



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CAUSAS DE DEPRESIÓN PRESENTES EN LOS ADULTOS
MAYORES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO,
XOCHIMILCO, MÉXICO, D.F.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

ÁLVAREZ RESÉNDIZ JOSÉ FERNANDO.

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. VIRGINIA REYES AUDIFFRED.

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

MÉXICO 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Ayer me sentí tan viejo
que quise morir
ayer me asuste tanto que
temblaba como un bebé
si alguien escuchará
al menos por un instante,
dejaría mi vida
por sentir que siento deseo
y no sentirme
enfermo y asustado
si tan sólo
pudiera cerrar mis ojos
y al abrirlos ver que todo
es perfecto como antes
quisiera cambiarlo todo...

Robert Smith.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

QUIERO COMENZAR POR ELENA Y ALFREDO (MIS PADRES)
POR DARME LA OPORTUNIDAD DE CONOCER EL DON
DE LA VIDA, POR SU INFINITO AMOR Y CARIÑO,
POR CREER EN MÍ, Y DARLES LAS GRACIAS
POR TODOS SUS ESFUERZOS PARA QUE PUDIERA
SEGUIR ADELANTE. . .

A MIS HERMANOS: TRIXA, ALEX, TOÑO Y
ROXY POR SU APOYO Y CONSTANTES
REGAÑOS. . .

A MIS TÍAS: RAFA, CARMELA, GLORIA, TÍO LUIS
MIS PRIMOS: JUAN, MARY, LORE Y MARTÍN POR
DARME UN ESPACIO INCONDICIONALMENTE. . .

A TANIA POR BRINDARME
GRANDES MOMENTOS DE FELICIDAD Y ALEGRÍA
Y A SU FAMILIA POR ABRIRME
LAS PUERTAS DE SU CASA. . .

A CADA UNO DE LOS INTEGRANTES
DEL REAL CEBADA POR TODAS
LAS VIVENCIAS ACUMULADAS. . .

A MI MAESTRA VICKY POR AYUDARME A
CONCLUIR ESTE CAPITULO
DE MI VIDA. . .

Y SOBRE TODO, AL MÁS BELLO ÁNGEL
QUE PUDE TENER EN VIDA
Y QUE AHORA NOS CUIDA Y BENDICE DESDE EL CIELO:
MAMÁ CHONA (†). . .

A ELLOS CON CARIÑO. . .

ÍNDICE.

| | PÁGINA |
|---|--------|
| I. INTRODUCCIÓN. | 1 |
| II. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN. | |
| 2.1 Justificación. | 3 |
| 2.2 Planteamiento del Problema. | 4 |
| 2.3 Pregunta de Investigación. | 5 |
| 2.4 Objetivos General y Específicos. | 5 |
| III. MARCO REFERENCIAL. | |
| 3.1 Antecedentes de San Luis Tlaxialtemalco. | 6 |
| 3.1.1 Características Geodemográficas. | 6 |
| 3.1.2 Servicios Públicos. | 6 |
| 3.1.3 Actividades Económicas. | 6 |
| 3.1.4 Recursos para la Salud. | 7 |
| 3.1.5 Causas de Morbimortalidad. | 7 |
| IV. MARCO TEORICO. | |
| 4.1 Envejecimiento. | 8 |
| 4.2 Cambios Físicos en la Tercera Edad. | 8 |
| 4.3 Cambios Psicológicos en la Tercera Edad. | 15 |
| 4.4 Cambios Sociales en la Tercera Edad. | 16 |
| 4.5 Población Geriátrica en el Mundo y México. | 17 |
| 4.6 Situación Económica de los Adultos Mayores. | 18 |
| 4.7 Morbilidad y Mortalidad en el Adulto Mayor. | 19 |
| 4.8 Depresión. | 20 |
| 4.9 Tipos de Depresión. | 21 |
| 4.10 Cuadro Clínico. | 22 |
| 4.11 Diagnóstico. | 26 |
| 4.12 Tratamiento. | 28 |
| 4.13 Niveles de Prevención. | 31 |
| 4.14 Causas que pueden provocar Depresión: Físicas, Psicológicas y Sociales. | 32 |
| V. METODOLOGÍA. | |
| 5.1 Diseño del Estudio. | 41 |
| 5.2 Universo. | 42 |
| 5.3 Muestra. | 42 |

| | |
|---|----|
| 5.4 Criterios para Seleccionar la Muestra: De Inclusión y Exclusión. | 42 |
| 5.5 Etapas de la Investigación. | 43 |
| 5.6 Recursos Materiales y Humanos. | 43 |
| 5.7 Variables de Estudio. | 44 |
| 5.8 Instrumento de Recolección. | 45 |
| 5.9 Procesamiento y Análisis de la Información. | 45 |
| VI. RESULTADOS. | |
| 6.1 Descripción de los Resultados. | 46 |
| 6.2 Discusión. | 51 |
| VII. CONCLUSIONES. | 55 |
| VIII. PROPUESTAS. | 58 |
| IX. CUADROS Y GRÁFICAS. | 65 |
| X. BIBLIOGRAFÍA. | 93 |

I. INTRODUCCIÓN.

Diversas circunstancias han repercutido en los cambios que se pueden observar en nuestra población, dichos eventos son la disminución de la mortalidad, la caída de la tasa de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida, que es de 78 años para las mujeres y 74 años para el hombre de acuerdo con el Consejo Nacional de Población, 2004., lo cual tiene como resultado que exista un descenso en la velocidad de crecimiento y su envejecimiento, teniendo así un aumento en la población de adultos mayores. El Plan de Salud 2001-2006, nos refleja que la población de los mayores de 65 años pasará de representar un cuatro por ciento en 1970 a un diez por ciento de la población en 2025, esto es, alrededor de 12.5 millones de adultos mayores.

La presente investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, con el propósito de identificar las causas de depresión presentes en el adulto mayor de San Luis Tlaxiatemalco de México D.F.

El universo muestral está constituido por 53 adultos mayores que residen en la comunidad de San Luis Tlaxiatemalco. La información fue tomada de la base de datos de la investigación "Perfil del Adulto Mayor de San Luis Tlaxiatemalco, México, D.F. 2003" para su posterior análisis.

Se tiene establecido que en esta etapa de vida se pueden observar transformaciones en todas las áreas del desarrollo humano. En el aspecto físico las capacidades de percepción y sensitivas comienzan a disminuir; existe un retardo gradual en la velocidad de las respuestas motoras; se presentan varios cambios exteriores, por ejemplo, puede haber pérdida de los dientes, aparición de arrugas y pérdida de la elasticidad y tersura de la piel; disminución de la fuerza muscular y agilidad; aparición masiva de canas y en muchos casos caída del cabello; comienzan a presentarse diversas patologías como la artritis, la osteoporosis, enfermedades cardíacas; y es mayor la probabilidad de disfunción sexual. En el espacio cognitivo, se produce un declive en el procesamiento de la información y en la

memoria; puede aparecer la demencia senil debido a un deterioro mental. En el área emocional y social, el adulto mayor pasa por acontecimientos importantes como el duelo, generalmente por la pérdida del cónyuge o amigos cercanos, y la jubilación, eventos que afectan la organización de sus vidas y que traen consigo cambios en los roles sociales.

Este grupo de transformaciones pueden ser enfrentadas de distintas maneras por el individuo, una puede ser de forma positiva y que acepte todos estos cambios como sucesos normales dentro del desarrollo humano y que puede ayudarlo a fortalecer y enriquecer su vida, y del otro extremo se encuentra que puede tomarlo de forma negativa, como hechos estresantes que produzcan ansiedad y trastornos que puede llegar a desencadenar enfermedades psicosomáticas y dentro de ellas la más importante es la depresión, la cual es objetivo del estudio.

La depresión es el padecimiento funcional que tiende a aumentar en la vejez en un grado mayor, al compararse con los otros grupos de edad. Datos expuestos informan que cerca de un 10% de la población anciana presenta algún signo de depresión.

II. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1 JUSTIFICACIÓN.

Cuando hablamos de enfermedades en el adulto mayor siempre o casi siempre nos enfocamos a las patologías crónicas degenerativas y poca atención se brinda a lo que son los trastornos psiquiátricos como la depresión, siendo este padecimiento muy frecuente en este grupo etario. La Asociación Americana de Psiquiatría (1987), la define como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas.

Los individuos que llegan a la vejez son relegados de su núcleo familiar y comunitario, quizá porque son considerados como personas poco productivas para la sociedad y se convierten en una carga para las personas con las que conviven, lo cual produce o puede desencadenar depresión.

Los síntomas muchas veces pueden pasar desapercibidos o suelen ser asociadas a otras patologías restándole así importancia a esta enfermedad. Es por ello importante realizar una investigación acerca de las causas presentes de la depresión en esta etapa de la vida.

Con este estudio se pretende conocer datos relevantes sobre el estado emocional y las causas presentes que tienen los adultos mayores de la comunidad de San Luis Tlalxialtemalco, con dicha información se intenta generar intervenciones de enfermería que ayuden a mejorar el estado de salud emocional en ellos y prevenir consecuencias graves como el suicidio.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Romero (2002) expone que la depresión, se presenta de 5 a 10% de las personas mayores de 60 años. Ibáñez (2003), señala que en el hospital “Primero de Octubre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) han aumentado de manera considerable los casos agudos de depresión en los adultos mayores. Entre las causas que se presentan con más frecuencia y que son casi inherentes al proceso de envejecimiento se encuentra el dejar de trabajar, menos disposición de dinero, sentir molestias o dolores por diversos padecimientos y enfermedades, perder a la pareja o alguien cercano y la disfuncionalidad familiar.

Específicamente en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco el porcentaje de adultos mayores que presentan depresión es elevado con respecto a otras investigaciones, Reyes, et al. (2003), reporta que en San Luis Tlaxialtemalco de un total de 382 adultos mayores, 110 presentaron depresión (28.8%).

Las manifestaciones de una probable depresión pueden cursar sin ser percibidas ó también ser atribuidas a otra enfermedad y por lo tanto repercutir seriamente en su salud e, incluso poner en riesgo su vida. Gonzáles (2000), señala que el 15% de los adultos mayores que presenta depresión terminan suicidándose.

Por lo anterior es importante identificar las causas de dicha enfermedad presentes en un grupo vulnerable como lo es el adulto mayor, para controlar o disminuirlas.

2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son las causas de depresión presentes en los adultos mayores de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, México D.F.?

2.4 OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Identificar las causas de depresión en los adultos mayores de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Describir las causas psicológicas asociadas a la depresión en los adultos mayores de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco.

Describir las causas sociales asociadas a la depresión en los adultos mayores de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco.

Describir las causas físicas asociadas a la depresión en los adultos mayores de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco.

III. MARCO REFERENCIAL.

3.1 ANTECEDENTES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

3.1.1 CARACTERÍSTICAS GEODEMOGRÁFICAS.

La población total es de 8 078 habitantes, de los cuales 4 034 son hombres y 4 044 son mujeres.

Se localiza a 40 Km. del Distrito Federal, limita al norte con Tláhuac, al sur con Milpa Alta, al este con Tulyehualco y al oeste con San Gregorio Atlapulco. Está rodeado por montañas de origen volcánico, una de las principales es el cerro Teutli. Cuenta con grandes canales como el Nacional, Ameca y el de Chalco, que actualmente reciben aguas negras de la ciudad de México, que irrigan a las chinampas, por lo que se considera que la contaminación de las aguas es uno de los problemas más graves de la población.

El clima es templado lluvioso con invierno frío. Las lluvias se presentan principalmente durante el verano y otoño.

3.1.2 SERVICIOS PÚBLICOS.

Cuenta con alumbrado público, drenaje, pavimentación, servicio de limpieza, principalmente en la zona céntrica, siendo deficientes en las zonas periféricas. Además, cuenta con una planta de tratamiento de aguas residuales y un centro comunitario que proporciona diversos servicios a la comunidad.

3.1.3 ACTIVIDADES ECONÓMICAS.

Las actividades económicas de la población se encuentran representadas por la floricultura, por lo que las plantas son comercializadas en lugares de venta como el mercado de Jamaica, la central de abastos, mercados de Xochimilco y en algunos estados de la República.

3.1.4 RECURSOS PARA LA SALUD.

Cuenta con los siguientes servicios de salud: Centro de Salud T-1, Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS), consultorios médicos privados e instituciones aledañas a donde el personal del CCOAPS refiere a los usuarios para su atención, tales como: Hospital General de Milpa Alta, Hospital Materno Infantil de Tláhuac y Hospital Pediátrico de Xochimilco. (UNAM-ENEO-CCOAPS ,1992).

3.1.5 CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD.

Entre las causas de Morbilidad se tiene:

1. Enfermedades agudas de vías respiratorias superiores.
2. Enfermedades gastrointestinales.
3. Diabetes Mellitus.
4. Enfermedades genitourinarias.
5. Trastornos de la conducta.
6. Enfermedades cardiovasculares
7. Enfermedades infectocontagiosas.
8. Enfermedades cerebrovasculares.
9. Enfermedades del sistema nervioso.
10. Enfermedades del sistema inmunológico.

Entre las causas de Mortalidad:

1. Enfermedades cardiovasculares.
2. Cáncer.
3. Diabetes mellitus.
4. Cirrosis hepática.
5. No específico.
6. Enfermedades gastrointestinales.
7. Neumonías.
8. Cisticercosis.
9. Ancianidad.
10. Prematurez. (UNAM-ENEO-CCOAPS. 1997).

IV. MARCO TEORICO.

4.1 ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento se ha definido como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte. Se ha definido por tanto, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por suma de déficit con el paso de los años.

4.2 CAMBIOS FÍSICOS EN LA TERCERA EDAD.

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos cardiovasculares, cambios patológicos estructurales del aparato respiratorio, muscular, óseo, digestivo, genito-urinario, cambios en la boca y dientes, cambios en los órganos sensoriales tales como disminución de la agudeza visual y pérdida auditiva, la piel denota enrojecimiento, se acompaña frecuentemente de una mayor lentitud en la capacidad psicomotriz y de una disminución en los mecanismos termorreguladores del anciano, todo ello puede suponer un riesgo para la salud del individuo.

Cambios en el aspecto exterior:

- Con la edad se reduce la estatura aproximadamente 1 cm., por década, a partir de los 40-50 años, por disminución en la altura de los cuerpos vertebrales. El tronco se vuelve más grueso y las extremidades más delgadas. Hay un aumento de la curvatura de la columna vertebral llamada cifosis proporcionando ese aspecto encorvado que ha ilustrado en ocasiones la vejez.
- La marcha se altera con disminución del braceo y aumento de la base de sustentación.

- La piel pierde flexibilidad y elasticidad con pérdida de una proteína llamada colágeno y aparición de las arrugas.
- Disminuyen las glándulas sudoríparas con disminución de la sudoración lo que predispone al anciano a alteraciones en la regulación de la temperatura.
- El pelo puede perder las células productoras del pigmento melanina y aparecen las canas.

Cambios en la composición corporal:

- Con el envejecimiento se pierde masa muscular y por tanto se pierde fuerza y capacidad para tener máximas prestaciones físicas.
- Disminuye el agua corporal en el organismo. En un joven el agua representa aproximadamente el 60% del peso corporal pasando al 50% en los ancianos. Esta pérdida se produce sobre todo por pérdida del agua dentro de las células. Supone una mayor predisposición a la deshidratación en el anciano.
- Mientras que la masa magra disminuye la grasa corporal aumenta redistribuyéndose sobre todo en el tronco.
- Se pierde también masa ósea lo que favorece la aparición de osteoporosis y fracturas.
- Los órganos internos disminuyen de tamaño y peso con algunas excepciones como la próstata.

Cambios en los órganos de los sentidos:

VISIÓN.

- Pérdida de la grasa orbitaria y estenosis del conducto lagrimal.
- Depósito lipídicos en la córnea, sequedad de la conjuntiva y disminución en la elasticidad del cristalino.
- Cambios degenerativos en los músculos de la acomodación en el iris, en la retina y en la coroides.

Consecuencias de estos cambios:

- Apariencia de hundimiento de los ojos, laxitud de los párpados, ptosis senil, puede haber epífora, arco senil, reducción de la cantidad de lágrimas y aumento de la presión intraocular.
- Pupilas contraídas y reflejos lentos, deterioro de la agudeza visual y de la tolerancia al reflejo de la luz brillante; además puede existir reducción de los campos visuales.
- Lenta adaptación a la oscuridad, defectuosa apreciación de color y deterioro de la percepción visuo-espacial.

AUDICIÓN Y EQUILIBRIO.

- Degeneración del órgano de Corti.
- Pérdida de neuronas en la colea y en la corteza temporal.
- Disminución de la elasticidad de la membrana vacilar, afectando la vibración.
- Osteosclerosis de la cadena de huesillos del oído medio.
- Osteosclerosis de la cadena de huesillos del oído (cerumen).
- Disminución de la producción de endolinfa.
- Degeneración de las células vellosas en los canales semicirculares.

Consecuencia de estos cambios:

- Presbicusia, caracterizado por el deterioro de la sensibilidad al tono de frecuencia alta y a la percepción, localización y discriminación de los sonidos.
- Deterioro del control postural reflejo, lo que puede producir predisposición a las caídas por vértigo y disminución de la habilidad para moverse en la oscuridad.

OLFATO, GUSTO Y FONACIÓN

- Atrofia de las mucosas.
- Degeneración neural (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años).
- Atrofia y pérdida de la elasticidad con los músculos y cartílagos laringeos.

Consecuencia de estos cambios:

- Deterioro del sentido del gusto y del olfato con el consecuente riesgo de intoxicación por gas o alimentos descompuestos, anorexia y desnutrición.
- Disminución de la sensibilidad del reflejo de la tos y la deglución.
- Cambios en la voz.

SISTEMA LOCOMOTOR: MÚSCULOS, HUESOS Y ARTICULACIONES.

- Atrofia muscular que afecta tanto al número como al tamaño de las fibras; aparentemente eso es condicionado por desordenes metabólicos intrínsecos y por deservación funcional (disminución del impulso nervioso que mantiene el tono muscular).
- Osteoporosis.
- Cambios degenerativos, tejidos perís articuladoras y cartílago.
- Engrosamiento sinovial.
- Opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide, formación de quistes y descalcificación.

Consecuencia de estos cambios:

- Predisposición a la caries dental, al edentulismo y a la enfermedad periodontal.
- Problemas en la absorción de los elementos.

- Constipación y diverticulosis.
- Aumento del tiempo del metabolismo de algunas drogas en el hígado.

SISTEMA RESPIRATORIO

Los cambios estructurales que ocurren en el aparato respiratorio con un tórax más rígido y menos móvil y una disminución de la elasticidad pulmonar conducen a una disminución de la capacidad vital, del volumen de reserva respiratorio con un aumento del volumen residual que no se moviliza en el pulmón.

- Coalescencia de alvéolos; atrofia y pérdida de la elasticidad de los septum.
- Esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte.
- Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas.
- Osteoporosis de la caja torácica.
- Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales.
- Debilidad de los músculos respiratorios.

Consecuencia de estos cambios:

- Capacidad vital disminuida.
- Deterioro de la difusión de oxígeno.
- Eficiencia respiratoria disminuida.
- Disminución en la sensibilidad y eficacia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como el aclaramiento de moco, el movimiento ciliar y el reflejo de la tos.
- Cifosis e incremento de la pared del tórax.
- Predisposición a la infección.

SISTEMA CARDIOVASCULAR.

- Disminución de la elasticidad de la media arteria con hiperplasia de la íntima.
- Incompetencia valvular venosa, calcificación en las válvulas cardíacas.
- Rigidez de las paredes venosas.
- Depósitos del lipofucsina y fibrosis del miocardio.
- Aumento de la resistencia periférica.
- Disminución del gasto cardíaco.
- Deterioro de la microcircular.

Consecuencia de estos cambios:

- Dilatación y prominencia de la aorta.
- Presencia de soplos cardíacos.
- Predisposición a los eventos tromboembólicos.
- Disminución en la capacidad de actividad física.
- Insuficiencia venosa, con el consecuente riesgo de éxtasis y úlceras tróficas.
- Trastornos de la micro-circulación periférica.

SISTEMA GÉNITO-URINARIO

- Engrosamiento de la membrana basal de la cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad.
- Cambios degenerativos en los túbulos y atrofia y reducción del número de nefronas.
- Atrofia de la mucosa vaginal.
- Laxitud de los músculos perineales.
- Atrofia de acinos y músculos prostáticos, con áreas de hiperplasia (la hiperplasia nodular benigna está presente en el 85% de los hombres de 80 años y más).

Consecuencias de estos cambios:

- Falla en la respuesta rápida a cambios de volumen circulatorio.

- Disminución de la capacidad de excreción por el riñón lo que produce un aumento de susceptibilidad a la intoxicación por drogas y sus metabolitos y aumenta los efectos secundarios de estos.
- Dispareunia (dolor al coito) en la mujer.
- Aumento de la susceptibilidad a las infecciones.

PIEL

- Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos.
- Cambios pigmentarios.
- Hiperqueratosis epidérmica.
- Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas (esclerosis arterial).
- Reducción de la grasa subcutánea.

Consecuencia de estos cambios:

- Piel seca, arrugada, frágil y descolorida.
- Pelo cano y caída parcial o total del mismo.
- Uñas frágiles engrosadas torcidas y de lento crecimiento.
- Placa seboreica.
- Disminución de las propiedades de aislamiento de la piel necesarias para la termorregulación.
- Disminución de la capacidad de protección de las prominencias óseas.
- Prurito.
- Aumento de la susceptibilidad a la úlcera por presión.

SISTEMA INMUNOLÓGICO

- Disminución de la respuesta inmunológica de tipo hormonal a cargo de las células contra antígenos extraños y aumento de la respuesta a antígenos autólogos (del mismo organismo).

Consecuencia de estos cambios:

Aumento de la susceptibilidad a las infecciones a las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

SISTEMA ENDOCRINO

- Disminución de la tolerancia a la mucosa.
- Disminución de la actividad funcional tiroidea.
- Cambios en la secreción de la hormona antidiurética.

Consecuencia de estos cambios:

- Predisposición a la descompensación en los enfermos diabéticos.
- Respuestas metabólicas lentas.
- Respuesta lenta a los cambios de la osmolaridad corporal. (Tortota y Anagnostakos, 1999)

4.3 CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN LA TERCERA EDAD.

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en las capacidades intelectuales. Se observa de manera considerable la pérdida de memoria. También existe una disminución en la capacidad de atención.

A partir de los 30 años se inicia un declive de las capacidades intelectuales que se va acelerando con la vejez. En esta etapa de la vida hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas, esta se acompaña de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento. La capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas. La creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo.

El carácter y personalidad no suelen alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas. La capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas.

4.4 CAMBIOS SOCIALES EN LA TERCERA EDAD.

En la tercera edad hay un cambio de rol individual que se presenta en tres dimensiones:

- El adulto mayor como individuo. Los individuos en su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.
- El adulto mayor como integrante del grupo familiar. Las relaciones de esta persona con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse su ingreso a un asilo.
- El adulto mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas, etc.) Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

Cambios de rol en la comunidad.

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El adulto mayor suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas

tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. No debemos olvidar que el hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

Cambios de rol laboral.

La jubilación es la situación de una persona que tras haber cumplido una determinada edad y haber desarrollado durante un considerable número de años una actividad laboral, cesa en su oficio y tiene derecho a una pensión.

El cambio en las costumbres laborales que llega con la jubilación tiene sus consecuencias, la adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad.

Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral y los recursos económicos disminuyen.

El anciano deberá de prepararse antes de la jubilación, debe conocer las consecuencias de la jubilación para prevenir sus efectos negativos. Será necesario en algunos casos buscar actividades alternativas para que la jubilación en vez de suponer un deterioro en la calidad de vida, por el contrario suponga un incremento de la misma.

4.5 POBLACIÓN GERIÁTRICA EN EL MUNDO Y EN MÉXICO.

La esperanza de vida ha aumentado en forma muy pronunciada desde el fin del siglo XX a escala mundial. En las últimas décadas la proporción de población geriátrica ha aumentado debido a los avances médicos para alcanzar más eficaces tratamientos de enfermedades.

Actualmente en el mundo existen aproximadamente 600 millones de adultos mayores y se estima que para el año 2020 serán 1,000 millones (Molina, 2003) La edad en que se alcanza la vejez se ha fijado en los 65 años; sin embargo, la

Organización Mundial de la Salud establece el límite en los 75 años.

En México, de representar cuatro por ciento en 1970, los mayores de 65 años representarían diez por ciento de la población en 2025, alrededor de 12.5 millones de adultos mayores (Secretaría de Salud y Asistencia, 2001). Hoy en día, existen siete millones de personas mayores de 60 años y se proyecta que para 2050 uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 60 años. En la ciudad de México hay 586, 938 habitantes de 60 años y más, que representan 7.1 % del total de la población, de los cuales, 40% corresponde al sexo masculino (240mil 620) y 60% al femenino (346mil 363). Este porcentaje se encuentra más concentrado en las delegaciones políticas Gustavo A. Madero (90mil 524), Iztapalapa (71mil 248), Cuauhtémoc (63mil 533) y Benito Juárez (59mil 315), [Martín, 2003].

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 2000), en Xochimilco se encuentran concentrados 15mil 460 ancianos. Específicamente en San Luis Tlalxialtemalco, del grupo de 50 – 64 años 750 y de mayores de 65 años 440 adultos mayores, por lo que es de suponerse que la población mayor de 60 años corresponde a más de 500 adultos mayores.

4.6 SITUACIÓN ECONÓMICA DE LOS ADULTOS MAYORES.

Información del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) indican que, si bien el 90% de las personas de la tercera edad vive con algún familiar, la mitad de ellos no cuenta con las condiciones socioeconómicas necesarias para hacerlo dignamente. Dos millones de ellos viven en extrema pobreza (Montes de Oca, 2003).

Martín (2003), informa que sólo 24.82% participa en una actividad económica. 39.7% de los hombres permanece activo y sólo 13.5% de las mujeres lo está. De los hombres, 60.6% vive de su pensión y 34.4% recibe ayuda de algún familiar, el resto se

mantiene de rentas y ahorros. De las mujeres, 9.25 % se sostiene de la pensión, 91.5% por sus familiares y el resto de sus rentas, ahorros o pensión por viudez. Setenta y cinco por ciento de los adultos mayores no ha cotizado en la seguridad social.

4.7 MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL ADULTO MAYOR.

Cifras estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social informan que el 80% de sus asegurados tienen algún padecimiento crónico, donde la hipertensión, la diabetes, la artritis y la *depresión* son los problemas de salud más frecuentes en ellos (Montes de Oca, 2003). Sin embargo poco se sabe sobre la magnitud de esta última enfermedad.

Esto se reflejó en las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) en las cuales no registra la depresión:

1. Enfermedades del corazón.
2. Diabetes mellitus.
3. Tumores malignos.
4. Enfermedades cerebro vasculares.
5. Enfermedades del hígado.
6. Influenza y neumonía.
7. Enfermedades del aparato urinario.
8. Deficiencias de la nutrición.
9. Enfermedad hipertensiva.
10. Accidentes.

La depresión es sin embargo, otro de los trastornos más frecuentes que se presentan en la llamada tercera edad. Un número importante de personas cree que los adultos mayores están deprimidos por ser personas grandes y no se dan cuenta que la falta de actividades (sociales, personales y laborales entre otras) genera estados depresivos. Frente a ello, casi nunca se diagnóstica a la depresión como una enfermedad que se desarrolla en este sector poblacional. Desde luego, las consecuencias de un deficiente análisis pueden conducir a la

muerte del paciente, de allí que es fundamental su diagnóstico y tratamiento oportuno.

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos varían dependiendo del lugar de residencia y el criterio de diagnóstico. Blazer, et al (1998) establece que entre 10 y 20% de las personas que viven en la comunidad, se sienten tristes o incómodos (estado disfórico) y cerca del 9% presentan alteraciones consistentes con depresión significativa.

La prevalencia de estas alteraciones es aún mayor entre los ancianos que se encuentran recluidos en hospitales y asilos, en aproximadamente 12% se observa depresión mayor, así como otros síndromes depresivos en el 23% de los mayores de 70 años hospitalizados por enfermedades agudas o agudización de las crónicas de acuerdo con Koening, et al (1998).

Romero, (2002) expone que la depresión se presenta de 5 a 10% en las personas mayores de 60 años, por otra parte, Ibáñez (2003), señala que en el hospital "Primero de Octubre" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) han aumentado de manera considerable los casos agudos de depresión en los adultos mayores.

Reyes, et al (2003), reporta que en San Luis Tlaxialtemalco de un total de 382 adultos mayores, 110 presentaron depresión (28.8%). Este porcentaje es considerablemente elevado con respecto a lo que señalan otras investigaciones.

4.8 DEPRESIÓN.

La depresión o trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el estado de ánimo y los pensamientos. Existen varias definiciones que nos ayudan a describir esta enfermedad, muchas tienen similitud entre sí, todas ellas nos llevan a definirla como un estado patológico caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada, una falta de confianza en sí mismo, un gran pesimismo y una carencia de interés en la vida (García, 1998).

Es probable que la depresión sea el ejemplo más común de la presentación inespecífica y atípica de la enfermedad en el anciano. Los signos y síntomas sean el resultado de diversas enfermedades físicas, manifestaciones de la depresión o algún trastorno relacionado que requiera diagnóstico y tratamiento psiquiátricos específicos.

La depresión generalmente se clasifica en términos de gravedad: leve, moderada o severa. El médico puede determinar el grado de depresión y de acuerdo con esto se plantea la forma de como se debe tratar.

4.9 TIPOS DE DEPRESIÓN.

Se habla de tres tipos de depresiones que pueden afectar a la población de adultos mayores: la exógena o reactiva, la endógena y la somatógena o secundaria. La Asociación Europea de Orientación y Ayuda Psicológica [AEOAP], (2004), las definen como:

Depresión exógena fundamentalmente causada por factores externos - está relacionada a un suceso en particular como la muerte o enfermedad de un ser querido, problemas económicos, problemas emocionales, decepciones en el hogar, etc. También se denomina depresión reactiva, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otro acontecimiento externos recientes. Se supone que las depresiones sin una historia de tensión externa se deben a algún proceso biológico intrínseco o endógeno. Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intra-individuales según el momento evolutivo, influyendo la persistencia de los factores, la profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no, en la depresión que producirán.

Existe una relación entre la tensión, la separación, la pérdida y otros acontecimientos vitales con los diversos síndromes de la depresión reactiva. Hay que subrayar la importancia de las causas experienciales y ambientales, ya que los acontecimientos de la vida se consideran significativos en la patogénesis de la depresión.

La AEOAP expone que Pay Kel, (1979); afirma que "existe un riesgo seis veces mayor de desarrollar una depresión en los seis meses siguientes a la aparición de acontecimientos vitales estresantes", como por ejemplo la independencia y el abandono del hogar por parte de los hijos. Toda la fisiología y la patología del estrés son inseparables de la emoción, de la angustia y de la depresión, sobretudo en cuanto representan los esfuerzos adaptativos del organismo para afrontar una situación de alarma.

Depresión endógena. Este tipo de depresión tiene una causa fundamentalmente biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por las tardes y su patología se relaciona con el cambio de estación (hay un aumento de síntomas depresivos en primavera y otoño). Frecuentemente su iniciación y curso se asocia a ritmos biológicos. Suelen ser hereditarias.

Depresión somatógena. Este tipo de depresión es secundaria a causas físicas específicas y patologías orgánicas demostrables. También se llaman depresiones orgánicas, las causas más frecuentes son:

- Trastornos tiroideos
- Anemias
- Infecciones víricas
- Lupus
- Cáncer
- Parkinson
- Causas yatrógenas:
 - fármacos como anticonceptivos orales
 - corticoides
 - antihipertensivos
 - psicolépticos
 - y otros.

4.10 CUADRO CLÍNICO.

La tristeza, apatía y desánimo son los síntomas más visibles de depresión, enfermedad que en la actualidad se presenta con gran frecuencia en México. Puede ocasionar alteraciones del

pensamiento, de forma que los pacientes valoran negativamente sus capacidades o su responsabilidad en los acontecimientos, y ven todo color negro. Esta es una razón por la que muchas personas que tienen este padecimiento adoptan conductas autodestructivas e intentan suicidarse, consumen drogas o caen en el alcoholismo.

Otros síntomas que genera son: ansiedad, insomnio o sueño excesivo, pérdida o aumento de peso, cansancio, llanto incontrolable, sentimiento de culpa, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, falta de memoria, dolores de espalda y estómago, pérdida del interés sexual y capacidad para adaptarse a las situaciones de estrés; asimismo, el sistema inmunológico se debilita, lo que incrementa la predisposición a contraer enfermedades.

Se puede presentar en distintos niveles y para recibir el diagnóstico de depresión mayor la persona debe presentar diariamente, por un mínimo de dos semanas, un estado de ánimo depresivo y al menos la mitad de los siguientes síntomas:

- Mal apetito o pérdida de peso significativo.
- Insomnio o hipersomnio.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Pérdida de interés o gusto por las actividades usuales o disminución de la función sexual.
- Falta de energía o fatiga.
- Sentimientos de minusvalía, de autorreproches o culpa excesiva.
- Disminución en la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o intento de suicidio.

Existen criterios establecidos para el diagnóstico de la depresión que se usan como regla general para todas las personas; los ancianos presentan una sintomatología similar a la que aparece en otras épocas, pero con diversos rasgos diferenciales como:

- Los episodios tienden a ser más crónicos y prolongados.

- Se presenta con más asiduidad sintomatología ansiosa y agitación.
- Es más frecuente la sintomatología paranoide.
- Son más comunes los síntomas hipocondríacos y somatizaciones varias.
- Más riesgos de suicidio.
- Insomnio más intenso.
- Superior resistencia al tratamiento.
- Disminución importante de 105 rendimientos cognitivos.

La diferencia más notable entre la depresión de los jóvenes y la de los adultos mayores es la tendencia de estos últimos a negar o minimizar la disforia. Más que quejas de infelicidad, en el anciano se presenta mayor tendencia a estar más apático y solitario.

Suelen manifestar sentimientos de inutilidad, pérdida de autoestima, alteraciones perceptivas de la memoria, trastornos del sueño, del apetito, alteraciones de la motricidad y, sobre todo, alteraciones somáticas. De forma alternativa, la depresión en éstos pacientes pueden resultar de la presencia de ilusiones paranoides con tal intensidad que los síntomas depresivos subyacentes pasen inadvertidos.

De acuerdo con Calderón, (1998); los síntomas del cuadro depresivo se dividen en cuatro partes:

TRASTORNOS AFECTIVOS

SÍNTOMAS

MANIFESTACIONES

| | |
|----------------|---|
| Indiferencia. | Disminución o pérdida de intereses vitales. |
| Tristeza. | Con o sin tendencia al llanto. |
| Inseguridad. | Dificultad para tomar decisiones. |
| Pesimismo. | Derrotista, da origen a dependencia a la familia. |
| Miedo. | Específico o diferenciado. |
| Ansiedad. | Más intensa en la mañana. |
| Irritabilidad. | Agresividad que da origen a problemas familiares y laborales. |

TRASTORNOS CONDUCTUALES

SÍNTOMAS

Actividad disminuida.
Productividad disminuida.
Impulsos suicidas.
Impulsos a la ingestión de alcohol y drogas.

MANIFESTACIONES

Descuido de sus obligaciones y aseo personal.
Mal rendimiento en el trabajo.
Ideas o intentos de privarse de la vida.
Tendencia a beber o utilizar drogas como mecanismo a la ansiedad.

TRASTORNOS INTELECTUALES

SÍNTOMAS

Sensopercepción disminuida.
Trastornos de la memoria.
Disminución de la comprensión.
Ideas de culpa o fracaso.
Pensamiento obsesivo.

MANIFESTACIONES

Mala capacitación de estímulos.
Dificultad para la evocación.
Dificultad de comunicación.
Auto devaluación e incapacidad de enfrentamiento.
Ideas de recuerdos repetitivos molestos.

TRASTORNOS SOMÁTICOS.

SÍNTOMAS

Trastornos en el sueño.
Trastornos en el apetito.
Disminución de la libido.
Cefalea tensional.
Trastornos digestivos.

MANIFESTACIONES

Insomnio, inquietud al dormir e hipersomnia.
Anorexia, pérdida de peso o hambre compulsiva.
Debilitamiento o desaparición del deseo sexual.
Afecta a los músculos de la nuca y temporales.
Dispepsia, aerofagia,

| | |
|------------------------------|--|
| Trastornos cardiovasculares. | meteorismo y nauseas. Trastornos de la frecuencia del ritmo cardíaco. |
| Otros. | Mareos, prurito y alopecia. |

4.11 DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de los cuadros depresivos es básicamente clínico. Los síntomas somáticos inespecíficos o múltiples sugestivos no deben diagnosticarse como tales, hasta que sea posible excluir las enfermedades físicas. Los criterios diagnósticos normales deben ser la base para diagnosticar las diversas formas de depresión en el adulto mayor. Los episodios depresivos mayores deben diferenciarse de otros diagnósticos como el duelo sin complicaciones, el trastorno bipolar, el trastorno distímico y los trastornos de adaptación como estado de ánimo deprimido. Debe de obtenerse una consulta con psiquiatras, psicólogos, o ambos, con experiencia en adultos mayores, para ayudar al diagnóstico y tratamiento de las alteraciones depresivas. Siempre que exista incertidumbre acerca del diagnóstico, puede ser útil una prueba terapéutica prudente y adecuada.

El *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders Mental* de la American Psychiatric Association (DSM-R) (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987) establece varias clasificaciones y diagnósticos que tienen utilidad para describir las depresiones en el anciano:

Trastornos afectivos

- Trastornos afectivos mayores
 - Depresión mayor
 - Episodio único
 - Recurrente
- Trastorno bipolar
 - Mixto
 - Maníaco
 - Deprimido
- Otros
 - Trastorno ciclotímico
 - Trastorno distímico (neurosis depresiva)

- Trastorno bipolar atípico
- Depresión atípica
- Trastornos mentales orgánicos
 - Demencia con depresión
 - Síndrome orgánico de estado de ánimo
- Trastornos de adaptación
 - Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido
- Otros
 - Duelo sin complicaciones

Para establecer un diagnóstico de un episodio depresivo mayor se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

- A. Presencia de por lo menos cinco de los siguientes síntomas durante el mismo periodo de dos semanas que representan un cambio del funcionamiento previo. Por lo menos uno de dichos síntomas es 1) estado de ánimo deprimido o 2) pérdida de interés o placer (No incluye síntomas con origen claro en la alteración física, ilusiones incongruentes con el estado de ánimo o alucinaciones, incoherencia o pérdida importante de las asociaciones)
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según lo refiere el mismo sujeto o por observaciones de otros.
 2. Disminución importante del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del de los días (lo refiere el propio individuo, o bien otras personas, observan apatía la mayor parte del tiempo).
 3. Pérdida o aumento ponderal importante cuando no se lleva una dieta (>5% de peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnio casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (otros lo observan, no sólo hay sensaciones subjetivas de inquietud o lentitud).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inadecuada (la cual puede ser ilusoria) casi todos los días (no sólo un autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Menor capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (por referencia personal o por observación de otros).
 9. Ideas recurrentes acerca de la muerte (no sólo temor a morir) ideas suicidas recurrentes sin un plan específico, o intento suicida o plan específico para cometer el suicidio.

- B.
 - 1. No se puede establecer un factor orgánico que iniciara o mantenga el trastorno.
 - 2. El trastorno no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo sin complicaciones).
- C. En ningún momento de la evolución del trastorno han existido ilusiones o alucinaciones hasta por dos semanas en ausencia de los síntomas anímicos principales (por ejemplo, antes que aparezcan los síntomas anímicos o después que remitieron).
- D. No se sobrepone a esquizofrenia, trastorno esquizoide, trastorno por ilusiones o psicótico.

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés *Geriatric Depression Scale*), de Yesavage ha demostrado ser útil en el diagnóstico de depresión en ancianos (Hoffman y Hall, 1996).

A causa de la sobreposición entre signos y síntomas depresivos y la enfermedad física, y la relación estrecha entre muchas enfermedades orgánicas y la depresión, los pacientes geriátricos que se presentan con lo que parece ser una depresión, deben someterse a una exclusión cuidadosa de enfermedades somáticas. Un examen físico ayuda a determinar si la depresión está siendo causada por una condición médica, evaluación psicológica, exámenes de sangre: un conteo sanguíneo completo o diferencial sanguíneo, exámenes de función de la tiroides, exámenes de funcionamiento renal o hepático. Debido a que los problemas del sueño son un signo prominente de depresión se puede realizar un electroencefalograma durante el sueño para medir el tiempo que tarda la persona en llegar a la fase de movimiento rápido de los ojos (REM, por sus siglas en inglés *Rapid Eyes Movement*) el período en el cual ocurren los sueños. Generalmente se tarda unos 90 minutos. En una persona con depresión se suele alcanzar en menos de 70 minutos.

4.12 TRATAMIENTO.

La elección del tratamiento depende de muchos factores, incluyendo el problema primario que causa la depresión, la gravedad de los síntomas, la disponibilidad de las diversas

opciones y los trastornos subyacentes que pudieran contraindicar una forma específica de tratamiento (déficit auditivo o visual, cardiopatías que contraindicarán el uso de ciertos medicamentos).

De forma amplia, el tratamiento puede ser dividido en tres clases: *tratamiento físico*, principalmente fármacos antidepresivos, *técnicas psicológicas* y *apoyo social*.

Cuando la depresión es grave, que es cuando ya se encuentran afectados de forma intensa el apetito, el peso, el sueño, la capacidad de concentración y las ganas de vivir, se necesitará un tratamiento físico, comenzando por los fármacos antidepresivos.

Se ha demostrado que la terapia con antidepresivos mejora la calidad de vida en pacientes de edad avanzada con problemas de depresión. A este tipo de medicamentos se les debe llevar un control cuidadoso para evitar efectos secundarios y sus dosis deben ser generalmente más bajas e incrementarse en una forma más gradual que las de los adultos. Los medicamentos neurolépticos pueden ayudar a tratar la agitación en algunas personas y en caso de que las demás terapias hayan fallado, se puede recomendar la terapia electroconvulsiva en personas con depresión severa.

En la actualidad se dispone de diferentes tipos de antidepresivos. Todas estas pastillas pueden dar lugar a efectos secundarios. La mayoría de estos efectos secundarios son más molestos que realmente graves, y suelen desaparecer o disminuir después de unos días de tratamiento, de forma que se debe ser constante y seguir adecuadamente las indicaciones del médico. Los antidepresivos generalmente necesitan un mínimo de 7 a 10 días para empezar a hacer su efecto, por lo tanto es recomendable no abandonar el tratamiento antes de que haya tenido oportunidad de experimentar sus efectos benéficos. Probablemente se necesite de cuatro semanas antes de que los síntomas de la depresión mejoren o desaparezcan por completo.

Sin embargo se tiene que considerar que, si el adulto mayor presenta alguna otra enfermedad o si se tiene sospecha de que

los síntomas estén siendo enmascarados por otro tipo de padecimiento somático, entonces se debe prestar atención en el momento de hacer una elección en el tratamiento farmacológico.

Calderón (1998) menciona que, cuando hay sospecha que una enfermedad activa o un medicamento específico son la causa de las manifestaciones depresivas, estos deben atenderse antes de iniciar otros tratamientos, a menos que la depresión sea tan grave como para precisar un tratamiento inmediato (por ejemplo, cuando el paciente tiene ilusiones o tendencias suicidas). El tratamiento de la enfermedad física debe optimizarse y se eliminan todos los fármacos que pudieran estar agravando el cuadro depresivo, siempre y cuando sea posible.

Es posible usar varios tipos de medicamentos en el anciano como los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos, estimulantes (metilfenidato), inhibidores de la monoaminoxidasa, litio y otros agentes. Los que más se han usado en este grupo de pacientes son los antidepresivos tricíclicos, en general, los pacientes que responden mejor a estos fármacos tienen:

- Síntomas “endógenos” más notorios: pérdida ponderal, despertar matutino temprano, variación diurna del estado de ánimo y retraso psicomotor o agitación.
- Más síntomas difusos y menor capacidad funcional.
- Antecedentes de depresión previa o respuesta a los antidepresivos tricíclicos.
- Antecedente familiar de depresión o respuesta a los tricíclicos.

Todos los agentes tricíclicos tienen el potencial de producir efectos colaterales molestos y a veces incapacitantes, aunque existen diferencias entre los medicamentos. Las personas con agitación psicomotriz, ansiedad importante e insomnio tal vez obtenga mejor resultado con un medicamento más sedante, como la doxepina o la trazodona (la cual tiene menor cardiotoxicidad que los tricíclicos): los pacientes con retraso psicomotor más notorio suelen responder mejor a un medicamento con menor actividad sedante.

Tanto en las formas menos graves de la depresión como en las más graves, una vez que los síntomas más importantes han sido controlados por los fármacos antidepressivos, los pacientes podrán experimentar grandes beneficios con el tratamiento psicológico. La idea de tener que "desnudar su alma" es desconcertante para muchas personas mayores, pero la mayoría de los enfoques psicológicos son muy útiles y prácticos.

Por ejemplo, la depresión puede dar lugar a un ciclo de pensamientos negativos que a su vez empeoran la depresión, y este patrón puede hacerse más positivo y saludable con el tratamiento psicológico. La ansiedad y la preocupación son frecuentes en la depresión, y el tratamiento psicológico puede ofrecerle técnicas para ayudarlo a relajarse y preocuparse menos; que van desde las cintas de relajación a las técnicas de manejo de la ansiedad.

Finalmente, la depresión puede estar condicionada por factores sociales, por ejemplo una vivienda sin condiciones o un vecindario problemático. Un trabajador social podrá aconsejarle sobre la necesidad de producir cambios al respecto. Sin embargo, se aconseja intentar no tomar decisiones de este tipo mientras se encuentra deprimido, ya que los pacientes se suelen arrepentir cuando mejoran. Por último, se recomienda hablar con los demás. La depresión frecuentemente conduce a aislamiento social y es necesario luchar contra el mismo.

En ocasiones, la depresión puede aliviarse a través de intervenciones sociales, las cuales ayudan a manejar el aislamiento o la soledad; por ejemplo, salidas en grupo, trabajos voluntarios (en el caso de ancianos sanos) o visitas regulares de personas allegadas.

El tratamiento de las condiciones médicas subyacentes o la suspensión de ciertos medicamentos pueden aliviar los síntomas.

4.13 NIVELES DE PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA. Promoción a la salud: educación sanitaria, vigilancia del desarrollo de la personalidad, exámenes

periódicos, mejoramiento de las condiciones laborales, educación familiar para el logro de estrechez en los vínculos interfamiliares, campañas de promoción cultural, etc. Protección específica: información sobre enfermedades depresivas, educación para la disminución de contaminación por ruido y aglomeraciones, alejamientos de centros laborales que provocan tensión, tratamiento de las alteraciones de la personalidad, asistencia a sitios de reunión y recreativos, evitar el abandono de adultos mayores, evitar uso de fármacos, mejoramiento de condiciones socioeconómicas para evitar migraciones.

PREVENCION SECUNDARIA. Diagnóstico temprano, en adultos mayores a través de la escala de Yesavage y tratamiento oportuno, historia clínica elaborada con paciencia y cuidado, estudio social retrospectivo, determinación de la dinámica familiar y laboral, explicación sobre su padecimiento, apoyo familiar y social, información sobre la depresión enmascarada, limitación de la incapacidad, tranquilizantes tipo benzodiazepinas, electrochoque, psicoterapia individual, remisión a contacto secundario, psicoterapia familiar social y laboral para lograr efecto, apoyo y comprensión hacia el paciente, y la mejoría en la dinámica de dichos grupos.

PREVENCION TERCIARIA. Rehabilitación, terapia física y ocupacional, accesibilidad al sector laboral, reincorporación a las actividades laborales y sociales, psicoterapia individual, familiar, laboral y social, hasta conseguir las condiciones óptimas para cada paciente.

4.14 CAUSAS QUE PUEDEN PROVOCAR DEPRESIÓN: FÍSICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.

Es a partir de los 60 años que el individuo comienza un nuevo periodo en la vida. Es cuando empieza a tomar conciencia de que su vida esta cambiando y experimenta los cambios que surgen en él o se logra percatar con mayor precisión. Las pérdidas son frecuentes en esta edad. Son numerosos los procesos físicos y orgánicos que caracterizan el envejecimiento humano como la aparición de arrugas y pérdida de la elasticidad y tersura de la piel; disminución de la fuerza muscular y agilidad; aparición masiva de canas y en muchos casos caída del cabello; pérdida de la agudeza sensorial, principalmente auditiva y visual;

disminución paulatina de los sistemas respiratorios, circulatorio, urogenital, y alteración de la memoria y la capacidad intelectual.

Esta enfermedad es el ejemplo más común de la presentación inespecífica y atípica del adulto mayor. Los signos y síntomas quizá sean el resultado de algunas enfermedades físicas que existen con depresión. Estos trastornos en ocasiones se incrementan por causas de la herencia genética, la tensión nerviosa, el clima, los traumas psicológicos, concientizarse que está en la etapa final de la vida, la soledad, el aislamiento, la situación económica no muy estable, la jubilación, etc.

Causas Físicas.

Dentro de las causas físicas se encuentra que las manifestaciones de la depresión se acompañan de enfermedades en varias formas, algunas pueden manifestar la apariencia física de la depresión, incluso cuando ella no exista (como la enfermedad de Parkinson). Muchas enfermedades logran producir depresión de manera directa o evocar una reacción depresiva. Entre ellas encontramos los trastornos metabólicos como son: deshidratación, hiporazemia, uremia, trastornos del equilibrio ácido-base, hipoxia, hiponatremia e hipernatremia, hipoglucemia e hiperglicemia, hipocalcemia e hipercalcemia. Endocrinos: hipotiroidismo e hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, diabetes, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison. Infecciones: virales (neumonía, encefalitis); bacteriana (neumonía, infección urinaria, meningitis, endocarditis) y otras como tuberculosis, meningitis micótica, neurosífilis. Cardiovasculares: insuficiencia cardiaca congestiva, infarto agudo al miocardio. Pulmonares: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasia maligna. Digestivas: neoplasia maligna (páncreas, estomago), colon irritable, enfermedad ácido-péptica. Genitourinarios: incontinencia urinaria. Músculo esquelético: enfermedad articular degenerativa, osteoporosis, fractura de cadera, polimialgía reumática, enfermedad de Paget. Neurológicas: enfermedad cerebro-vascular, isquemia cerebral transitoria, accidente vascular cerebral, demencia (todos tipos), neoplasia intracraneal, tumores primarios o metastáticos. Otros:

anemia (de cualquier causa), deficiencias vitamínicas, neoplasia hematológica o de otro sistema.

El deterioro evidente de la salud que causa conforme avanza la enfermedad produce miedo o dolor crónico, incapacidad y dependencia. En el cuadro clínico a veces predominan las molestias somáticas, en lugar de síntomas psicológicos que a menudo niegan un estado de ánimo disfórico, son presentes la apatía y aislamiento, son menos frecuentes los sentimientos de culpa y predomina la pérdida de autoestima, es frecuente la incapacidad para concentrarse con el daño consecuente de la memoria y otras funciones cognoscitivas.

Existe también relación entre los medicamentos que se usan para tratar las enfermedades somáticas y tal vez ocasionen síntomas y signos de depresión. Algunos de ellos son: Antihipertensivos: reserpina, metildopa, propanolol, clonidina, hidralazina, guanatedina. Analgésicos: narcóticos (morfina, codeína, meperidina, pentazosina, propoxifeno) los no narcóticos como indometacina. Antiparkinsonianos: levodopa. Antimicrobianos: sulfonamidas, isoniazida. Cardiovasculares: digital, diuréticos, lidocaína. Hipoglucemiantes: sulfonilureas. Psicotrópicos: sedantes (barbitúricos, benzodiazepinas, meprobamato), antipsicóticos (clorpromacina, haloperidol) hipnóticos (hidrato de cloral, flurazepam). Esteroides (corticoesteroides, estrógenos). Otros: cimetidina, quimioterapéuticos, alcohol.

Otras causas físicas en el adulto mayor que pueden ser predisponentes a reacciones depresivas son la privación sensorial (pérdida auditiva o visual) ya que son responsables de la mayor información que llega del exterior y, por tanto, los déficit provocan una importante reducción en la interacción del individuo y su entorno. La ceguera o los deterioros visuales graves pueden limitar muchas actividades satisfactorias y, junto con la hipoacusia, alteran la comunicación y tienden a producir aislamiento social (Agüera *et al.*, 2002). Las discapacidades sensoriales importantes influyen en el desarrollo de la depresión.

Con la edad se produce una disminución de la capacidad para percibir los tonos de alta frecuencia a causa de la degeneración

del aparato receptor del oído interno en un fenómeno que se llama presbiacusia o sordera del envejecimiento. Esto dificulta la percepción de notas agudas o de consonantes en una conversación lo que puede hacerla ininteligible. Por otra parte, el cristalino se vuelve más denso, grueso y menos elástico perdiendo la capacidad de enfocar objetos cercanos, en un proceso que se llama presbicia. Quienes lo padecen comienzan a tener problemas al leer las letras pequeñas del periódico, a una distancia normal, pudiendo enfocarlas al alejar el periódico. La agudeza visual disminuye también con la edad pudiendo contribuir a la alteración de las células receptoras en la retina.

La función física la define Arranz, (2003); como la capacidad para mantener los roles personales y la integración del individuo en la comunidad, para lo cual es necesario mantener unos niveles razonables de capacidad física y mental. La capacidad funcional es entonces el nivel con que cuenta el individuo para poder desempeñar sus actividades de manera óptima. Es esta edad la que puede definir una calidad de vida satisfactoria y por tanto un envejecer con éxito. Sin embargo conforme aumenta la edad, dichas capacidades se van deteriorando o perdiendo, haciendo sentir al adulto mayor como un ser incapaz de llevar a cabo por sí solo las actividades que desempeñaba con anterioridad, pudiéndolo llevar a un estado depresivo. Es importante que el prestador de servicios de salud deba acercarse a conocer esta edad funcional en la valoración de las capacidades del anciano para así poder detectar las necesidades del individuo en esta etapa de la vida.

Causas Psicológicas.

Los aspectos psicológicos desempeñan un papel determinante en el rendimiento cognitivo. El estilo de vida está relacionado con la independencia, el sentimiento de autoeficacia y autocontrol y la salud subjetiva está positivamente ligado a su mantenimiento de rendimiento cognitivo durante la vejez. Los cambios en la motivación y la pérdida de interés conllevan una menor utilización de los recursos cognitivos. Esto es más acusado si hay una baja autoestima por motivos físicos o psicológicos. Si el sujeto se siente incapaz de realizar una tarea,

renunciará a buscar las estrategias que le permitirían llevarla a cabo y esto acrecentará los sentimientos negativos, cerrando un círculo a veces difícil de romper. El estado anímico, las situaciones de estrés y la percepción subjetiva de los problemas condicionan de forma manifiesta el rendimiento cognitivo.

Para conocer la personalidad de un anciano es preciso valorar su afectividad, voluntad, deseos, inteligencia y motivaciones. Las situaciones psicosociales y la propia personalidad del anciano pueden cambiar según su estado de salud, autonomía y crisis que pueden afectarle.

El proceso de desligamiento, descrito por Cumming y Henry (1998), en virtud del cual el individuo ansioso abandona actividades o rompe lazos sociales de convivencia, voluntariamente o forzado por los rechazos que percibe, para muchos el desligamiento es un mecanismo de defensa, una forma de buscar una situación más cómoda, más segura o más satisfactoria para él, tomando en cuenta que los sentimientos de estima de sí mismo y de contar para los demás, se acentúan con el paso de los años. (Agüera *et al.*, 2002).

Hay adultos mayores que el hecho de envejecer los motiva a descubrir nuevos roles en su vida, o les impulsa a buscar nuevos medios para conservar su habitual rol y no perder su status o razón de estar en el mundo social que conocen (Carnevali, 1988).

La valoración del estado mental es primordial, tanto en el que padece de enfermedad crónica, como en los que viven en asilos o en la comunidad. Van orientadas a evaluar la función cognitiva y tiene como parámetros la memoria, concentración, capacidad perceptual y psicomotora, sumando la capacidad de resolución de problemas y otros. La orientación, la memoria, juicio, cálculo numérico y abstracción son factores importantes en la valoración cognitiva. En el aspecto cognitivo existe un enlentecimiento global de las funciones mentales. Existe así mismo una pérdida de memoria reciente o a corto plazo. Hay también una disminución en la capacidad de aprendizaje fundamentalmente relacionada con trastornos de memoria de fijación, que es la que

almacena la información. Está conservada la memoria de evocación. La inteligencia no se altera en cuanto al cociente intelectual aunque parece disminuida la inteligencia reciente innata conservándose la inteligencia a largo plazo adquirida. Para la realización del examen mental se puede utilizar el *Mini Mental State Examination* de Folstein que tiene una alta especificidad entre los adultos mayores.

Puede afirmarse que los trastornos cognitivos más típicamente asociados a los estados depresivos son las de las áreas de atención, memoria a corto plazo y velocidad psicomotora. Agüera et al., (2002) informa que en una investigación realizada por Abas, en 1990, encontró que el 70% de los pacientes depresivos tenían problemas de memoria y enlentecimiento cognitivo.

No hay una modificación global de la personalidad asociada con el envejecimiento. No obstante parece que en esta etapa de la vida son más frecuentes la presencia de rasgos paranoides y quejas hipocondríacas. Personalidades frágiles e inmaduras pueden sin embargo tolerar mal las pérdidas asociadas a la edad pudiendo provocar cuadros depresivos.

Causas Sociales.

El hombre envejecido suele estar expuesto a cambios bruscos de situación con más frecuencia que en otras edades. Muchas veces estas nuevas situaciones de los ancianos están impregnadas de causas sociales tan displacenteras, como la soledad, la inactividad profesional y social, la inseguridad económica, la subestimación familiar, la enfermedad somática, lo cual acentúa más su acción depresiva.

Determinados déficit de apoyo social, como la capacidad limitada para desarrollar relaciones íntimas, podrían estar implicadas en la génesis de depresión del anciano. Dicha relación podría actuar como un “amortiguador” frente a pérdidas de tipo personal o económico (Agüera et al., 2002).

Se ha implicado a las circunstancias externas potencialmente productoras de estrés (los llamados acontecimientos vitales)

como factores precipitantes de los trastornos afectivos. Estos acontecimientos vitales, al recaer sobre un individuo que ya tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión. Los acontecimientos vitales más potentes para precipitar una depresión serían aquellos no deseados, no controlables, inesperados, y que suponen una amenaza o peligro importante para el sujeto; entre ellos, los acontecimientos que suponen una pérdida para el individuo (muerte del cónyuge o un familiar próximo, divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, abandono del hogar por parte de algún miembro de la familia) son los más claramente asociados al inicio de un trastorno depresivo.

La falta de un ingreso económico suficiente para cubrir todas sus necesidades o que no se ocupan de nada sienten que son una carga para los demás, se sienten inútiles y por lo tanto no realizados (Ruiperez, 1988).

Se ha mencionado que el gran cambio en esta edad es la jubilación del individuo, el adulto mayor debe tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas como la depresión.

Datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2003), informan que en México el índice de jubilados es de 459 901.

El jubilado, al interrumpir la actividad profesional, se ve obligado a afrontar más plenamente su mundo íntimo, y puede ocurrir que haga entonces crueles descubrimientos. Al llegar la jubilación y no disponer desde entonces de una vía libre para una nueva evasión, estos sujetos toman conciencia de la falta de significación de su existencia y se sumen a menudo en una depresión.

La jubilación representa una condición social particular, específica de los países desarrollados, que confronta a las personas con la realidad social de su edad avanzada. Para muchos supone el verdadero inicio de la vejez, una toma de conciencia de su propia edad y un cambio radical en la vida. El sujeto debe hacer frente a una nueva condición en general desvalorizada, que puede en algunos casos acompañarse de

una disminución de las posibilidades y de los beneficios materiales y afectivos. Se reconoce que esta condición puede ser fuente de displacer y de manifestaciones psicopatológicas. Es admitido por la comunidad, que el jubilado tiene un papel pasivo (“tiempo de inutilidad profesional”) y que la dependencia es consecuencia ineludible de la vejez. El status social de las personas ancianas en nuestro medio está marcado por la desaparición de las obligaciones profesionales y un cese de actividad remunerada. En este contexto, el anciano se ve privado de su status social y de las satisfacciones ligadas al trabajo, como prestigio, organización del tiempo, esperanzas, motivaciones. La posición social de los ancianos jubilados no es generalmente envidiable y gozan de un escaso reconocimiento de la comunidad (Agüera *et al.*, 2002).

La disfuncionalidad familiar y el estrés son factores condicionantes de enfermedades mentales. Los adultos mayores pertenecen a los grupos poblacionales que más riesgos enfrentan de desarrollar estos padecimientos.

Los ancianos que viven con sus familiares son a menudo la causa de mucha discordia. El anciano no siempre es una persona feliz viviendo con sus familiares. Los ancianos con ingresos adecuados se hallan contentos con vivir solos y se satisfacen con tener pocas visitas en lugar de muchas por parte de sus familiares.

Algunas situaciones psicosociales amenazadoras que pueden conducir a dificultades son un cambio brusco forzado en el medio, una aflicción, disminución de los contactos sociales, preocupación acerca de la potencia sexual que se desvanece (más notorio en el varón) dificultades para adaptarse a un clima cultural cambiante, temor a la muerte, la sensación de la pérdida de la posición social, prestigio o respeto y la frecuente fricción entre los ancianos y sus hijos.

Como se ha mencionado con anterioridad los acontecimientos que sufre una persona como puede ser la pérdida o la muerte de la pareja o un familiar próximo, el divorcio o separación, jubilación o pérdida de empleo, son los que están más claramente ligados al inicio de un trastorno depresivo.

El duelo es la respuesta biopsicosocial, universal y compleja que experimenta un individuo ante pérdidas significativas. El duelo parece necesariamente asociado a la muerte pero hay más circunstancias como la pérdida de objetos o situaciones que tienen un papel significativo en la vida del individuo como lo afirmó Lindermann en 1944: el trabajo, la libertad, la reputación, la pareja, un entorno social apreciado o un medio cultural. Estas pérdidas desempeñan un importante papel, muchas veces olvidado, en la vida emocional de la persona. Así pues el duelo de los adultos mayores se caracteriza por la disforia, soledad, llanto, pesimismo, problemas de concentración, ansiedad, falta de interés, indecisión, problemas de memoria y disminución de la autoestima. Las consecuencias del duelo en el adulto mayor destacan las consecuencias negativas que el fallecimiento de un ser querido conlleva y que parece recobrar una especial virulencia en el caso de los ancianos. Entre ellas y concentrándonos en las alteraciones emocionales, la depresión es la que sistemáticamente se relaciona con el proceso de duelo. Sin embargo debe destacarse que en el caso de los adultos mayores este proceso ejerce escasa influencia sobre la aparición e intensidad de los cuadros depresivos. El suicidio es la consecuencia prevenible más grave de la depresión, con un índice alarmante entre los pacientes geriátricos. Casi todos los estudios coinciden en que el riesgo suicida es mayor para los ancianos sin pareja, y que para los varones el riesgo en orden decreciente sería separados o divorciados, viudos y solteros. En el caso de las mujeres, las tasas de suicidios son siempre menores que las de varones con independencia del estado civil de estos. Sin embargo, las mujeres divorciadas tienen más riesgo que las casadas, aunque el suicidio está menos influenciado por su estado civil (Agüera *et al.*, 2002).

La literatura señala que el 15% de los adultos mayores que presenta depresión terminan suicidándose (González, 2000).

En síntesis todas estas causas suponen una disminución de la capacidad de respuesta y de reserva del organismo del adulto mayor ante situaciones de agresión que pueden suponer una importante vulnerabilidad ante la enfermedad depresiva.

V. METODOLOGÍA.

5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se plantea un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal ya que el propósito de la investigación es la descripción de los hechos, la recopilación de la información y la difusión de la información obtenida. El estudio es derivado de la investigación “Perfil del adulto mayor de San Luis Tlaxialtemalco, México, D.F, 2003” que surgió como parte de una estrategia para conocer las características del adulto mayor, se realizó un estudio descriptivo y transversal con fines diagnósticos, de octubre a noviembre de 2003, en el total de los adultos mayores de 60 años o más, de las tres áreas geoestadísticas básicas (AGEB) del pueblo de San Luis Tlaxialtemalco. Se excluyeron a 32 adultos mayores que no aceptaron participar en el estudio, que los familiares no permitieron entrar al domicilio y que a la tercera visita no se encontrara en su domicilio o fuera negado por el familiar; nueve encuestas fueron contestadas a través del cuidador primario por que el anciano presentaba algún tipo de discapacidad. La información fue obtenida a través de una encuesta, estructurada por la OPS/OMS 1990 y utilizada por Leitón 2001, que consta de 65 ítems más 6 escalas: Índice de Katz, índice de Lawton, cuestionario del estado mental de Folstein, escala de depresión geriátrica de Yesavage, examen para nutrición, escala de apoyo familiar y una lista de actividades para valorar la actividad social. A través de la encuesta se midieron variables como características demográficas, económicas, sociales, capacidad funcional, problemas y riesgos a la salud y utilización de los servicios de salud. Se cuidó el anonimato de la población de estudio y la aceptación de su participación voluntaria mediante la firma de un consentimiento informado. Una profesora, una especialista en enfermería del anciano y 36 estudiantes de enfermería, previa capacitación y prueba piloto, realizaron las encuestas. Los datos fueron vaciados y procesados en el programa SPSS versión 10 para su posterior análisis.

Teniendo como base los datos registrados por esta investigación, se logró obtener la información en cuanto al número de adultos mayores que presentan depresión.

5.2 UNIVERSO.

El universo está constituido por 382 personas mayores de 60 años y más que radica en San Luis Tlaxialtemalco. La población de estudio está integrada por 110 adultos mayores que presentaron depresión.

5.3 MUESTRA.

Está constituida por 53 adultos mayores que presentaron depresión y pertenecen al modulo A de San Luis Tlaxialtemalco. El método de muestra es no probabilístico y de sujetos voluntarios.

5.4 CRITERIOS PARA SELECCIONAR LA MUESTRA.

De inclusión:

1. Personas de 60 años y más que radiquen en San Luis Tlaxialtemalco y que pertenezcan al modulo A.
2. Personas 60 años y más que hayan sido entrevistadas en agosto 2003 y de la que se cuente con su instrumento de valoración.
3. Personas de 60 años o más con diagnóstico de depresión según la escala de Yesavage versión reducida, aplicada en la investigación "Perfil del adulto mayor de San Luis Tlaxialtemalco, México, D.F, 2003."

De exclusión:

1. Personas de 60 años y más que radiquen en San Luis Tlaxialtemalco pero que no pertenezcan al modulo A.
2. Personas de 60 años o más sin diagnóstico de depresión según la escala de Yesavage versión reducida, identificada en la investigación "Perfil del adulto mayor de San Luis Tlaxialtemalco, México, D.F, 2003."

3. Personas de 60 años o más que al ser entrevistadas, el instrumento haya sido contestado por un familiar por diferentes motivos.

5.5 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN.

1. Selección de datos e integración de la base de datos específica con adultos mayores que presentan depresión.
2. Procesamiento de datos.
3. Presentación de datos.

5.6 RECURSOS MATERIALES Y RECURSOS HUMANOS.

MATERIALES:

- Biblioteca de la ENEO
- Biblioteca central UNAM
- Hojas blancas
- Hojas para computadora
- Fotocopias (papelería)
- Computadora
- Disquetes
- Lápices
- Plumas
- Goma
- Calculadora
- Engrapadora
- Fichas de trabajo

HUMANOS:

- P.S.S. L.E.O José Fernando Álvarez Reséndiz.
- Asesora de tesis Mtra. Virginia Reyes Audiffred.

5.7 VARIABLES DE ESTUDIO.

- **Depresión.**

Definición conceptual: estado patológico caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada, una falta de confianza en sí mismo, un gran pesimismo y una carencia de interés en la vida (García, 1998).

Definición operacional: se midió de acuerdo al test de depresión en los adultos mayores (escala de Yesavage versión reducida) que consta de 15 preguntas de respuesta cerrada (si-no). A partir de 5-15 puntos se consideró presencia de depresión.

- **Causas psicológicas asociadas a la depresión.**

Definición conceptual: Cambios en las facultades intelectuales y mentales, en el proceso de envejecer (Molina, 2003).

Definición operacional: se empleó el test de Folstein corto (estado mental) que consta de 10 preguntas cerradas, considerando un puntaje de 8-10 deterioro mental severo, de 5-7 deterioro moderado, 3-4 deterioro mínimo y de 0-2 función mental intacta.

- **Causas sociales asociadas a la depresión.**

Definición conceptual: agentes causales relacionados con la forma de desempeñarse del individuo dentro de la sociedad que lo rodea (Molina, 2003).

Definición operacional:

Se utilizó una serie de preguntas cerradas para identificar la forma de desempeñarse del individuo dentro de la sociedad que lo rodea. Una lista de 16 actividades que realiza en su tiempo libre y 2 acerca de otras que no están específicas.

- **Causas físicas asociadas a la depresión.**

Definición conceptual: todos aquellos cambios físicos que sufre el individuo cuando llega a la vejez (Molina, 2003).

Definición operacional:

Se empleó el test de Katz (actividades básicas de la vida diaria) que consta de 6 preguntas cerradas con un puntaje de: 6= independiente, 5= dependencia moderada y 4-0= dependencia severa. El test de Lawton (actividades de la vida diaria instrumentada) que consta de 6 preguntas cerradas con opciones de respuesta: sin ayuda (2 puntos), algo de ayuda (1 punto) y total ayuda (cero puntos); en base al puntaje total será de: 12= independiente y de 0-11= dependiente. Además de una serie de preguntas cerradas para identificar los cambios físicos como deterioro en la función visual y auditiva y presencia de enfermedad.

5.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.

Fueron retomadas 30 preguntas cerradas y las escalas de valoración como la de Yesavage versión corta (depresión geriátrica), Katz (Actividades básicas de la vida), Lawton (actividades de la vida diaria instrumentada) Folstein (escala del estado mental), actividades durante el tiempo libre y la escala de apoyo familiar.

5.9 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Se utilizó la estadística descriptiva empleando el programa SSPS versión 10. Para la presentación de la información se hicieron cuadros de frecuencia y porcentaje, y gráficas con su respectivo análisis e interpretación.

VI. RESULTADOS.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.

La población de adultos mayores del módulo A es de 155, de los cuales 94 pertenecen al sexo femenino y 61 al masculino, 63% de ellos no presentaron depresión, 34% tiene depresión, y en 3% no fue posible hacer la valoración, ya que la encuesta fue contestada por otra persona.

Los siguientes porcentajes corresponden a las 53 personas que presentaron depresión. En cuanto a las características sociodemográficas se tiene que, el 83% son mujeres y el 17% son hombres. Con respecto a la edad, el 19% de ellos se encuentra entre los 60 y 64 años, el 15% en los 65 y 69 años, 27% en los 70 y 74 años, el 13% entre los 75 y 79 años, otro 13% en los 80 y 84 años y finalmente un 13% se encuentra entre los 85 y más años de edad.

Referente al estado civil, el 2% son solteros, 22% casados, 70% son viudos y el 6% están divorciados o separados.

El 59% de ellos cuenta con casa propia, en 34% la casa es de su hijo y el 7% restante es de otros. El 9% vive solo/a, 4% con esposo/a o conviviente, el 68% vive con familia tradicional de 2,3 y 4 integrantes, 19% con familia extensa de 2 a 7 integrantes.

El 91% se encuentra contento en su casa y el 9% no lo está. En las razones por no encontrarse contento se tiene que el 2% por los precios altos en los servicios públicos, 2% porque el piso está desnivelado y mojado, 2% porque siempre se encuentra con objetos con lo que puede resbalarse y caer, 2% por otra razón, y 1% no especificó.

El 89% no trabaja y el 11% (n=6) si tiene trabajo pagado, de los cuales 50% trabaja por razones económicas, 33% para no aburrirse en la casa y 17% por otra razón. El 51% desearía trabajar, un 30% no, 8% no especificó y en un 11% no aplica.

El 13% de los adultos mayores reciben su pensión, y 87% no tienen pensión. El 53% recibe vales del gobierno y el 47% no recibe.

Se obtuvo que el 19% tiene trabajo independiente, 36% es trabajador del hogar, 43% no aplicó, y el 2% no especificó. El 26% es trabajador del hogar por obligación, 51% no lo es y en 23% no aplica. El 6% recibe sueldo por trabajar en el hogar, el 70% no recibe sueldo y en el 24% no aplica.

El 2% recibe de dos a tres salarios mínimos, 19% de uno a dos salarios, 19% menos de un salario, 47% reciben de 100 a 677 pesos y un 13% no cuentan con ingresos fijos.

En el 32% de los casos el dinero que gana es gastado por el adulto mayor, en el 47% el dinero se une a los gastos de la familia, en 6% no se especificó y en 15% no aplicó.

En su estado mental, 10% presento deterioro intelectual severo, 13% tiene deterioro intelectual moderado, el 15% tiene deterioro mental mínimo y el 62% tiene su función mental intacta.

En cuanto a la actividad física el 74% no realiza ejercicio y el 26% (n=14) si hace ejercicio, del cual el 50% corre o trata, 36% hace ejercicio de estiramiento, gimnasia o aerobics, el 7% realiza bicicleta y otro 7% hace otros ejercicios. La frecuencia con que lo hacen es (n=14) 36% realizan ejercicio una vez a la semana, 14% dos veces a la semana, 14% tres veces a la semana y 36% lo hace diario.

El 74% de esta población sufre alguna enfermedad y el 26% no tiene, el 75% no presenta diabetes mellitus y el 25% si la presenta, el 70% tiene hipertensión arterial y el 30% no presenta, el 93% no tiene artritis y el 7% si tiene. Se obtuvo que un 83% no presenta varias enfermedades, el 7% tiene diabetes mellitus e hipertensión arterial, el 2% hipertensión arterial y artritis, el 6% tiene hipertensión arterial y otras y el 2% presenta diabetes mellitus y artritis.

En el 67% de la población no se presenta otra enfermedad o malestar, 2% tiene dolores musculares, 2% osteoporosis, 2% problemas pulmonares, 2% problemas del hígado, 2% problemas oculares (ceguera), 4% catarata y hernia, 7% problemas de circulación sanguínea, 2% gastritis, 2% herpes zoster, 2% problemas de la vesícula biliar, 4% hiperplasia prostática, y el 2% otras enfermedades.

El 34% utiliza lentes y el 66% no los utiliza. El 49% ve bien, el 32% ve regular y el 19% ve mal. Se tiene que el 72% escucha bien, el 19% lo hace de forma regular y el 9% escucha mal.

Un 81% de los adultos mayores encuestados no utilizan aparatos para movilizarse, 11% utiliza bastón, 2% muletas, 4% andadera, y 2% otros.

El 66% realiza sus actividades de la vida diaria de forma independiente, el 13% con dependencia moderada y el 21% con dependencia severa. El 15% de ellos es dependiente para bañarse y el 85% es independiente. El 13% es dependiente para vestirse y el 87% es independiente. El 13% puede asearse en el w.c de manera dependiente y el 87% independiente. El 9% se desplaza de forma dependiente y el 91% independiente. El 23% es dependiente para controlar sus esfínteres y el 77% es independiente. El 13% es dependiente para alimentarse y el 87% independiente.

El 28% es dependiente para realizar sus actividades instrumentadas mientras que el 72% es independiente. Las tareas domésticas las llevan a cabo el 15% con total ayuda, el 13% con algo de ayuda y el 72% sin ayuda. Las compras cerca las hacen el 24% con total ayuda, el 23% con algo de ayuda y el 53% sin ayuda. El 30% se puede transportar cerca con total ayuda, el 15% con algo de ayuda y el 55% sin ayuda. El 32% se transporta lejos con total ayuda, el 28% con algo de ayuda y el 40% sin ayuda. El 21% controla dinero con total ayuda, el 21% con algo de ayuda y el 58% sin ayuda. La forma en que controlan sus medicamentos es la siguiente, el 19% con total ayuda, el 11% con algo de ayuda y el 70% sin ayuda. Respecto a quienes les ayudan a desempeñar estas actividades se obtuvo

que al 17% le ayudan hijos, 13% hijas, 13% hijos e hijas, 7% nietos, 11% hijos, hijas y nietos, 8% esposa, hijos, hijas y nietos, 8% otro miembro de la familia, 4% esposa, hijos, hijas y nietos y otro miembro de la familia, 2% otra persona que no es miembro de la familia, 15% que no aplicó y 2% que no especificó.

En cuanto a la actividad social el 0% tiene alta actividad, el 9% de esta población se presenta una actividad social moderada y en el 91% se muestra una actividad social baja.

Respecto a las actividades que realizan en su tiempo libre se tiene que, el 21% de los encuestados nunca escucha radio, el 41% a veces y el 38% siempre. El 7% nunca ve televisión, 55% a veces y el 38% siempre. El 74% nunca lee el periódico, el 11% a veces y el 15% siempre. Un 81% nunca lee revistas, 8% a veces y 11% siempre. El 45% nunca recibe visitas, un 38% a veces y el 17% siempre. Un 93% nunca va al cine o teatro y un 7% a veces. El 58% nunca participa en grupos religiosos, el 21% a veces y otro 21% siempre. El 96% nunca asiste a eventos deportivos, 2% a veces y 2% siempre. El 87% nunca participa en eventos deportivos, 11% a veces y un 2% siempre. Un 60% nunca visita a los amigos, 30% a veces y 10% siempre lo hace. El 30% nunca visita a sus familiares, 47% a veces y 23% siempre. El 53% nunca va de paseo al campo, 36% a veces y el 11% siempre. Un 55% nunca asiste a reuniones sociales, 24% a veces y el 21% siempre. Se tiene que el 47% nunca teje, cose o borda, 36% a veces y 17% siempre. El 57% nunca cuida animales, 15% a veces y el 28% siempre. Un 32% nunca realiza quehacer en la casa, 15% a veces y el 53% siempre.

Las razones por las cuales no realizan actividades en su tiempo libre se informa que un 13% es por falta de recursos económicos, 38% por problemas de salud física que se lo impiden, 17% por falta de interés, 6% por falta de movilidad, 7% por realizar tareas domésticas, 2% por trabajar, 7% por otra razón, 4% no aplicó, 2% no especificó, 4% por falta de recursos económicos y salud.

El 26% recibe bajo grado de apoyo familiar, el 17% moderado grado y el 57% recibe un alto grado de apoyo familiar. En apoyo

de amigos se obtuvo que en el 25% el entrevistado no tiene amigos, 45% siempre recibe apoyo, el 13% a veces, el 15% nunca y un 2% no especificó. En apoyo de vecinos se informa que un 19% no mantiene relación con sus vecinos, un 43% siempre tiene apoyo, 23% a veces, 13% nunca y un 2% no especificó.

En 11% se reflejó que el entrevistado no tiene problemas importantes, 21% tiene problemas económicos, 49% tienen problemas de salud (deterioro físico y mental), al 4% le falta algún tipo de servicio o salud, 2% tiene problemas de vivienda, 2% tiene problemas de transporte, 9% tiene problemas familiares, 2% presenta problemas de aislamiento social (soledad).

6.2 DISCUSIÓN.

En los resultados correspondientes a los 155 adultos mayores que fueron estudiados, se observa un porcentaje elevado de presencia de depresión (34%) en comparación con datos de otras investigaciones que hablan del 10 al 20% de presencia de depresión en comunidad (Blazer, 1998).

Se observa que padecen depresión más las mujeres que los hombres. Lo anterior es confirmado por Blazer (1998), que dice que el trastorno depresivo es más común en las mujeres, independientemente del país donde se haga la observación. Se considera que la mujer tiene una probabilidad de tener esta enfermedad dos veces más que el hombre. Esto también se debe a que en donde se realizó el estudio existe una mayor población de mujeres (44) que de hombres (9) y que la esperanza de vida es de 78 años para el sexo femenino y 74 años para el masculino (CONAPO 2004).

Afecta en mayor cantidad a las personas que tienen un rango de edad entre los 70 y 74 años, edad en la cual la mayoría de ellos ya no están dentro del ámbito laboral y se tienen que dedicar a desempeñar otras actividades que en muchas ocasiones no son del todo satisfactorias y no son remuneradas. Existe una tendencia mayor a la presencia de depresión en las personas que han enviudado, que es una de las causas de esta enfermedad.

Con frecuencia se liga el cuadro depresivo con el mantenimiento de rendimiento cognitivo durante la vejez. En el estado mental de estas personas, se observó que la mayoría de ellos conserva un buen nivel lo cual significa que en este caso no fue un condicionante para que se presentara el trastorno.

Un gran número de este grupo etario no realiza ejercicio u otra actividad física, se ha visto que las personas de edad avanzada que practican ejercicio tienen menos probabilidades de estar deprimidas y presentan un riesgo reducido de deprimirse, según un artículo publicado en el "American Journal of Epidemiology" en 2002.

Una cifra importante sufre de alguna enfermedad, donde la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son significativas. Obviamente, estos problemas de salud física influyen en el desarrollo de la depresión y es así como vemos que las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes y la hipertensión arterial y los efectos provocados por los medicamentos para controlarlas, favorecen la aparición de trastornos depresivos.

Respecto a la agudeza visual y sonora, es importante resaltar que a pesar de que ocurren cambios en todos los órganos y sistemas del cuerpo, y estos van a significar una disminución en la capacidad del buen funcionamiento, en el mayor número de casos se observa que no hay alteraciones que puedan repercutir en el estado de ánimo ya que los entrevistados refirieron ver y escuchar bien. Sin embargo, la pérdida gradual de las capacidades, en especial de la auditiva y visual, son importantes causas para tener un déficit de funcionalidad y pueden ser un elemento importante para el desarrollo de la depresión. Como lo menciona Agüera *et al.*, (2002) la ceguera o deterioros visuales graves pueden limitar muchas actividades satisfactorias y, junto con la hipoacusia, alteran la comunicación y tienden a producir aislamiento social ya que son los responsables de la mayor información que llega del exterior y las deficiencias que existan, puede provocar una importante reducción en la interacción del individuo y su entorno.

Es notable que muchos de estos adultos mayores no utilicen algún aparato para poder movilizarse, esto se vio reflejado en que más de la mitad, llevan a cabo sus actividades como bañarse, vestirse, ir al W.C de manera independiente. Sin embargo existen otras actividades como las tareas domésticas, las compras cerca, el transportarse a distancias cercanas y lejanas, controlar dinero y medicamentos, en que el nivel de independencia estuvo casi igualado por el nivel de dependencia, ya que necesitan de total o algo de la ayuda de otra persona para poder desempeñarlas.

Datos importantes mostraron que la mayoría de este grupo de personas no realizan actividades en su tiempo libre (leer

periódico, revistas, ir al cine, participar en grupos religiosos, asistir a eventos deportivos o participar en ellos, visitar a los amigos, familiares, ir de paseo, asistir a reuniones sociales, coser, tejer, bordar, cuidar animales, etc.) y se reporta un nivel de actividad social baja. Entre las actividades que más les gusta realizar, mencionaron ver televisión y escuchar radio, dichas actividades son de tipo sedentario, por lo que se puede observar que existe una tendencia negativa a desenvolverse dentro de su entorno social comunitario. La falta de actividad social tiene como resultado un aislamiento, lo que conduce al individuo envejecido a caer en estados depresivos. El ser humano necesita estar en constante relación con otros individuos. Las razones que manifiesta este grupo para no socializar fueron en primer lugar los problemas de salud física que se lo impiden, lo cual nos habla de que existe un limitante que puede estar implícito para desencadenar la depresión. En segundo lugar refirieron la falta de interés en hacer las cosas, en ocasiones estos individuos no buscan relacionarse con otros porque sienten que están en una etapa de la vida en la que ya no son útiles y de esta manera se van marginizando. En tercer lugar se encuentra la falta de recursos económicos, este problema representa para el anciano una condición que es muy poco alentadora, ya que al hallarse en una edad en la que a llegado al cese de sus actividades laborales remuneradas, son escasa las posibilidades de tener entradas de dinero. La pérdida de la actividad laboral, económicamente remunerativa, se asocia a un incremento de los problemas depresivos. Sin embargo se ha observado que los hombres que pierden el empleo y tienen una red de apoyo psicológico (matrimonio y familia) firme, tienen menos probabilidades de sufrir depresión. En los resultados la mayoría presenta un apoyo familiar alto, pero, aunque este es un factor que evita la depresión, en la investigación no resultó así, ya que a pesar de esto, existe un número importante de personas con depresión.

En este caso la gran mayoría no cuenta con trabajo, los que si tienen, dijeron hacerlo por razones económicas y para no aburrirse en su casa.

La mitad manifestó que desearían trabajar por recibir dinero y no aburrirse. Los que no cuentan con un empleo pagado, se dedican a las labores del hogar en las cuales se reporta un porcentaje elevado en que no reciben ningún sueldo por hacerlo.

Por otro lado son muy pocos los casos que se encontraron en que los adultos mayores reciben su pensión, un gran número no cuenta con ella, sin embargo, poco más de la mitad de ellos reciben los vales que entrega el gobierno. En los casos en que la persona recibe dinero, una cifra considerable lo une a los gastos familiares.

Por todo lo anterior, se puede decir que es elevado el número de personas de este grupo de edad que tienen una cantidad de dinero mínima como ingresos fijos. Lo anterior indica que se sentirían más satisfechos y menos vulnerables ante el episodio depresivo si contarán con alguna actividad remunerada o mayores ingresos.

Las relaciones interfamiliares juegan también un papel importante en la aparición de depresión. Se obtuvo que un gran número de ellos cuenta con casa propia y que la habitan con su familia, que la componen de dos a cuatro integrantes, en general se encuentran contentos en ella, además de contar con buen apoyo familiar, de amigos y vecinos.

Entre los problemas más importantes que tienen, se encuentran los problemas de su salud y en segundo término los problemas económicos. Estos datos indican que la mayoría de esta población vive preocupada por estos dos problemas que son inevitablemente inherentes en el proceso de envejecimiento y que implican cambios en el estado de ánimo lo que puede conducir a que se presente la depresión.

VII. CONCLUSIONES.

La depresión es un problema al que se puede estar expuesto en cualquier etapa de la vida, sin embargo, a lo largo de este trabajo se pudo constatar que, cuando se llega a la edad en que la persona es considerado como adulto mayor, es más vulnerable ante esta enfermedad. Esto se debe a que ocurren acontecimientos que se pueden considerar como normales dentro del proceso de la vida, tanto en el aspecto físico y biológico que, predisponen otros en el aspecto social como la disminución de ingresos, aislamiento, soledad, jubilación, deterioro funcional, etc., y que favorecen la depresión.

Como prestadores de servicios de salud debemos tener conocimientos para saber detectar a tiempo los signos y síntomas que nos hagan sospechar que la persona atraviesa por un episodio inicial de depresión, para que no se complique y caiga en un estado más profundo, lo cual puede tener consecuencias graves como el suicidio. Pero lo más importante es implementar programas de prevención primaria, secundaria y terciaria, pero haciendo mayor énfasis en la primaria ya que esta es la que corresponde a la enfermería en todas las enfermedades para evitar que el daño se agudice. Lo anterior para mantenerlos activos de acuerdo con sus capacidades para que no se sientan inútiles, gran parte de este trabajo nos corresponde, a través de la realización de programas de atención domiciliaria y grupos de apoyo en donde se reúnan y así poder fomentar sus habilidades y capacidades e incluso, que puedan expresar sus necesidades.

No hay que tomar al adulto mayor como un sujeto que ya no es productivo (económicamente hablando), si no como un ser que ha tenido la fortuna de acumular años en los cuales ha logrado obtener experiencias, tanto agradables como desagradables, y que estas pueden ser transmitidas a las próximas generaciones.

Los datos recolectados sirvieron para identificar en cual área (física, psicológica y social) se ven más limitados estos individuos y por ello más sensibles ante el episodio depresivo y

así poder establecer las acciones pertinentes para tratar de contrarrestarlas. En este caso las causas físicas y sociales jugaron un papel importante para la aparición de la depresión, acentuándose en la falta de salud física y los problemas económicos.

Dentro de las causas físicas se observó que, muchos de ellos tienen una actividad física mínima porque se ven limitados en sus capacidades por problemas de salud. El nivel de independencia en esta edad, es fundamental para tener un buen estado de ánimo. En sus actividades instrumentadas se notó que muchos de ellos necesitan la ayuda de alguien más para poder realizarlas, con lo cual se pudo ver afectado su estado de ánimo, conduciéndolo de un rol independiente a uno dependiente.

Respecto a las causas sociales, el estado civil fue importante ya que muchos de ellos son viudos y como se ha planteado, es una causa que puede provocar depresión. Por otro lado se informa que un número de ellos cuenta con ingresos económicos bajos, esto se debe a que la mayoría se encuentra entre los 70 y 74 años, edad en la que ya no pertenecen al ámbito laboral y muchos no cuentan con pensión de jubilación y la mayoría se dedica a las labores del hogar, actividad que no es remunerada. Más de la mitad expresaron recibir los vales que otorga el gobierno y la otra mitad no los recibe, lo anterior puede deberse a que no cumplen con la edad requerida que se establece para ello (70 años) ó quizá porque no estén informados acerca de este programa. Sin embargo, la forma en que podemos ayudar al adulto mayor es orientándolo a él o su familia en cuanto a la ayuda que proporciona el gobierno con esta prestación de ley.

Se encontró que un número elevado muestra una actividad social baja, porque gran parte de ellos realizan actividades sedentarias en su tiempo libre como son ver televisión y escuchar radio, dejando de lado las actividades en las cuales pueden interactuar con otros individuos como la participación en grupos deportivos o religiosos. Las principales razones que manifestaron para no llevarlas a cabo fueron los problemas de salud, la falta de interés y los problemas económicos. Con lo cual, podemos concluir que existe una relación estrecha entre

las causas físicas y sociales para que aparezca la depresión en este grupo de personas. Es en el área social donde se puede actuar o interferir para tratar de disminuir estas causas, como se mencionó con anterioridad, se pueden hacer programas que ayuden a incorporar de nueva cuenta al adulto mayor a las actividades sociales, con acciones que para ellos sean placenteras realizarlas.

A lo largo del desarrollo de la investigación, se otorgaron todas las facilidades para llevarla a cabo, dentro de los dificultades se encontró que, dado que este estudio estuvo basado en otro, no se tuvo contacto directo con las personas que presentaron la depresión así como no se pudo establecer el nivel de depresión que tuvieron, llámese depresión leve, moderada y severa.

VIII. PROPUESTAS.

La forma que tiene cada individuo para encarar los acontecimientos condicionantes para que exista la depresión pueden ser aminorados a través de diversas acciones a cumplir en programas en pro de la salud mental:

1. Capacidad de enfrentar la realidad:

- a) Adaptarse al ambiente social en el que se desarrolla.
- b) Construir habilidades para enfrentar situaciones displacenteras.
- c) Capacidad de decisión.
- d) No dejarse influenciar por los demás.
- e) Capacidad de expresarse.

2. No presentar ningún rechazo con lo que se tiene o es:

- a) Ayudar al adulto mayor a desarrollar un concepto positivo de sí mismo.
- b) Promover la autoconfianza y reducir la susceptibilidad.
- c) Interiorizar la visión de uno mismo como ser humano efectivo.
- d) Fortalecer las capacidades de la persona para mantener y promocionar su propia salud.
- e) Cuidarse física y emocionalmente.

3. Capacidad de socializarse:

- a) Convivir con las demás personas.
- b) Agradar a la gente con la que se relaciona.
- c) Relacionarse con gente de su agrado.
- d) Tener confianza en los demás.
- e) Realizar actividades con las que se este satisfecho.

4. Saber enfrentar o controlar las emergencias, evitar alguna alteración y problemas de la vida:

- a) Controlar los desequilibrios emocionales.
- b) Capacidad de aceptar los errores.
- c) Saber controlar los impulsos.

5. Métodos para controlar la tensión:

- a) Dormir las horas adecuadas.
- b) Conocer nuevos lugares.
- c) Encontrar actividades de distracción.

Se puede establecer una forma de apoyo social comprendiendo aspectos como:

Apoyo cognitivo: Facilita al individuo enfrentar las circunstancias de la vida al recibir consejo e información.

Apoyo emocional: Expresando emociones y recibir cobijo, consuelo y aliento, dar afecto y simpatía, amar y apoyar a otro a sentirse amado, tranquilizar, alentar y dar consuelo.

Apoyo instrumental: Al ser asistido con cuidados de ayuda material o bienes que pudiera requerir para salir adelante, crear condiciones de vida más favorables.

Relaciones interpersonales: Los miembros de la familia son agentes socialmente definidos como los principales proveedores de apoyo.

También hay otras instancias donde se puede establecer este tipo de relación personal: grupo de amigos, vecinos, asociaciones de adultos mayores y profesionales.

Las fuentes de apoyo pueden ser:

1. Familiar:

- Apoyo afectivo y sentido de pertenencia.
- Responsabilidad mutua con la seguridad de apoyo necesario en caso requerido.

2. No Familiares:

- Conversar, intercambiar experiencias y entretenerse.

El mantener relaciones interpersonales únicamente con familiares no sería suficiente para experimentar un alto nivel de bienestar; se requiere además de vínculos con por lo menos un amigo.

Las intervenciones de enfermería van encaminadas a fortalecer las capacidades del adulto mayor para mantener y promocionar su propia salud:

- Asegurar que las necesidades básicas elementales como son: nutrición, sueño, ejercicios y hábito intestinal estén cubiertas.
- Diseñar tareas que le sean de su agrado.
- Ofrecer esperanza.
- Ofrecer apoyo emocional: comprensión, paciencia, consideración y ánimo.
- No restar importancia a los sentimientos que exprese.
- Motivarlo para que realice sus pasatiempos favoritos.
- No forzar al adulto mayor en ciertas actividades ya que si se le exige que haga mucho puede aumentar su sensación de fracaso.
- Actividades religiosas, orar y meditar.
- Conversar con el adulto mayor deprimido y convencerlo a través de la palabra de que el futuro siempre puede ser mejor.
- Integrar al adulto mayor a las actividades de la vida diaria.

- Fortalecer la capacidad individual para manejar sus problemas emocionales, así como la comunicación y socialización.
- Fomentar la relación intergeneracional (abuelos, hijos y nietos).
- Eliminar o minimizar la limitación impuesta por el problema de salud que tiene.
- Reducir la dependencia promoviendo la autoayuda.
- Procurar que el anciano realice su autocuidado, estimularlo al manejo de sus finanzas y en general que dirija su vida.
- Asegurarse que ingieran los medicamentos antidepresivos si los tiene indicados.
- Apoyo para la elaboración del duelo (en caso necesario).
- Ayudarlo a aceptar su enfermedad así como la muerte de familiares y amigos.
- No ignorar comentarios relacionados con suicidio
- Protegerlo de tentativas de suicidio y otros riesgos como son vigilar ventanas y retirar objetos punzocortantes.

Stabb (1996) propone:

Aplicar terapias cognitivas.

Terapia cognitiva: se refiere a todas las actividades que realice en grupo o individual para producir un cambio, ajuste o adaptación de los pensamientos (cogniciones) del anciano favorablemente.

- a) Musicoterapia individual: promueve el ejercicio, la socialización y un sentido de comunidad de las relaciones y de la vida. Para planear la terapia musical se debe tener en cuenta: el tipo de música debe tener significado para el paciente, el volumen de la música debe adaptarse al nivel de audición del paciente.
- b) Musicoterapia de grupo: Se debe tomar en cuenta la cultura musical del grupo, para la elección de la música. A veces hay alguna persona del grupo que puede tocar la guitarra u otro instrumento o cantar alguna canción.
- c) Baile individual o grupal: es una terapia por movimiento importante, junto los ejercicios de amplitud de movimientos, paseo y otras formas de ejercicio. El baile

puede beneficiar desde el punto de vista físico y emocional. Cuando es en grupo proporciona un sentido de unidad con los demás.

- d) Biblioterapia: utiliza la literatura en forma de historias cortas poesía o el recuerdo de las historias de cada persona del grupo después de leer. Los objetivos podrían abarcar el aumento del conocimiento de uno mismo, el aumento del conocimiento de los demás, mejorar la orientación a la realidad y dar a las personas una nueva forma de comunicación.
- e) La terapia por el arte: dejar a las personas que dibujen, pinten objetos de cerámica, alfarería es un buen camino para comprometerlos en actividades de grupo. La terapia del arte de muchas formas logra la estimulación táctil y apoya el propio sentido del yo.
- f) Terapia por animales domésticos: proporciona compañía, una fuente de amor y afecto, y una sensación de seguridad y de pertenencia. Puede favorecer la actividad y la interacción social en las personas que viven en su domicilio.
- g) Revisión de vida: proporciona una estructura para el proceso del recuerdo. Divide los recuerdos de una persona en las etapas de la vida desde los recuerdos más tempranos hasta el presente. La revisión de vida difiere del recuerdo espontáneo por que cada etapa de la vida debe recordarse, rememorando tanto los episodios dolorosos como los placenteros. Se piensa que el resultado de este trabajo provoca menos depresión, menos suicidios mayor integración del yo y mayor satisfacción con la vida en general. La revisión se puede hacer en grupo o individual y es efectivo en ambos contextos. En grupo, las personas se ríen y lloran juntas, ganando bienestar al saber que los demás han experimentado las mismas cosas.
- h) Reminiscencias: actividad mental organizada y compleja que actúa bajo control del yo, y varía según la estructura de la personalidad; o bien es la tendencia que tiene la gente mayor a recordar su vida pasada. Puede considerarse, como un problema de memoria pero es innegable que ayuda notablemente a evadirse del mundo actual, recordando vivencias de etapas anteriores de

mayor adaptación y paradójicamente, este el mecanismo psicológico de evasión, sirve para mejor comunicación e interrelación actual. Esto puede ser recordando una fecha de aniversario de bodas, cumpleaños, entrega de un diploma, el nacimiento de su primer bebé. Así como también utilizando objetos de uso personal o válidos para recordar experiencias del pasado (una fotografía, prenda de vestir, melodía especial, reloj antiguo, esencia significativa etc).

- i) Para mantener el funcionamiento mental se trabaja en las funciones superiores como: atención, memoria, concentración, razonamiento, abstracción, juicio y lenguaje a través de orientación a la realidad. Muchos ancianos en estado de depresión, después de un largo periodo de hospitalización o a consecuencia de lesiones orgánicas cerebrales, no saben quienes son ni donde están. Por medio de la orientación a la realidad el individuo capta su ambiente y se sitúa mentalmente en relación a él. Los elementos básicos son la repetición sistémica y constante de la fecha, hora, estación del año, lugar donde se encuentra y nombres de sus familiares con apoyos audiovisuales, (calendario con fotografías del clima o estación del año, televisión, periódico, radio, reloj, hoja con medicamento, etc).
- j) Estimulación de la memoria: es la acción de proveer al cerebro del adulto mayor, estímulo de aprendizaje (crucigrama, rompecabezas, lotería, contar, encontrar el camino, etc) con la finalidad de despertar, desarrollar y reforzar los mecanismos subyacentes al fenómeno de memorización: agudeza sensorial, atención, asociación, estructuración intelectual, lenguaje e integración asociativa.

Por otro lado Papalia y Olds (1997) proponen también:

Realizar ejercicio (caminata). Diversos estudios han demostrado que el ejercicio regular a lo largo de la edad adulta parece proteger contra la hipertensión, las enfermedades del corazón y la osteoporosis. También parece ayudar a mantener la velocidad, el vigor y la fortaleza y funciones básicas como la circulación y la respiración. Reduce el riesgo de las lesiones pues hace que los músculos y las articulaciones sean más fuertes y más flexibles, y ayuda a prevenir o impide el dolor de cintura y los síntomas de la artritis. Puede mejorar también la agilidad mental y el desempeño cognoscitivo, puede ayudar a impedir la inquietud, la depresión leve, y generalmente mejora el estado de ánimo.

IX. CUADROS Y GRÁFICAS.

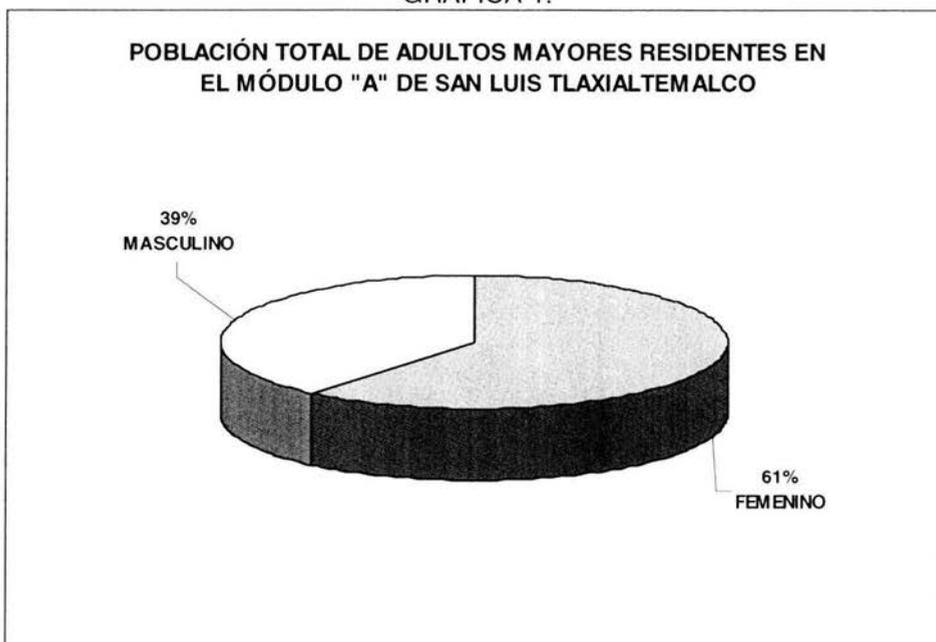
CUADRO 1.

POBLACIÓN TOTAL DE ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL MÓDULO "A"

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje % |
|-----------|------------|--------------|
| Femenino | 94 | 61 |
| Masculino | 61 | 39 |
| Total | 155 | 100 |

FUENTE: Tomado de la encuesta aplicada de octubre a noviembre de 2003 de la investigación "Perfil del Adulto Mayor de San Luis Tlaxialtemalco, México, D.F., 2003".

GRÁFICA 1.



FUENTE: misma de cuadro 1.

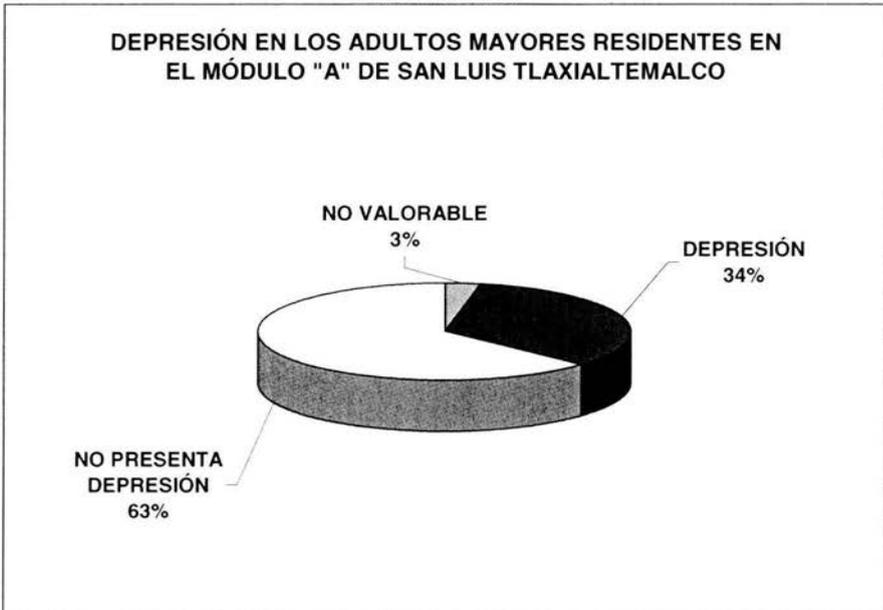
CUADRO 2.

DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

| | Frecuencia | Porcentaje % |
|-----------------------|------------|--------------|
| No valorable | 4 | 3 |
| Depresión | 53 | 34 |
| No presenta depresión | 98 | 63 |
| Total | 155 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 2.



FUENTE: misma de cuadro 1.

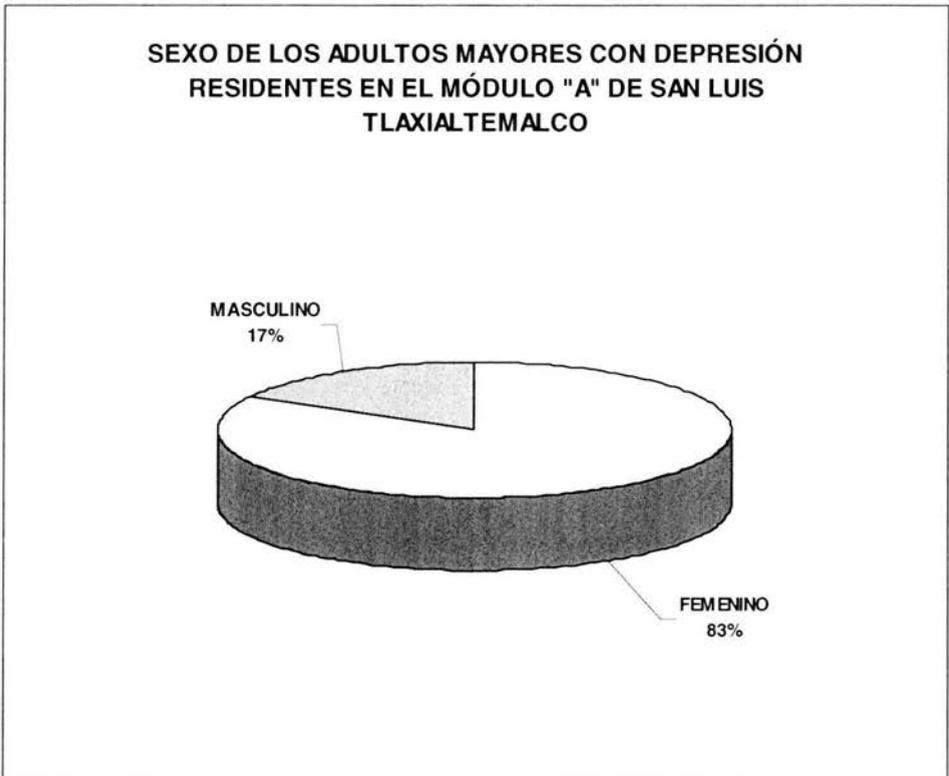
CUADRO 3.

SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

| | Frecuencia | Porcentaje % |
|-----------|------------|--------------|
| Femenino | 44 | 83 |
| Masculino | 9 | 17 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 3.



FUENTE: misma de cuadro 1.

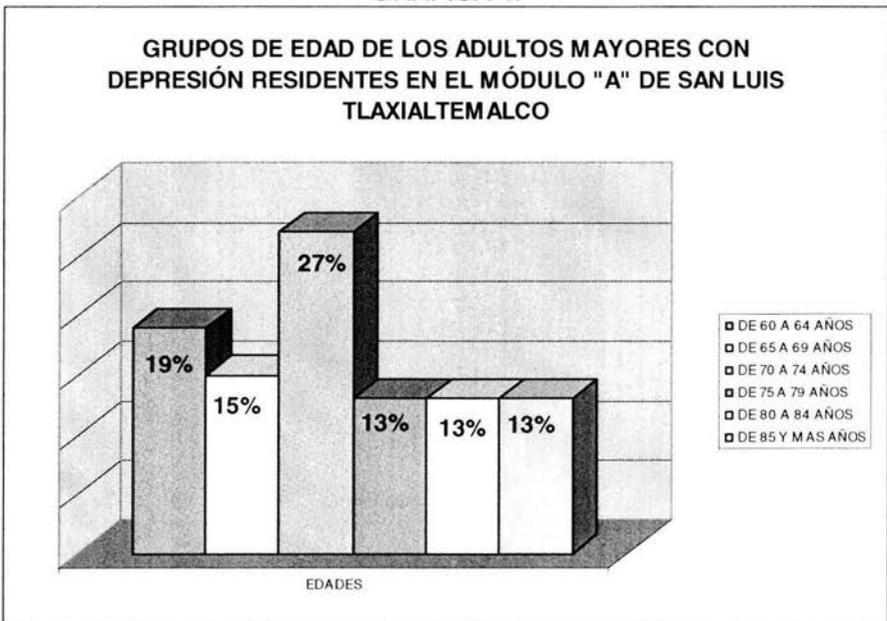
CUADRO 4.

GRUPOS DE EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

| | Frecuencia | Porcentaje % |
|------------------|------------|--------------|
| De 60 a 64 años | 10 | 19 |
| De 65 a 69 años | 8 | 15 |
| De 70 a 74 años | 14 | 27 |
| De 75 a 79 años | 7 | 13 |
| De 80 a 84 años | 7 | 13 |
| De 85 y más años | 7 | 13 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 4.



FUENTE: misma de cuadro 1.

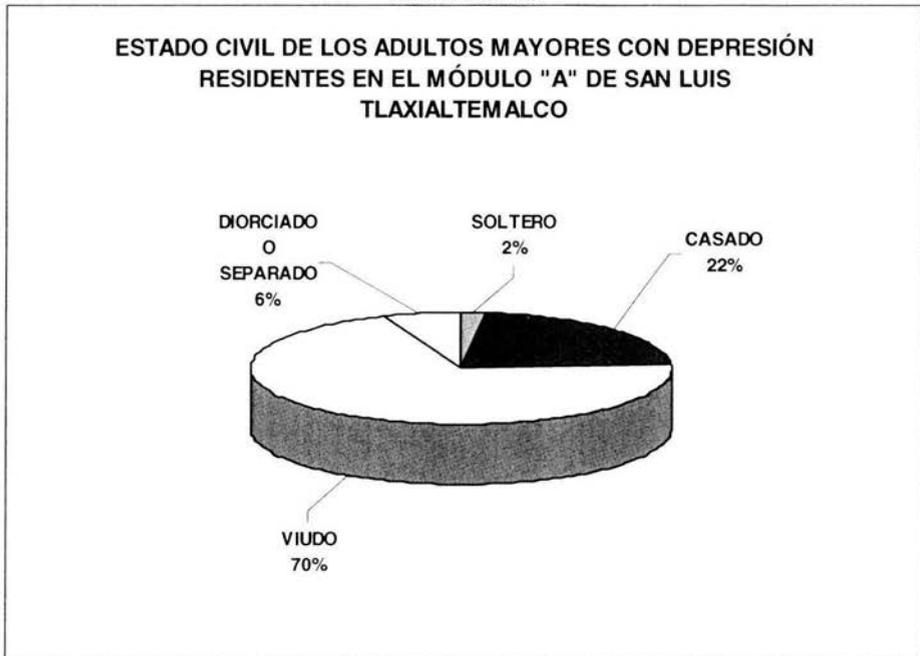
CUADRO 5.

ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

| | Frecuencia | Porcentaje % |
|-----------------------|------------|--------------|
| Soltero | 1 | 2 |
| Casado | 12 | 22 |
| Viudo | 37 | 70 |
| Divorciado o separado | 3 | 6 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 5.



FUENTE: misma de cuadro 1.

CUADRO 6.

PROPIEDAD DE LA CASA Y PERSONAS CON QUIEN VIVEN LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO E INTEGRANTES QUE LA HABITAN.

| La casa es: | Frecuencia | Porcentaje % |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Propia | 31 | 59 |
| De su hijo/a | 18 | 34 |
| Otro | 4 | 7 |
| Total | 53 | 100 |
| Vive con: | | |
| Solo/a 1 | 5 | 9 |
| Esposo/a o conviviente 2 | 2 | 4 |
| Familia tradicional 2,3 y 4 | 36 | 68 |
| Familia extensa 2 a 7 | 10 | 19 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

CUADRO 7

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN SU CASA Y RAZONES POR NO ESTARLO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

| Contento en su casa | Frecuencia | Porcentaje % |
|--|------------|--------------|
| Si | 48 | 91 |
| No | 5 | 9 |
| Total | 53 | 100 |
| Porque no esta contento | | |
| Los precios altos de luz, agua, Teléfono, etc. | 1 | 2 |
| El piso esta desnivelado y mojado | 1 | 2 |
| Siempre se encuentra con objetos que pueda resbalarse ó caer | 1 | 2 |
| Otra razón | 1 | 2 |
| No Aplica | 48 | 91 |
| No Respondió | 1 | 1 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

CUADRO 8.

TRABAJO Y RAZONES POR LAS QUE TRABAJAN LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

| | Frecuencia | Porcentaje % |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Tiene trabajo pagado | 6 | 11 |
| No trabaja | 47 | 89 |
| Total | 53 | 100 |
| Por que trabaja | | |
| Por razones económicas | 3 | 50 |
| Por no aburrirse en la casa | 2 | 33 |
| Otra razón | 1 | 17 |
| Total | 6 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 6.



FUENTE: misma de cuadro 1.

CUADRO 9.

OCUPACIÓN ACTUAL, SI ES TRABAJADOR DEL HOGAR POR OBLIGACIÓN Y SI RECIBEN SUELDO POR DESEMPEÑARLO LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

| Ocupación actual | Frecuencia | Porcentaje % |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Trabajo independiente | 10 | 19 |
| Trabajo en el hogar | 19 | 36 |
| No Aplica | 23 | 43 |
| No Respondió | 1 | 2 |
| Total | 53 | 100 |
| Trabajador del hogar por obligación | | |
| Si | 14 | 26 |
| No | 27 | 51 |
| No Aplica | 12 | 23 |
| Total | 53 | 100 |
| Recibe sueldo por trabajo en el hogar | | |
| Si | 3 | 6 |
| No | 37 | 70 |
| No Aplica | 13 | 24 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

CUADRO 10.

DESEOS DE TRABAJAR DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

| Desearía trabajar | Frecuencia | Porcentaje % |
|-------------------|------------|--------------|
| Si | 27 | 51 |
| No | 16 | 30 |
| No Respondió | 4 | 8 |
| No Aplica | 6 | 11 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

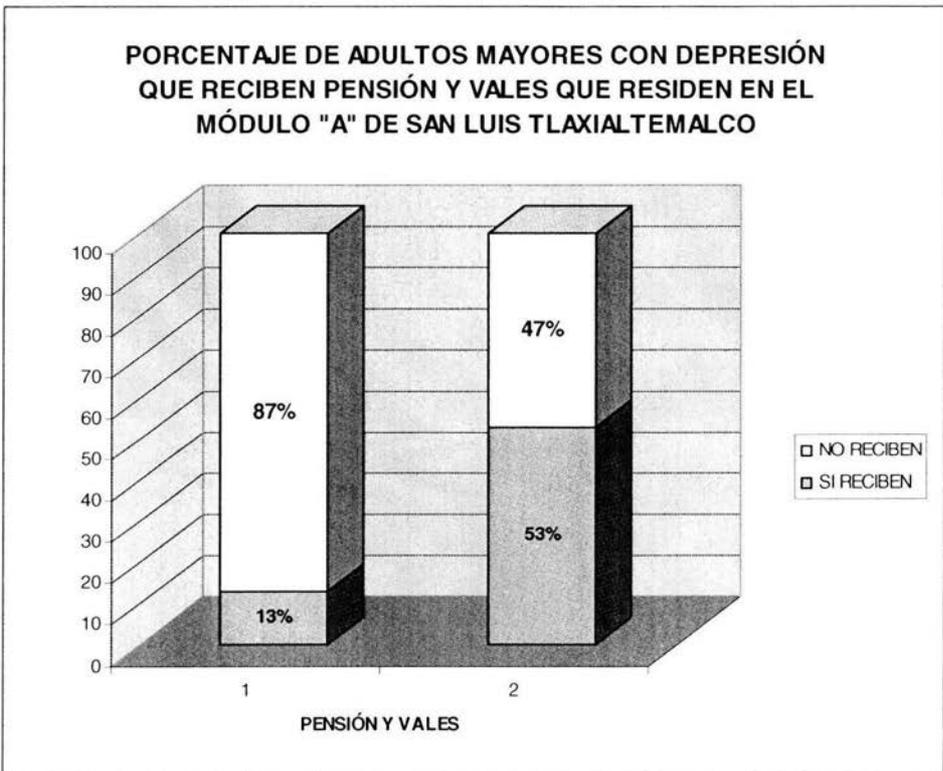
CUADRO 11.

NÚMERO DE ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN QUE RECIBEN PENSIÓN Y VALES DEL GOBIERNO RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

| Recibe pensión | Frecuencia | Porcentaje % |
|----------------|------------|--------------|
| Si | 7 | 13 |
| No | 46 | 87 |
| Total | 53 | 100 |
| Recibe vales | | |
| Si | 28 | 53 |
| No | 25 | 47 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 7.



FUENTE: misma de cuadro 1.

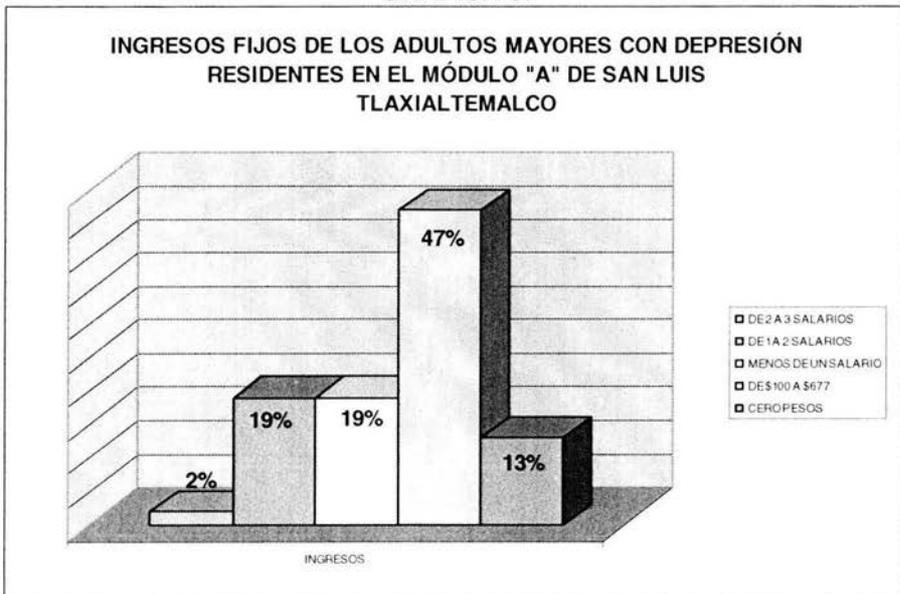
CUADRO 12.

INGRESOS FIJOS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO Y SI SE UNEN A LOS GASTOS FAMILIARES.

| Ingresos | Frecuencia | Porcentaje % |
|--|------------|--------------|
| De dos a tres salarios 2,714 a 4,070 | 1 | 2 |
| De uno a dos salarios 1,357 a 2,713 | 10 | 19 |
| Menos de un salario 678 a 1,356 | 10 | 19 |
| 100 a 677 | 25 | 47 |
| 0 | 7 | 13 |
| Total | 53 | 100 |
| | | |
| El dinero es gastado solo por el adulto mayor | 17 | 32 |
| El dinero es unido a los gastos de la familia | 25 | 47 |
| No Respondió | 3 | 6 |
| No Aplica | 8 | 15 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 8.



FUENTE: misma de cuadro 1.

CUADRO 13.

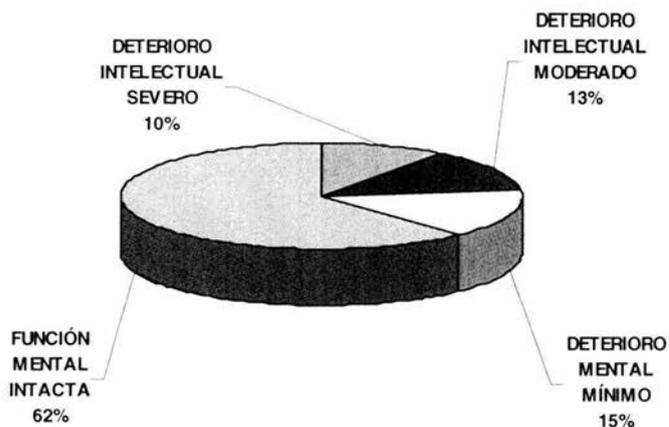
EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

| | Frecuencia | Porcentaje % |
|--------------------------------|------------|--------------|
| Deterioro intelectual severo | 5 | 10 |
| Deterioro intelectual moderado | 7 | 13 |
| Deterioro mental mínimo | 8 | 15 |
| Función mental intacta | 33 | 62 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 9.

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO



FUENTE: misma de cuadro 1.

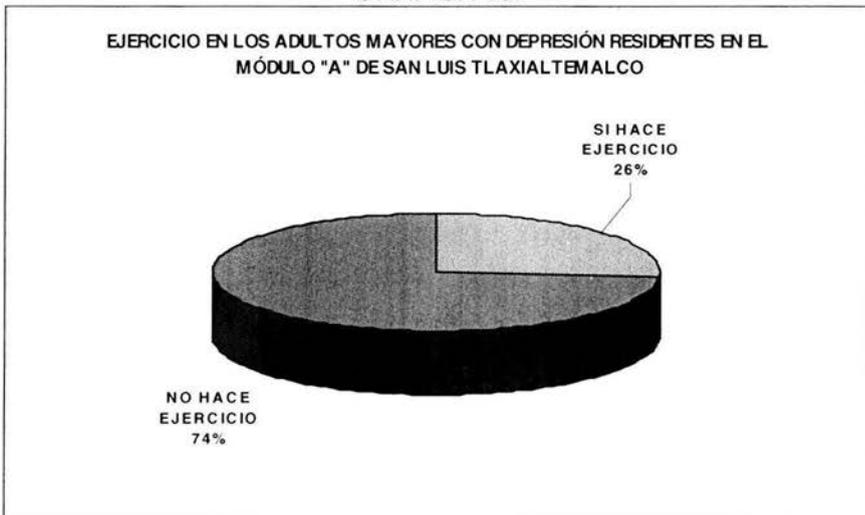
CUADRO 14.

ACTIVIDAD FÍSICA, TIPO DE EJERCICIO Y FRECUENCIA CON QUE LO REALIZAN AL MES LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

| Realiza ejercicio | Frecuencia | Porcentaje % |
|---|------------|--------------|
| Si | 14 | 26 |
| No | 39 | 74 |
| Total | 53 | 100 |
| Tipo de ejercicio | | |
| Trotar o correr | 7 | 13 |
| Ejercicios de estiramiento, gimnasia ó aerobics | 5 | 9 |
| Bicicleta | 1 | 2 |
| Otros | 1 | 2 |
| No Aplica | 39 | 74 |
| Total | 53 | 100 |
| Frecuencia al mes | | |
| No hacen ejercicio | 39 | 74 |
| Una vez a la semana | 5 | 9 |
| Dos veces a la semana | 2 | 4 |
| Tres veces a la semana | 2 | 4 |
| Diario | 5 | 9 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 10.



FUENTE: misma de cuadro 1.

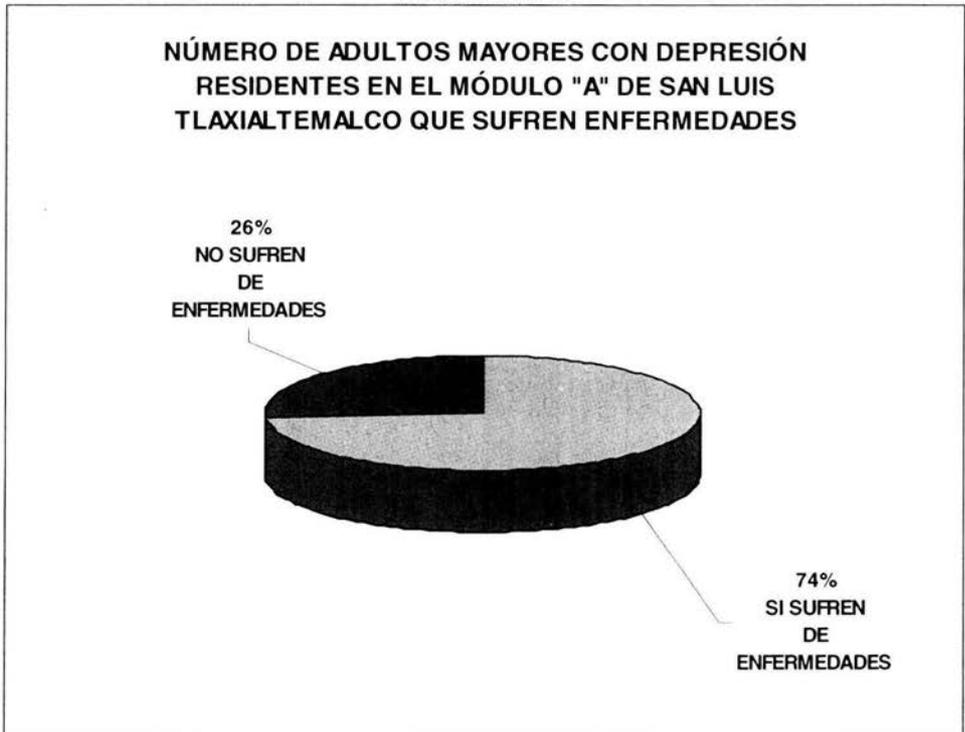
CUADRO 15.

NÚMERO DE ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO QUE SUFREN ENFERMEDADES.

| Sufre Enfermedad | Frecuencia | Porcentaje % |
|------------------|------------|--------------|
| Si | 49 | 74 |
| No | 14 | 26 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 11.



FUENTE: misma de cuadro 1.

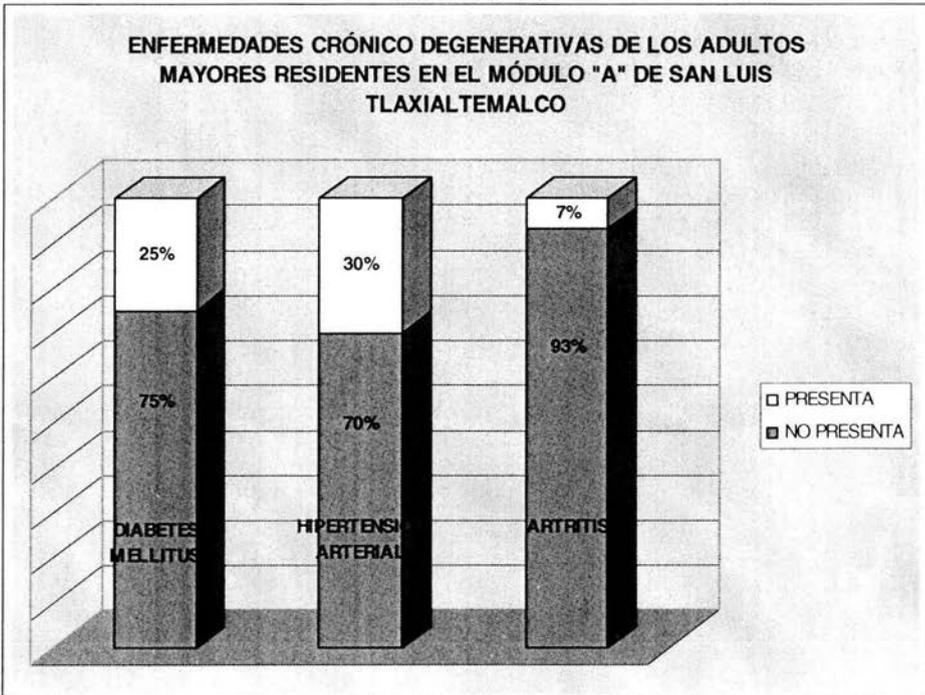
CUADRO 16.

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

| Enfermedad | Frecuencia | Porcentaje % |
|-----------------------|------------|--------------|
| Diabetes Mellitus | | |
| Si presenta | 13 | 25 |
| No presenta | 40 | 75 |
| Total | 53 | 100 |
| Hipertensión Arterial | | |
| Si presenta | 16 | 30 |
| No presenta | 37 | 70 |
| Total | 53 | 100 |
| Artritis | | |
| Si presenta | 4 | 7 |
| No presenta | 49 | 93 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 12.



FUENTE: misma de cuadro 1.

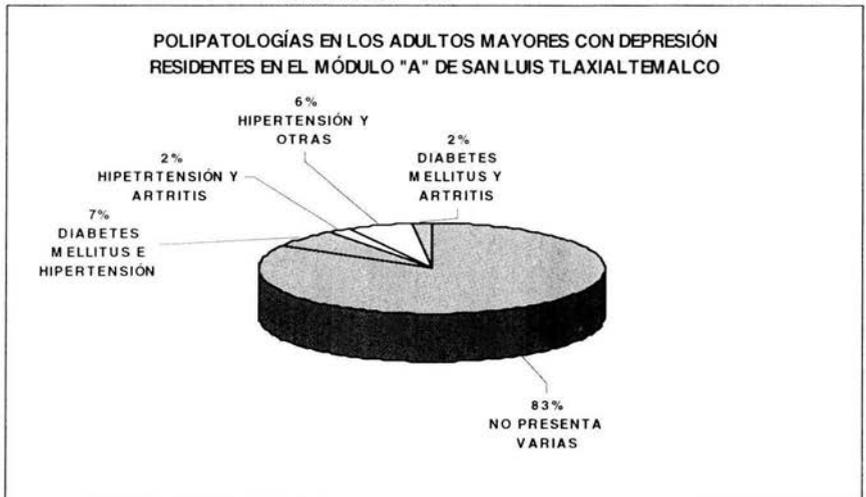
CUADRO 17.

POLIPATOLOGÍAS Y OTRAS ENFERMEDADES EN LOS ADULTOS MAYORES CON
DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A"

| Polipatologías | Frecuencia | Porcentaje % |
|------------------------------------|------------|--------------|
| No presenta varias enfermedades | 44 | 83 |
| Diabetes Mellitus e Hipertensión | 4 | 7 |
| Hipertensión arterial y artritis | 3 | 2 |
| Hipertensión arterial y otras | 1 | 6 |
| Diabetes Mellitus y artritis | 1 | 2 |
| Total | 53 | 100 |
| Otras enfermedades o problemas | | |
| No presenta otra enfermedad | 36 | 67 |
| Dolores musculares | 1 | 2 |
| Osteoporosis | 1 | 2 |
| Problemas pulmonares | 1 | 2 |
| Problemas del hígado | 1 | 2 |
| Prob. oculares (Ceguera) | 1 | 2 |
| Catarata y hernia | 2 | 4 |
| Problemas de circulación sanguínea | 4 | 7 |
| Gastritis | 1 | 2 |
| Herpes Zoster | 1 | 2 |
| Vesícula biliar | 1 | 2 |
| Hiperplasia prostática | 2 | 4 |
| Otras enfermedades | 1 | 2 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 13.



FUENTE: misma de cuadro 1.

CUADRO 18.

APARATOS QUE UTILIZAN PARA MOVILIZARSE
LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES DEL MÓDULO "A" DE SAN
LUIS TLAXIALTEMALCO.

| | Frecuencia | Porcentaje % |
|----------|------------|-----------------|
| Bastón | 6 | 11 |
| Muletas | 1 | 2 |
| Andadera | 2 | 4 |
| Otro | 1 | 2 |
| No usa | 43 | 81 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 14.



FUENTE: misma de cuadro 1.

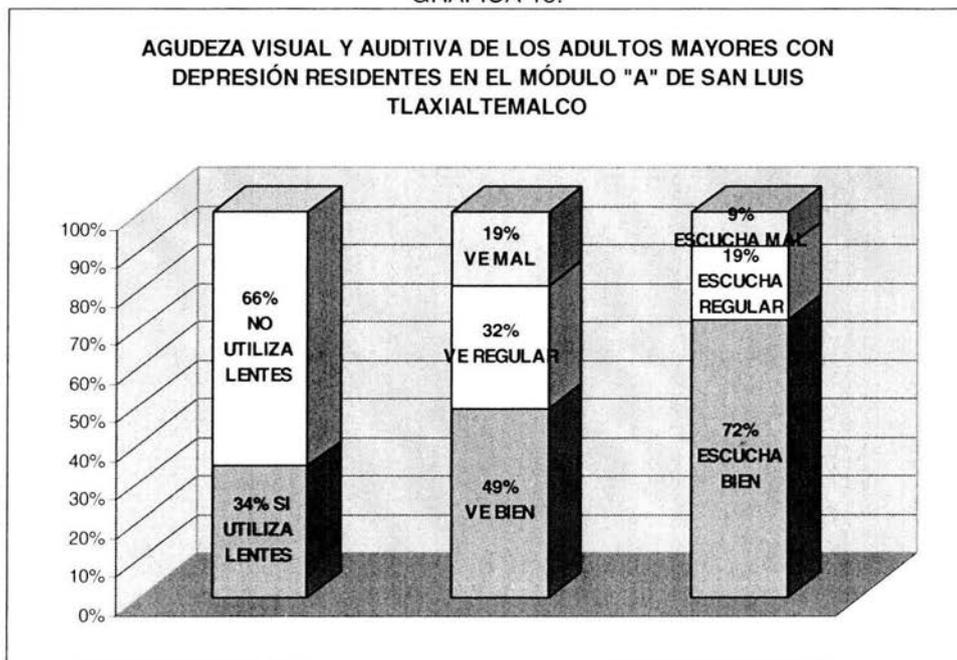
CUADRO 19.

AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

| Utiliza lentes | Frecuencia | Porcentaje % |
|----------------|------------|--------------|
| Si | 18 | 34 |
| No | 35 | 66 |
| Total | 53 | 100 |
| Como ve | | |
| Bien | 26 | 49 |
| Regular | 17 | 32 |
| Mal | 10 | 19 |
| Total | 53 | 100 |
| Escucha | | |
| Bien | 38 | 72 |
| Regular | 10 | 19 |
| Mal | 5 | 9 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 15.



FUENTE: misma de cuadro 1.

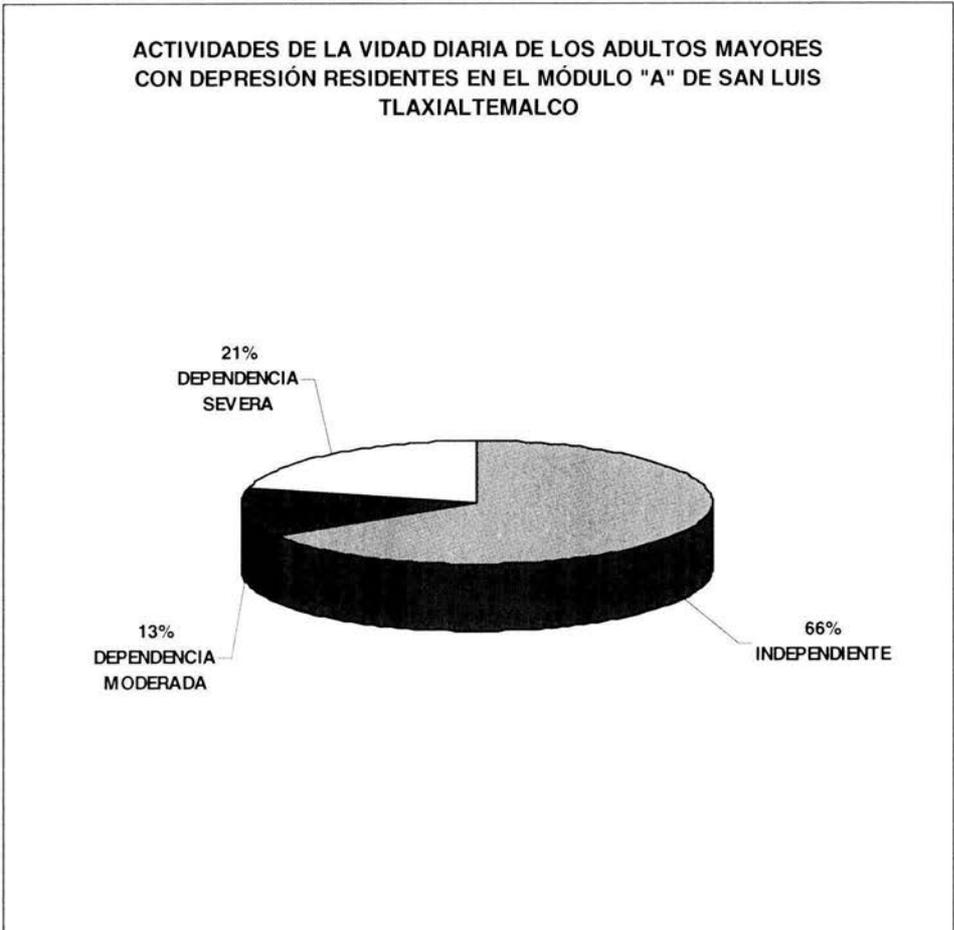
CUADRO 20.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

| Actividades de la vida diaria | Frecuencia | Porcentaje % |
|-------------------------------|------------|--------------|
| Independiente | 35 | 66 |
| Dependencia Moderada | 7 | 13 |
| Dependencia severa | 11 | 21 |
| Total | 53 | 100 |
| Puede bañarse | | |
| Dependiente | 8 | 15 |
| Independiente | 45 | 85 |
| Total | 53 | 100 |
| Puede vestirse | | |
| Dependiente | 7 | 13 |
| Independiente | 46 | 87 |
| Total | 53 | 100 |
| Puede asearse W.C | | |
| Dependiente | 7 | 13 |
| Independiente | 46 | 87 |
| Total | 53 | 100 |
| Puede desplazarse | | |
| Dependiente | 5 | 9 |
| Independiente | 48 | 91 |
| Total | 53 | 100 |
| Controla esfínteres | | |
| Dependiente | 12 | 23 |
| Independiente | 41 | 77 |
| Total | 53 | 100 |
| Puede alimentarse | | |
| Dependiente | 7 | 13 |
| Independiente | 46 | 87 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 16.



FUENTE: misma de cuadro 1.

CUADRO 21.

ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

| Actividades instrumentadas de la vida | Frecuencia | Porcentaje % |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Dependiente | 15 | 28 |
| Independiente | 38 | 72 |
| Total | 53 | 100 |
| Tareas domesticas | | |
| Total ayuda | 8 | 15 |
| Algo de ayuda | 7 | 13 |
| Sin ayuda | 38 | 72 |
| Total | 53 | 100 |
| Compras cerca | | |
| Total ayuda | 13 | 24 |
| Algo de ayuda | 12 | 23 |
| Sin ayuda | 28 | 53 |
| Total | 53 | 100 |
| Se transporta cerca | | |
| Total ayuda | 16 | 30 |
| Algo de ayuda | 8 | 15 |
| Sin ayuda | 29 | 55 |
| Total | 53 | 100 |
| Se transporta lejos | | |
| Total ayuda | 17 | 32 |
| Algo de ayuda | 15 | 28 |
| Sin ayuda | 21 | 40 |
| Total | 53 | 100 |
| Controla dinero | | |
| Total ayuda | 11 | 21 |
| Algo de ayuda | 11 | 21 |
| Sin ayuda | 31 | 58 |
| Total | 53 | 100 |
| Controla sus medicamentos | | |
| Total ayuda | 10 | 19 |
| Algo de ayuda | 6 | 11 |
| Sin ayuda | 37 | 70 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 17.



FUENTE: misma de cuadro 1.

CUADRO 22.

QUIENES LE AYUDAN A LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" A REALIZAR SUS ACTIVIDADES.

| | Frecuencia | Porcentaje % |
|--|------------|--------------|
| Hijos | 9 | 17 |
| Hijas | 7 | 13 |
| Hijos e hijas | 7 | 13 |
| Nietos | 4 | 7 |
| Hijos, hijas y nietos | 6 | 11 |
| Esposa/o, hijos, hijas y nietos | 4 | 8 |
| Otro miembro de la familia | 4 | 8 |
| Esposa/o, hijos, hijas y nietos y otro miembro de la familia | 2 | 4 |
| Otra persona que no es miembro de la familia | 1 | 2 |
| No Aplica | 8 | 15 |
| No Respondió | 1 | 2 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

CUADRO 23.

ACTIVIDAD SOCIAL Y ACTIVIDADES EN SU TIEMPO LIBRE Y RAZONES PARA NO REALIZARLAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

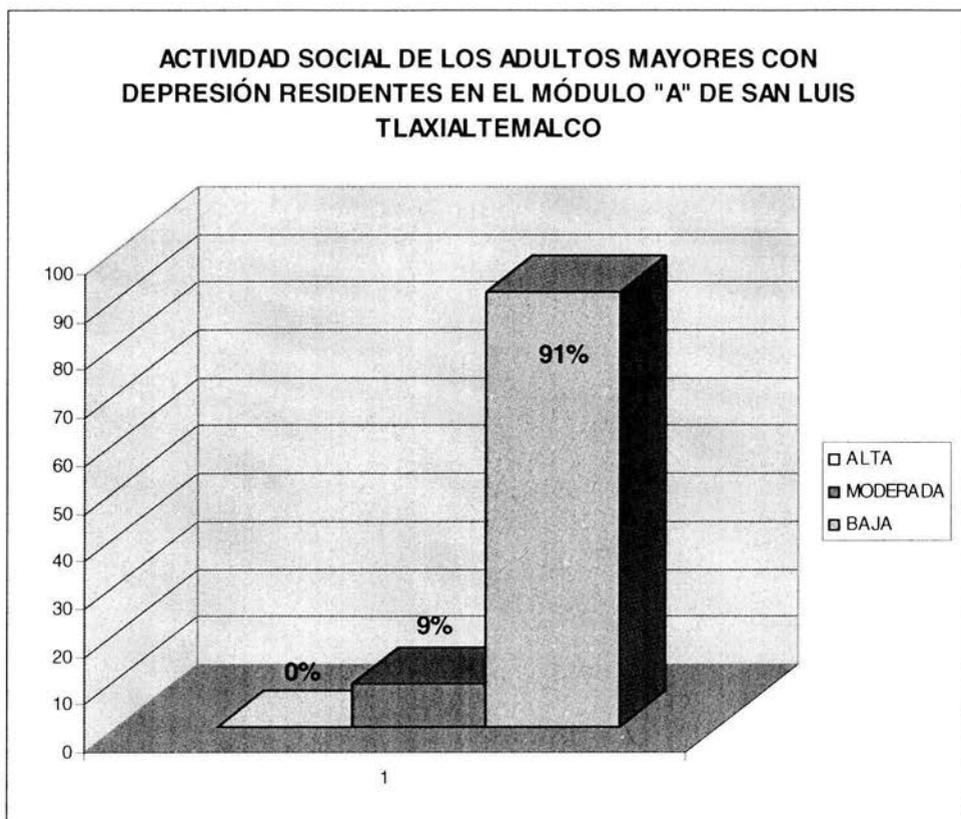
| Actividad Social | Frecuencia | Porcentaje % |
|----------------------------|------------|--------------|
| Alta de 39 – 48 puntos | 0 | 0 |
| Moderada de 31 – 38 puntos | 5 | 9 |
| Baja de 16 – 30 puntos | 48 | 91 |
| Total | 53 | 100 |
| Escucha radio | | |
| Nunca | 11 | 21 |
| A veces | 22 | 41 |
| Siempre | 20 | 38 |
| Total | 53 | 100 |
| Ve la televisión | | |
| Nunca | 4 | 7 |
| A veces | 29 | 55 |
| Siempre | 20 | 38 |
| Total | 53 | 100 |
| Lee periódico | | |
| Nunca | 39 | 74 |
| A veces | 6 | 11 |
| Siempre | 8 | 15 |
| Total | 53 | 100 |

| | | |
|---|----|-----|
| Lee revistas | | |
| Nunca | 43 | 81 |
| A veces | 4 | 8 |
| Siempre | 6 | 11 |
| Total | 53 | 100 |
| Recibe visitas | | |
| Nunca | 24 | 45 |
| A veces | 20 | 38 |
| Siempre | 9 | 17 |
| Total | 53 | 100 |
| Va al cine, teatro, etc. | | |
| Nunca | 49 | 93 |
| A veces | 4 | 7 |
| Total | 53 | 100 |
| Participa en grupos religiosos | | |
| Nunca | 31 | 58 |
| A veces | 11 | 21 |
| Siempre | 11 | 21 |
| Total | 53 | 100 |
| Asiste a eventos deportivos | | |
| Nunca | 51 | 96 |
| A veces | 1 | 2 |
| Siempre | 1 | 2 |
| Total | 53 | 100 |
| Participa en eventos deportivos, gimnasia | | |
| Nunca | 46 | 87 |
| A veces | 6 | 11 |
| Siempre | 1 | 2 |
| Total | 53 | 100 |
| Visita a los amigos | | |
| Nunca | 32 | 60 |
| A veces | 16 | 30 |
| Siempre | 5 | 10 |
| Total | 53 | 100 |
| Visita a los familiares | | |
| Nunca | 16 | 30 |
| A veces | 25 | 47 |
| Siempre | 12 | 23 |
| Total | 53 | 100 |
| Va de paseo al campo | | |
| Nunca | 28 | 53 |
| A veces | 19 | 36 |
| Siempre | 6 | 11 |
| Total | 53 | 100 |
| Va a reuniones sociales | | |
| Nunca | 29 | 55 |
| A veces | 13 | 24 |
| Siempre | 11 | 21 |
| Total | 53 | 100 |
| | | |

| | | |
|---|----|-----|
| Cose, teje, borda, etc. | | |
| Nunca | 25 | 47 |
| A veces | 19 | 36 |
| Siempre | 9 | 17 |
| Total | 53 | 100 |
| Cuida animales | | |
| Nunca | 30 | 57 |
| A veces | 8 | 15 |
| Siempre | 15 | 28 |
| Total | 53 | 100 |
| Realiza quehacer en la casa | | |
| Nunca | 17 | 32 |
| A veces | 8 | 15 |
| Siempre | 28 | 53 |
| Total | 53 | 100 |
| Razones para no realizar actividades en su tiempo libre | | |
| Falta de recursos económicos | 7 | 13 |
| Problemas de salud que impiden realizar las actividades | 20 | 38 |
| Falta de interés para hacer las cosas | 9 | 17 |
| Falta de movilidad para ir a los lugares que desea | 3 | 6 |
| Realizar tareas domesticas: cocinar, lavar, cuidar nietos | 4 | 7 |
| Trabajar | 1 | 2 |
| Otra razón | 4 | 7 |
| No Aplica | 2 | 4 |
| No Respondió | 1 | 2 |
| Falta de recursos económicos y falta de salud | 2 | 4 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 18.



FUENTE: misma de cuadro 1.

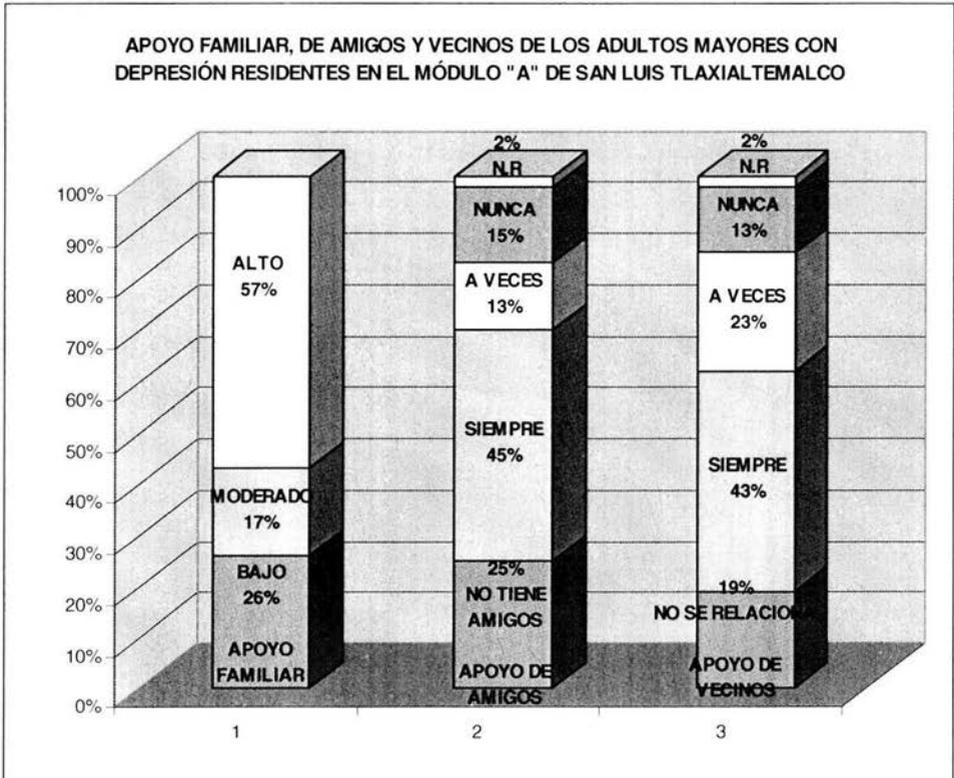
CUADRO 24.

APOYO FAMILIAR, DE AMIGOS Y VECINOS DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

| Apoyo familiar | Frecuencia | Porcentaje % |
|--|------------|--------------|
| Bajo grado de apoyo familiar 10_19 puntos | 14 | 26 |
| Moderado grado de apoyo familiar 20_25 puntos | 9 | 17 |
| Alto grado de apoyo familiar 26_30 puntos | 30 | 57 |
| Total | 53 | 100 |
| Apoyo de amigos/as | | |
| El entrevistado no tiene amigos/as | 13 | 25 |
| Siempre | 24 | 45 |
| A veces | 7 | 13 |
| Nunca | 8 | 15 |
| No Respondió | 1 | 2 |
| Total | 53 | 100 |
| Apoyo de sus vecinos | | |
| El entrevistado no mantiene relaciones con sus vecinos | 10 | 19 |
| Siempre | 23 | 43 |
| A veces | 12 | 23 |
| Nunca | 7 | 13 |
| No Respondió | 1 | 2 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 19.



FUENTE: misma de cuadro 1.

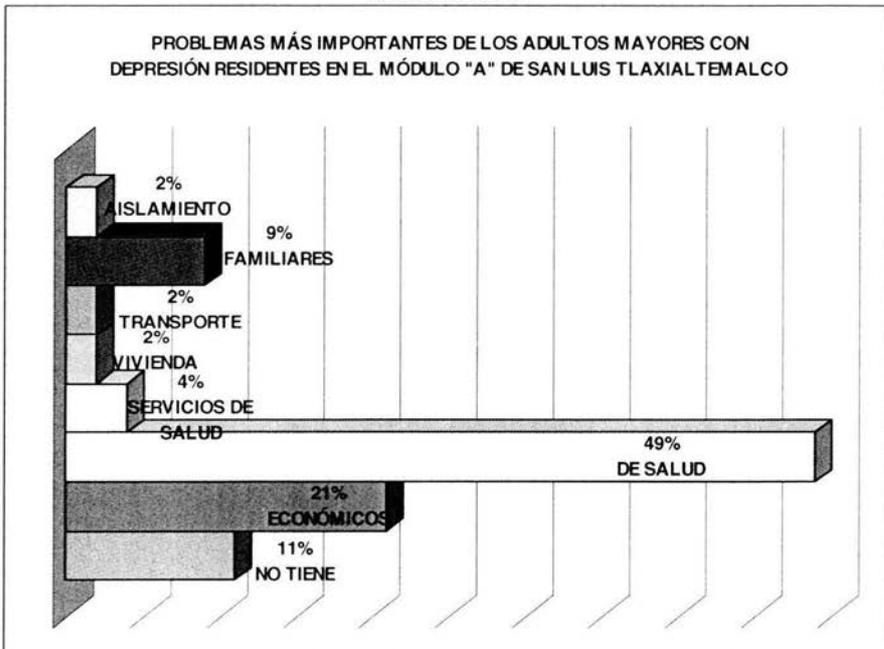
CUADRO 25.

PROBLEMAS MÁS IMPORTANTES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN RESIDENTES EN EL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO.

| | Frecuencia | Porcentaje % |
|---|------------|--------------|
| El entrevistado no tiene problemas importantes | 6 | 11 |
| Problemas económicos | 11 | 21 |
| Problemas de salud (deterioro físico y mental) | 26 | 49 |
| Falta de servicios ó salud que necesite | 2 | 4 |
| Problemas de vivienda | 1 | 2 |
| Problemas de transporte | 1 | 2 |
| Problemas familiares (falta de apoyo, conflictos, etc.) | 5 | 9 |
| Problemas de aislamiento social (soledad) | 1 | 2 |
| Total | 53 | 100 |

FUENTE: misma de cuadro 1.

GRÁFICA 20.



FUENTE: misma de cuadro 1.

X. BIBLIOGRAFÍA.

Agüera Ortiz Luis, Martín Carrasco Manuel, Cervilla Ballesteros Jorge (2002). Psiquiatría Geriátrica. Masson. Barcelona, España.

Alemán Valdés Ma. Del Rosario (2003). Tópicos de Geriatria. Interamericana, McGraw Hill, México.

Álvarez, M. J.M (1988). Atención Primaria a la Salud, Salud Pública de México. Interamericana. México D.F.

American Journal of Epidemiology (2002). El ejercicio reduce el riesgo de depresión en ancianos. <http://www.doyma.es/aje.oupjournals.org/cgi/content/abstract/156/4/328>

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3a. Edición. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Arranz Santamaría Luis Carlos (2003). Cambios en Nuestro cuerpoymente.[http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/que es envejecer.htm](http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/que_es_envejecer.htm) - 30k

Asociación Europea de Orientación y Ayuda Psicológica (2004). Depresión Exógena y Endógena. <http://www.123mejorsalud.cl/index.php>

Blazer D, Hudhes DC, George LK (1998). The epimology of depression in on elerly commuity population.

Burke Mary M (1998). Enfermería Gerontológica. Harcourt Brace. Madrid, España.

Calderón Narváez Guillermo (1998). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. Trillas. México D.F.

Carnevali L. Doris (1988). Tratado de Enfermería Geriátrica. 2ª edición. Interamericana, McGraw Hill, México.

Carpenito L. J. (1994). Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería. Interamericana McGraw Hill España.

Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2004. Esperanza de Vida. <http://www.Conapo.segob.mx>

Cook J.Sue (1991). Fundamentos esenciales de Enfermería en Salud Mental. Interamericana McGraw Hill. Madrid, España.

Down (1997). El Internista. McGraw Hill. México D.F.

Fernández Francisco Alonzo (1997). Compendio de Psiquiatría. Oteo. España.

García Hernández Misericordia, Torres Egea María Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza (2000). Enfermería Geriátrica. Masson. Barcelona, España.

García Gross Ramón (1998). Diccionario médico. Larousse. México, D.F.

González Barcha Jesús, MD (2000). Factores de riesgo para sufrir depresión. <http://www.mimedico.net>

Ham Richard J (1995). Atención Primaria en Geriatría. Mosby. Madrid, España.

Hernández, S.R; Fernández, C.C; Baptista, L.P (1998) Metodología de la Investigación. Mc.Graw Hill, 2da edición. México.

Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). Psicología del Desarrollo Hoy. McGraw Hill. Madrid, España.

Howard H. Goldman (1996). Psiquiatría General. Manual Moderno. México D.F.

Ibáñez Ortiz Marcos (2003). Aplica el ISSSTE acciones de promoción de la salud mental; se busca evitar daños por

disfuncionalidad familiar y estrés. http://www.informed.sld.cu/revi/enf/vol15_3_99/enf13399html-43k

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática [INEGI], (2000). Censo poblacional. <http://www.INEGI.segob.mx>

Isaacs Ann (1991). Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. McGraw Hill. Madrid, España.

Kaschak N. Diane, Jakovac S. Diane. (1997) Planes de Cuidados en Geriatría. Mosby/Doyma, España.

Kene L. R., Ouslander G.S. (1997) Geriatría Clínica. McGraw Hill Interamericana, México.

Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG (1998). Depression in elderly hospitalized patients whit medical illness.

Kyes Joan J. (1982). Enfermería Psiquiátrica. Interamericana. México D.F.

Lasty Balsearos (1998). Metodología de la Investigación. Mc.Graw Hill, 2da edición. México.

Martín P. Norma Angélica (2003). La Tercera Edad. <http://www.unam.mx/rompan/36/rf36rep.html>

Merck (1992). El Manual MERCK de Geriatría. Doyma. Barcelona, España

Molina Pérez Gloria, Saldaña Lozano Adriana Judith (2003). Cambios Psicológicos y Sociales en los Adultos Mayores. <http://www.red-farmamedica.com/spo/ancianosinma.htm> - 59k

Montes de Oca Verónica (2003). Difícil, la Situación de los Adultos Mayores. http://www.amc.unam.mx/Agencia_de_Noticias/Notas_Cientificas/nc_43rqr-anciano.html

Morrison Michelle (1999). Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Mosby. Madrid, España.

Pancheri Paolo (1990). Manual de Psiquiatría Clínica. Trillas. México D.F.

Papalia, D y Olds, S. (1997) Desarrollo Humano. McGraw Hill, Madrid, España.

Patiño J. Luis (1990). Psiquiatría Clínica. 2ª edición. Salvat. México D.F.

Peñafiel Olivar Antonio (1999). Cuidados de Enfermería en Gerontología. Digitalia. Pamplona, España.

Phaneuf M. (1993) Cuidados de Enfermería, El Proceso de Atención de Enfermería. Interamericana McGraw Hill, Madrid, España.

Polit D, Hungler B. (1994) Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Interamericana MacGraw Hill. México.

Reyes Audiffred Virginia, Sibaja Trinidad L.M, Arias Merino E.D, Leiton Espinoz Z.E (2003) Perfil del Adulto Mayor de San Luis Tlaxialtemalco, México, D.F. UNAM-ENEO. México D.F.

Ribera C. J., Cruz J. A. J. (1991) Geriatría. Mosby España.

Riopeli L. et al. (1997) Cuidados de Enfermería un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona. McGraw Hill. España.

Romero Aparicio Carlos (2002). El Reto Médico De La Tercera Edad En México. <http://www.prodigyweb.net.mx/html>

Ruiperez Cantera I (1988). El Paciente Anciano. McGraw Hill. Barcelona, España.

Salgado Alberto (2002). Manual de Geriatría. Masson. México.

Secretaria de Hacienda y Crédito Público [SHCP] (2003). <http://www.SHCP.segob.mx>

Secretaria de Salubridad y Asistencia [SSA] (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006, Envejecimiento y Salud. México.

Solomon Philip (1995). Manual de Psiquiatría. Manual Moderno. México D.F.

Staab S. A., Hodges C. L. (1996) Enfermería Gerontológica. McGraw Hill Interamericana. México.

Tortora J. Gerard, Anagnostakos Nicholas P. (1999). Principios de Anatomía y Fisiología. Harla. México D.F.

UNAM-ENEO-CCOAPS (1992). Diagnóstico de Salud de San Luis Tlaxialtemalco. México.

UNAM-ENEO-CCOAPS (1997). Diagnóstico de Factores de Riesgo para la Salud y Déficit de Autocuidado de la Comunidad de San Luis Tlaxialtemalco. México.

Vallejo Ruiloba J. (2002). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Masson. Barcelona, España.

Van Der Cammen, G.S Rai (1994). Manual Clínico de Geriatría. Manual Moderno. México, D.F.