



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y ALTERACIONES DE LA MEMORIA EN  
LOS ADULTOS MAYORES EX RELIGIOSOS, DE TRES REFUGIOS  
UBICADOS EN EL ESTADO DE MÉXICO Y MICHOACÁN

# TESIS

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

P R E S E N T A:

DIEGO RAMIREZ CALVO

NUMERO CUENTA

9061321-2

MEGAPROYECTO NUEVAS ESTRATEGIAS EPIDEMIOLOGICAS, GENÓMICAS Y PROTEÓMICAS EN  
SALUD PÚBLICA

SECRETARÍA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

PROGRAMA TRANSDISCIPLINARIO EN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO 0.5.5

MODELO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PREVENTIVA Y TERAPÉUTICA DE PERSONAS  
CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SUS FAMILIARES

ENEO 020



M. en C. E. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA

DIRECTORA DE LA TESIS

MÉXICO, D.F. 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIAS

A MI MADRE: VIOLETA CALVO AGUDO

Con gratitud y cariño para ella, por su apoyo y comprensión así como la motivación que me ofreció a lo largo mi carrera.

A MI DOCTOR: RAÚL RICALDE VELAZCO

Que está en el cielo por su cariño incondicional por haberme sembrado el espíritu de superación personal y profesional que hicieron posible cumplir con esta meta de Licenciatura de Enfermería.

A MI PROFESORA: ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA.

Por el apoyo incondicional, entusiasmo, conocimientos compartidos y su paciencia ya que contribuyeron a la culminación de esta etapa de mi vida. Gracias profesora.

EVELYN

Gracias por estar a mi lado.

DON FEDERICO

Hoy que estas en el cielo, siempre te recordare gracias por todo. Mi viejo amigo

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> -----	6
<b>1. MARCO TEORICO</b>	
<b>1.1 GERONTOLOGIA Y GERIATRIA</b> -----	9
<b>1.2 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO</b> -----	10
<b>1.3 CAMBIOS DEL ENVEJECIMIENTO</b> -----	10
<b>1.4 CAMBIOS PROGRAMADOS</b> -----	12
<b>1.5 ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD</b> -----	13
<b>2. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR</b>	
<b>2.1 EPIDEMIOLOGIA</b> -----	14
<b>2.2 ASPECTOS ANATOMICOS</b> -----	15
<b>2.3 ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS</b> -----	16
<b>2.4 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</b> -----	16
<b>2.5 DEPRESIÓN Y TRISTEZA</b> -----	17
<b>2.6 DEPRESIÓN Y OTRAS ENFERMEDADES</b> -----	18
<b>2.7 SUB TIPOS DE DEPRESIÓN EN LOS AÑOS         FINALES DE LA VIDA</b> -----	19
<b>2.8 DEPRESIÓN SIN TRATAMIENTO</b> -----	20
<b>2.9 DEPRESIÓN Y RELIGIÓN</b> -----	21
<b>2.10 COMO VENCER LA DEPRESIÓN</b> -----	22
<b>3. PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA</b>	
<b>3.1 EVOLUCIÓN DE DEPRESIÓN A DEMENCIA</b> -----	23
<b>3.2 MANIFESTACIONES DE DEPRESIÓN EN LA         DEMENCIA</b> -----	24
<b>3.3 TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LA         DEMENCIA</b> -----	25
<b>3.4 MEDICINA ALTERNATIVA</b> -----	28
<b>3.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA</b> -----	28
<b>3.6 DETERIORO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA         DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESIÓN</b> -----	30
<b>3.7 AUTOCUIDADO</b> -----	31
<b>3.8 ENFERMERIA Y LA TERAPIA OCUPACIONAL         EN DEPRESIÓN Y DEMENCIA</b> -----	32
<b>3.9 VALORACIÓN DE ENFERMERIA</b> -----	34

<b>4. DETERIORO COGNITIVO</b>	
<b>4.1 TRASTORNO DE MEMORIA ASOCIADO CON EDAD</b>	35
<b>4.2 CAPACIDAD COGNOSCITIVA CON EL ENVEJECIMIENTO NORMAL</b>	36
<b>4.3 EVALUACIÓN DE ENFERMERIA</b>	37
<b>4.4 ESTIMULACIÓN COGNITIVA</b>	42
<b>4.5 FUNCIONES DE ENFERMERIA (CUIDADOR)</b>	44
<b>4.6 LAS RELACIONES SOCIALES EN EL ADULTO MAYOR</b>	45
<b>5. CALIDAD DE VIDA</b>	46
<b>6. ETICA Y ADULTO MAYOR</b>	50
<b>6.1 ETICA EN LOS ASILOS</b>	52
<b>6.2 INTERVENCION DE LA ENFERMERA</b>	55
<b>1. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	61
<b>2. JUSTIFICACION</b>	63
<b>3. OBJETIVOS</b>	
<b>3.1 OBJETIVO GENERAL</b>	63
<b>3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO</b>	63
<b>4. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</b>	
<b>4.1 DISEÑO DE ESTUDIO</b>	65
<b>4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	66
<b>4.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	
<b>5. RESULTADOS</b>	66
<b>5.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS</b>	72
<b>6. CONCLUSIONES</b>	75
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	78
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	79
<b>ANEXOS</b>	80

## **INTRODUCCIÓN**

El hombre en el proceso de envejecimiento ha experimentado un giro para poder adaptarse a la etapa de madurez, acostumbrarse a la jubilación, a su reducción de ingreso así como cambios en sus tres esferas: social, biológico y psicológico; como tal vez la muerte de un cónyuge y/o establecer una afiliación o asociación de gente de la misma edad.

Para el adulto mayor una tarea es tener tu propio criterio, respeto a la vida, y adaptarse al retiro “asilos”, la cual es una actividad de evaluación de sus vidas, si fueron satisfactorias y así poder adaptarse al medio ambiente.

En nuestro país, las autoridades cada vez más se han ido enfocando sus actividad a cuestiones políticas, con esto al interés la salud y al bienestar de los adultos mayores, ya que es un proceso de vida inevitable que continua y por el cual todos los seres humanos tenemos que pasar. En todas las sociedades falta de cultura e información sobre la vejez y el aumento en la atención del niño, (por ejemplo si tiene molestias se le lleva inmediatamente al médico, en cambio si el anciano tiene molestias físicas o de otro tipo, se le lleva al médico al tercer día.) Reafirma lo que es importante inculcar los valores humanos, dar información, y orientar la sociedad en general ya que el adulto mayor forma parte de ciclo de una vida humana y es la fuente primordial de de una familia, y sociedad.

Las actividades de enfermería en el área de Geriatria y Gerontología, considero que son un arte, ya que en los últimos años de vida, si bien son relevantes los cuidados de tipo asistencial, también los son los referentes a la prevención y la rehabilitación, de tal forma que la enfermería al promover la prevención en esta etapa de la vida, fomenta la autoconfianza en el ser humano y brinda una mejor calidad de vida.

Los adultos mayores que sufren de alteraciones de conducta en especial la depresión, constituyen un reto de atención para el equipo de salud ya que requieren de atención especializado, centrada en la valoración desde el punto de vista cognoscitivo, sin embargo hay que tomar en cuenta que existen múltiples posibilidades que originaron el deterioro cognoscitivo.

Por lo cual se debe realizar un diagnostico diferencial a través de instrumentos convencionales, que permitan dar a la persona una posibilidad de tratamiento y

cuidado que mantenga un mejor funcionamiento y calidad de vida en las mejores condiciones posibles, como parte del manejo integral.

Los adultos mayores de los refugios 1.2.3. Donde se realizó la observación.

De la forma de vida (estado funcional y su relación con su ambiente, y en forma explícita dentro de su contexto de la vida diaria asilado (a). y su sentimiento de la frustración de sentirse solos en la vida. (El abandono, o la ausencia de sus seres queridos ya fallecidos). La depresión en los adultos mayores se observa por quejas por ejemplo: el despertar demasiado temprano, pérdida de interés a las actividades, incapacidad para concentrarse la atención, cefalea (principalmente en la región occipital), la sensación de sentirse peor por las mañanas. Estas características dan como un reto de a los cuidados de enfermería.

Me voy a convertir en una persona senil. Mi ciclo de servicio a dios esta por terminar, el miedo de envejecer ensombrece la vida a muchas personas, en nuestra sociedad mucho antes de la primera arruga anuncie la llegada de la vejez.

## **1.- MARCO TEORICO**

### **1.1 ADULTO MAYOR**

Hablar del adulto mayor en plenitud es etiquetar las palabras es decir “anciano, viejo, ciudadano mayor”. En nuestra sociedad se ve al adulto mayor como un ser delicado o débil, y con capacidad limitada, el cual ya no es considerado un elemento productivo, esta percepción habitual del envejecimiento a veces es muy diferente a la realidad. Los procesos de la vida humana continúan mientras ésta exista.

En países desarrollados, con una sensibilidad y evolución cultural, la Geriatria es entendida como un aspecto relevante del esquema sanitario del país, en contraste con países de América Latina donde no se ha promovido esta cultura de respeto y dignificación al Adulto Mayor.

La atención a los ancianos debe ser organizada de forma coherente, enfatizando los servicios de salud, prestando interés a los problemas y necesidades que origina una población anciana en constante aumento.

Cuando el anciano enferma no sólo lo hace en física, entidades patológicas definidas por nombres diagnósticos, si no que también lo hace psicológica y socialmente. El término (situaciones de enfermedad) recoge las consecuencias derivadas de la precaria situación de equilibrio en la que viven los ancianos.

Los ancianos viven en desafío permanente entre las necesidades que deben cubrir y la capacidad que tienen para ello, no sólo desde el punto vista físico o mental, sino también social.

Todo dependerá de la reserva orgánica y funcional que tenga en los últimos años de vida, como también de los componentes culturales y sociales que acompañan su existencia y del factor psicológico, el estado de ánimo, la manera positiva o negativa de enfocar la vida. <sup>1</sup>

1. HP.Von Hahn Geriatría Práctica 4 ed. Ed. Manual moderno México 1998. Pág. 75 – 82.

La aparición de la enfermedad se convertirá en situación si produce ruptura del equilibrio previo; una afirmación que nos puede valer para definir el ámbito de la medicina, enfermería.

Un episodio de mayor o menor gravedad afecta el equilibrio hasta entonces bien controlado. La persona será entendida como cliente de los servicios de salud en geriatría comprendiendo las causas de su desequilibrio además de obtener las herramientas necesarias para el restablecimiento de la salud logrando su incorporación a sus actividades de la vida diaria fomentando su máxima autonomía según se lo permitan sus capacidades.

No es suficiente establecer un diagnóstico certero del origen y carácter patológico, sino también el diagnóstico de la situación de la enfermedad, esta tiene componentes de índole físico, mental, funcional y social que se interrelacionan de manera decisiva, y sobre estos cuatro aspectos se debe intervenir.

Las formas atípicas de presentación, la presencia de múltiples desarreglos simultáneos, la tendencia a la rápida pérdida de la capacidad funcional, la constante influencia de factores ambientales, son hechos que obligan más que nunca al personal de salud a ``trasladar la teoría general de la práctica individual`` y a distinguir los problemas que son los importantes, prioritarios y solucionables.

La atención de este grupo de edad requiere de un equipo de profesionales competente con recursos asistenciales adecuados y organizados. Esta claro que todos nosotros, desde el momento que nacemos hasta que nos llega el final, no hacemos sino tratar de adaptarnos, al medio y a las circunstancias. Las personas que controlan el ritmo y el grado de su adaptación tiene todavía el poder en la mano; nadie que controle completamente su cuerpo, mente y relaciones interpersonales puede pensar que le ha llegado la vejez, y aun cuando llegue a cumplir mas años. Será difícil que adquiera el sentimiento de ser anciano si todavía es capaz de pensar, decidir y actuar por si mismo.

Vista desde fuera, una persona es anciana cuando ha alcanzado una edad avanzada y presenta los rasgos que dibujan la imagen de la vejez.

Se manifiesta una sensación, generalmente lenta y progresiva, a veces brusca, de no poder controlar ya sus vidas, cuando la capacidad de la adaptación se ve limitada por una larga serie de factores como son: el deterioro físico, la lentitud mental, la ausencia de motivación en la vida o el cambio en la frecuencia y calidad de sus relaciones interpersonales.

Durante los años que transcurren desde que el joven se hace adulto hasta que la edad marca la cifra de los setenta o de los ochenta (en algunas ocasiones más) el individuo mantiene por lo común el control de sí mismo y de las acciones que precisa para sobrevivir, es capaz de enfrentarse a los problemas (con mayor o menor eficacia, pero normalmente de forma autónoma). En otras palabras; existe la capacidad de elegir lo que implica poder vivir de manera independiente, no importa cuánta carga moral o física rodee el contexto situacional de la persona.

El darse cuenta del cambio de estilo de vida genera situaciones con alto contenido de estrés para la persona, eventos como un largo periodo de paro laboral, tiempos de pobreza económica, el nacimiento de un hijo con discapacidades, la pérdida del cónyuge en edad temprana, una separación de divorcio en la familia, la aparición de una enfermedad grave, accidentes amenazantes de la vida, contribuyen a acentuar un mecanismo de afrontamiento inadecuado.

### **1.1.1 GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

#### **Gerontología**

Es el estudio del envejecimiento y de cualquier proceso o fenómeno que se desarrolla alrededor de los cambios generados por la edad, la Gerontología se distingue por ser una disciplina de investigación que emplea los métodos y paradigmas que provienen de la biología, sociología, epidemiología, ciencias políticas y la economía, para nombrar sólo unos pocos campos.

Su origen etimológico es:

- GERON: Anciano, viejo (Griego)
- LOGOS: Palabra, ciencia (Griego)

#### **Geriatría**

Es la práctica clínica de un profesional de salud, que trabaja con gente de edad avanzada en áreas de la medicina geriátrica, psiquiátricas geriátrica, enfermería geriátrica y trabajo social geriátrico. A cualquiera de estos profesionales se le puede llamar **geriatra**, aunque en la actualidad coloquialmente la sociedad lo asocia con un médico.

## 1.2 TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Las teorías del envejecimiento cae en dos grupos principales: teorías del cambio aleatorios y en teorías de cambios programados.

**Cuadro N.1**

### **Teorías del envejecimiento**

<b>Cambios aleatorios</b>	<b>Cambios programados</b>
Azar.	Genético.
Toxinas ambientales.	Desarrollo.
Sustancias químicas.	Metabólicos.
Radiación.	Autoinmunitarios.
Bacterias.	
Radicales libres.	
Uso y desgaste	

**Fuente:** Tomado de documentos: Secretos de Geriatria.

## 1.3 CAMBIOS DEL ENVEJECIMIENTO

Las **teorías de los errores** sostienen que los cambios del envejecimiento se producen por el error en la replicación del DNA, transcripción en RNA, en la traducción de proteínas y en bioquímica enzimática. Estos errores producen procesos disfuncionales o ambos, como enlaces cruzados de proteínas y otras macromoléculas. Esto incrementa conforme el individuo envejece, aumentan las oportunidades de que estos errores ocurran y se acumulen. El conocimiento cada vez mayor de la independencia del DNA mitocondrial dentro de la célula y el metabolismo energético en la célula ha conferido otra dimensión a los posibles sitios.

**Los radicales libres.** Son pequeñas moléculas generadas por reacciones bioquímicas a nivel celular, debido a que existe una inestabilidad por eso son radicales, se combinan y producen cambios moleculares que inactivan muchos compuestos y causan mutaciones en los ácidos nucleicos. Aunque la generación de estas moléculas y los cambios que generan caen claramente en la categoría de teorías de los errores. Los productos contra el envejecimiento que los radicales libres merecen una mención especial. Varios compuestos se han descubierto, en laboratorio que pueden capturar radicales libres a medida que se generan. Estos incluyen “antioxidantes” como la vitamina E, vitamina C,

y beta caroteno. También se han aislado otros antioxidantes naturales como la enzima dismutasa de superóxido.

La exposición a **toxinas ambientales**: Es otra teoría del envejecimiento, que afirma que los cambios de la senectud se acumulan debido al contacto con influencias nocivas en el ambiente conforme se envejece. Las categorías de influencias externas varían ampliamente incluyen elementos (p.ej. accidente automovilístico) radiación, contaminantes en el medio ambiente, riesgos ocupacionales y microorganismos infecciosos, la exposición a muchas de estas influencias pueden producir un padecimiento o una enfermedad crónica; encuentros repetidos pueden producir cierta declinación en la vitalidad que relacionamos con envejecimiento.

Las teorías del **uso y desgaste**: Sostienen que los individuos nacen con una capacidad finita en muchos sistemas, conforme pasan los años estos sistemas se agotan o se dañan y el resultado es la pérdida de su vigor. El incremento de la artritis degenerativa causada por el daño al cartílago es un ejemplo de un proceso patológico debido a uso y desgaste.

#### **1.4 CAMBIOS PROGRAMADOS**

Las teorías **genéticas** postulan que los individuos heredan su periodo de vida, la longevidad está codificada en el genoma. Las especies poseen un periodo de vida característico.

Algunos científicos postulan la teoría del **desarrollo** las cuales afirman que los cambios del envejecimiento son una etapa natural del desarrollo del individuo, con características endocrinológicas, anatómicas, fisiológicas, inmunológicas, neurológico siendo el sitio lógico para codificar este programa es el genoma, el cual se relaciona a las teorías genéticas del envejecimiento. Esta teoría se apoya al menos en una “mutación”; niños descritos con progeria.

Teoría de **telómeros**: Los fragmentos terminales de cromosomas que se pierden durante la división celular, en los campos de la biología del desarrollo, biología celular del envejecimiento y oncología, los telómeros largos se

encuentran no solo en células germinales sino también en células pluripotenciales. (Células linajes en la médula ósea) y células aisladas de tumores, con las divisiones relacionadas los telómeros se acortan. Un mejor conocimiento de cómo la pérdida de material DNA termina y puede afectar la función celular (sirve como “reloj biológico”) despierta de gran interés para los gerontólogos y oncólogos.

Las teorías **metabólicas** establecen que la “velocidad de la vida” influye la duración de la vida. A esta teoría se le denomina teoría del “marcapaso”, porque postula que el organismo individual puede conservar el paso con los sucesos biológicos y que el vigor se reduce conforme las sustancias vitales se consumen. (Modesta restricción calórica, hipotermia ambiental) estas funciones proceden de evidencias, “prolongan el vigor y la vida”. EN otras teorías procede de la observación de que tamaño del cuerpo en general es vinculado a la longevidad. Las de mayor tamaño tienden a presentar periodos de vida más prolongados.

Las teorías **auto inmunitarias**. Sostienen que los cambios del envejecimiento se deben a la acumulación de anticuerpos que reaccionan a proteínas propias; estos complejos de anticuerpo – antígeno producen entonces enfermedad, lo que reduce la función; la prevalencia de muchos auto anticuerpos aumentan durante el envejecimiento.

## **1.5 ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD**

Muchos cambios que relacionamos con el envejecimiento normal tienen poca consecuencia para el individuo y su capacidad para funcionar en el mundo, por ejemplo, el cabello canoso no perjudica las funciones físicas. Las funciones fisiológicas críticas tienden a mostrar capacidad sustancial de reserva (como la tasa de filtración glomerular), de modo que la declinación se relaciona con la edad a veces no se acompaña de reducción de la función durante muchos años. Por otra parte, la disminución de la capacidad de reserva puede hacer al individuo más susceptible a las enfermedades agudas o al desarrollo de la deficiencia funcional crónica. Se ha demostrado que los cambios fisiológicos antes adjudicados al envejecimiento normal son reversibles. <sup>2</sup>

## 2. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

### Concepto

La palabra depresión tiene un significado en diversas disciplinas, en este contexto la depresión designa cambios de humor y afecto del individuo, que alteran su relación con el ambiente y con la realidad, la depresión es una enfermedad común en el individuo.

2. Manny Ann Fonciea y cols Secretos de la Geriatría 2da. Ed. McGraw Hill 2002 Pág. 1 – 10.

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA

De acuerdo a los datos del Consejo nacional de población, (Conapo) entre el 2000 y 2006, la población adulta mayor pasó de 6.7 a 8.2 millones. Incremento que representa cerca del 20%

Estimaciones recientes, señalan que para 2010 la proporción de personas adultas de 60 años y más llegará a 8.8%; total de la población. En 2020 a 12.5%; 2030 será a 12.5% y en 2050 el 28%.

Los adultos mayores han tenido que lidiar con sus enfermedades que en ocasiones no se les permite brindarles una atención de salud, lo que nos pone en una situación de desventaja y una alta vulnerabilidad. De que no cuentan con un seguridad social

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre las principales causas de incapacidad o discapacidad a nivel mundial, cinco de los 10 problemas más importantes tienen origen psiquiátrico. La depresión constituye el trastorno principal que muestra el más grande número de años de la vida con discapacidad (índice de los años perdidos donde hubo que soportar una discapacidad o la muerte prematura). .<sup>3</sup>

En el 1990 se prestó mucha atención a la depresión con una introducción de nuevas alternativas terapéuticas mejores.

Según el “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, en su quinta edición (DSM-IV), la prevalencia de sufrir de por vida un trastorno depresivo moderado o mayor es de **10 a 25%** en mujeres y de **5 a 12%** en los varones.

3. CONAPO. Proyección de la población en México. Consejo Nacional de población 2007. [www.conapo.com.poblacion](http://www.conapo.com.poblacion)

El trastorno depresivo puede surgir en cualquier edad (aunque su frecuencia alcanza su punto máximo entre los 25 y los 50 años), en uno y otro género (aunque las mujeres tienen riesgo doble), y en cualquier clase socioeconómica (las personas atendidas por un médico de asistencia primaria y amparadas por seguros médicos tienen mayor posibilidad de recibir tratamiento). Si la persona tiene un pariente de primer grado con una alteración de la afectividad o el ánimo existe un riesgo de 1, 5 a 3 veces mayor de mostrar depresión profunda o mayor<sup>4</sup>

## **2.2 ASPECTOS ANATÓMICOS**

Los estudios de las anomalías estructurales y funcionales de los circuitos nerviosos que sustentarían los procesos anímicos o talantes, abarcan múltiples regiones del cerebro. Los estudios neuroimagen estructurales han descrito disminuciones volumétricas u otras alteraciones de la corteza prefrontal y el hipocampo.

Las investigaciones histopatológicas han detectado disminución en las poblaciones de neuronas y células gliales, la corteza prefrontal dorso lateral y orbitaria, particularmente reciben la mayoría de impulsos provenientes del sistema monoamínicos. Los estudios funcionales miden el metabolismo de la glucosa cerebral en diversas regiones o el riego sanguíneo, han descrito alteraciones en los circuitos corticostriado talámicos y corticolímbicos.

La relación entre las regiones mencionadas y la depresión del ánimo ha sido reforzada por datos de estudios de inducción transitoria del ánimo en sujetos sanos.

4 Juan J. López – Ibor al día. (DSM – IV) Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales México, 1998  
Págs. 171 - 180. 279 – 322.

## **2.3 ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS**

La búsqueda de una causa y un elemento corrector de la depresión ha girado alrededor de dos sustancias neuroquímicas primarias; noradrenalina y serotonina. Su participación en la depresión es un hecho complejo, porque la deficiencia de una u otra no bastan para causar dicho cuadro clínico y sugiere una sucesión de fenómenos neuroquímicos. La teoría de la depresión que ha recibido mayor apoyo se basa en el hecho fundamental de que existe deficiencia de una u otra sustancia química en la sinapsis interneuronal. Al incrementar la concentración ínter sináptica por inhibición de la recaptación de la sustancia neuroquímica, puede aliviarse la depresión. En la década de los 60-70, el tratamiento primario incluyó inhibidores de monoaminoxidasa (MAOI) y antidepresivos tricíclicos (TCA). En la década 80-90, se orientó a la síntesis de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRT). El fundamento teórico en que se basan todos estos fármacos sería la disponibilidad de noradrenalina o serotonina.

## **2.4 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Para cumplir los criterios de un trastorno depresivo mayor, la persona debe mostrar cinco síntomas neurovegetativos, (como la depresión del ánimo, la falta de interés) en los 15 días anteriores, y que los síntomas causen deterioro importante en áreas funcionales de índole social, ocupacional o de otra especie importantes y que no se deban al uso de un estimulante, cuadro médico o duelo.

Los síntomas neurovegetativos; cambios en el sueño, o en el nivel de interés sentimiento de culpa o preocupación, alteraciones en la energía, la

concentración, o el apetito; agitación o retraso psicomotores, suicidio o ideas de la muerte.

Otros síntomas de depresión incluyen crisis de llanto, sensaciones de inermidad y falta de valor, irritabilidad y disminución del “apetito sexual” (libido). Se dispone de varios instrumentos válidos de detección inicial para facilitar el diagnóstico, que incluyen el llamado Beck, Depresión Inventor y (BDI) auto aplicado y la Hamilton Depression Scale.

(HAM-D) aplicada por el clínico. Sin embargo, en un estudio se detectó que una sola pregunta (¿está usted deprimido?) fue más sensible y más específica para detectar depresión en cancerosos que se encuentran en fase terminal.

Los criterios para identificar trastornos son: el estado de ánimo en gran parte del día, durante más días, en la semana, o durante dos años como mínimo. Con la presencia de dos síntomas neurovegetativos, cambios de apetito, insomnio o hipersomnias, poca energía, baja autoestima, concentración psíquica deficiente y sentimientos de desesperanza.

Muchas enfermedades de índole médica originan signos de depresión. En este diagnóstico diferencial es necesario incluir trastornos de tiroides, accidente cerebro vascular, otros cuadros neurológicos como enfermedad de parkinson y esclerosis múltiple, deficiencias vitamínicas, trastornos auto inmunitarios, cáncer (sobre todo en páncreas), anemias, cardiopatías.

## **2.5 DEPRESIÓN Y TRISTEZA**

La enfermedad depresiva en personas de edad avanzada puede ocurrir sin causas precipitantes obvios. Sin embargo, con mayor frecuencia la depresión en los años finales de la vida ocurre un contexto de una enfermedad patológica, estrés, psicosocial y pérdida y, por lo consiguiente, casi todas las depresiones tienen el sentido desde el punto de vista empático e intuitivo. Desafortunadamente, ello suele dar lugar a que considere que la depresión es un estado “natural” del envejecimiento en lugar de los síntomas patológicos que requieren valorarse. A pesar de estos conceptos erróneos, la diferenciación entre una enfermedad depresiva y la tristeza normal es directa.<sup>5</sup>

Las enfermedades depresivas son persistentes, duran varias o más tiempo; pueden ser incapacitantes, e interferir con las actividades sociales, instrumentales o del cuidado personal sea por sí mismas o al aumentar la incapacidad relacionada con la enfermedad patológica. Aunque las relaciones entre la depresión e incapacidad pueden ser complejas y bidireccionales, los pacientes con depresión persistente acompañada de deterioros funcionales que requieren una valoración médica.

## **2.6 DEPRESIÓN Y OTRAS ENFERMEDADES**

Las depresiones de inicio tardío, en general, surgían en el contexto de una enfermedad o neurológica crónica, desde el punto de vista epidemiológico demuestra una prevalencia más alta de depresión mayor en el ambiente de cuidados; ocurre aproximadamente en 2 a 4 % de personas de edad avanzada. 10 al 12% de personas internadas de este grupo de edad. 20 a 25%, residentes de asilos con funcionamiento cognoscitivo intacto. Además, hasta 30 al 50% de los enfermos en ambientes de cuidados tienen depresiones menores clínicamente importantes. En todos los pacientes de edad avanzada que presentan una enfermedad

Es importante para el personal de salud, deben determinar sistemáticamente si existe una depresión concurrente, a la inversa todas las personas de edad avanzada en un ambiente de cuidados de la salud mental que se presentan para la valoración de una posible depresión para controlar las enfermedades importantes.

Un gran número de publicaciones en el campo de la psiquiatría, de enlace y consulta han abordado la posibilidad de que los síntomas médicos oculten el diagnóstico de la depresión mayor. Algunos síntomas como la fatiga, suelen deberse a enfermedades médicas (por ej. insuficiencia cardiaca) o depresión, los clínicos con experiencia pueden valorar la causa de los síntomas observados, sin importar la causa aparente, a pesar de las dificultades teóricas, las conductas actuales para el diagnóstico se ha validado, de hecho, de

pacientes que sufren de muchos trastornos médicos concurrentes que son comunes en los últimos años de la vida.

Estudios clínicos controlados han demostrado que las depresiones diagnosticadas en pacientes con enfermedades tan diversas como apoplejía, parkinsonianos, cáncer, cardiopatías isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (EPOC), artritis, y que respondan al tratamiento.

## **2.7 SUBTIPOS DE DEPRESIÓN EN LOS AÑOS FINALES DE LA VIDA**

### **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR**

Se caracteriza por episodios en que permiten los síntomas siguientes:

- Ánimo deprimido constante.
- Disminución notable del interés o el placer en las actividades usuales.
- Reducción del apetito y el peso.
- Aumento del apetito y el peso (más raro)
- Insomnio.
- Hipersomnio.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- Disminución de la capacidad para pensar y concentrarse.
- Pensamientos, deseos, planes o intentos de suicidio.

Según el Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV), el diagnóstico, de un episodio depresivo mayor, se establece cuando los pacientes tienen un ánimo deprimido, pérdida de intereses o de placer, uno o ambos, y un total de cinco de los síntomas anteriores en grado importante durante dos semanas cuando menos.

La depresión mayor puede ocurrir como un episodio aislado o ser parte de un patrón recurrente de episodios. Las depresiones que se presentan en la edad avanzada pueden ser el inicio temprano, en las cuales la depresión en los últimos años de la vida ocurre como recurrencia de una enfermedad que se inició en la edad adulta joven, o de inicio tardío, en la cual la afección se inicia a una edad mayor. La depresión también puede acompañarse de características

psicóticas (alucinaciones o delirios). Como regla, las depresiones psicóticas no responden a los antidepresivos solo requiere de anti psicóticos.

**El trastorno distímico:** es una afección que existen en forma crónica síntomas depresivos menos intensos durante un periodo de dos años o más.

**Las depresiones menores:** incluyen las que presentan en forma concurrente síntomas de depresión y ansiedad y las manifestaciones graves pero en forma breve pero recurrente.

Aspectos importantes para el cuidado primario en la depresión:

**1-** El diagnóstico de depresión en los años finales de la vida es tan válido como los trastornos fisiopatológicos importantes.

**2-** La depresión mayor en la edad avanzada es un trastorno importante que se acompaña la morbilidad psiquiátrica y al personal de salud, mayor uso de servicios generales al cuidado de salud.

**3-** La depresión a finales de la vida es un trastorno que puede tratarse con Cantidad y Calidad Humana.

## **2.8 DEPRESIÓN SIN TRATAMIENTO**

La depresión no tratada o con tratamiento menor se acompaña tanto las consecuencias psiquiátricas, como las enfermedades patológicas generales. La morbilidad psiquiátrica incluye cronicidad con su incapacidad psicosocial relacionada, existe el riesgos de abuso de alcohol o como intento de auto tratamiento y el suicidio. El aspecto más apremiante sobre la importancia de que los cuidados primarios reconozcan la depresión es que se ha encontrado que 75% de las personas de edad avanzada piensan en el suicidio antes de una visita médica, y en el transcurso de 1 a 2 meses anteriores a su muerte.

El suicidio no sólo puede ocurrir cuando se pasa por alto la depresión sino en cualquier momento del curso del tratamiento de un episodio depresivo. Se

indica la vigilancia muy cercana si el paciente expresa pensamientos o intentos de suicidios, describe un plan para el mismo, o todos ellos. En las etapas iniciales del tratamiento hay un riesgo mayor temporal de suicidio a medida que los pacientes recuperan la energía y capacidad para actuar en sus planes iniciales.

La morbilidad que acompaña a la depresión incluye mayor incapacidad, subnutrición de proteínas y calorías, mayores molestias de dolor y aumento de la sensibilidad a los efectos secundarios subjetivos de los medicamentos. También hay incremento del uso de servicios de cuidados, (pacientes internos y externos) y a la carga de cuidadores. Por último, en pacientes con depresión es mayor la mortalidad, incluso después de controlar el agravamiento de las enfermedades médicas.

## **2.9 DEPRESIÓN Y RELIGIÓN**

Más allá de los síntomas clínicos que presentan los adultos en la sociedad, la depresión se presenta como un padecimiento del alma, que atenaza a quien lo sufre en algún momento de su vida.

Aparece cargada de tedio y aburrimiento. La víctima de la depresión desearía tal vez, arrinconarse en una esquina y dejarse morir. La subjetividad cautiva por esta dolencia, expande su pesimismo sobre todo, especialmente sobre el futuro sobre el mañana más temido que esperado..

Además de las diversas causas que pueden originar esta alteración del humor y de la afectividad, no se debe minusvalorar el peso, la posible influencia de factores ambientales presentes en la cultura que nos envuelve.

Una cultura demasiado liviana, demasiado vacía de valores, demasiado huérfana de referencias que, lejos de aligerar la vida del hombre, tantas veces de sobrecarga de temor y de tensión. En esta sociedad de la comunicación y de abundancia, de la competitividad y la lucha, el ser humano amanece solo y confundido, como después de una noche de resaca, tal vez acompañado únicamente por su pobreza, saturado de desengaño y frustraciones, sumergido en la inutilidad de la nada.

## **2.10 COMO VENCER LA DEPRESIÓN**

Es preciso conocer y aceptar la enfermedad, dejándose ayudar para salir de ella, no siempre es fácil encontrar el apoyo del otro; de la familia o de los amigos, pero hay que procurarlo junto a la insustituible labor de los médicos, no debe faltar la cercanía personal.

La comprensión, la compañía, la escucha; en definitiva, el saberse amado vale más que todos los tratamientos, aun cuando estos sean necesarios.

Es importante tender la mano a los enfermos, hacerles percibir la ternura de Dios, integrarlos en una comunidad de fe y de vida en la que se sientan acogidos, comprendidos, sostenidos, dignos, en una palabra de amar y ser amados.

### 3. PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA

Clásicamente los textos de psiquiatría geriátrica resaltan las dificultades para identificar a los pacientes en los estados de depresión mayor originó el deterioro cognoscitivo importante a diferenciar a estos casos de " demencia depresiva "que pueden tratarse y las demencias irreversibles, como la enfermedad de Alzheimer. Señalan que la depresión grave pueden causar un deterioro cognoscitivo real. Se ha propuesto el nombre, **síndrome demencial de depresión** que la incapacidad que resulta de la depresión grave. Más importante aún, Reifler y colaboradores señalaron que los pacientes con depresión y deterioro cognoscitivo concurrentes podrían tener una enfermedad o dos.

#### 3.1 EVOLUCIÓN DE DEPRESIÓN A DEMENCIA

Los pacientes que presentan un trastorno depresivo y que, con el paso del tiempo, desarrollan una demencia, pueden contemplarse fundamentalmente desde dos ópticas:

- Pacientes que sufren su primer episodio depresivo en la vejez, estos pacientes suelen presentar mayor frecuencia de lesiones cerebrales difusas de tipo vascular (leucoaraiosis)

Que pueden ser evidenciadas por técnicas de neuroimagen, hasta el punto que se a llegado a llamar a este trastorno depresión vascular. Son enfermos que tienen riesgo mayor que la población general de desarrollar deterioro cognitivo progresivo y finalmente a una demencia.

En otros casos, el perfil de la demencia es vascular, más que la propia enfermedad de Alzheimer.

- Seguimientos a largo plazo han demostrado que los pacientes que desarrollan una enfermedad de Alzheimer tienen antecedentes depresivos en la edad geriátrica con mayor frecuencia que desarrollan un trastorno depresivo, acompañado de quejas de problemas cognitivos (antiguo concepto de demencia reversible o pseudodemencia) y que mejoran con tratamientos antidepresivos, tanto de los síntomas depresivos como los cognitivos, vuelven pasados unos meses o años, a desarrollar problemas de deterioro cognitivo ya irreversible.

Los diferentes autores se inclinan a considerar en estos casos la sintomatología depresiva no como desencadenante de la demencia, sino como un antecedente, es decir, un síntoma precoz o precocísimo de la propia demencia y, por lo tanto, a su cuadro clínico.

Entre un 20% y un 50% de los pacientes con una demencia primaria desarrollan un trastorno depresivo en algún momento de su evolución. La prevalencia en la población institucionalizada. En la demencia vascular es más frecuente que en la enfermedad de Alzheimer. Desde un punto de vista etiológico, además del componente de la reacción psicológica al padecimiento de una enfermedad grave, existe otro puramente biológico.

Este está relacionado fundamentalmente con déficits no adrenérgicos (a diferencia de los), que los pacientes con demencia y depresión tienen más acentuados que los que padecen sólo la demencia. La depresión es más frecuente en los estados de estadios iniciales de la enfermedad, en que los factores psicológicos tienen mayor preponderancia. Conforme la enfermedad de base, el componente etiológico de tipo biológico va cobrando preponderancia, la aparición de depresión es también más habitual si el paciente tiene antecedentes familiares o personales de trastornos depresivos. Aunque exista cierta controversia al respecto, en general puede decirse que la presencia de la depresión afecta negativamente a la evolución de la demencia. Las capacidades cognitivas más afectadas son: la atención, vigilancia, velocidad psicomotora, y la memoria.<sup>6</sup>

de reconocimiento diferencial de datos que poseen un tono afectivo positivo o negativo. En cualquier caso, la afectación parece ser mayor plano funcional que en el estrictamente cognitivo. Conforme avanza la gravedad de la demencia, el impacto de la depresión es mayor.

### **3.2 MANIFESTACIONES DE DEPRESIÓN EN LA DEMENCIA**

El diagnóstico no es fácil, ya que existe un solapamiento de síntomas entre los trastornos: problemas de apetito, peso, sueño, motricidad, emotividad, y sociabilidad, son frecuentes en ambas entidades.

Aunque es necesario valorar los síntomas vegetativos (cambios en los ritmos circadianos, en el apetito o peso, entre otros), no hay que olvidar los síntomas intrapsíquicos, y se ha de investigar los sentimientos de tristeza o

desesperanza, así como la ideación de la muerte y auto lítica. La presencia de los cambios en estado de ánimo es comunicada con mayor frecuencia por los familiares, si éstos son preguntados, que por el paciente.

6 Antonuccio. Osman Nicolás. La Salud Mental en la tercera edad. Psicogeriatría. 1994. Akadia. Ed. Buenos Aires. Pág. 52 – 59.

Ya que el paciente no suele manifestar espontáneamente la sintomatología, es necesario valorar los signos frente a los síntomas. Estos signos están relacionados con cambios en la apariencia, reactividad e interés por el entorno, lentitud de hablar y movimientos, llanto, agitación, despertar precoz, apetito y presencia de empeoramiento diurno.

En los pacientes con demencia avanzada, existe una mayor frecuencia signos depresivos atípicos. Aparecen más fenómenos psicomotores que los puramente intrapsíquicos

. Entre los signos más frecuentes se encuentran la disminución o ausencia de reactividad al entorno, la apariencia entristecida o seria, ansiedad de tipo emocional (llanto, miedo...), con la cualidad demandante o implorante hacia las personas que lo rodean. También aparecen estados de inquietud psicomotriz con contenido emocional, como caminar asustado, o auto-agresiones con gritos con contenido triste.

### **3.3 TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN LA DEMENCIA.**

Los trastornos depresivos se tratan con fármacos antidepresivos, tanto si aparecen en pacientes sin deterioro cognitivo, como si lo hacen en aquellos que lo sufren. Debido a la demostrada relación entre déficit colinérgico y enfermedad del Alzheimer, es conveniente evitar, si posible, en el tratamiento de estos síntomas, los antidepresivos tricíclicos o heterocíclicos, debido a sus efectos anti colinérgicos. En todo caso, la lofepramina es el medicamento tricíclicos que ha mostrado menor impacto sobre las capacidades cognitivas en pacientes depresivos en edad avanzada. Los medicamentos de primera elección son los ISRS ola venlafaxina, que no tiene prácticamente efectos sobre la neurotransmisión colinérgica. La única excepción la constituye la demencia ligada a sintomatología parkinsoniana, ya que los ISRS pueden

aumentar los fenómenos extra piramidales, como rigidez o temblor. En los casos en esto ocurra, sería preferible la utilización de tricíclicos, la trazodona por su importante efecto sedante, se ha usado con éxito como antidepresivo y también como ansiolítico e inductor del sueño.

### **Alternativas en la ausencia de respuesta al tratamiento médico.**

Entre 20 y 30% de los enfermos no responden de manera satisfactoria al tratamiento inicial con un medicamento antidepresivo. Las explicaciones posibles incluyen un diagnóstico inadecuado, tratamiento no apropiado y la falta de identificación y tratamiento de trastornos fisiológicos generales y psiquiátricos concurrentes. Los obstáculos para administrar un tratamiento adecuado incluyen;

- poca adaptabilidad del paciente y la familia (que tal vez no comprendan la enfermedad, su curso, la importancia de la adaptabilidad, o todos ellos).
- efectos secundarios.
- automedicación oculta.
- factores psicosociales adversos (que puedan disminuir el deseo para adaptarse)
- morbilidades médicas concurrentes (que tal que interfieran con la respuesta antidepresiva o lograr dosis adecuadas).

Las medidas que se pueden llevar a cabo para aumentar la adaptabilidad incluyen estar al cuidado del paciente y los familiares” educándolos sobre la depresión, estar atento los efectos secundarios a fin de disminuirlos cuando ocurren y conservar una actitud de apoyo.”Una vez que se ha analizado el ensayo inicial fue adecuado, puede aumentarse el medicamento actual o cambiarse a otro agente (de otra clase de antidepresivo).

Los tratamientos incluyen:

- litio (debe observarse una respuesta en le transcurso de unos días a unas cuantas semanas, valores sanguíneos que indican la concentraciones terapéuticas no son claras).
- hormonas tiroideas.
- psicoestimulantes.

Se han utilizado carbamacepina y ácido valproico (anticonvulsivos), para el tratamiento de la depresión resistente. En ocasiones el médico elige un antidepresivo al mismo tiempo.

Antes de seleccionar un antidepresivo es necesario considerar los riesgos y beneficios para el paciente particular. Los factores que deben reconocerse los trastornos fisiológicos, y medicamentosos concurrentes, y problemas de abuso de sustancias (alcohol) la posibilidad de sobre dosis, sea por intento de suicidio o secundario a problemas cognoscitivos. Pueden identificarse varios principios básicos:

- En los pacientes externos ambulatorios con depresión mayor leve a moderada, es adecuado el uso de primera línea de ISRS o de otros fármacos bien tolerados.
- Para los enfermos con depresión más grave, debe considerarse el uso temprano de los ATC mejor establecidos.
- En pacientes frágiles o con trastornos fisiológicos específicos que pudieran complicar el uso de estos fármacos, quizá se requiera hospitalización para una seguridad óptima durante la institución del tratamiento. Con frecuencia se puede y se debe elaborar una lista resumida de medicaciones (en general, consultando con enfermería). Ésto brinda a los encargados del tratamiento una oportunidad para determinar hasta que grado de síntomas que presenta el paciente son yatrógenos. Conforme se trata las enfermedades fisiológicas del paciente la depresión concurrente pueden disminuir o desaparecer. Si estos no ocurren están indicados los antidepresivos
- Sin importar los medicamentos que se utilicen al inicio, es necesaria la vigilancia para valorar las respuestas terapéuticas e identificar efectos secundarios.
- Si los enfermos no muestran signos tempranos de respuesta en el transcurso de cuatro a seis semanas, es importante pensar en modificar el plan terapéutico.

### **3.4 MEDICINA ALTERNATIVA**

Es un programa modalidades da origen a la medicina tradicional, de la educación cultural que tiene los adultos del refugio.

A pesar que es una integración de su vida diaria en su atención, y se les pregunta

Como se sienten si en realidad funciona ellos dicen si. Prefieren este tipo de tratamientos.

**Ginkgo biloba:** Es una hierba especialmente de estrato que las funciones en el organismo que la degeneración del S.N. se ha primario sirve para la demencia.

**La hierba de San Juan:** El juicio aún no concluye. Los estudios de calidad y rigor científico variables demuestran que la hierba de San Juan es mejor que el placebo y tan eficaz como los antidepresivos triciclicos para la depresión de leve a moderada, pero no grave. En la actualidad se está realizando pruebas, para determinar su eficacia y entender su mejor mecanismo de sus pretendidos efectos antidepresivos y ansiolíticos.<sup>7</sup>

### **3.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA**

Cuando el adulto mayor esta deprimido ya no es capaz de vivir una vida normal con su familia o amigos. Valorar al enfermo los signos clásicos son evidentes ya mencionados anteriormente. Expresan un sentimiento pésimo por sentirse solo y la desesperanza; al ir perdiendo interés al mundo exterior su atención en si mismo y en su cuerpo comienza a sentir alteraciones somáticas.

Algunos pacientes presentan estados de agitación con llanto incontenibles, andan rápido, juegan con las manos muestran inquietud proliferan los lamentos la desesperanza de estar solos por su medio social y familiar.

. Graw. 7. Christienek.Casseli.Grega.Sachs. Clínica de Medicina geriátrica. Ed. Mc and Hill. 3ed. Pág. 471 - 480.

**Las intervenciones se dividen en tres categorías:**

**1º SOMÁTICA**

Incluye los medicamentos. La enfermera debe de tener los conocimientos de los medicamentos las reacciones en los enfermos.

En los últimos casos la terapia electro convulsiva en ocasiones es la elección cuando el paciente cuando el paciente esta tan agitado con ideas suicidas.

## **2º INTERPERSONALES**

Se ajustan a los síntomas que refiere el paciente por ejemplo; el paciente tiene sus ojos llenos de lágrimas, pero diría que es imposible de llorar y se sentiría mejor si pudiera hacerlo. O decaído y afligido.

## **3º MEDIO AMBIENTE.**

Incluye los factores como son los siguiente: un ambiente seguro y atender sus necesidades Biológicas, Psicológicas, Sociales.

Las intervenciones de enfermería lo primero que debe hacer es comprender La edad y la causa de su comportamiento. Por ejemplo las actividades que se realiza:

**MÚSICOTERAPIA:** Las canciones estimulan la comunicación acerca de los tiempos más felices y los comentarios sobre la vida en el presente.

Se considera la posibilidad de terapia por medio de un animal doméstico por ejemplo: perro, gato.

## **3.6 DETERIORO DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEPRESION**

Las personas que sufren depresión muestran la mínima alusión a la necesidad de asearse o tomar un baño puede provocar una situación de euforia si esto ocurre, habrá que ayudar al enfermo, hablándole con calma y sin entrar sin discusiones, que no conducen en nada, a llevar un buen término de tarea.

Hemos de procurar de seguir siempre un orden ritual para el baño o el aseo. Se escogerá el momento y el día, y los elementos tales como el asiento de baño o ducha, (esta resulte un poco “agresiva” para el enfermo quien es posible que prefiera un baño,) una esponja suave, una alfombrilla antideslizante en el interior de la bañera y un asidero en la pared, así como tener al alcance de la mano todo lo útiles necesario ( champú gel, toallas, etc.) Facilitara enormemente la tarea. Asegurarse que la temperatura del agua sea agradable para el individuo, se ha cálida y confortable. En ningún momento se ha dejar solo al paciente. Será conveniente ir dejando generalizar distintas acciones a la persona, según se han sus posibilidades. (En ocasiones será suficiente con las indicaciones verbales, en otras habrá que realizarse el gesto para que el lo imita o lo repita y en otras habremos de llevarle de la mano)

Una vez realizado el baño, se han de secar con cuidado todas las partes del cuerpo. Se aplicar crema, o aceite corporal sobre la piel, especialmente si ésta seca, y se chequeará la aparición de irritaciones o inicios de llagas en los lugares sometidos a presión. Al igual que ocurriera con el baño, es deseable que el individuo participe activamente en todas las tareas.

Aunque las fases más avanzadas de la enfermedad, es posible la comunicación, como todos sabemos, no se limita la capacidad verbal para entender y hacernos entender por los demás. Las necesidades, los sentimientos, pueden trasmitirse de manera no verbal. Así, la persona que sufre una afasia, y además no relaciona que tiene ganas de comer o tiene ganas de ir al servicio con la posibilidad de saciar su necesidad tomando algo de comer o yendo al servicio, trasmite esta necesidad deambulando por la sala. Nosotros debemos de aprender este lenguaje para poder dar una respuesta adecuada a los que nos demanda el paciente.

En fases muy avanzadas de la enfermedad, la utilización del tono de las voz suave, de un lenguaje claro, de sonrisas o de gestos serios según sea oportuno-, de caricias (según la proximidad que tengamos con el paciente y el grado de relación), de gestos suaves y de presión a través de la mano, va a hacer posible que podamos comunicar los sentimientos que estamos a su lado si nos necesita, que necesitemos hacer algo para ello.

### **3.7 EL AUTOCUIDADO**

Es importante que pueda participar mayor tiempo posible en las actividades cotidianas, ya que esto favorece el mantenimiento y potenciación de las capacidades aún conservadas, de las habilidades y evitar el deterioro de otras. (Mantenimiento de la movilidad, de la fuerza, de la marcha, y de la comunicación.) El vestido puede ser una actividad muy útil para el trabajo de mantenimiento del enfermo, (sobre todo cuando alguno de ellos va a misa dominical.)

Se va adaptando el entorno a las posibilidades de procesar la información por parte del enfermo. En los primeros estadios sería conveniente arreglar el armario de la forma que quitemos las prendas innecesarias (por ejemplo, si es verano guardar la ropa de invierno), dejemos todo a la vista las prendas, también es necesario tener agrupada las prendas, es decir, colocar la camisa, pantalón, y ropa interior, etc. Que vaya a ponerse juntas. A la hora del desvestido, cuando haya que ayudar a la persona se hará con amabilidad, dando tiempo a que colabore en la tarea, indicando las prendas que se quita y la privacidad que todos deseamos, no dejar a la persona más tiempo del imprescindible; para ello se habrá preparado con anterioridad la ropa que se vaya utilizar para dormir.

### **3.8 ENFERMERÍA Y LA TERAPIA OCUPACIONAL EN DEPRESIÓN Y DEMENCIA**

Antes de describir con detalle la terapia de grupo o individual, relativamente realizan trabajos de artesanía, claramente ellos sienten útiles algunos de ellos se mantiene para sus medicinas otros mantiene dando misa dominical, a pesar de sus problemas patológicos algunos tratan de sobre salir al medio ambiente tener comunicación.

La terapia ocupacional (TO), es una disciplina de carácter socio sanitario aplicable a múltiples patologías, tanto mentales y físicas, en el caso de la depresión y demencia tiene como objetivo principal mantener la independencia y/o la participación del individuo, en el grado que sea posible, en su vida

cotidiana hasta el último momento de sus días. La filosofía de la TO descansa sobre la creencia de que la actividad significativa, es decir, la ocupación, es necesaria para promover el bienestar y para prevenir los efectos deletéreos de la inactividad, como la atrofia muscular, las contracturas, el estreñimiento, la agitación etc.

Las dificultades y deficiencias que acontecen en una enfermedad como la depresión y demencia, no siempre se encuentran en todos los pacientes y, si lo están, puede presentarse de forma diferente en distintos momentos de la evolución de la enfermedad. Así, el terapeuta ocupacional debe identificar con claridad los problemas para establecer estrategias de intervención individual que sean realmente efectivas.

La TO se centra en la potenciación de las capacidades y/o destrezas de las personas con problemas de depresión y demencia. Dado que la depresión es un proceso crónico e irreversible que desemboca a una capacidad grave, la TO va a conllevar a una continua modificación y adaptación de las tareas de la vida diaria y de los entornos físicos y social en los cuales se desempeñan dichas tareas. Estas adaptaciones ayudarán a las personas con demencia a utilizar sus habilidades y a mantener al máximo posible el control de sus vidas. Para comprender la disfunción del paciente y promover un mejor estado funcional, se evalúan todas las áreas que inciden en el funcionamiento ocupacional (habilidades, hábitos, papeles, volición.). Además el de tener una buena visión general del estado funcional del paciente ayuda a facilitar conductas enigmáticas inexplicables, facilitando con ello el manejo de la situación. Una vez identificado el nivel cognitivo del paciente y señalados los problemas que encuentra en su quehacer diario, se modifica las actividades/problema de acuerdo con la capacidad del paciente de procesar la información requerida (nivel cognitivo) para la ejecución. Un objetivo fundamental de la TO en la planificación del tratamiento es apoyar la ejecución funcional de la persona con depresión/demencia, de acuerdo con los problemas que presenta en cada momento según transcurre la enfermedad. Conociendo el estadio o, quizás mejor dicho, la situación de trastorno, el terapeuta ocupacional puede establecer, con el personal de enfermería, el plan de atención. La intervención se diseña para maximizar la función de la persona que sufre un deterioro y para

minimizar la sobrecarga que experimenta el personal de enfermería, ofrece estrategia de tratamiento adaptativo a lo largo de la vida, a lo largo de la enfermedad. Para enmarcar lo que será el tratamiento desde TO, se ha de recoger la información tanto del paciente como de enfermería. Dando que la intervención lleva consigo el entrenamiento del enfermería para que construya oportunidades a fin de que el paciente se involucro en tareas ocupacionales significativas, es importante tener una clara imagen no sólo del patrón de los déficit del enfermo y de su historia de sus intereses y de las actividades realizadas por el paciente, sino también de las expectativas y destrezas de enfermería, el terapeuta ocupacional enseña y entrena al personal de enfermería a emplear distintas intervenciones o técnicas para que haga uso de ellas en todas las situaciones de la vida diaria, con el fin de que pueda satisfacer las necesidades de su familiar y atender, y entender, los cambios progresivos de los déficit y el deterioro de la situación.

### **3.9 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA**

A menudo es difícil medir la intensidad y el grado de los sentimientos pero es valido decir que el nivel “suicida” se relaciona con el grado de desesperación.

Es importante diferenciar las intensiones y sentimientos del enfermo, escuchar con cuidado al paciente; valorar el acto.

Contemplar; tener especial cuidado a valorar a quienes han intentado aislarse.

Hay que saber que piensa sobre el nivel tensión de su vida religiosa y no religiosa que ha tenido que enfrentarse y viven solos pueden presentar actuar en forma impulsiva. Algunos tienen el recurso de tomar bebidas alcohólicas o fumar y pueden presentar abstemios y pueden dar rienda suelta a la aparición del comportamiento “autodestructivos”.

Es suficiente decir que cualquier intento debe ser tomado en serio y el gesto más transparente.

#### **4. DETERIORO COGNITIVO**

Podemos definirlo de manera general como una disminución del funcionamiento intelectual respecto a un nivel previo de intensidad que interfiere con la capacidad funcional del individuo.

Prácticamente todas las enfermedades de salud mental pueden acarrear en algún momento de su evolución alguna alteración del funcionamiento cognitivo del sujeto. ( en cualquier enfermedad mental, el deterioro cognitivo forma parte intrínseca del cuadro, y con frecuencia se asocia a un tipo de síntoma, los denominados síntomas negativos, que determinan una evolución más tórpida y con mayor afectación de la capacidad funcional del individuo.

Sin embargo el deterioro cognitivo tiene mayor importancia en aquellos trastornos que se definen sobre todo la aparición del mismo, como el caso de las demencias y el deterioro cognitivo leve.<sup>8</sup>

8 Transcendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor .Tafolla-Rangel. Ana María. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2007; 15(1); 1-2. Consultado en Sept. 2007. En [pág. Geriatria.net.com](http://pág. Geriatria.net.com).

Actualmente, se cree que el funcionamiento cognitivo sigue un continuo desde la normalidad hasta la demencia avanzada, de manera que entre ambos extremos existirían toda una serie de estadios intermedios, cada uno de los cuales se asociaría a un nivel de funcionalidad. Esta teoría entronca directamente con la hipótesis de la reserva cerebral, que establece que sólo a partir de un determinado nivel de disminución del funcionamiento cerebral podemos objetivar la aparición de un síndrome demencial, aunque el deterioro se habría iniciado antes. En aquellos sujetos con mayor “reserva cerebral”, determinada por factores como la educación, o factores relacionados con hábitos de vida, la enfermedad aparece más tarde. Por lo tanto, el estudio del deterioro cognitivo y de los factores que lo aceleran o debilitan, es de gran utilidad para el conocimiento de la demencia, puesto que puede ser de ayuda para el establecimiento de un diagnóstico precoz y de medidas correctoras o paliativas.

#### **4.1 TRASTORNO DE MEMORIA ASOCIADO CON EDAD**

La alteración de la memoria más severa que el trastorno anterior, en personas más de 60 años, con la pérdida de esta función que se aparta más de la desviación típica de lo esperable en adultos jóvenes sanos. Existe una afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria y con una conciencia del déficit. No existe una afectación de otras funciones cognoscitivas. El rendimiento puede verse afectado por la presencia de la ansiedad, depresión, por rasgos de la personalidad de tipo narcisista u obsesivo. Un porcentaje de sujetos con este trastorno evoluciona hacia un síndrome demencial, por lo que no existe acuerdo entre la comunidad científica sobre su entidad nosológica y sus límites.

Es una ampliación del concepto anterior, se elimina el criterio de la edad, por lo que no existe límite de ésta. Es el inicio del declinar cognitivo ha de ser gradual y estar presente durante al menos 6 meses. Se puede afectar cualquiera de las siguientes funciones con un déficit de rendimiento superior de una desviación típica al de controles pareados en edad, sexo, raza y nivel educativo; memoria y aprendizaje, atención y concentración.

Diferencia de síntomas cognitivos y no cognitivos:

<b>Síntomas cognitivos</b>	<b>Síntoma no cognitivos</b>
Aparecen siempre.	No aparecen siempre.
Ocurren desde principio.	Aparecen en diferentes momentos de la enfermedad.
Progresan de manera continua.	Puede tener un curso temporal.
Definido y desaparecer.	La aparición y progresión de los
La aparición y progresión de los distintos (Depresión).	Está en mutua relación
Moderada efectividad del Tx.	Generalmente aceptable respuesta del tratamiento.

Fuente: Secretos de la Geriátria.

#### **4.2 CAPACIDAD COGNOSCITIVA EN EL ENVEJECIMIENTO NORMAL**

Como puede sospecharse, la mayor parte de las capacidades cognoscitivas declinan después de alcanzar la edad adulta, igual que las capacidades físicas. Sin embargo, no todos los “músculos mentales” se “marchitan”, a la misma

velocidad, y es importante ponderar los efectos negativos de la reducción de las capacidades mentales contra el impacto positivo de la experiencia. Así aunque el rendimiento en las pruebas psicológicas puede disminuir con la edad, para tareas particulares de la vida real las experiencias pueden ser mucho más importantes que la puntuación en una prueba cognoscitiva. Por ejemplo; una prueba puede mostrar declinación en la fluidez verbal, pero un abogado experimentado quizá puede seleccionar las palabras más apropiadas, aunque pocas, que sus homólogos más jóvenes y tal vez más elocuentes.

Las personas con demencia muestran un gran número de cambios específicos en el desempeño cognoscitivo. Estos cambios difieren en magnitud y extensión de los observados de un proceso normal de envejecimiento. Las capacidades afectadas con mayor frecuencia en la demencia incluyen memoria no verbal, capacidades para la percepción y organización, habilidades de comunicación y desempeño psicomotor. La naturaleza, extensión y la tasa de declinación depende de la causa. Es importante recordar que alrededor del 80% de las personas que viven hasta edad muy avanzada nunca experimentan pérdida significativa de la memoria u otros síntomas de demencia. Conforme envejecemos es común volvernors poco olvidadizos, pero en general no es suficiente para interferir con nuestro funcionamiento. Pablo Picasso, Margaret Mead, Duke Ellington, fueron muy productivos ya pasados sus 75 años de edad, esto sugiere que el envejecimiento satisfactorio es posible y probable.

Pensamiento, lenguaje y funciones visuoespaciales. Este déficit no deben ser bastante intensos como para que cumplan los criterios de la demencia ni ha de existir una situación de delirium. Así mismo, no han de existir trastornos cerebrales, sistémicos o psiquiátricos que puedan ser responsables del cuadro. La diferenciación de estos problemas clínicos entre si y con la demencia incipiente e incluso el propio paso evolutivo a la demencia no siempre es fácil o posible, y la propia existencia de los mismos, como decimos está discusión.<sup>9</sup>

#### **4.3 EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA**

Esta actividad se realiza diariamente en el refugio, se revisa cada paciente tiene como meta auxiliar a una persona para adquirir la máxima independencia en su situación diaria, para asumir un enfoque positivo de la asistencia

considerándolo desde diversas perspectivas como serían físicas, cognoscitivas, psicológicas, social.

La restauración de la función permite mejorar el nivel de independencia del individuo y con ello la calidad de vida.

9 Cruz. Jentoft. J.L.Gonzalez Montalvo Valoración\_de función cognitiva. Ed. Prouscience. Pág. 25 – 38.

Cambios al parecer pequeños en la potencia y movilidad, cuando se miden por la exploración músculo esquelética tradicional pueden generar modificaciones impresionantes de la función, por ejemplo, la persona con flexores débiles de la cadera y equilibrio precario quizá no se pueda pasar de una silla a una andadera, sin auxilio; sin embargo, después de participar en la fisioterapia mejorará su potencial muscular y si recibe un equipo de adaptación y aprende técnicas para compensar su equilibrio precario, mejorará ostensiblemente en esa tarea. La persona que esta encadenada a su silla de ruedas podrá estar de pie y caminar sin auxilio.

También se ocupa de dilucidar si la calidad actual de vida del individuo puede mejorar, a pesar de las minusvalías o discapacidades crónicas o múltiples.

Por ejemplo; una vez ocurrido dicho accidente hay una probabilidad casi seis veces mayor % que la persona que muestra independencia en el control de esfínteres y de su alimentación.

**MODELO BIOPSIICOSOCIAL**

**FACTORES:**

<b>BIOLOGICOS.</b>	<b>PSICOLOGICOS.</b>	<b>SOCIOECONOMICOS</b>
Cardiovasculares.	Motivación.	Apoyo familiar.
Neuromusculares.	Depresión.	Apoyo de seguros.
Pulmonares.	Función	

**EVALUACIÓN DEL ESTADO FÍSICO.**

La exploración física minuciosa con énfasis en la evaluación funcional constituye el elemento crítico en la apreciación y evaluación del potencial de rehabilitación.

“¿Qué puedo hacer para mejorar el potencial de rehabilitación de esta persona?”

Quizá pueda mejorarse la insuficiencia cardiaca congestiva, y no es difícil que la diabetes esté mal controlada, y reportar o agregar otro medicamento a los que recibe el sujeto tal vez mejore sus funciones corrientes, la optimización de las funciones del individuo es el requisito para hacer una evaluación justa.

### **CARDIOVASCULAR**

Las enfermedades cardiovasculares son muy comunes en los ancianos y pueden influir enormemente en las funciones y el potencial de la rehabilitación de la persona; en el interrogatorio permitirá definir si el paciente ha tenido síntomas, por ejemplo; hipotensión ortostática, insuficiencia cardiaca congestiva, angina. En la exploración física se incluyen el examen cardiovascular así como la búsqueda de signos de la enfermedad vascular periférica, porque hay adultos que temen realizar el programa de rehabilitación, por el riesgo de que presenten alguna isquemia.

### **PULMONAR**

Las alteraciones anatómicas que surgen en el pulmón en el envejecimiento, como serían el cambio en la forma de la pared torácica, el engrosamiento de los vasos pulmonares y la eliminación de la elasticidad, tienden a disminuir la función pulmonar, pero no a un nivel que limite las actividades corrientes.

Las personas con antecedentes de tabaquismo neumopatías a menudo muestran una disminución considerable en la función pulmonar que trasciende en su vida diaria.

### **NEUROMUSCULAR.**

En esta evaluación hay que orientarse preferentemente hacia la movilidad, porque este factor orienta la función del paciente puede hacer y no a lo que no pueda realizar. Por ejemplo, el paciente ha sufrido hemiplejía izquierda, la

tendencia a explorar con mayor detenimiento el lado afectado que el sano. Sin embargo, en la rehabilitación, el lado “sano”

Tendrá que realizar mucho mayor esfuerzo que el que hacía en lo pasado. Si se advierten en ese lado signos de debilidad muscular o deficiencia sensitiva, habrá que identificarlos antes de decidir el inicio de la rehabilitación.

Las actividades se practican dos veces por semana también depende de su estado de salud, con los adultos mayores.

## **MOTIVACION**

El adulto mayor en el marco de su rehabilitación debe tener la voluntad de estar él participando. “Un paciente motivado es aquel que participa decididamente en los tratamientos que se le brindan y asume la responsabilidad para participar en la forma más activa en su auto cuidado. “ Por ese motivo, la motivación del anciano está íntimamente vinculada con la potencia de su rehabilitación.

Kemp. Ha descrito la motivación por medio de una fórmula siguiente:

**Motivación = deseos x creencias x recompensas**

### **Costos**

En otras palabras, cabe considerar y evaluar la motivación como una interacción de cuatro variables ; 1) ¿Qué es lo que la persona desea? (si es que así lo desea) realizar en un programa de cuidados en su rehabilitación; 2) ¿Cuáles son las creencias e ideas de una persona respecto a sí misma o de su situación?; 3) ¿Cuáles son las recompensas que brinda mejoría de la función corporal?; 4) ¿Cuáles son los costos ( pecuarios, físicos, psicológicos y sociales ), de participar de un programa de auto cuidado en su rehabilitación?, la gran importancia de conocer las creencias y actitudes de los pacientes. La mejoría durante un programa guarda una relación íntima de autoevaluación de los pacientes respecto a su potencial de recuperación. En términos generales, si pesaban muchos más deseos las creencias o ideas y las recompensas que los costos percibidos o reales de la rehabilitación. Cabría clasificar al paciente como “motivado “

## **FACTORES SOCIALES**

Es de máxima importancia cuando se evalúa el conocimiento de su situación económica influye en su auto cuidado. A veces se advierte que toda la familia se transforma en el “paciente” durante su cuidado, porque una parte integral del programa es el núcleo familiar, a pesar de en ocasiones tal situación complica más el asunto para el personal salud, entre los factores importantes para las personas a quienes se someterá a su cuidado o rehabilitación están el apoyo social y emocional. La experiencia indicada que muchas familias entienden la razón que explica por qué el ser querido debe “ponerse a trabajar”, sin embargo si se advierte con claridad que la familia no desea que su familiar que participe en un programa y en ello están de acuerdo, es poca la posibilidad de lograr beneficios.

Es útil plantearse algunas preguntas cuando se evalúe el sistema de apoyo social:

1. ¿Existe algún sistema de apoyo (de manera típica a las familias)?
2. ¿Quién y cuantos comprenden este sistema?
3. ¿Son fiables los miembros de dicho sistema?
4. ¿Pueden brindar apoyo emocional apropiado?
5. ¿Pueden brindar apoyo práctico? 10

Ejemplo de un caso:

El señor presbítero de 92 años que ha tenido que ha tenido enfermedad del Parkinson durante cuatro años cáncer de próstata controlado y osteoartritis en ambas rodillas de con tres años motivo por el cual su familia lo ingresa en el refugio sin haber recibido un cuidado. Cuando ingreso al refugio mencionado no podía dar pasos, auxiliarlo para alimentarse por si mismo, pero la familia te advirtió incesante una rehabilitación y un cuidado para “poderlo llevarlo al hogar”. Su sistema de apoyo consistía : 1)cuñada de 64 años con una pensión, que no le permitía pagar el seguro médico no tenia tiempo para estar con el porque tiene un trabajo por una lesión física en los hombros se limitaba para movilizar al paciente.2) un hijo y una nuera que vivían cerca, que tenían que trabajar de tiempo completo y que eran excelentes para detectar y movilizar los recursos, y 3) una hija adulta que vivía en su hogar y que acudía a la universidad.

El sistema de apoyo que tenía el anciano era bastante limitado, pero sus integrantes eran fiables y atentos. Su cuñada y sobrina pudieron ordenar sus tiempos de actividades para brindar alguna asistencia en el hogar. Su hijo de la señora y la nuera aportaron un auxilio pecuniario para que acudiera al centro de retiro para la atención del adulto, aunque sistema de apoyo era muy pequeño y no podían cubrir la asistencia práctica que se necesitaba para la atención del adulto. En particular en el reglón de los factores socioeconómicos, y la ligera práctica del apoyo emocional.

#### **4.4 ESTIMULACION COGNITIVA**

La estimulación cognitiva tiene como objeto principal la recuperación o mantenimiento de las funciones mentales. Las experiencias en este tipo de actividad han, permitido poner de manifiesto en mucho de estos pacientes funciones cognitivas y capacidades instrumentales que habían quedado olvidadas por el desuso.

Otro elemento básico de la estimulación cognitiva es que se trata de una intervención con finalidad rehabilitadora (no es, por tanto, y habrá que evitarse, una sobre estimulación desorganizada enormemente negativa para el enfermo con depresión – demencia- Alzheimer), ajustada a la situación funcional del individuo que le permite la ejercitación neuronal y la recuperación de aquellas funciones abandonadas. Las personas con demencia mantienen cierta capacidad de neuroplasticidad, un potencial de plasticidad cognitiva, de aprendizaje o capacidades de reserva que pueden ser desarrollados y estimulados a fin de modificar y optimizar su adaptación al medio, especialmente con estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no está avanzado. En este periodo de declive existe una capacidad de aprendizaje manifiesta en los cambios de conducta, adecuación a nuevos estímulos y ambientes mejora de habilidades instrumentales, abandona-das por desuso, y en la adquisición de esquemas y estrategias. Dado que el rendimiento de las personas en muchas áreas de su vida inferior a su nivel de competencia, rara vez rinden al límite de su capacidad, porque la situación no lo requiere. Encontramos así lo que se viene a llamar una

capacidad de reserva que puede ser activada mediante el aprendizaje, el ejercicio y el entrenamiento. Sucede, por otra parte, que es déficit cognitivo tiene dos causas principales, una orgánica y una funcional, en el supuesto de la causa funcional, producida por la ausencia continua del ejercicio de una, determinada función, si se motiva de forma adecuada, con una utilización de estas técnicas se consigue la mejoría, no sólo de la funcionalidad del individuo, sino también, en la mayoría de las ocasiones, el despertar del mutismo, el cambio del humor y el deseo de participar en la vida social.

### **ORIENTACION A LA REALIDAD**

La orientación a la realidad (OR) ha sido, y quizás siga siendo en este momento, el modelo más aplicado en el cuidado de los adultos mayores (Depresión, Demencia, Alzheimer.) en nuestro entorno. Los orígenes de la OR se remontan a finales de los 50, Folson desarrolló un programa para pacientes ancianos hospitalizados con el fin de proporcionar mayor estimulación a los mismos. Desde entonces, se ha ido depurando el trabajo y la mayoría de los centros, residencias y unidades de media y larga estancia tienen incorporadas alguna de las técnicas de OR en sus programas de atención. Se trata de una técnica de presentación multimodal (verbal, visual, escrita, etc.) para reforzar la información básica del paciente. La OR se basa en la idea de que la repetición de información de carácter básico puede aminorar la desorientación y la confusión, a la vez todo educacional. Por ello, podemos incluirla también como una técnica de comunicación. Se presenta en dos formatos principales: 24 horas de OR y sesiones formales de OR. La primera es un proceso continuo en donde cada interacción con el anciano es una oportunidad para proporcionarle información actual y común introducirle en lo que está ocurriendo alrededor, todo ello a través de comentarios. La segunda, tiene un carácter educativo y se realiza en grupos de distinto tamaño y duración dependiendo de la capacidad cognitiva del anciano. El aspecto más tangible de las 24 horas de OR es, quizás, el uso de señalizaciones, tableros de información proporcionada por el equipo al paciente.

Enfermería ayuda al paciente y supervisa al paciente del uso de sus habilidades cognoscitivas, y funcionales aprendidas en las terapias; educación

al paciente sobre los programas de medicación y la vigilancia de los problemas de salud. <sup>11</sup>

#### 4.5 FUNCIONES DE ENFERMERIA. (CUIDADOR)

FUNCION	CARACTERISTICAS
Informar a cerca de la evolución de la enfermedad y respuesta terapéutica.	El trato diario con el adulto mayor favorece al conocimiento valioso de las funciones cognoscitivas y físicas.
Tomar decisiones por el paciente.	El daño cognoscitivo puede incapacitar al paciente para tomar decisión. El cuidador actua como una persona Para tomar decisiones en nombre del paciente.
Atender al paciente.	El daño cognoscitivo puede incapacitar al paciente para efectuar <b>AIVD y ABVD</b> El cuidador asumirá esta tarea.
Como segundo paciente.	Es probable que el cuidador experimente <sup>12</sup> una emoción, social, Psicológica

**AIVD.** Actividades instrumentales de la vida diaria (p. ej. uso del teléfono, contar su dinero)

**ABVD.** Actividades básicas de la vida (p. ej. alimentarse, vestirse, arreglo personal, bañarse.)

11 Stha. B.S.A. Enfermería Gerontológica. Ed. Mc. Graw. – Hill. Interamericana 1998 Pág. 155 – 168

12 ([www.biostar.wustl.edu/alzheimer/](http://www.biostar.wustl.edu/alzheimer/)). (Función de enfermería – cuidador.)

#### 4.6 LAS RELACIONES SOCIALES EN EL ADULTO MAYOR

No sólo puede, si no que es muy conveniente. Aun en las fases de la enfermedad, es deseable que el anciano pueda mantener una buena relación con sus seres queridos significativos (familia, amigos, conocidos).

Bien es cierto, que según avance la enfermedad estas relaciones deberán ser modificadas adecuadas a la situación cognitiva del individuo con el fin de no causar sentimientos de intranquilidad, desesperanza o reacciones “coléricas”.

Los grupos grandes (fiestas de cumpleaños, celebraciones, reuniones familiares...) Durante estos eventos el anciano quedan un poco agitados y satisfechos, es difícil procesar las distintas conversaciones que tienen lugar. Durante estos momentos, el individuo puede experimentar "desorientación", sobre lo que espera de ella o del grupo y, después de su regreso, recordar el lugar que ha vuelto. Sugerencias que resultan para estos casos.

Existen una serie de consejos prácticos a la hora de establecer una relación terapéutica con el anciano, con depresión que nos ayudarán a abordar al paciente, de forma que podamos obtener máxima colaboración y confianza.

La distancia ideal de comunicación se sitúa entre 0,40 y 1,20 m; para no penetrar en el "espacio íntimo" de la persona, arriesgándonos a desencadenar una oposición o inhibición.

Es preferible a bordar al sujeto de enfrente; las aproximaciones laterales o posteriores son interpretadas como una actitud hostil. Por la misma razón, es conveniente no abordarlo desde una posición elevada, sino igual o inferior a la suya. El contacto debe ser benévolo; cogerle la mano puede favorecer el mantenimiento de su interés y de su atención.

El empleo de consignas explícitas, concretas, cortas y simples, repetidas en una cadencia lenta, permite una mejor integración.

Cuando el paciente es diestro, para facilitar la comunicación es conveniente presentar las informaciones visuoverbales en el hemisferio visual derecho; las fotografías de rostro para la integración debe presentarse en el hemisferio visual izquierdo, las informaciones de carácter lingüístico se darán en oído derecho.

Hay que dedicar el tiempo necesario para escuchar al paciente, aunque el discurso no se coherente.

Es conveniente comprobar si el paciente lleva bien colocadas y adaptadas sus gafas, audífonos, dentadura, ya que el déficit sensorial puede agravar la situación.

Diferir la intervención en caso de comportamiento inadecuado favoreciendo así la autocorrección eventual. Reforzar siempre verbalmente los comportamientos adecuados.

En todo momento-y especialmente si se trata de profesionales salud o cuidadores- hablarle con respeto y preferentemente de usted y con tratamiento de Don o Doña.<sup>13</sup>

## **5. CALIDAD DE VIDA**

El mejorar la calidad de vida siempre ha sido un objetivo central de la práctica de salud. Sin embargo, las consideraciones al respecto ha sido objeto de atención creciente, en algunos círculos igualan, sino es que superan, a las relativas medidas para salvar la vida. Esto quizá tenga validez máxima en geriatría, frecuente que se afirme; "Cuanto más viejo el paciente, tanto más importancia relativa tiene la calidad de vida ". (Se presenta paciente del sexo F. edad 92 al servicio de urgencias con ECV. El servicio de urgencias problemas de espacio mayor demanda de trabajo; hay validez para la atención y la importancia de calidad de vida hacia el paciente F.). Los aspectos éticos conceptuales relacionados con la calidad de vida en los ancianos. Se empieza por el significado del concepto de la calidad de vida en relación en otros como el estado funcional y de salud.

13 Barros Lazaeta. C. Aspectos Sociales del Envejecimiento. Ed. La atención de los ancianos; Un desafío para los años 90. Publicación. Científica. No. 560. 1998 Pág. 14- 20.

La calidad de vida ejerce una atracción intuitiva en las personas. En todas las comunidades, sino que en todas, ha habido amplio de que los estados y experiencias generales del ser humano contribuyen a la calidad de vida o la deterioran. Por ejemplo: ser amado tener paz mental, capacidad cognoscitiva y sobre todo la tranquilidad económica son reconocidos ampliamente como factores que contribuyen a la calidad de vida, mientras que disminuyen de manera similar otros, como el dolor, soledad, e incapacidad física. Aunque cada uno de estos estados puede tener características cualitativas y cuantitativas diferentes y por lo tanto, efectos muy variables, hay un consenso general acerca de lo indeseable de que estén presentes los segundos. Sin embargo, este consenso aparente se mantiene sólo en un nivel más superficial.

Hay quienes sostienen que los estados de salud tienen valores diferentes para personas distintas etapas de la vida: Hija de 65 años ama de casa. (Viudo) Papá 90 años. El Papá esta recluso en una silla de ruedas y andadera y tiene limitaciones funcionales. Hija sus funciones es el hogar y el esposo enfermo.

Esto es válido no sólo que tiene diferentes responsabilidades se puede analizar como ingreso de criar como hijos. Responsabilidad que no comparte el anciano. sino que también porque la incapacidad puede ser más fácil de soportar y aparentemente más aceptable en la ancianidad que en las etapas de la vida. Que significado de calidad de vida dependa la edad en sus aspectos importantes, tiene sentido a la luz del análisis previo a cerca de la pertenencia que los planes de la vida tiene respecto de la calidad de vida. Sí, como se afirmó, la calidad de vida de una persona depende de un grado significativo de sus proyectos, planes e historia personal, que en conjunto son sus “deseos más altos “y si estos proyectos planes e historia, son diferentes en diversas etapas de la vida, entonces el efecto de los mismos estados y acontecimientos en la calidad de vida pueden diferir a lo largo de la vida misma, en medida en que tiene efectos diferenciales en distintos deseos en orden.

Al preguntar acerca de la realidad de una sociedad totalmente libre de enfermedades. Algunos autores comparan la ausencia total de enfermedades con la antigua búsqueda de la “edénica edad dorada”. Afirma que la lucha para adaptarse es parte de la buena vida, un tipo de sabiduría y visión trasciende los conocimientos especializados de remedios y tratamientos, y abarca en todas sus complejidades y sutilezas la relación de seres vivos y el entorno que lo rodea. La salud y la felicidad son la expresión de la manera en que el individuo responde alas dificultades que le plantea la vida cotidiana y se adapta a ella.

Los ancianos que enfrentan la fragilidad creciente de salud, un número cada vez mayor de padecimientos crónicos y la pérdida de la independencia, esta dimensión de la adaptabilidad a cambios irremediables con frecuencia hace la calidad de vida sea un blanco móvil.

Las afirmaciones precedentes indican la importancia de verificar el grado en que las mediciones de la calidad de vida capturan y reflejan adecuadamente los valores de los ancianos. Un ejemplo: los instrumentos de evaluación contienen puntos para evaluar el funcionamiento en el trabajo deben ajustarse en los ancianos. A falta de dicho ajuste, es incorrecto y, de conformidad con el contexto, posiblemente injusto, considerar que disminuye la calidad de vida en el anciano. Incluso respecto a las actividades cotidianas que abarcan en la edad adulta, como vestir o conducir un automóvil, el valor negativo que se

atribuye a no poder emprenderlas sin ayuda probablemente sea para muchas personas jóvenes mayor que para numerosos ancianos.

El peso que atribuye que los instrumentos representen válidamente la experiencia de la vida. En algunas circunstancias, en ancianos sería más conveniente el uso de mediciones específicas según las enfermedades que tengan, no mediciones genéricas de la calidad de vida. Aquéllas resultarían más sensibles, por ejemplo; el grado en que afecta la calidad de vida un problema como la nicturia frecuente en pacientes con trastornos prostáticos.

En la etapa avanzada de la vida está aceptado implícitamente en la literatura geriátrica, como se expresa en señalamientos para la promoción del “envejecimiento productivo” y la “expectación de la vida activa”. Estos términos reflejan el concepto de conservar la independencia, y el control y el funcionamiento satisfactorio revisten la importancia central para el significado de la “buena vida” en ancianos. En años recientes se ha puesto en tela de juicio la idoneidad de resaltar estos valores en personas de edad avanzada. Se afirma que dicha estrategia reflejaría las proyecciones de los valores de las personas jóvenes que se anticipan a su propia ancianidad más que los valores y prioridades de quienes son viejos. Aunque parece razonable suponer que muchas personas preferían funcionar que tener disfunciones a cualquier edad, hay ciertos datos de que, al menos en ciertos ancianos, la dependencia creciente no equivaldría a menor satisfacción con la vida o calidad de vida.

El trabajo de Rodin (1998), han demostrado la capacidad para aumentar la sensación de control que tienen los ancianos, al tiempo que subraya la posibilidad de que haya consecuencias negativas cuando individuos específicos no desean tener control, cuando quieren la dependencia porque el control implica una responsabilidad que nos bienvenida. También ha hecho de suponer que los ancianos se adaptan con la ayuda a un cierto grado de dependencia, mediante un trueque conciente. Cierta grado de pérdida de la independencia podría originar la recuperación de un nivel global de autonomía, por muy disminuida que sea esta última, de modo que tal dependencia resultaría favorable o al menos tolerable. En la literatura geriátrica da el enfoque de la bioética contemporánea en el principio de respeto a la autonomía, con exclusión relativa de otras consideraciones morales importantes y que proceden correcciones al respecto en geriatría y en otras

áreas de la medicina. El grado en que los ancianos comparten deseos de alto orden y en qué consisten éstos son preguntas sin respuestas. Sin importar cuál sea la respuesta final al respecto, cabe presuponer variación interpersonal considerable en los deseos de alto orden y estructura de valores entre los ancianos, de la misma manera que las diferencias en las expectativas y planes de vida pueden afectar el significado de impedimentos en diversos periodos de la vida, las diferencias en factores de la personalidad, historia personal y recursos sociales entre los ancianos pueden originar otras en el significado del estado de salud o un síntoma y su efecto de calidad de vida.

Las explicaciones sobre la calidad de vida mencionada e sin duda son una espada de doble filo para los ancianos. Por una parte, no se pisa terreno moral firme si se juzgan las circunstancias observables de vida de las personas de edad avanzada contra los valores, planes de vida y sus deseos. Riesgo considerable de que personas de menor edad juzguen la calidad de vida de los ancianos, como menos satisfactoria de lo que considerarían los ancianos mismos. Sin embargo, estas diferencias en el significado de los estados de salud y otras dimensiones de la calidad de *vida* a lo largo del ciclo vital. <sup>14</sup>

## **6. ÉTICA Y ADULTO MAYOR**

La geriatría se especializa en la atención de los ancianos, aunque los problemas éticos En geriatría no difieren considerablemente de los que se observan en otras especialidades en aquélla es más probable que haya perjuicios y dudas a cerca de la capacidad del paciente. Su calidad de vida, y los costos sociales. Por lo tanto, los enfoques éticos de problemas geriátricos son los mismos que se aplican en otras áreas de cuidados de la salud.

En general, dichos enfoques éticos de problemas geriátricos son los mismos que se distinguen por su relación con teorías filosóficas tradicionales o con críticas contemporáneas a dichas teorías. El primer enfoque ha recibido el calificativo “fundamentalista”, por basarse en principios y el segundo, el de “casuísticos”. Sin embargo, la casuística es sólo una de las diversas críticas al fundamentalismo basada en estudio de casos; además, algunos enfoques tienen elementos fundamentalistas y casuísticos. Por lo consiguiente, al pensar

los problemas éticos en geriatría, la distinción básica estriba entre los métodos fundamentalistas y los basados en estudios de los casos.

14. Kastenbaum Robert. Vejez Años de Plenitud. Ed. Interamericano. 1995. Pág. 40 -51.

Sin importar que se utilice el razonamiento fundamentalista o el casuístico, los problemas éticos que se enfrentan el personal de salud en su práctica cotidiana se derivan de casos reales.

Los enfoques éticos fundamentalistas parten de principios abstractos, como respeto a la autonomía, hacer el bien y la justicia, y lo aplican en casos específicos:

<b>Principios de bioética.</b>	<b>Respeto a la Autonomía</b>
	<b>No causar daño</b>
	<b>Hacer el bien</b>
	<b>Justicia.</b>
<b>Elementos de casuística.</b>	<b>Paradigma y analogía.</b>
	<b>Circunstancias.</b>
	<b>Máximas.</b>
	<b>Argumentación.</b>
	<b>Resolución.</b>

Es frecuente que se denomine consecuencialista, a los teólogos, que afirman que la moralidad de los actos depende de los resultados de éstos aunque hay quienes consideran sólo las conclusiones para el individuo como tal, muchos teóricos señalan que debemos tomar en cuenta la totalidad de las consecuencias para todos los afectados por las decisiones.

Jeremy Bentham y John Stuart Mill (1992), propusieron el concepto de utilidad social como criterio para medir la moralidad de la conducta.

Su utilitarismo, que es una forma de consciencialismo se basó en el concepto de que los seres humanos son morales en la medida en que promuevan la felicidad humana.

Por ejemplo, puede tener una posición claramente consecuencialista, a tendientes a maximizar el bienestar para el paciente en particular. El principio que justifica el carácter prioritario del bienestar del paciente sería hacer el bien al paciente; pero no justifica, conforme al enfoque utilitario, a menos que el

bienestar del paciente concuerde con las mejores consecuencias para todos. Hacer el bien se define como generar efectos favorables Para otros, sin importar sean uno o muchos. A veces se interpreta como un concepto que abarca el principio de no causar daño, lo cual expresaría una obligación todavía mayor.

Otra deficiencia del razonamiento consecuencialista es que la moralidad de nuestros actos se fundamenta en algo que no puede saberse con certeza anticipadamente, o sea, las consecuencias futuras. Así pues, la moralidad de una decisión basada en el razonamiento consecuencia lista es compatible con un daño real o intencionado que se provoca al sujeto. De manera similar, una decisión es inmoral o amoral cuando el personal de salud intenta limitar las consecuencias favorables que de otra manera ocurrirían, o hacer caso omiso de ellas, situación en que real e intencionadamente deja de promover el bienestar del paciente.

En tales circunstancias, la inmoralidad de una decisión consecuencialista, a compatible con un beneficio real bienintencionado para el paciente.

### **6.1 Ética en los asilos**

Son cuatro elementos que confieren su naturaleza característica a los asilos, a saber; los residentes, el personal del entorno físico y administrativo, y los reglamentos por los que se rigen. Estos factores interrelacionados hacen que los asilos sean sitios de autonomía personal de sus residentes cede el lugar constantemente a otras preocupaciones más presionarte y contribuyen a lo que Lidz y colaboradores llaman la “erosión de la autonomía en los cuidados crónicos

Algunas transgresiones de la autonomía personal en los asilos resultan de las características de los residentes o se exacerban a la raíz de éstas, entre las cuales se incluyen su heterogeneidad y, en muchos casos, impedimentos físicos, sensoriales o cognoscitivos que limitan su capacidad para auto dirigirse. Lo más probable es que se trate de mujeres y, con frecuencia, que sean de bajos ingresos. Incluso si no poseen la segunda de estas características, pocas veces tienen el control directo sobre la economía personal.

Es raro que elijan vivir en un asilo. En mejor de los casos, habrían decidido vivir en este tipo de institución porque parecía la única opción para sus cuidados. En el peor, con mayor frecuencia de lo que parecía posible, se encuentran en el asilo sin haber participado activamente en la decisión que culminó con su estancia en dicho sitio. Las trabajadoras sociales de asilos atestiguan que es muy frecuente que sus pacientes lleguen al asilo a raíz de engaños, en la creencia de que van estar en otro sitio en el que sólo van a estar en un breve plazo.

La heterogeneidad misma de los grupos residentes, combinada con la falta de espacio privado, obstaculiza todo el esfuerzo de convertir el asilo una comunidad improvisada. Algunos residentes están en la institución durante un breve plazo, de apenas meses. Quizás hayan llegado a dicho sitio para recibir cuidados terminales o para rehabilitación o convalecencia poshospitalaria. Sería un error pensar que este último grupo de residentes de estancia breve no se vea afectado por las condiciones de vida en el asilo.

Señalamientos de personas que han pasado apenas dos o tres meses en un asilo hacen suponer que muchas experimentan dicha estancia como algo horrorizante y salen de ella con temor intenso a estar de nuevo en un asilo. Sin embargo, quienes están un breve plazo difieren de los que permanecen durante largo tiempo, entre estos últimos una gran proporción de personas con deterioro cognoscitivo y enfermedades degenerativas.

También hay disparidad en cuanto la edad. Muchos asilos tienen unos cuantos residentes de menos de 65 años de edad, así como algunos que están en el séptimo decenio de vida y los comienzos de octavo, que tendrían poco común con residentes muy ancianos.

Asimismo, es natural que difieran en su interés y antecedentes. Por otra parte, los hay recluidos en la cama o sillas de ruedas, o que son objeto de monitoreo médico complejo. Por último, hasta la mitad o más sufre deterioro cognoscitivo, frecuentemente acompañado de trastornos de conducta, de modo que el entorno pierde sentido o incluso resulta atemorizante para los residentes con funciones cognoscitivas íntegras, que comparten un estrecho espacio.

Enfermería} { Dirección  
Administración

El personal que elabora en los asilos en su mayoría el de enfermería y se sabe que la calidad de la atención cambia con rapidez cuando se sustituye a una de estas figuras claves. Y la mayor parte de administradores es enfermería, son muy pocos los administradores profesionales de asilos. Sin embargo, es usual que los cuidados y atención directos queden en manos de auxiliares Un estudio de una muestra que se realizó en nuestro país, residentes de asilos en un promedio se reveló que el periodo promedio de atención que recibieron de enfermeras tituladas 7.9 % enfermeras auxiliares 15.5 % dichos estudio se llamo” el cuidado de 24 horas. <sup>15</sup>

Se capacita a las auxiliares de enfermería para que realicen su trabajo con una orientación a tareas,” trabajo de cama y cuerpo”. Aprenden a hacer camas, bañar pacientes y mover las personas. Algunos sistemas para pagos de asilos, según el nivel de agudeza del estado de residentes, refuerza esta orientación, dado que la parte de pago correspondiente a los cuidados se basa en el número promedio de minutos que las enfermeras dedican a la atención de un residente con un impedimento dado. Auxiliares de enfermería han reconocido que al conversar con un residente tratan de moverse y hacer que parezca como se realizaran una tarea concreta.

15. Kane GM. Ética en: Atención primaria en Geriatría. Richard Stamm .Madrid. Ed. Mosby 1998 Pág. 200 – 225.

En virtud de esta situación, no puede esperarse que las auxiliares de enfermería se conviertan en recursos que ayuden a que los pacientes sea autónomos y se auto dirija, ni que las enfermeras dediquen mucho tiempo a ayudar a que los residentes sean autónomos en el sentido deliberar reflexivamente sobre sus decisiones.

## 6.2 ÉTICA EN LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS

Cuando los consumidores de cuidados crónicos reciben éstos en su propio hogar, es probable que conserven más poder que un asilo. Sin embargo, el hogar también los impedimentos físicos y cognoscitivos disminuyen las oportunidades de autodirección, los reglamentos y rutinas profesionales determinan el horario y naturaleza de los cuidados que reciben.

Ya que los cuidados en domicilio se entremetan en un dominio que antes era privado explicaría, en parte, el dato ampliamente conocido de que los ancianos con frecuencia se resisten a que el personal de salud vayan a su hogar. Los ancianos con impedimentos también considerarían que el personal que está al cuidado, actúan como jueces de si continúa siendo viable o no en el plan de cuidados. Desde un punto de vista del paciente, los cuidados empiezan como amigos y terminan como juez que lo empuja a un asilo. Una complicación adicional de los cuidados del hogar se centra en los familiares, sean que residan con el paciente en otro sitio que suele brindar gran parte de los cuidados.

Los cuidadores emparentados tienen una participación moralmente legítima en las decisiones de brindar cuidados en el hogar, en particular cuando su tiempo, energía y ansiedad son necesarios para el plan sea costeable. Sin embargo es muy frecuente que los profesionales consulten con los parientes, no con el anciano que necesita los cuidados.

El respeto de la autonomía del paciente que recibe cuidados a domiciliarios precisa reconocer que horario de los cuidados personales se ajuste a la vida cotidiana del paciente.

En el caso hay pacientes que necesitan ayuda para entrar y salir de la cama, el horario del cuidador no puede estar restringida a un horario de 9 a 17:00 horas, incluso si es más conveniente para quien brinda los cuidados. El respeto a la autonomía en los cuidados domiciliarios también requiere que los profesionales ponderen la necesidad que el paciente tiene de compatibilidad personal con sus cuidadores. Al igual que los asilos, no puede protegerse a los pacientes de cuidados domiciliarios contra todos los riesgos y se les permite que asuman algunos riesgos con conocimientos de causa. Los médicos tienen un régimen de monitoreo tecnificado en el hogar.

En los asilos, las normas son cuartos dobles sin espacio para el almacenamiento de ropa u otros objetos personales ni seguridad para objetos y casi sin privacidad, la vida en ellos se basa en planes de cuidados, supuestamente individualizados, pero que se asemejan mucho de un residente a otro. La rutina irrestricta predomina en el horario y la naturaleza de las rutinas de cuidados, comidas, horario de caminata y periodos de sueño. Es frecuente que las actividades se rijan por el principio del mínimo esfuerzo. No obstante que hay unidades especiales para los pacientes con enfermedad de Alzheimer, es frecuente que los residentes con deterioro cognoscitivo se entremezclen con los que tienen cognición intacta como participantes en las actividades, compañeros de mesa e incluso compañeros de cuarto asignados.

Por supuesto, los asilos están moldeados por influencias externas, en particular los reglamentos y políticas. Los reglamentos ideados para brindar seguridad, a los residentes y garantizarles un estándar mínimo de cuidados también “los restringen.” Estos reglamentos, y las interpretaciones que la institución hace de ellos, dictan qué pueden tener los residentes en su cuarto; qué cuándo pueden beber y comer, y la necesidad constante de que sean observados, y “documentados o reporte “. Se han hecho que el tiempo personal sea bien valioso y relativamente raro, si bien es necesario para que los residentes lleven a la práctica sus decisiones autónomas. Entre los ejemplos se cuentan los reglamentos que obligan a brindar información a los consumidores; los que requieren un entorno con requisitos mínimo de privacidad y opciones; los que prohíben prácticas específicas que lesionan la autonomía, como los dispositivos de restricción física, y los que requieren que se les brinde a los residentes la oportunidad de participar en la planeación de sus propios cuidados. Sin embargo, es más probable que los reglamentos limitan la autonomía del paciente, no que la incrementen. <sup>16</sup>

### **La vida cotidiana**

La descripción que procede; la forma y la realidad de la vida de los adultos mayores en plenitud, de los residentes del retiro San Hipólito, desde un punto de vista sociológico. Ficticias de los residentes y al personal que elabora en dicho retiro. Se entrevistaron una muestra de 28 residentes del retiro, con el fin

de explorar qué importancia se conceden a la disponibilidad y el control de los aspectos específicos de la vida cotidiana, se entrevistó al personal de enfermería; las preguntas fueron: Hora de acostarse, hora de levantarse, horario de las comidas, horario del plan de cuidados.

Actividades del retiro, contestar el teléfono, participación en terapias de trabajo durante periodos breves, horario de las visitas al retiro, horario de sus meditaciones.

Los residentes ellos consideran que son muy importantes las actividades que ellos puedan realizar sobre todo los aspectos mencionados quieren llevar una calidad de vida.

El poco personal de enfermería que elabora, también opinaron que el control y la capacidad de decisión sobre los residentes, sobre los aspectos ya mencionados tiene una gran importancia para brindar una calidad de vida.

16. Engelard H. Tristram. Los fundamentos de la biótica. Ed. Paidós Barcelona 1995. Pág. 145.

Los conceptos que mayor porcentaje consideró de importancia en el control y la capacidad de decisión: 1) Salidas breves del retiro. 2) El uso del teléfono, estos aspectos relacionados al mundo exterior, fueron calificados como muy importantes y con mayor frecuencia por enfermería que a su vez se tendió a considerar las actividades en el retiro de mucho mayor importancia que los residentes.

A los menos algunos residentes expresó su "insatisfacción" de la capacidad de decisión y el control que tenían sobre cada actividad. (En esto se refiere a la subestima y el respeto al compañero de cuarto, ya que el denominador se incluyó a los residentes sin compañero de cuarto, lo cual describieron su situación como triste cuando tuvieron que compartir la habitación).

El personal de enfermería acerca de la capacidad para brindar mayor capacidad de decisión y control de los residentes en cualquier otro aspecto mencionados.

La importancia de los residentes acerca de decidir cuándo llamar un médico, o ingresarlo al hospital. Hay control cuando para el servicio médico, ingreso a los hospitales de acuerdo al orden médico es una de las virtudes del refugio y unas de las necesidades de la salud, ya que el personal que elabora actúa de

intermediario, algunos residentes insisten de ver al médico al consultorio porque ellos son autónomos de la toma de decisiones y tengan sus comentarios de su propia salud.

Una de las normas del refugio es que ellos están fuera de sociedad, su estatus económico se basa en el apoyo de las iglesias de las terapias de trabajo que algunos realizan tanto los residentes, y los seminaristas.

### **6.3 INTERVENCION DE LA ENFERMERA**

La influencia de fuerzas externas, el personal y los consultores de los asilos no están imposibilitados para brindar más oportunidades de autonomía a los residentes de tales instituciones. Aunque los administradores quizá no puedan modificar la ocupación del cuarto doble y la falta de privacidad, ni los médicos pueden cambiar las condiciones básicas del entorno, ambos grupos pueden prestar atención sistemática a las preferencias y los valores de los residentes. Esto equivale; en primer término, a indagar que revise la importancia para el residente ( no sólo en relación a tratamientos terminales, sino también en la vida cotidiana ) y, luego, respetar dichas preferencias. Significa conceder menor prioridad a rutinas que obligan a que todos hagan lo mismo y al mismo tiempo; con algunos residentes, implicaría disminuir su participación en las actividades del asilo y facilitar la que tengan en actividades de la comunidad circunvecinas. También requiere prestar atención estrecha a solicitudes respecto de compañeros de cuarto y de mesa, así como elaborar procedimientos para que se escuchen las peticiones de los residentes. Requiere por igual capacitar al personal que elabora con los residentes; sobre la importancia de la autonomía de los residentes y, lo que es más difícil, reestructurar los puestos de manera que el personal pueda responder a solicitudes que guardan relación más estrecha con la vida social que con los cuidados.

En relación con lo procedente, el médico tiene oportunidades de especial importancia, dada la función de “guardian” general y liderazgo. Puede decidir que estar en posibilidades de llamarle por teléfono para hacerle preguntas es tan importante para los residentes de los asilos como para los pacientes que viven en el hogar. En la actualidad, los médicos no esperan tener contacto directo con los pacientes que viven en los asilos. Deben estar abiertos a

permitir que tomen sus propias medicinas los residentes que desean hacerlo. Sin duda alguna, deben tomar en cuenta los deseos de los residentes una variación respecto de las rutinas cotidianas. Como algunos activistas y residentes de asilo suelen percibir los planes de cuidados, cuando se diseñan como prescripciones inmutables de la vida cotidiana. Los médicos también han de estar abiertos a considerar opciones respecto al ingreso en un asilo y la posible alta del paciente que vive en este tipo de institución. En su trabajo con otros profesionales, los médicos tendrían una función más positiva si deciden los parámetros de cuidados de salud necesarios, en su vez de recurrir a una “orden médica” respecto de dónde deben brindarse tales cuidados.

No obstante todo lo anterior, al final hay dos verdades importantes: muchos ancianos con impedimentos considerables (en particular los que no tienen familiares que les brinden cuidados de consideración ) no pueden recibir cuidados domiciliarios de manera eficaz en relación con costos y, como todo mundo sabe, los asilos no son en la actualidad sitios muy hospitalarios para la vida cotidiana.

En cuanto los modelos para ello, pueden considerarse los programas de vida auxiliada que se han elaborado en el estado de Oregón, EUA. Estos programas brindan, al consumidor de cuidados crónicos, viviendas para una sola persona que incluyen, al menos, un área para dormir otra para sentarse, un baño completo con regadera, una cocineta con refrigerador y estufa, y una puerta de acceso que el residente pueda cerrar y abrir el interior y el exterior, es como ocurre en Oregón, el programa también brinda las tres comidas. Los planes de cuidado individualizados han de comprender, la medida necesaria, tareas domesticas, cuidados personales, cuidados de enfermería y médica. Incluso la terminología del programa de vida asistida es diferente: los “residentes” se convierten en “inquilinos”; las “camas”, en “unidades” o, incluso mejor, “apartamentos”, y los inquilinos no se les “da de alta” sino que se “mudan” o, en algunos casos, los “desalojan”.

La autonomía personal tiene muchas mejores oportunidades en entornos residenciales, donde los ancianos viven y reciben cuidados si puede modificarse el equilibrio del poder; si se protege la privacidad y espacio

personal; si se supone que la persona con impedimentos desea llevar una vida normal, a expensas de la decisión individual. El personal de salud y de los servicios sociales debe cambiar la manera de pensar para adaptarse a tales ideas, dando la necesidad de proteger a los ancianos de salud frágil. Sin embargo el personal de salud deben de reconocer autónomas aceptan las responsabilidades y quizá decidan asumir los riesgos. Los profesionales de la salud que elaboran los reglamentos deben de combinar las experiencias e idear modelos menos discordantes con la autonomía personal de los asilos actuales.

Los cuidados que prestan los médicos en modelos como el citado se desconocen en gran parte. La dificultad para los médicos radica en integrarse a la elaboración de modelos residenciales en que los ancianos con impedimentos pueden recibir cuidados preventivos y los tratamientos médicos oportunos y competentes en condiciones de vida que constituyan un similar razonable de un hogar privado. Esto implica que, si bien el llamado modelo médico es necesario para los cuidados de salud, equilibre para evitar la protección excesiva.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Muchos ancianos enfrentan crisis graves como son las enfermedades que pueden presentar, problemas sociales, económicos, familiares y en ocasiones el vivir con una discapacidad, situación que implica una serie de procesos de adaptación para superar estas crisis.

El pesar es la consecuencia natural de una pérdida, es normal que surja después de la muerte de un ser amado, o la pérdida de salud.

Existe el pesar no resuelto, que a veces culmina en depresión, amargura u otros problemas constantes. Es normal sentirlo después del comienzo de una discapacidad pero después de todo, la vida de la persona ha cambiado drásticamente.

Cuando la persona siente pesar por la pérdida, también experimenta la tristeza y la ira propias de la situación, a menudo esto basta para facilitar la transición.

Muchas personas sienten el pesar normal en un lapso de seis a diez semanas, para después comenzar a adaptarse mejor.

EL pesar constante a veces recibe el nombre de “pena complicada” puede evolucionar y culminar en depresión.

Un modelo de afrontamiento, las personas que afrontan equívocamente la pérdida, la consideran como su culpa, aquellas para quienes es inaceptable expresar el pesar o que rodean de otras personas que no permiten la expresión de la pena, a menudo sufren problemas persistentes con ella.

La aceptación de una situación cambiaba, es decir, la incapacidad que puede ser permanente, obliga a que una persona se considere así misma con un nuevo enfoque. Necesita voluntad para solucionar nuevos problemas, enfocar las cosas de manera positiva y a menudo luchar con las tareas diarias que eran fáciles.

La aceptación obliga en primer término a la resolución del pesar y es su consecuencia

Las personas que no aceptan la realidad de la incapacidad, seguirán negando su gravedad, o como otra posibilidad pueden “abandonarse totalmente” y bien pueden depender abiertamente de los demás.

La aceptación de la incapacidad al parecer constituye un “término medio” de equilibrio entre dichos extremos. Se manifiesta por si misma, por la realización de todas las cosas de la que es capaz la persona y también la posibilidad de aceptar el auxilio para lo que no pueda realizar.

El ajuste mencionado obliga a la apreciación precisa de las limitaciones objetivas, la buena voluntad de los demás para auxiliar solamente el punto necesario, y un método de afrontamiento y solución de problemas.

Después de la incapacidad es frecuente que se altere el trato íntimo de los parientes, o seres queridos y amigos. Otras personas desconocen la forma de actuar, incapacidad que a veces interfiere en la expresión del afecto.

La fuerza de una relación íntima es puesta a prueba por la incapacidad, el adulto mayor incapacitado conserva todo el deseo de intimidar que tenía antes de sufrir su minusvalía.

La transición de esta crisis obliga a que el individuo no piense que es indeseable, y también requiere un método afirmativo de afrontamiento para conseguir y emprender el afecto y la intimidad hacia el otro.

Motivo por el cual se plantea la pregunta de investigación que es:

¿Cuál es la frecuencia de depresión y alteraciones de la memoria en los residentes de tres refugios?

## **2. JUSTIFICACIÓN**

El cuerpo humano cambia con el envejecimiento y la capacidad de los órganos y sistemas se limita para llevar las funciones indicadas. Sin embargo las pérdidas conjuradas por las palabras de Shakespeare, quien caracterizó a la edad avanzada como una segunda niñez “sin ojos, sin dientes, sin nada”, por lo general dependen de las enfermedades y no del envejecimiento normal.

También se observa que con la edad avanzada se reduce la masa corporal, gasto cardíaco y otras amenazas como la alteración de la homeostasia. Los efectos de las alteraciones a la salud mental en especial tristeza, soledad, (depresión), son más evidentes.

El presente estudio se centra en la detección de depresión y alteraciones de memoria en adultos mayores residentes de tres refugios ubicados en los estados de México y Michoacán.

Los residentes son ex religiosos y ex religiosas católicas, quienes actualmente viven en claustro, lo cual influye sin duda alguna en su poca socialización y contacto con el medio externo y familiar.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar la prevalencia de depresión y alteraciones de memoria en las personas adultas mayores religiosos retirados, sacerdotes y monjas.

### **3.2 OBJETIVO ESPECIFICO**

- Identificar la prevalencia de depresión en las personas adultas mayores religiosos retirados, sacerdotes y monjas y las alteraciones de memoria.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Diseño de estudio:**

- Descriptivo

### **Población de estudio:**

- Adultos mayores del refugio de San Hipólito, Tultepec, Estado de Toluca.
- Adultas mayores, mujeres monjas, Adoratrices ubicado en Sahuayo. Estado de Michoacán.
- Adultas mayores. Madres capuchinas, en Zamora. Estado de Michoacán.

Se aplicaron 43 cuestionarios a los adultos mayores ubicados en los refugios mencionados.

### **4.2 Criterios de inclusión.**

Adultos mayores de 65 años, que aceptaran participar y que fueran independientes.

### **4.3 Criterios de exclusión.**

Adultos que no contestaran completos los cuestionarios.

## **4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN**

### **Escalas de Depresión Geriátrica (GSD)**

Escala de depresión específicamente construida para detectar depresión en ancianos. Se selecciono la versión abreviada de 15 ítems (Sheikh y Yesavage, 1986) y de 5 ítems (Hoyl y cols, 1999).

0-4	Normal
5-8	Depresión leve
9-11	Depresión moderada
12-15	Depresión severa

### **MINI MENTAL (MSE)**

Para evaluar el deterioro cognitivo se aplicó el MSE, y además para establecer un seguimiento de los cambios cognitivos a lo largo del tiempo, de tal forma que se documente la respuesta del individuo.

- Orientación
- Memoria inmediata
- Atención de cálculo
- Lenguaje: Repetición de ordenes verbales
- Dimensión Visoespacial (dibujo)

> 24 Normal

21-23 Demencia Leve

11-20 Demencia Moderada

<Demencia Severa

### **TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Se invitaron a participar a los residentes personalmente donde se explicaban los objetivos del estudio y se aplicaban los cuestionarios por medio de una entrevista directa.

A través de las fichas de trabajo se recopiló la información para la elaboración del marco teórico.

POBLACION TOTAL DE ADULTOS MAYORES EXRELIGIOSOS N=43				
Edad.	Sexo		Total	%
	Masculino	Femenino		
	1	2	3	6

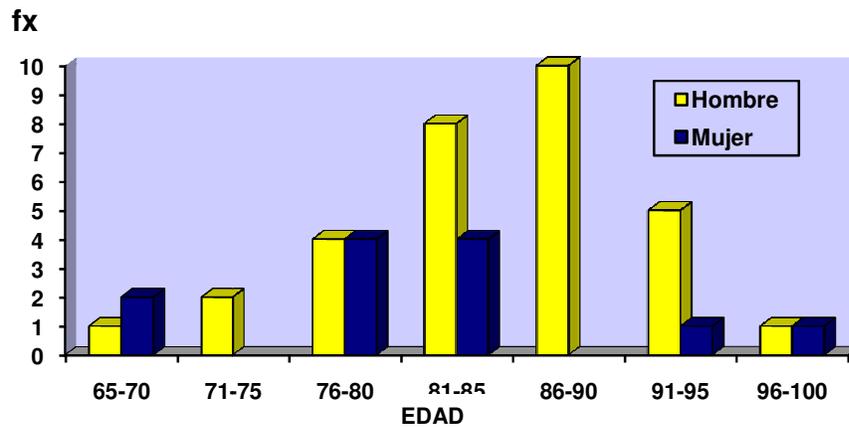
## RESULTADOS

CUADRO 1.-

65 – 70				
71 – 75	2		2	5
76 – 80	4	4	8	19
81 – 85	8	4	12	28
86 – 90	10		10	23
91 – 95	5	1	6	14
96 – 100	1	1	2	5
<b>Total</b>	<b>31</b> <b>72 %</b>	<b>12</b> <b>28 %</b>	<b>43</b> <b>100 %</b>	<b>100</b>

Fuente: realizado abril – mayo 2007

**GRAFICA 1.-DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES N=43**



Fuente: La misma cuadro 1.

Descripción: nos muestra el total de adultos mayores de los tres Refugios, predominando con un 72% el sexo masculino

CUADRO 2.-

DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES HOMBRES SEGÚN DIAGNOSTICO DE DEPRESION N=31						
Edad	DEPRESIÓN *			Sin	Total	%
	Severa	Moderada.	Leve.			
65 - 70				1	1	3
71 -75				2	2	6
76 - 80	1	2	1		4	14
81 - 85	3	4	1		8	26
86 -90	3	4	2	1	10	32
91 - 95	1	4			5	16
96 - 100	1				1	3
<b>Tota</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

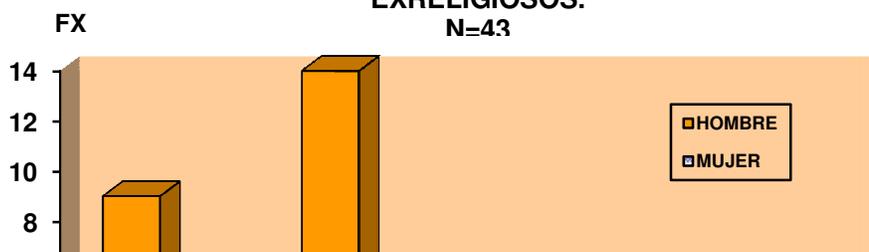
\*ESCALA GDS  
Fuente: realizado abril – mayo 2007

CUADRO 3.-

DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES MUJERES SEGÚN DIAGNOSTICO DE DEPRESION N=12						
Edad	DEPRESIÓN *			Sin	Total	%
	Severa	Moderada.	Leve.			
65 - 70			2		2	18
71 -75						
76 - 80	2	1	1		4	33
81 - 85	2	2			4	33
86 -90						
91 - 95	1				1	8
96 - 100	1				1	8
<b>Tota!</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>		<b>12</b>	<b>100</b>

\* ESCALA GDS  
Fuente: La misma cuadro 1.

GRAFICA 2.-DIAGNOSTICO DE DEPRESION SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES EXRELIGIOSOS.  
N=43



## DEPRESION

Fuente: La misma cuadro 1

Descripción: La grafica nos muestra la distribución de adultos mayores según el diagnostico de depresión predominando en un 32% la depresión moderada y en un 13% la depresión severa.

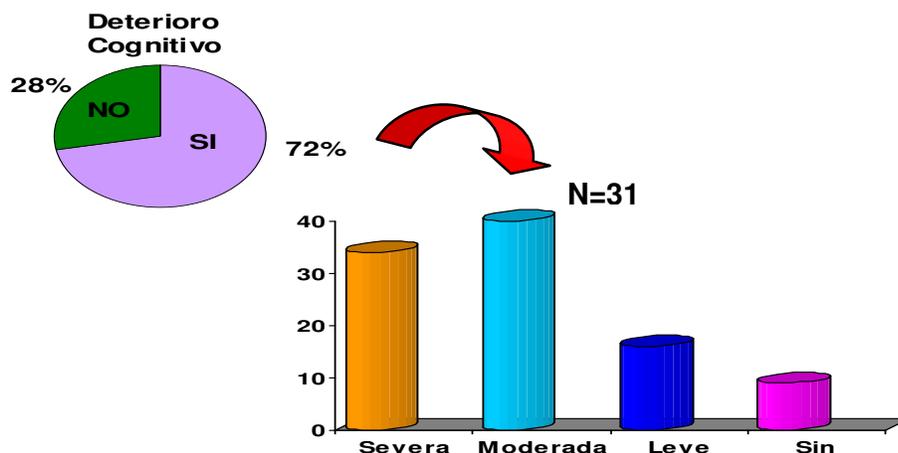
CUADRO 4.-

<b>RELACION DEPRESION Y DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES EXRELIGIOSOS</b>					
<b>N=43</b>					
Alteración	SEXO				TOTAL
	Femenino		Masculino		
	Fo	%	Fo	%	
<b>Depresión</b>	12	31	27	69	<b>39</b>
<b>Demencia</b>	7	23	24	77	<b>31</b>

Fuente: Fuente: La misma cuadro 1

**GRAFICA 3.- RELACION ENTRE DETERIORO COGNITIVO Y DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES EXRELIGIOSOS.**

**N=43**



Fuente: La misma grafica 1

Descripción: La grafica nos muestra que de el total de la población de adultos mayores el 72% presento deterioro cognitivo, de los cuales el 40% tenia depresión moderada y el 35% depresión severa.

**CUADRO 5.-**

EDAD DE LOS EN LOS ADULTOS MAYORES MUJERES SEGÚN DETERIORO COGNITIVO						
N=12						
DAÑO COGNITIVO						
Edad	GRAVE	MODERADO	LEVE	NORMAL	Total	%
65 - 70				2	2	17
71 - 75						
76 - 80		2	2		4	33
81 - 85		1		3	4	33
86 - 90						
91 - 95			1		1	8
96 -100	1				1	8
<b>Total</b>	1	3	3	5	12	100

Fuente: la misma Cuadro 1

**CUADRO 6.-**

<b>EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES HOMBRES SEGÚN DETERIORO COGNITIVO.</b>						
<b>N=31</b>						
<b>DAÑO COGNITIVO</b>						
<b>Edad</b>	<b>SEVERA</b>	<b>MODERADO</b>	<b>LEVE</b>	<b>NORMAL</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>65 - 70</b>				1	1	<b>3</b>
<b>71 - 75</b>			1	1	2	<b>6</b>
<b>76 - 80</b>			4		4	<b>13</b>
<b>81 - 85</b>		5	2	1	8	<b>26</b>
<b>86 - 90</b>	2	1	4	3	10	<b>33</b>
<b>91 - 95</b>	1	4			5	<b>16</b>
<b>96 -100</b>	1				1	<b>3</b>
<b>Total</b>	4	10	11	6	31	<b>100</b>

Fuente: la misma cuadro 1

## **5. ANALISIS DE RESULTADOS**

El cuadro 1 nos muestra que del total de adultos mayores de los tres Refugios, predominó con un 72% el sexo masculino de los cuales las edades más frecuentes oscilan entre 81 y 90 años de edad.

El grupo de las mujeres correspondía a un 28% del total de la población, la mayoría estaba entre los 81 y 85 años de edad. Grafica 1

El cuadro 2 nos muestra que el 87% de los adultos mayores hombres presento algún tipo de depresión, destacándose la depresión moderada en un 45% de estos.

Observamos en el cuadro 3 que el 100% de las mujeres presentaba algún tipo de depresión de las cuales el 50% tenía una depresión severa. Grafica 2

Cabe destacar que el 28% del total de mujeres se encuentran deprimida y el 63% corresponde a los varones, del total de la población. (Cuadro 2-3)

Cabe destacar que en el hombre predominó la depresión moderada en un 32% y en la mujer la depresión severa en un 13%. (Grafica 2)

En el caso del deterioro cognitivo el 56% corresponde a los hombres y el 16% a las mujeres.

De 43 adultos exreligiosos el 91% presento depresión, destacándose la depresión severa; el 72% de la población presento deterioro cognitivo, manifestándose de manera relevante el deterioro cognitivo leve en ambos sexos. (Cuadro 4)

Respecto a la relación entre el deterioro cognitivo y el diagnóstico de depresión, se encontró que el 72%(31) del total de adultos mayores presento deterioro cognitivo, de estos el 40 % tenía depresión moderada y el 35% severa.

Los adultos mayores presentan con mayor frecuencia diversas enfermedades lo que los pone en una situación de desventaja y una alta vulnerabilidad, no cuentan con seguridad social, por lo que se incrementa la posibilidad de recibir atención de otros servicios como la asistencia social o la medicina privada, en el caso de las personas que se dedicaron al ejercicio de la religión de manera profesional, se enfrentan a la condición de abandono, ya que están alejados de

su familia en refugios que funcionan como asilos en estado de desprotección ya que no cuentan con los servicios médicos adecuados, aunadas las carencias económica, la prevalecía de sufrir de por vida un trastorno depresivo moderado o mayor .

Es normal que en los adultos mayores aparezca la sensación de depresión, generalmente esta, es lenta, progresiva y a veces brusca, relacionada con el no poder controlar sus propias vidas como lo hacían antes.

La capacidad de adaptación se ve a veces limitada por diversos factores como puede ser el deterioro físico, y una “situación de enfermedad orgánica”, en la cual más de 8 horas de reposo mantienen al día, el cual provoca un deterioro físico y mental, manifestándolo en trastornos orgánicos; como pueden ser la diabetes mellitus, las neuropatías y el cáncer.

La lentitud mental, la ausencia de motivación. Haciendo hincapié la frecuencia de una baja calidad de sus relaciones o comunicación con los demás.

La aparición de esta enfermedad de acuerdo al episodio moderado o mayor afecta la situación de equilibrio: Depresión – lentitud mental – enfermedad orgánica; proceso de enfermedad.

De los componentes culturales de los tres refugios las mujeres, tienen una cultura muy sensible de su manera profesional a la que se dedicaron. Algunas de estas mujeres les hubiera gustado haber tenido otra vida fueron elegidas para esta profesión porque sus padres fueron inculcadas, ahora en la antes era una población de aproximadamente de 65 habitantes; debido a la tasa de mortalidad alta, fueron quedando en la soledad, entrando a un proceso de enfermedad.

Relativamente la mayor parte de las actividades de enfermería se realizan. La población es de hombres con la profesión ya mencionada, ya que en hombres también se presentan episodios que afectan su equilibrio la aparición de enfermedades orgánicas se convertirá en una situación produciendo una ruptura de equilibrio. Biopsicosocial. La practica individual, y al distinguir los problemas el abandono de la familia o la perdida de un ser querido, son circunstancias que se adaptan y se relaciona Con mente y cuerpo “son factores que se presentan el deterioro físico y mental y la ausencia de la motivación en

la vida ya que la profesión que ejercieron o ejercen algunos todavía; la cultura que mantienen sobre la vida.

## **6. CONCLUSIONES**

De acuerdo con los objetivos del proyecto, la detección de depresión y de alteraciones de memoria en el adulto mayor como estrategia preventiva de enfermería, disminuye el riesgo de presentar diversas complicaciones derivadas del daño que estos padecimientos pueden causar como podría ser el aumento en los suicidios en adultos mayores, con base en las actividades y en la observación se identificó una melancolía y una indiferencia al medio que los rodea, la causa del abandono de la familia, o la pérdida de un ser querido; la falta de comprensión, las enfermedades orgánicas, cuando ingresan al hospital, estar lejos de su entorno, sabiendo que ya no saldrán del hospital de pie, esto manifiesta que únicamente tienen a Dios como un consuelo, de que ya cumplieron su misión.

Acerca de la identificación de los factores de riesgo de la depresión ya mencionados la mayoría se asocia a una actitud de agresión manifestada por la irritabilidad. Ante esto, se observa que el adulto mayor se preocupa más por otras personas que por sí mismo.

Las alteraciones de la conducta que producen el riesgo de la depresión, aunado a la convivencia y la comunicación, la indiferencia limita y dificulta la interrelación con su entorno y los factores que influyen en su pronta recuperación.

Por otra parte enfermería considera que la comunicación disminuye el riesgo de depresión, por lo que promover el desarrollo de habilidades que apoye a la vivencia con dignidad.

En la prevención de la depresión del adulto mayor de acuerdo al modo de vivir es importante en el trato diario de la aceptación y respeto como persona a base de afecto e interés, hacia el bienestar comodidad y seguridad garantizándole una calidad de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manny Ann Fonciea y cols Secretos de la Geriátria 2da. Ed. Mc. Graw Hill 2002 pág. 1 – 10.
2. CONAPO. Proyecciones de la población de México. Consejo nacional población 2007  
[www.conapo.com.poblacion](http://www.conapo.com.poblacion) . 2007
3. Juan J. López – Ibor aliño (DSM – IV ) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México.1998. pág. 171 – 180 y 279 – 322.
4. H.P. Von Hahn Geriátria Práctica. 4.ed. Ed. Manual Moderno. México1998. pág.75 – 80.
6. Nemeroff. Charles M.D. PHD. Clínicas Médicas Norteamérica. Ed. Mc. Graw and Hill 3/2001. pág. 518 – 520 – 525.
7. Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubiran” Manual Terapéutico Médica. Ed. Mc. Graw. pág.275 -282.
8. Stha. B. S. Á. Enfermería Gerontológica. Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana 1998. pág. 155 – 168.
9. Fernando Ortiz, Dra. Pilar Durante Molina. Programas de Psicogeriatría 100 preguntas más frecuentes. Ebixa. Un producto para recordar. pág. 50 – 75.
10. Cruz. Jentoft. J.L. González Montalvo Valoración de función cognitiva. Ed. Prouscience pág. 25 – 30.
11. Christienek. Casseli.Grega. Sachs.Clinicas de Medicina Geriatrica.. Ed. Mc. Graw and Hill. 3 ed. pág. 471 – 480.
12. Salgado A. Guillen F. Manual de geriatría Salvat. México 1994. pág. 155 – 165 -180.
13. M. Mary. B. Mary.Enfermeria Gerantologica. Cuidados integrales del Adulto mayor. Ed. BURKE WALSH. 2ed Madrid – Barcelona. Pág.157-158 – 160.

14. Trascendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor. Tafolla-Rangel Ana María. Rev. Enferm. Inst. Mex Seguro Soc. 2007; 15 (1): 1-2. Consultado en septiembre del 2007 en pág. [Geriatría.net.com](http://Geriatría.net.com).
15. Antonuccio. Osman Nicolás La salud mental en la tercera edad Psicogeriatría 1994. Akadia. Edit. Buenos Aires pág. 52 – 59.
16. Engelard H. Tristram. Los fundamentos de la bioética. Ed. Paidós . Barcelona 1995. pág. 145.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 1.-Antonuccio. Osman Nicolás La salud mental en la tercera edad Psicogeriatría 1994. Akadia. Edit. Buenos Aires pág. 52 – 59.
- 2.- Barros Lazaeta C. Aspectos sociales del envejecimiento. Ed. La atención de los ancianos; un desafío para los años 90 Publicación Científica

- No. 560. 1998. pág. 14- 20.
3. Cruz. Jentoft. J.L. González Montalvo Valoración de función. Cognitiva. Ed. Prouscience pág. 25 – 30.
  4. CONAPO. Proyecciones de la población de México. Consejo nacional población 2007  
[www.conapo.com.poblacion](http://www.conapo.com.poblacion) . 2007
  5. Engelard H. Tristram. Los fundamentos de la bioética. Ed. Paidós . Barcelona 1995. pág. 145.
  6. Fernando Ortiz, Dra. Pilar Durante Molina. Programas de Psicogeriatría 100 preguntas más frecuentes. Ebixa. Un producto para recordar. pág. 50 – 75.
  7. H.P. Von Hahn Geriatría Práctica. 4. ed. Ed. Manual Moderno. México1998. pág.75 – 80.
  8. Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubiran” Manual Terapêutico Médica. Ed. Mc. Graw. pág.275 -282.
  9. Juan J. López – Ibor aliño (DSM – IV) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México.1998. pág. 171 – 180 y 279 – 322.
  - 10 Kane GM. Ética EN: Atención primaria en Geriatría. Richard Stamm 1ª Ed. Madrid Ed. Mosby 1998. pág. 214.
  11. Kastenbaum Robert. Vejez Años de Plenitud. Ed. Interamericano. 1995. Pág. 40 -51.
  12. Manny Ann Fonciea y cols Secretos de la Geriatría 2da. Ed. Mc. Graw Hill 2002 Pág. 1 – 10.
  - 13.- M. Mary. B. Mary.Enfermería Gerantologica. Cuidados integrales del Adulto mayor. Ed. BURKE WALSH. 2ed Madrid – Barcelona. Pág.157-158 – 160.  
[\(www.biostar.wustl.edu/alzheimer/\)](http://www.biostar.wustl.edu/alzheimer/). (Función de enfermería – cuidador.)
  - 14.- Nemeroff. Charles M.D. PHD. Clínicas Médicas Norte América.

Ed. Mc. Graw and Hill 3/2001. pág. 518 – 520 – 525.

15. Rocabruno Menderos J.C. Prieto Ramos O. Gerontología y Geriatria  
Ed. Ciencias Médicas Habana Cuba 1990. pág. 245 – 260.

16. Trascendencia del cuidado enfermero en el adulto mayor. Tafolla-Rangel  
Ana María. Rev. Enferm. Inst. Mex Seguro Soc. 2007; 15 (1): 1-2.  
Consultado en septiembre del 2007 en pág. Geriatria net.com.

# ANEXOS



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Universidad Nacional Autónoma de México  
"Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas  
en Salud Pública", 5DEI.PTDO5.5.  
"Modelo de Enfermería para la atención preventiva y terapéutica en personas  
con enfermedad de Alzheimer"



Folio \_\_\_\_\_

Hora inicio \_\_\_\_:\_\_\_\_

## ESCALA CORTA DE DEPRESION GERIATRICA (SDG)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Inicio \_\_\_\_\_

1. ¿Usted esta satisfecha(o) con la vida?
2. ¿Usted ha dejado de lado actividades o cosas de interés personal?
3. ¿Usted siente que su vida esta vacía?
4. ¿Usted se siente con frecuencia aburrida(o)?
5. ¿Usted se siente de buen ánimo la mayoría del tiempo?
6. ¿Usted siente temor de que algo le vaya a pasar?
7. ¿Usted se siente feliz la mayor parte del tiempo?
8. ¿Usted se siente a menudo desamparada(o)?
9. ¿Usted prefiere estar en casa, en lugar de salir y hacer cosas nuevas?
10. ¿Usted se siente que tiene más problemas de memoria en comparación a otras personas?
11. ¿Usted piensa que es maravilloso estar con vida hoy?
12. ¿Usted se siente que no vale nada?
13. ¿Usted se siente llena(o) de energía?
14. ¿Usted se siente que su situación no tiene esperanza?
15. ¿Usted siente que el resto de la gente esta en mejor condición que la suya?

Si	No

Hora de término \_\_\_\_\_ Tiempo total \_\_\_\_\_ Puntaje \_\_\_\_\_

### Escala Nivel de depresión:

Depresión leve	5 - 8
Depresión moderada	8 - 11
Depresión severa	12 - 15
Normal	0 - 4



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Universidad Nacional Autónoma de México

“Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas  
en Salud Pública”, 5DEI.PTDO5.5.  
“Modelo de Enfermería para la atención preventiva y terapéutica en personas  
con enfermedad de Alzheimer”



Folio \_\_\_\_\_

Hora inicio \_\_\_\_:\_\_\_\_

### TEST DE MINI MENTAL (MMSE)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Años de estudio \_\_\_\_

#### ORIENTACIÓN

1. ¿En que número y día de la semana, mes y año estamos? Y ¿Hora aproximada?	5
2. ¿Dónde esta Ud., ahora? (Lugar, país, ciudad, y delegación)	5

#### REGISTRO

3. Nombra tres objetos lentamente. Ej. (Casa, zapato, papel)	3
--------------------------------------------------------------	---

#### ATENCIÓN Y CÁLCULO

4. Múltiplos de 4 de atrás hacia delante. 40- 36 – 32 28.	5
-----------------------------------------------------------	---

#### MEMORIA

5. Repetir los objetos nombrados anteriormente (Casa, zapato, papel)	3
----------------------------------------------------------------------	---

#### LENGUAJE

6. Mostrar un lápiz y un reloj, preguntar los respectivos nombres	2
7. Repetir. Tres perros en tragal	1
8. Indicar. Tomar el papel con su mano derecha, dóblelo a la mitad y póngalo sobre el suelo	3
9. Lea y obedezca lo siguiente CIERRE LOS OJOS.	1
10. Escriba una oración.	1