuando se lesionan las paredes de los vasos sanguíneos y actúa como un potente vasoconstrictor.

Signo: Hallazgo objetivo percibido por un explorador, como fiebre, una erupción, disminución de los sonidos respiratorios, etc.

Síncope: Pérdida del estado de conciencia de corta duración debida a un episodio de hipoxia cerebral transitoria.

Síntoma: Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado tal como lo percibe el paciente.

Sociedad: Grupo de individuos que persiguen un fin en común a través de la cooperación mutua.

Sulfonamida: Sustancia perteneciente a un gran grupo de fármacos sintéticos bacteriostáticos que son eficaces en el tratamiento de las infecciones producidas por microorganismos Gram. Positivos y Gram. negativos.

Tolerancia: Respeto y consideración hacia las opiniones o acciones de los demás.

Tristeza: Sentimiento de pesadumbre, aflicción o melancolía.

10. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Andrés Pérez Melero. Guía de cuidados de personas mayores. Editorial síntesis Edición España 1999 132 pp.
- 2.- Babb.Stanley Pamela Manual de Enfermería Gerontológico Editorial Mc Graw Hill- Interamericana, Edición Estados Unidos 2001 342 p.p.
- 3.- Bencil y Col. Guía practica de musicoterapia . Editorial Geosia, Edición México D.F. 1999 109 p.p.
- 4.- Beslky Janet K. Psicología del envejecimiento, teoría, Investigaciones e intervenciones. Editorial Masso Edición España 1999 367 p.p
- 5.- Buen Día José. Envejecimiento y psicología de la salud. Editorial Siglo XXI, España 1994, 228 p.p.
- 6.- Burke M. Mary; Walsh B. Enfermería Gerontologica, Cuidados Integrales al Adulto Mayor. Editorial Harcourt Brace, Madrid-España 1998. 332 p.p.
- 7.- Caino Héctor V. Clínica y tratamiento de las enfermedades en tercera edad. Editorial Celsius, Buenos Aires-Argentina 1996 284 p.p.
- 8.- Carteasen Laura; Barry A. Gerontología clínica "El envejecimiento y sus trastornos". Editorial Mosby/Doyma España, 1996 105 p.p.
- 9.- Ferrey G; Bobes J. Psicología del Anciano. Editorial Masson España, 1994. 64 p.p.
- 10.- Foorson Naghi Nama K. Metodología de la Investigación. Editorial Limusa México, D.F. 1998. 449 p.p
- 11.- Frías Osuna Antonio. Salud Pública y educación para la Salud. Editorial Masson, Barcelona 2002. 221 p.p
- 12.- García Fernández Dora. Metodología de la Investigación. Editorial Trillas, México, D.F. 1998 97 p.p

- 13.- González Más R. Rehabilitación médica en el Anciano. Editorial masson, España, 1995 87 p.p.
- 14.- Guillen Llero F. Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico. Editorial Masson, España 1994, 228 p.p.
- 15.-Hernández ballesteros R. Gerontología Social.Editorial Pirámide. Madrid-España, 2000 398 p.p.
- 16.- Hogetl Midred O. Enfermería Geriátrica. Editorial Paraninfo. Madrid-España, 1998, 264 p.p
- 17.-Hugonot Robert. Método de entrenamiento de la memoria. Ed. Semar, 1999 113 p.p
- 18.- Kane Roberto. Geriatría Clínica. 4ª Edición, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2001, 157 p.p.
- 19.- Malagon, Londoño. La salud pública. Editorial Panamericana 1999, México D.F. 144 p.p.
- 20.- Marriner Tomey Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 3ª edición. Editorial Mosby/Doyma. México 1994. 396p.p
- 21.- Micheli Federico. Neurología en el Anciano. Editorial Panamericana. Argentina 1997, 194 p.p.
- 22.- Montoriolgnacio Izal. Intervenciones psicológicas en la vejez. Editorial Síntesis, 2003, 150 p.p.
- 23.- Mora Carrasco Fernando. Salud y enfermedad. 2ª edición, Editorial Trillas, México D.F. 1998, 93 p.p.
- 24.- Pérez Melero Andrés. Cuidados de Enfermería Geriátrica en residencias asistidas. Editorial Síntesis, Madrid 2000. 296 p.p
- 25.- Pérez Moreno y Col. Enfermería Geriátrica. Editorial Síntesis Madrid 1997, 107 p.p.
- 26.- Polit F.Dense. Investigaciones científica en ciencias de la salud. 6ª. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México D.F. 2000. 487 p.p.
- 27.- Pont Ges Pilar. Movimiento creativo con personas mayores. Editorial Paidotribo. 2001. 277 p.p

- 28.- Quintanilla Martínez Manuel. Enfermería Geriátrica Tomo I Y II. Editorial Monsa, España, 2002 316 p.p.
- 29.- Ribera Casado José. Factores de riesgo en la patología Geriátrica. Editorial Clínicas Geriátricas, Madrid 1997. 89 p.p
- 30.- Roper, Logan, Tierner. Modelo de Enfermería. 3ª Edición. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill 1991. 196 p.p.
- 31.- San Martín Hernán. Tratado General de la Salud en las sociedades humanas, Salud y Enfermedad. Editorial Ediciones Científicas 1998. 549 p.p.
- 32.- Salgado Alberto. Manual de Geriatria. Editorial Salvat. España 419 p.p.
- 33.- Saltos Franco Jesús. Manual de formación para Gerocultores. Editorial Síntesis. España 1999, 89 p.p
- 34.- Sosa Ana, González. Antología para la Unidad Temática Salud del Anciano. Cap. 16"Depresión en el Anciano", Hospital Español. 202. 167 p.p.

Revistas:

- 1.- Gutiérrez Robledo Luis Miguel "Síndrome de Deterioro Intelectual y padecimientos demenciales" Consensos FUNSALUD INCMNSZ. México D.F. (2000).
- 2.- Tapia Silvia "Depresión en el Adulto Mayor" Revista de Enfermería del IMSS. Hospital General de Zona #1 Apizaco Tlaxcala. Vol.8 N° 2 (2000).
- 3.- Toufexis Anastasia" Causas de la Depresión" Revista de la facultad de Psicología. Facultad de Psicología de la UNAM Mexico D.F. N° 14 (1997).
- 4.- Vall, D, Hebron "Depresión en la persona mayor" Medicine. Hospital General en la Unidad de Geriatria España. Vol. 2 Nj.47 5ª Serie.

Consultas en Internet:

[http// Tercera edad.htm.](http://Tercera%20edad.htm)

[http// Geriatría 20u.htm.](http://Geriatría%20u.htm)

[http// Med Line plus. 2000.](http://Med%20Line%20plus.%202000)

[http// INEGI.gob.mx.](http://INEGI.gob.mx)

[http// aniorte hernández nicanor.htm.](http://aniorte%20hernández%20nicanor.htm)

[http// mi viejito.com.](http://mi%20viejito.com)

[http// imss.gob.mx.](http://imss.gob.mx)