



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“Factores de riesgo asociados a depresión en adultos mayores. El caso de los centros comunitarios Culhuacanes y Vergeles”

## TESIS

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

PRESENTA:

Miriam Montes Cerón

Numero de cuenta

405077234

MEGAPROYECTO NUEVAS ESTRATEGIAS EPIDEMIOLOGICAS, GENÓMICAS Y  
PROTEÓMICAS EN SALUD PÚBLICA, SECRETARÍA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL  
PROGRAMA TRANSDICIPLINARIO EN INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO 0.5.5  
MODELO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN PREVENTIVA Y TÉRAPEUTICA DE  
PERSONAS CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS Y SUS FAMILIARES

ENE0 020



M. en C. E. ARACELÍ JIMÉNEZ MENDOZA  
DIRECTORA DE TESIS

MÉXICO, DF 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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



## AGRADECIMIENTOS



### *A Dios*

*Por llenarme de dichas, logros, fracasos, por darme una prueba tan grande en este momento y darme la fuerza para salir adelante.*

### *A mis padres*

*Gracias por darme la vida, el apoyo, enseñanza y consejos para salir adelante en mis estudios, no tengo como pagar todo lo que han hecho por mí, solo que sientan que este logro es suyo, los amo con toda mi alma.*

### *A mis hermanas*

*Gracias Anita por apoyarme y tu sabes a que me refiero y darme esos hermosos sobrinos que son mi alegría, mí Paty sabes que eres mi pequeña y nunca dejarás de serlo, y sobre todo a mi hermana Maritza por transmitirme tu fuerza, tus consejos y tus conocimientos para terminar mi tesis, sin ti no se que habría hecho, las quiero mucho gracias por ser mis mejores amigas.*

### *A mi querida Universidad*

*Gracias por haberme hecho parte de ti, y darme todos esos momentos maravillosos que jamás voy a olvidar. Por conocer a mis amigos Peke, Benjamín, Vero, Ana Karina, y Lupita.*

### *A mi Asesora de Tesis:*

*Gracias Maestra Aracelí, por impulsarme a seguir adelante y nunca darme por vencida.*

*Gracias a mis profesores que siempre los recordaré con cariño por compartir sus conocimientos, en especial a la Maestra Fabiola, Maestro Hugo, y al Maestro Aranda.*

*Gracias al Macroproyecto nuevas estrategias epidemiológicas, 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 enfermedades neurodegenerativas y sus familiares. Por su apoyo económico para realizarla presente tesis, y por ampliar mi visión en relación con la investigación de enfermería*

*Atte.: Miriam Montes C.*



	Pág.
Introducción	
<b>CAPÍTULO I</b>	
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2 Justificación.....	2
1.3 Objetivo General.....	3
1.4 Objetivo Especifico.....	3
<b>CAPÍTULO II</b>	
MARCO TEORICO	
<b>2.1 ADULTOS MAYORES</b>	
2.1.1 Concepción del Adulto Mayor.....	5
2.1.2 Envejecimiento demográfico.....	5
2.1.3 Cambios propios del los adultos mayores.....	7
a) Cambios biológicos.....	7
b) Cambios Psicológicos.....	10
c) Cambios Sociales.....	12
<b>2.2 DEPRESIÓN</b>	
2.2.1 Historia de la depresión.....	13
2.2.2 Bases de la depresión.....	15
2.2.3 Causas de la Depresión.....	20
2.2.4 Manifestaciones Clínicas.....	23
2.2.5 Diagnóstico.....	25
2.2.6 Rasgos diferenciales de la depresión.....	26
<b>2.3 DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR</b>	
2.3.1 Panorama del a depresión en el Adulto Mayor.....	27
2.3.2 Teoría sobre la Depresión en el Adulto Mayor.....	29

	Pág.
2.3.3 Factores de riesgo de depresión.....	31
a) Factores de riesgo Sociodemográficos	
b) Factores de riesgo Biológicos	
c) Factores de riesgo Psicológicos	
2.3.4 Instrumento para determinar depresión en el Adulto Mayor.....	37
2.3.5 Instituciones de salud dirigidas para los Adultos Mayores.....	40
<b>2.4 EL PAPEL DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN MÉXICO</b>	
2.4.1 Concepción y Surgimiento de la Geriátria.....	44
2.4.2 La atención al Adulto Mayor en México.....	45
2.4.3 La geriatría como especialidad en México.....	46
2.4.4 Intervención de Enfermería con los Adultos Mayores.....	48
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
<b>MATERIAL Y MÉTODOS</b>	
3.1-Diseño de estudio.....	53
3.2 Lugar y duración.....	53
3.3 Universo y tamaño de muestra.....	54
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	54
3.5 Instrumento de recolección.....	54
3.6 Técnica de recolección de datos.....	55
3.7 Procesamiento de los datos.....	56
3.8 Conceptualización Operacionalización de las variables.....	57
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1 Análisis de los datos.....	62
4.2 Interpretación de los Resultados.....	69
4.3 Conclusiones.....	72
4.4 Sugerencias.....	73
Bibliografía	
Anexos	

## INTRODUCCIÓN

Una de las consecuencias más trascendentes de la transición demográfica es el cambio en la composición de la estructura por edad de la población. Este proceso implica el envejecimiento relativo de la población y tendrá el crecimiento más alto en la primera mitad del siglo XXI.

Al igual que el resto del mundo, en México se experimenta un proceso de envejecimiento demográfico, caracterizado por el aumento de la población en edades avanzadas. Las proyecciones estiman que para el año 2050, el aumento de la población será mayor en el grupo de personas con edades de 40 años y más, quienes tendrán nula posibilidad de recibir atención por alguna de las instituciones de salud (CONAPO, 2008).

Por otra parte las previsiones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2050). Sitúan a España en el país occidental con la población más vieja del mundo. Para esta fecha se prevee que la edad media de los españoles sea de 55 años, la diferencia entre esta población y México es la existencia de un servicio sanitario de las cuales se beneficia los habitantes, los factores socioeconómicos y nivel educativo que mejora la calidad de vida de los adultos mayores.

Los adultos mayores constituyen una población en riesgo de padecer cuadros depresivos, ya que, es tal el impacto que produce la diferentes pérdidas tanto físicas, sociales y psicológicas que comienzan un nuevo período para la vida de dicha población.

Además, el adulto mayor es un ser socialmente deficiente en el sentido de haber perdido a este nivel algunos de los pilares básicos en los que sustentaba su vida (conyugue, familiares, amigos, actividades y prestigio profesional). Todos estos elementos, además de la jubilación, la pérdida de estatus y de funciones familiares pueden tornarse peligrosos para el anciano si no logra encontrar un equilibrio que favorezca su armonía psíquica, conllevando a una alteración afectiva.

Ballesteros en el (2004), señala que “el término de depresión era exclusivamente usado por la medicina cardiovascular” hasta que, a mediados del siglo XIX, se introduce el entonces novedoso término de depresión mental para denominar los citados estados melancólicos que, ya a finales del siglo, pasarían a llamarse depresión, término que ha subsistido hasta nuestros días .

Por otro lado, Vera en el (2000), menciona que la depresión es un trastorno de la afectividad, que tiene repercusiones tanto en el terreno psíquico como en el físico, produciendo primero tristeza, desinterés y disminución de la autoestima, entre otros síntomas, como: falta de apetito, alteraciones del sueño y muchos otros trastornos.

La necesidad de estudiar la depresión surge al participar en el Megaproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas, 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 enfermedades neurodegenerativas y sus familiares ENEO 020.

Al estar involucrada con los adultos mayores en el trabajo de campo, algunos de ellos presentaban síntomas de depresión, siendo esta desapercibida en muchas ocasiones tanto por sus familiares, como por el profesional de enfermería. Asimismo al hacer hincapié que los profesionales de Enfermería cuenta con los conocimientos necesarios para detectar tempranamente depresión en los adultos mayores, mediante el uso de escalas que pueden ser utilizadas por el equipo multidisciplinario, y éste aporte por parte de enfermería sería de gran beneficio para la calidad de vida tanto de los adultos mayores como para su familia.

Cabe mencionar que la temática tratada en esta investigación es de gran relevancia en la actualidad, ya que se enfoca en el comportamiento humano.

Por ende, la formación de los nuevos profesionales de enfermería debe estar orientada hacia la visión del futuro, principalmente en los adultos mayores, por la transición demográfica, y las necesidades que se hacen presentes en ellos, es decir, hacer de enfermería un compromiso con la sociedad y una profesión que expresa su liderazgo a través de su conocimiento, con un enfoque holístico y de alta calidad.

El contenido de la siguiente tesis se ha estructurado en cuatro capítulos:

En el primer capítulo es un breve preámbulo sobre el problema de estudio, donde se establece, la justificación, los objetivos.

En el segundo capítulo se señala, la concepción del adulto mayor, asociado con el envejecimiento demográfico a nivel mundial y en México, los cambios que se presentan en dicha población como: biológicos, sociales y psicológicos. La importancia de la depresión, donde se definirá sus bases, la historia, las manifestaciones clínicas y el diagnóstico. Asimismo sobre la trascendencia de la depresión en el Adulto Mayor, el panorama a nivel mundial, así como la teoría y los factores de riesgo para presentar dicha enfermedad. Por otra parte se destaca el papel de la enfermería geriátrica en México.

En el tercer capítulo, se describe la metodología que se utilizó en la investigación a continuación se mencionará: la conceptualización de las variables, el diseño de estudio, método de muestreo, el lugar y duración, universo de estudio, criterios de inclusión y exclusión.

En el cuarto capítulo, se menciona el análisis de la información obtenida durante el estudio a través de las conclusiones, sugerencias, bibliografía, anexos que se obtuvieron al final de la investigación pretendiendo alcanzar los objetivos, así como de brindar una visión diferente sobre la depresión del adulto mayor.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El ritmo actual de las grandes ciudades no toma en cuenta al adulto mayor al frenar el rol de la producción, asignándolo a la incertidumbre económica y la soledad dada por el aislamiento. Esta realidad social, daña severamente la autoestima de la persona e influye en el deterioro físico y emocional.

Los adultos mayores, al igual que todas las personas, también tienen necesidades emocionales y es importante satisfacerlas, el entorno está relacionado con el proceso de pérdidas, que le afectan y en ocasiones le hacen entrar en crisis. Asimismo la pérdida física es relacionada con el proceso fisiológico del envejecimiento y aparecen enfermedades crónico degenerativas propias de su edad, una de estas enfermedades es la depresión, al contrario de lo que se cree popularmente, la depresión no es parte normal del envejecimiento, lamentablemente, a veces no se detectan los síntomas de depresión en los adultos mayores, por lo que no son tratados tempranamente. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) en su estudio del costo global de enfermedades en países desarrollados, la depresión en los pacientes mayores de 60 años será la segunda causa de morbilidad y mortalidad en el año 2020, después de las enfermedades cardiovasculares. En México en el 2007 según datos epidemiológicos del Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, la prevalencia de depresión es de 9.5% en las mujeres y de 5% en los hombres. (Espinosa, 2007).

Hoy es tal el impacto de esta enfermedad que es considerada un problema de salud pública, en consecuencia México al igual que el resto del mundo, experimenta un proceso de envejecimiento demográfico caracterizado por el aumento de la población en edades avanzadas. Por ende que los adultos mayores requieren ser atendidos y estar orientados, hacia la promoción de la salud y el bienestar, así como la recuperación de las enfermedades o limitación y lograr una evolución satisfactoria hacia la vejez.

La depresión tiene un impacto negativo en la salud de los adultos mayores y en los costos de atención médica. Se estima que para el año 2040 la población adulta en los Estados Unidos deprimida consumirá 50 % de los gastos destinados a los servicios de atención a la salud. (Kaplan, 2000, p.53)

Ante este crecimiento de la población de adultos mayores y la depresión, es preciso considerar las circunstancias que rodean a estas personas que las predisponen a padecer depresión. Definido como factores de riesgo toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de que una persona pueda contraer

Por tal motivo en la presente investigación se describe los factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores que asisten a los centros de desarrollo comunitarios, es por esta razón la participación del profesional de enfermería, para su prevención y detección temprana de los factores biológicos, sociales y psicológicos para desarrollar intervenciones psicosociales que sean oportunas para mejorar su calidad de vida de este grupo etario. Por consiguiente es importante determinar:

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a la probabilidad de presentar depresión en los adultos mayores que asisten a los centros de desarrollo comunitario “Culhuacanes” y “Vergeles”?

## 1.1 JUSTIFICACIÓN

En nuestros días existe un gran interés y preocupación por el fenómeno del envejecimiento de la población, si bien es un fenómeno natural, continuo y universal que afecta a todos los seres vivos, aunque no de la misma manera.

En este punto cabe resaltar que en la presente investigación, la depresión es uno de los problemas psicogerítricos más frecuentes, teniendo una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad. Por otra parte, Gómez y colaboradores, (2000) “opinaron que por la frecuencia y gravedad del síndrome depresivo en adultos mayores es hoy un problema de salud pública.

Olazo, (2007) señala que en el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) define a la depresión como un estado de ánimo caracterizado por la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al anciano a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más.

En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma o por la falsa creencia de que forma parte de envejecimiento normal.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, los adultos mayores son un grupo significativo que ha ido en aumento a nivel mundial, y que a su vez condicionan las directrices económicas, sanitarias, sociales y educativas.

Por lo tanto la atención a los adultos mayores es un reto importante para nuestro país. Dentro de esta misma línea de atención a las personas mayores, el profesional de la salud debe responder a las exigencias sociales de toda la población, en una sociedad en que la presencia de los adultos mayores es tan primordial, y requiere por parte de los profesionales de enfermería una formación sustentada en una base científica y metodológica que ayude a la consecución de los objetivos de calidad que esta sociedad demanda y actuar con elementos concretos que permitan destacar el papel del profesional de enfermería.

Uno de los objetivos de la presente tesis es transmitir a las siguientes generaciones, la investigación de la depresión en los adultos mayores y presentar mayores herramientas que sean de gran utilidad para su estudio, y por ende la difusión acerca de los factores de riesgo que ejercen mayor influencia en dicha población.

## **1.2 OBJETIVO GENERAL**

Describir la asociación entre los factores de riesgo y la depresión identificada en los adultos mayores de los centros comunitarios Culhuacanes y Vergeles

## **1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir los factores de riesgo biológicos relacionados a la probabilidad de presentar depresión en los adultos mayores que asisten a los centros de desarrollo comunitario “Culhuacanes” y “Vergeles”.
- Describir los factores de riesgo sociales relacionados a la probabilidad de presentar depresión en los adultos mayores que asisten a los centros de desarrollo comunitario “Culhuacanes” y “Vergeles”.
- Describir los factores de riesgo psicológicos relacionados a la probabilidad de presentar depresión en los adultos mayores que asisten a los centros de desarrollo comunitario “Culhuacanes” y “Vergeles”.
- Destacar la participación del profesional de enfermería con intervenciones que favorezcan a la detección oportuna.

# **Capítulo II**

## **Marco Teórico**

## **2.1 ADULTOS MAYORES**

### **2.1.1 Concepción del Adulto Mayor**

Según los criterios de (OMS,2000), se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: la tercera edad, 60-74 años, cuarta edad 75-89 años, longevos 90-99 años, centenarios más de 100 años.

Asimismo el incremento progresivo de la población anciana en las sociedades occidentales se debe, en gran medida, al aumento constante de la esperanza de vida, debido al desarrollo de la asepsia a finales del siglo XIX, la inmunización y la salud pública a mediados del siglo XX, han sido las principales causas de este aumento . (Staab, 1998)

Es por ello que el envejecimiento se ha convertido en objeto prioritario de la investigación sanitaria de salud, en las dos últimas décadas. Hoy en términos generales, se suele considerar que el periodo de vejez comienza en torno a los 65 años. Sin embargo, debe subrayarse que la edad de inicio del proceso de envejecimiento, entendiendo como tal un proceso de pérdida de funciones, que varía ampliamente entre individuos. Cabe resaltar que se consideran adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. (OPS, 2002).

El envejecimiento es un proceso complejo producto de la interacción de factores genéticos y ambientales que pueden definirse como la etapa final de la vida de los seres vivos en la que se van perdiendo de forma progresiva las funciones propias del periodo del adulto y que culminan con la muerte del individuo. (Staab, 1998).

### **2.1.2 Envejecimiento Mundial y en México**

En los últimos treinta años del siglo XX la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de las poblaciones.

Es así que el mundo comienza su destino demográfico al envejecimiento; ahora, la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI.

Por otra parte, los países desarrollados continuaron su transición de la mortalidad y de la fecundidad, envejeciendo aun más su población. Las previsiones de la ONU sitúan a España para el año 2050 en el país occidental con la población más vieja del mundo; para esta fecha se prevee que la edad media de los españoles sea de 55 años. (Ballesteros, 2004)

De igual manera se prevee que para el año 2025 el número de personas de 60 ó mas años de edad aumente en los Estados Unidos del 12% de la población a 19% (Munell,2004). La tendencia reciente en el número de personas de edad avanzada en este país se debe a dos causas principales: el incremento de esperanza de vida de nuestros mayores, y la fecundidad de la población estadounidense. (Kritenn y Mauk, 2008).

En este mismo sentido, México pasa por una fase avanzada de la transición demográfica y se aproxima gradualmente a la última etapa. De acuerdo a las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2001), se espera que la transición demográfica de nuestro país se haya completado a mediados del presente siglo.

Ham, y Gutiérrez, (2001) refieren que “los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico, su monto se multiplicará casi siete veces al aumentar de 4.8 a 32.4 millones e incrementará su participación de 4.8 a 24.6%, es decir que dentro de 50 años”, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad. Este punto cabe resaltarlo, puesto que la diferencia entre la población de los adultos mayores de los países desarrollados y México es la existencia de un servicio sanitario de las cuales se beneficia los habitantes, los factores socioeconómicos y nivel educativo que mejora la calidad de vida de este grupo.

### **2.1.3 Cambios propios de los adultos mayores**

El envejecimiento en los adultos no es un proceso simple y unitario, sino complejo, asincrónico y diverso, con diferencias dentro del propio individuo, de unos individuos a otros, de unas generaciones a otras y de una población a otra. Este dicho proceso es adaptativo, lento y continuo, que supone serie de modificaciones en todos los ámbitos, y en el que intervienen cambios: biológicos, psicológicos y sociales.

#### **a) Cambios biológicos**

Desde esta perspectiva se presentan los cambios en la estructura anatomofisiológica del organismo: el envejecimiento de las capacidades físicas y sus limitaciones asociadas a ser viejo. Las alteraciones que se producen se refieren a la modificación de órganos y tejidos y la disminución de su actividad funcional. La involución está caracterizada por la disminución del número de células activas, alteraciones moleculares, tisulares y celulares afecta a todo el organismo.

*Modificaciones a nivel celular:* Microscópicamente se observa una disminución de peso y volumen de los órganos. Se muestra un retardo en la división y diferenciación y crecimiento celular. A nivel tisular aparece una disminución de la elasticidad. (Kriten, 2008)

*Modificación en el aspecto externo:* Cambios en la piel, cabellos y uñas: las arrugas y la canicie son dos aspectos externos que expresan envejecimiento orgánico aparente. Las características fundamentales del envejecimiento de la piel son la pérdida de elasticidad y la deshidratación. La repetición de un mismo gesto facial a lo largo de la vida, el clima y la exposición al sol prolongada son algunos elementos que influyen en el envejecimiento dérmico.

De tal manera que también son habituales, la aparición de un doble mentón y la caída de los párpados por la propia flacidez de la piel. Hay una atrofia de las glándulas sudoríparas y sebáceas que proporcionan aspecto seco a la piel.

La piel del adulto mayor esta menos vascularizada por lo que la cicatrización es más lenta. La coloración de la piel es más pálida, aparecen manchas oscuras

llamadas lentigo (especialmente en manos y cara). Con respecto al cabello hay una disminución en la velocidad del crecimiento y la ausencia de melanina en el folículo piloso es la causa de la falta de coloración y por ende la debilitación del cabello son signos ligados a factores genéticos, cambios hormonales y predisposición racial. (Belsky, 1996).

*Modificaciones a nivel de sistema músculoesquelético:* Kriten et al., (2008) mencionan que la masa ósea disminuye y se desmineraliza; esta pérdida es mayor en la mujer, en el 25%, mientras que en el hombre se calcula sobre el 12%. La desmineralización que se produce en el envejecimiento se denomina osteoporosis primaria o senil y las causas son: la falta de movimiento, la deficiente absorción e ingesta de calcio, la pérdida excesiva de minerales y los trastornos endocrinos entre otros. Hay disminución de la talla, aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax.

*Envejecimiento muscular:* Hay una disminución de la masa muscular aunque externamente no se aprecia por el aumento de líquido intersticial y tejido adiposo. Hay una reducción significativa de la actividad muscular, la duración entre la contracción y los periodos de relajación son mayores y la tensión muscular disminuye.

*Modificaciones a nivel circulatorio:* El corazón sufre un proceso de atrofia y esclerosis, disminuye en peso y volumen. La aorta aumenta de calibre y volumen comportándose como un tubo rígido con un flujo de sangre intermitente; la consecuencia es el vaciamiento más rápido y un aumento en la velocidad de la onda pulsátil. El desequilibrio hemodinámico se manifiesta por la tensión venosa y de la velocidad de circulación, produciendo en una, mayor cesión de oxígeno a los tejidos. (Kriten, 2008)

*Envejecimiento Pulmonar:* Se sustituye la respiración torácica por la respiración abdominal, el pulmón senil disminuye en peso y volumen; es cada vez más rígido y menos distensible, lo que produce un efecto de llenado parcial, incluso en situación de reposo, hay una reducción el número total de alvéolos.

Hay una alteración del parénquima pulmonar con reducción de los intercambios gaseosos debida a la pérdida del número y calibre de los capilares interalveolares con disminución del  $P_{O_2}$  (presión de oxígeno) y afectación de la ventilación pulmonar y la difusión alvéolo capilar.

*Modificaciones a nivel del aparato digestivo:* Disminución de la motilidad, atrofia de la mucosa gástrica, reducción del tono muscular de las paredes abdominal y la disminución de la capacidad del estomago para producir ácido clorhídrico generan en el anciano frecuentes dificultades digestivas. La disminución del tamaño y funcionalidad del hígado, la lentitud el vaciado vesicular contribuyen a estas dificultades. Pérdida de piezas dentales, deshidratación de las encías, disminución de la secreción de la saliva, pérdida de sensación gustativa.

*Modificaciones a nivel genitourinario:* Reducción y peso de volumen de los riñones, pérdida de la capacidad de la concentración de la orina, disminución del número de glomérulos, esclerosis de los glomérulos. Debilitamiento del esfínter uretral, la vejiga en la mujer pierde tono muscular, disminuye su capacidad y no hay vaciamiento total de la misma. En la mujer hay una fragilidad y pérdida del vello púbico; la mucosa vaginal se seca y se atrofia, la vulva, los labios mayores y el clítoris disminuyen de tamaño y consistencia en los testículos, se produce un aumento en el tamaño de la próstata con disminución de su secreción. La función reproductora de un hombre cesa gradualmente en el hombre; mientras que en la mujer cesa después de la menopausia.

*Cambios a nivel de sistema nervioso y órganos de los sentidos:* El cerebro disminuye de tamaño y peso enlentecimiento generalizado de los movimientos, degeneración de las fibra nerviosas y disminución del tiempo de conducción nerviosa, dificultad para la realización de movimientos coordinados rápidos y precisos. Disminución generalizada de la sensibilidad, temblor senil. (Kriten, 2008)

La agudeza y la amplitud campo visual disminuye, atrofia de la musculatura palpebral, oscurecimiento de la piel alrededor de la órbita ocular, con la formación de bolsas debajo de los ojos y la palidez de las conjuntivas, la pupila disminuye tamaño y forma singular y su forma es irregular.

Hay pérdida de la agudeza auditiva, aumento del tamaño del pabellón de la oreja, la membrana timpánica esta engrosada.

Disminución de las papilas gustativas, atrofia de la lengua, aparecen varicosidades en la región ventral de la lengua. (Kriten et al., 2008p.31)

### ***b) Cambios Psicológicos***

Según Vera, en el (2000), menciona que al estudiar la psicología del adulto mayor debemos tomar en cuenta la personalidad en la cual influyen varios factores:

- *Cambio del “yo” o ego*

En la persona de edad, su propia identidad tiende a perderse, se debilita, convirtiéndose en una personalidad débil insegura, muy dependiente y sometida a los demás. La persona tiende poco a poco a despersonalizarse, los comportamientos son ajenos a su persona, se comporta como los demás quieren que lo haga.

- *Cambios en la Inteligencia*

La inteligencia no suele deteriorarse, los que tiende a deteriorarse son los instrumentos del intelecto. La persona se siente desorganizada, sin equilibrio psíquico, por lo que esta apática y desinteresada. Al no sentir alicientes y motivación suficiente para seguir creciendo y cultivándose como persona, no usa los instrumentos de la inteligencia, cayendo en el abandono y desinterés por la vida; su capacidad de pensamiento disminuye, su memoria no utiliza los mecanismos de atención porque el mundo no le interesa. Por todo esto, el aprendizaje se le hace costoso y difícil. (Kriten et al., 2008p.31)

- *Deterioro de la imagen de sí mismo*

El adulto mayor se percibe muy negativamente, la imagen que posee de sí mismo es muy pobre, no se autoestima, no se valora cree que nadie le aprecia y que hoy no tiene valor ni merito su vida. El no solo siente su imagen, sino que la retroalimenta pensando que los demás sienten y viven su imagen como lo hace él. Cuando esta imagen está muy deteriorada, reacciona con una conducta regresiva, viviendo su pasado.

- *Cambios en la sexualidad*

Las personas de la tercera edad, poseen una necesidad sexual, pero tenemos que distinguir entre instinto sexual y motivación sexual para poder comprender lo que a las personas de edad le está sucediendo a este nivel. El instinto sexual es algo innato en el hombre y en la naturaleza animal. Este instinto no desaparece con la edad. Lo mismo ocurre con la motivación sexual.

- *Cambios en la afectividad*

El adulto mayor tiende a perder su autoestima, buscando que los demás le ayuden a recuperarla, pidiendo un tipo de afectividad muy primaria e inmadura que no le beneficia para su propia personalidad, puesto que le produce un sufrimiento, bloqueo o shock en su afectividad, que le lleva amarse y aceptarse regresando hacia el pasado, hacia todo aquello que algún día hizo o amo, queriendo poseer los mismos esquemas afectivos que le sirvieron en el pasado. Se aferra al pasado, creándose una incapacidad progresiva para amar, comprender y dar afecto a los demás.

Todo esto es consecuencia de que las personas de esa edad socialmente no proyectan una imagen para poder autoestimarse en ese periodo de la vida. Esta no aceptación social marca el psiquismo del viejo, conduciéndole una mayor afirmación hacia su persona, que le hace sentirse como algo y no como alguien.

En definitiva, el comportamiento del anciano lo que pretende es hacer un ajuste de la personalidad del individuo ante vivencias que se producen en este. (Vera, 2000)

Los comportamientos más frecuentes son: ensimismamiento, somnolencia, agresión y rebelión, egocentrismo.

Por otra parte, como una de las principales funciones del aparato mental es unir el mundo interior con el exterior, asegurando un equilibrio homeostático entre las necesidades psíquicas individuales y las exigencias del ambiente en el sentido más amplio del término, la vejez es una etapa de la vida durante la cual el individuo necesita hacer un gran esfuerzo para adaptarse a los múltiples cambios que tienen que enfrentarse. De acuerdo con Goda y Junod (1990) estos cambios o modificaciones se clasifican como sigue:

### ***c) Cambios Sociales***

Los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio del rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia comunidad.

La representación social de la vejez es el consenso de normas, creencias y sentimientos que regulan expectativas, actitudes y conductas de los demás grupos hacia el grupo de ancianos como categoría social, y de los ancianos hacia sí mismos como grupo y como individuos (Rodríguez, 1994). Esta imagen en líneas generales, bastante negativa y está condicionada, por un lado, por el sistema de valores de la sociedad actual y, por otro lado, por la proyección de angustia propia de cada persona ante su envejecimiento.

Denoux, (1999) menciona que esta sociedad tecnológica orientada hacia la juventud, la imagen, el consumo de la rentabilidad, etc., las funciones del anciano como portador de la memoria colectiva, de transmisión cultural, de lazo intergeneracional y de referente simbólico resultan fuera de lugar, lo que contribuye a la marginalidad de las poblaciones de los ancianos .

El peligro de esta situación es que el anciano puede acabar identificándose con la imagen que tiene la sociedad de la vejez, y esta valoración negativa pasa a ser compartida tanto por los grupos de otras edades como por los grupos de ancianos. (Calderón, 1990).

## **2.2 DEPRESIÓN**

### ***2.2.1 Historia de la Depresión***

A continuación se aborda un recorrido a lo largo de la historia de la depresión, donde se identifica, sus valoraciones a través de diferentes culturas y etapas cronológicas.

Históricamente, la depresión y la ancianidad han sido asociadas a diferentes maneras: Hipócrates formula la teoría de los cuatro humores corporales, atribuyéndole como causa de la melancolía- término empleado desde entonces en diversos sentidos a la bilis negra. Por esa época y hasta inicios del siglo XIX, se denominaba melancólicos a una gran proporción de enfermos de todo tipo, particularmente para referirse a una especie de locura parcial que no necesariamente implicaba tristeza. Los médicos griegos y romanos descubrieron que las personas mayores sufrían de melancolía y su frecuencia aumentaba entre los individuos de mediana y avanzada edad. Por otro lado, (Galeno siglo II) pensaba que la melancolía era inherente a la vejez y se presentaba con mayor frecuencia entre los ancianos. En la antigüedad, otra forma de ver la depresión, era relacionándola con influencias externas, particularmente con lo divino, lo que motivo que buena proporción de personas edad avanzada, especialmente en mujeres con psicosis depresivas, fueron acusadas de brujería y condenadas a morir en la hoguera. (Guerra, 1997)

Más tarde, en el siglo XIX, los médicos postulaban que la melancolía, reconocida entonces como una de las fases sintomáticas de la psicosis maniaco-depresiva, considerada a fines del siglo XIX como el prototipo de la psicosis degenerativa, constitucional o endógena, era el primer estadio de toda enajenación mental y la consideraban prácticamente inseparables de la depresión senil y la demencia. (Vera, 2000).

De la misma forma en el siglo XX, Kraepelin (1904) dividió los complejos sintomáticos de acuerdo a su evolución en dos amplias categorías: enajenación maniaco depresiva episódica no progresiva y demencia precoz con deterioro progresivo; fue el primero en afirmar que las depresiones intensas en las fases avanzadas de la vida no conducen inevitablemente a la demencia; y que los cambios del humor, incluso los más severos, podían darse en pacientes con procesos cognoscitivos intactos.

Hipócrates en el siglo V a. C., reconoció "*tipus melancholicus*" inclinado a padecer el trastorno en su *Corpus Hippocraticum*; en el siglo IV a. C habla de la "bilis negra" que corrompe los humores. Hipócrates fue el primero que la describió como tal, denominándola "melancolía", y la atribuyo a un exceso de "bilis negra". Los humores representaban los componentes básicos del cuerpo y se comparaban con distintos elementos del cosmos. De modo que el fuego se comparaba a la sangre, el aire a la atrabilis, el agua a la pituita y la tierra a la bilis negra. (Vera, 2000)

A partir de estos cuatro humores, nació la teoría de los cuatro temperamentos y una doble y simultánea significación de la palabra humor, a la que se le atribuía orgánico y psicológico.

Estos términos fueron empleados durante los siglos, mientras que el de depresión no aparece hasta finales del siglo pasado, haciendo referencia a un síntoma, hasta que Kraepelin en (1921), definió el término "estados depresivos". Así podemos decir que, aunque conocida desde la antigüedad, no es hasta el último siglo cuando se orienta de forma científica.

Como resumen histórico, después de Hipócrates merecen ser citados Celso, que nos dice que hay que alegrar al melancólico, y Areteo de Capadocia, quien en el siglo I de nuestra era definió la melancolía como "congoja del espíritu fija en el pensamiento sin fiebre". Más tarde Galeno habla de tres formas depresivas: la localizaba en el cerebro, la digestiva y la generalizada. En el siglo VII, San Isidoro de Sevilla habla de los síntomas de la melancolía; acumulación de los espíritus demoníacos, ideas negras y de falta de futuro, angustia del alma y una gran falta de esperanza. La mayoría de los médicos de la época medieval relacionan la melancolía con el pecado.

Durante el siglo XIX, la doctrina galénica de las enfermedades sufre un gran desarrollo y toma importancia el concepto de que el cuerpo humano enferma por producirse en el desordenes, ocasionando no solo dolor físico, sino también psíquico, manteniendo que algo anómalo ocurre en el organismo para que la persona enferme.

Belsky, en (1996) menciona que en el año de 1874, se crea en Estados Unidos el primer laboratorio de psicología Experimental. Comienza así un estudio más profundo de la depresión, sacándola del ámbito filosófico especulativo para convertirla en ciencia de la naturaleza.

En el Renacimiento, sin embargo, la melancolía se muestra como un privilegio selectivo, solo apto para los artistas, filósofos, y poetas. Es en la época de Enrique IV cuando su médico de cabecera escribe un libro dando remedios para salir de ella, como el contacto con la naturaleza a la mejora de estas personas, proponiendo que se le aleje de aire. En esa misma época, otro autor habla ya del riesgo del suicidio de estas personas, proponiendo que se les aleje de los ventanales o su custodia.

### **2.2.2 Bases de la Depresión**

El término depresión procede del latín: *DEPRESSION-ONIS*. Es una dolencia conocida desde la antigüedad. Entre las enfermedades que azotan al mundo, la depresión es de las más frecuentes. Hay testimonio de la presencia de la depresión en todas las edades de la historia y en todas las culturas, en cualquiera de las literaturas universales y, desde luego, cuando los médicos esbozan sus primeras interpretaciones.

Barcia y Moreno (1999) han detallado de manera la historia de la melancolía. Hacia 1820, una serie de cambios conceptuales depuraron el hasta entonces concepto de melancolía que desde esa fecha dejó de usarse por los psiquiatras para referirse a un subtipo de manía. (Belsky, 1996)

La melancolía pasó así a considerarse desde entonces como un trastorno primario de las emociones relacionado con aspectos de pérdida, inhibición, reducción o declive.

El término de depresión era exclusivamente usado por la medicina cardiovascular hasta que, a mediados del siglo XIX, se introduce el entonces novedoso término

de depresión mental para denominar los citados estados melancólicos que, ya a finales del siglo, pasarían a llamarse depresión, término que ha subsistido hasta nuestros días.

Básicamente la depresión, es un trastorno en la afectividad o el estado de ánimo. En la actualidad, se define por sus características y no por sus causas u orígenes, como se concebía hace algunos años. En efecto, se hablaba de "depresión endógena", siendo este de origen biológico, esto es, por una anomalía en los neurotransmisores. Como opuesto a éste, se diagnosticaban depresiones "psicogénicas o reactivas", en las cuales las causas del problema serían factores externos desencadenantes. También se hacía el diagnóstico "depresivo involucional", indicando que el origen del problema era la edad de la persona y dependiendo de la gravedad de la depresión, se diagnosticaba como "depresión neurótica", si era más leve; o bien "psicótica" en su forma más severa.

Sin embargo todo este sistema clasificatorio provocaba una gran confusión, y los especialistas (médicos, psicólogos, psiquiatras) tenían grandes diferencias para decidir en que categoría ubicar a sus pacientes.

Ahora bien, para el Dr. Beck, como lo manifiesta en sus últimos informes científicos " señala que los trastornos mentales, como la depresión, no pueden ser considerados ni psicogénicos o bioquímicos, ni reactivos o endógenos".

Por lo tanto, como lo indica Beck, la manera más sofisticada de considerar la depresión es reconociendo que los fenómenos psicológicos (como la depresión) y bioquímicos son sólo diferentes caras de la misma moneda; dependiendo de las unidades de observación y de las técnicas que se estén usando. (Belsky, 1996).

No obstante, es crucial tener en consideración que siempre que hay un proceso psicológico, al mismo tiempo hay un proceso bioquímico que lo acompaña. Entonces, de acuerdo con Beck, si hay un proceso psicológico anormal como la depresión, podemos decir que el proceso bioquímico también es anormal. En consecuencia, la bioquímica causa el trastorno psicológico y viceversa.

Por otro lado, Vera (2000), señala que la depresión es un trastorno de la afectividad, que tiene repercusiones tanto en el terreno psíquico como en el físico, produciendo primero tristeza, desinterés y disminución de la autoestima, entre

otros síntomas como la falta de apetito, alteraciones del sueño y muchos otros trastornos.

En la actualidad, Amforciea (2002), señala que, las definiciones más aceptadas de trastornos depresivos son las descritas en los consensos de clasificación de trastornos mentales de uso más habitual, esto es, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)

El DSM, en su primera versión (DSM-I), al igual que el CIE, surge de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada, debido al escaso acuerdo respecto a los contenidos que debería incluir y, también, respecto al método de conformación por parte de los psiquiatras y psicólogos. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (*American Psychiatric Association*) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. (Pierre, y López, 2003)

En este mismo sentido el otro consenso es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) desarrollado por la (OMS, 1992). Ambos sistemas funcionan mediante la enumeración de los síntomas más comunes de un trastorno mental. (Pierre, y López, 2003)

La CIE-10 define el episodio depresivo como aquella situación en que el paciente sufre una alteración del humor, reducción de energía y disminución de su nivel de actividad, en un contexto de disminución del interés, de la concentración y de sus capacidad para disfrutar (OMS, 1992). Asimismo, la CIE-10 divide los trastornos depresivos en un episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia, incluida en el subgrupo de trastornos del humor persistentes.

La subdivisión de estas categorías, exceptuando la distimia, se hace a partir del nivel de intensidad (leve, moderada o grave) y de la presencia de síndromes somáticos o síntomas psicóticos.

### **Crterios diagnsticos generales de episodio depresivo segn CIE-10**

A. episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgnico.
C. Sndrome Somtico: comnmente se considera que los sntomas "somticos tienen un significado clnico. <ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras</li><li>• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta</li><li>• Despertarse por la maana 2 o más horas antes de la hora habitual</li><li>• Empeoramiento matutino del humor depresivo</li><li>• Presencia de enlentecimiento motor o agitación</li><li>• Pérdida marcada del apetito</li><li>• Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes</li><li>• Notable disminución del interés sexual</li></ul>
Fuente: Adaptado de OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE- 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992.

La CIE-10 utiliza una lista de 10 sntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave. En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres sntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas.

Otro de los criterios para definir la depresión es el DSM-IV utiliza una lista de 9 sntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los sntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer.

### ***Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor del DSM – IV.***

Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de estos síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) anhedonia.

1. Ánimo deprimido casi todo el día, casi cada día, sugerido por reporte subjetivo o por la observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo.

De tal forma que el diagnóstico de un episodio depresivo mayor se establece cuando los pacientes tienen un ánimo deprimido, pérdida de intereses o de placer, o ambos, y un total de cinco de los síntomas anteriores en un grado importante durante dos semanas cuando menos. La depresión mayor puede ocurrir como un episodio aislado o ser parte de un patrón recurrente de episodio, se presentan en edad avanzada pueden ser de inicio temprano, en las cuales la depresión en los últimos años de la vida ocurre como recurrencia de una enfermedad que se inicio en la edad adulta joven, o de inicio tardío, en la cual la afección se inicia en una edad mayor.

### **2.2.3 Causas de la depresión**

La enfermedad depresiva no se basa en una sola patología, pues tiene una etiología multifactorial como ya se había mencionado con anterioridad.

- *Enfermedades Asociadas*

Es una constante en los adultos mayores, siendo muchas las entidades patológicas que pueden inducir o agravar el síndrome depresivo. Entre estas, vamos a comentar las más frecuentes que han demostrado mayor asociación a la depresión:

- *Demencia*

La depresión y la demencia se asocian con frecuencia en los pacientes ancianos. González, (2001) señala que la depresión puede ocurrir en un 25% de los pacientes con demencia (puede ser una manifestación inicial) y el cuadro demencial en el 15% de los pacientes con depresión. En diversos estudios se ha observado que hasta en un tercio de pacientes con enfermedad de Alzheimer y depresión tienen importantes antecedentes de enfermedades psiquiátricas.

- *Parkinson*

Suele asociarse a la depresión, al menos, de dos formas características: 1) Algunos pacientes desarrollan un síndrome depresivo secundario. 2) Puede formar parte de las manifestaciones clínicas de la enfermedad de Parkinson, lo que ocurre en la mitad de los casos. En estos pacientes parkinsonianos existen serias dificultades diagnósticas, ya que las manifestaciones clínicas de la enfermedad pueden simular un fenotipo depresivo. La asociación de las dos entidades es mayor en los parkinsonianos de hemisferio derecho.

Las alteraciones de los neurotransmisores como la dopamina y serotonina, observadas en los pacientes con enfermedad de Parkinson, justifican la fuerte asociación. Según Cumings (1992) y Tandberg et al. (1997), entre un 40 y un 50% de los enfermos de Parkinson desarrollan, además, una depresión, siendo el mayor riesgo en mujeres.

- *Accidente cerebrovascular*

El accidente cerebrovascular (ACV) aumenta el riesgo de padecer depresión. Se calcula la incidencia de depresión tras un accidente vascular agudo puede alcanzar hasta el 40 %. Existe un criterio temporal en cuanto a la aparición de la sintomatología depresiva. (González, 2001)

Se ha asociado claramente una mayor frecuencia de depresión a la localización de la lesión en el hemisferio izquierdo, especialmente si es una zona anterior. La historia de antecedentes psiquiátricos previos, mayor edad y presencia de acontecimientos vitales estresantes, aumenta el riesgo de aparición de depresión después de ACV.

- *Neurotransmisores y envejecimiento cerebral.*

Los cambios histológicos y bioquímicos que tienen lugar en el cerebro durante el envejecimiento pueden producir cambios en la neurotransmisión. Por ejemplo la atrofia neuronal, que conlleva una disminución de la densidad de espinas dendríticas, puede provocar alteraciones en la transmisión nerviosa.

Además, la alteración de la síntesis y degradación de las proteínas pueden tener multitud de consecuencias sobre la acción de los neurotransmisores: por ejemplo, a través de la alteración de las enzimas que catalizan la síntesis o la degradación de estos neurotransmisores o mediante los cambios que pueden producirse en los receptores. Probablemente, los neurotransmisores más estudiados en relación con el envejecimiento son la acetilcolina y la dopamina.

Lemoine (2000), afirma que el cerebro es comparable a una glándula de gran tamaño que secreta el pensamiento, los movimientos, las sensaciones. Los cables eléctricos son las neuronas; cada una de ellas está conectada a un número enorme de otras neuronas a través de grandes ramificaciones. Cada conexión se establece gracias a una toma de corriente llamada sinapsis. Esta corriente eléctrica, o mejor llamada impulsos nerviosos, pasa a través de la sinapsis gracias a sustancias químicas, los neurotransmisores, que en su mayoría son monoaminas.

Los principales neurotransmisores como la serotonina, la acetilcolina, la noradrenalina, la adrenalina, la dopamina. A lo largo de los últimos años se han podido constatar una serie de alteraciones biológicas vinculadas con la aparición de la depresión. Entre ellas, hay argumentos obtenidos a partir de estudios neuroendocrinos, realizados sobre muestras (plasmáticas, de líquido cefalorraquídeo en tejido cerebral post-mortem).

La hipótesis más consistente es la que implica alteraciones en los mecanismos de neurotransmisión relacionados con las monoaminas. Sobre todo se han estudiado noradrenalina y serotonina. Esta última, se relaciona con los mamíferos y el hombre con funciones fisiológicas básicas como la alimentación, la sexualidad o el sueño. Su papel en el dolor, trastornos obsesivos o control de impulsos parece también muy relevante. (Lemoine, 2000)

- *Predisposición Genética*

La depresión es una enfermedad muy compleja, con tantas formas y síntomas diferentes que nadie piensa seriamente que un único gen puede explicarla. Actualmente se cree que los portadores de una fragilidad genética son más vulnerables a la depresión que otras personas, y que basta estar sometido a un estrés menor o tener problemas minúsculos para descompensarse, es decir, para romper el equilibrio psíquico, mientras que otras personas, mucho menos frágiles, necesitan tener preocupaciones muy grandes para deprimirse. Nadie puede seguro de que no se deprimirá algún día, pero la genética hace que algunos tengan mayor probabilidad que otros de ser depresivos.

- *Psicosociales*

Comparado con otros grupos de edad, es en el grupo de ancianos donde más influye este tipo de factores. Entre los de mayor incidencia se pueden citar a diferentes enfermedades:

- a) Acontecimientos vitales: como el soporte social, cambios de estilo de vida, déficit de habilidades sociales y, sobre todo, el significado personal atribuido al acontecimiento.
- b) Ambiente: situaciones familiares y sociales conflictivas, entorno a dificultades de movilidad, etc.

- c) Aislamiento social: soltera viudedad, falta de integración, de apoyo y de comunicación.
- d) Ambiente: Situaciones familiares y sociales conflictivas, entorno con dificultades de movilidad, etc.
- e) Cambios de hábitos y estilo de vida (por jubilación, enfermedades, problemas económicos, etc.)
- f) Deterioro Cognitivo y percepción del mismo
- g) Dificultades económicas
- h) Estrés crónico
- i) Percepción negativa de la salud
- j) Pérdida de seres queridos (familiares y amigos).
- k) Reducción de la planificación a medio y largo plazo. (González, 2001)

#### ***2.2.4 Manifestaciones clínicas***

La depresión se puede enmascarar con síntomas psíquicos o corporales, siendo difícil de identificar en la consulta de medicina general, ya que en el mismo paciente no siempre es consciente de tener una depresión. Entre los primeros se encuentran síntomas afectivos consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo. Es el ánimo depresivo o tristeza vital. Otros síntomas de esta esfera afectan a la pérdida de interés por las cosas así como a la capacidad para disfrutar. Constituyen el núcleo central de la depresión y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de la actividad laboral y social del individuo. En esta esfera pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, autorreproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse, ideas de suicidio. Sin embargo en la depresión existen síntomas corporales o somáticos siendo los más frecuentes las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnias; pérdida de peso con falta de apetito; cansancio o falta de energía. Pueden existir otras muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, etc. que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano.

El riesgo de suicidio es mayor en el anciano, incrementándose especialmente con la existencia de antecedentes depresivos, patología orgánica asociada pérdida del cónyuge o situación de aislamiento.

La sintomatología somática se presenta con más frecuencia en este grupo etario, lo que está relacionado con el mayor número de enfermedades físicas que aparecen en esta edad. Por otra parte, la presencia de enfermedades crónicas también puede facilitar la aparición de síntomas depresivos reactivos, sin llegar a constituir un síndrome depresivo clásico.

No obstante, debemos tener presente que estas manifestaciones pueden atribuirse de forma incorrecta en el proceso normal del envejecimiento. Serna de Pedro, (2000) refiere que los síntomas somáticos con mayor frecuencia en el adulto mayor son los siguientes:

- Trastornos sensoriales como vértigo, alteraciones del olfato o del gusto.
- Trastornos neurológicos y neurovegetativos como cefaleas, sudoración exagerada, temblores etc.
- Trastornos digestivos como diarreas, aerofagias, dispepsia
- Trastornos cardiorrespiratorios: parestesias, molestias precordiales, hipertensión, disnea.

Además de todo lo expuesto, los trastornos afectivos en la población anciana se pueden caracterizar por los siguientes síntomas:

- Anorexia y cansancio precoz
- Fijación de ideas
- Incapacidad para realizar actividades habituales.
- Pérdida de planificación futura
- Pesimismo y sensación negativa
- Sufrimiento por vivir y desesperación
- Tendencia al llanto y al sueño. (Serna de Pedro,2000)

### **2.2.5 Diagnóstico**

El diagnóstico de la depresión, se identifica por la historia clínica que se debe realizar al paciente y contrastar con familiares. De igual manera se ha de explorar la sintomatología actual, presencia o no de episodios anteriores, acontecimientos desencadenantes, patología similar en otros parientes, situación familiar y social incluida la red de apoyos, problemas económicos y grado de independencia y autonomía.

El anciano depresivo puede tener dificultad para expresar sus emociones y sentimientos, para identificar la tristeza como tal o sentir pudor para hablar de aspectos que considera personales.

Además, como se ha señalado, la familia no identifica la importancia de los síntomas debido a considerar “normal” que a cierta edad, o con los achaques que sufre, se encuentre decaído.

Hay que estar atentos a los síntomas que el paciente nos refiere, su aspecto y expresión, el cambio en su ritmo de apetito y del sueño (despertar precoz), su adinamia, apatía o desinterés, así como su incapacidad para disfrutar de las cosas que hacía antes.

Por otro lado el diagnóstico es básicamente clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage, única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada.

Debe completarse el estudio con pruebas complementarias: analítica, incluyendo hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico; en algunos casos, pruebas de neuroimagen y psicológicas para descartar las principales causas somáticas que pudieran ser responsables de la clínica afectiva. (Serna de Pedro, (2000, p.76)

### **2.2.6 Rasgos diferenciales de la Depresión**

Diagnosticar la depresión en los adultos mayores puede ser un reto debido a múltiples enfermedades comórbidas. Muchos pacientes con deterioro cognitivo leve pueden tener síntomas depresivos. Con un tratamiento efectivo, su desempeño cognitivo con frecuencia mejora; sin embargo, estos pacientes aún tienen alto riesgo de evolución a demencia en los tres años siguientes.

La pérdida de un ser querido a menudo se manifiesta con humor deprimido, que puede ser normal, dada la reciente pérdida del paciente. Sin embargo, si los síntomas depresivos más de 2 o 3 meses, debe considerarse un diagnóstico de depresión mayor. (González, 2001).

Los pacientes geriátricos que sufren delirio causado por un padecimiento médico subyacente, pueden tener cambios de humor, como trastornos de ansiedad, por abuso de sustancias o de personalidad. Los pacientes con trastorno bipolar o trastornos psicóticos pueden tener humor deprimido; por tanto, es importante preguntarles a los pacientes acerca de episodios maníacos previos de alucinaciones o delirios.

La depresión también se confunde con otras enfermedades. Por ejemplo la fatiga y la pérdida de peso se pueden relacionar con Diabetes mellitus, Anemia. Los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden presentar primero humor deprimido o afecto aplanado. Los trastornos del sueño debidos a dolor, nicturia o la apnea del sueño también pueden ocasionar fatiga diurna y humor deprimido. (González, 2001)

Es muy importante un historial completo y el examen físico, incluyendo valoración del estado cognitivo, en la evaluación de la depresión en ancianos, Debido a que este padecimiento es un diagnóstico clínico, las pruebas de laboratorio habituales no están indicadas.

## **2.3 DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

La población adulta mayor ha incrementado significativamente su expectativa de vida en los últimos años, es por ello el interés de establecer medidas sociales y sanitarias que conllevan la necesidad de un cambio de actitudes, conocimientos y prácticas frente a los requerimientos propios de la edad avanzada. Una de estas medidas es procurar la detección precoz de factores de riesgo asociados a las principales patologías que los afectan y el acceso oportuno a su tratamiento.

Una de las patologías que repercuten en la salud mental del adulto mayor es la depresión, ya que la mayoría de las veces pasa desapercibida, por lo que no es diagnosticada tempranamente y por ende las complicaciones son mayores hasta llegar al suicidio.

### ***2.3.1 Panorama de la depresión en el Adulto Mayor en el Mundo y México.***

En la actualidad 340 millones de personas sufren depresión en el mundo se calcula que entre el 2 y el 4 % de la población general padece este tipo de trastorno.

La depresión es la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales, y se estima que en el año 2020 se convertirá en la segunda causa de incapacitación y muerte, tan solo superada por las enfermedades cardiovasculares. (OMS, 2007). Tomando como base que es un padecimiento que no respeta sexos ni edades, diversos estudios epidemiológicos han establecido que la frecuencia de los cuadros depresivos aumenta con la edad.

En México la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; dicho trastorno se manifiesta generalmente con tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, fragilidad emocional, agitación e ideas de suicidio. (Tapía y Mejía ,2000)

Por otro lado Henrio (2007) señala que la vejez es un periodo de duelo y de pérdidas, si bien no ha sido realmente censada la mayoría de los adultos mayores deprimidos, los datos epidemiológicos recientes confirman la noción clásica de un aumento de la prevalencia de la depresión con las personas mayores; que parece alcanzar su frecuencia máxima entre los 60 y los 80 años.

De igual manera la OMS en (1999) en un estudio indica que un 15% de mujeres y 10% de hombres padecerán un trastorno depresivo a lo largo de su vida.

Asimismo otros autores refieren que la depresión mayor en ancianos es de 1 a 2% en la comunidad y el 10 a 12% en los lugares de atención primaria. (Aguera, et al., 2004)

En definitiva esta enfermedad, es sin duda el trastorno psiquiátrico más habitual entre la población mayor dada a su frecuencia tanto en pacientes con demencia como en la población en general. Sin embargo los estudios epidemiológicos han dado a menudo cifras tan dispares que es difícil llegar a conclusiones sobre cuales son las cifras reales de prevalencia e incidencia de la depresión en el anciano.

De acuerdo con Ribera y Gil (1997), “la depresión es una enfermedad frecuente en los ancianos: alrededor del 13%”. El porcentaje puede multiplicarse por 2 o 3 veces en el caso de existir una enfermedad médica asociada. Por otro lado el potencial suicida es mayor en el resto de la población, dándose la tasa mas elevada de suicidios consumados en los mayores de 75 años. De no tratarse, el trastorno disminuye significativamente la esperanza de vida.

Finalmente ante estas evidencias de los diferentes autores, es de gran preocupación que la depresión pase desapercibida en los adultos mayores y por este motivo no se detecte a tiempo, por lo que es trascendental conocer cuáles son los factores de riesgo que se asocian a dicha enfermedad, con el propósito de prevenir y mejorar la expectativa de vida de esta población.

### **2.3.2 Teorías sobre la depresión en el Adulto Mayor**

Para entender mejor la depresión es primordial conocer los cuatro enfoques teóricos, es decir los tipos freudiano o dinámico, conductista, cognitivo y social. La escuela de pensamiento a la que pertenecen, todas las teorías predicen el incremento de las dificultades durante la vejez, lo que no tiene nada sorprendente, puesto que toda teoría se apoya en la observación y la depresión es uno de los problemas más comunes en la vejez.

- **Teoría psicoanalítica de la depresión.**

La comunicación de Freud titulada Duelo y Melancolía (1915) es lo que sirve de base a la mayor parte de la hipótesis psicoanalíticas respecto a la depresión. Según Freud, la depresión es una reacción a la pérdida que viene acompañada de sentimientos de culpabilidad. Estos conducen a la introyección de objeto perdido (la persona desaparecida) y a unos sentimientos de hostilidad hacia si mismo. Como los ancianos han sufrido por numerosas pérdidas, tanto físicas como económicas y sociales, tienen razones para sentirse culpables. El efecto acumulativo de estas pérdidas puede avivar en ellas la aparición de un estado depresivo, incluso en ausencia de toda predisposición. Cada nueva pérdida, la culpabilidad, la hostilidad y la depresión se acentúan.

- **Teorías conductistas de la depresión.**

Tradicionalmente, los conductistas han asociado a la depresión con una pérdida de refuerzos. Según ellos, una persona que se ve privada de refuerzos positivos, tanto físicos como sociales como sociales se deprime, lo que provoca una caída de la tasa de refuerzos y así sucesivamente, de suerte que el enfermo deprimido se encuentra encerrado en un círculo vicioso. No es pues difícil comprender que la teoría conductista profetice una elevación de la tasa de depresión en momento de la vejez, puesto que las personas de esa edad sufren una pérdida de refuerzos positivos consecuente con la privación de actividades, a las dificultades económicas y al aislamiento social. (Mishara, 1995)

- ***Teorías cognitivas de la depresión***

Beck (1967) ha formulado una teoría que pretende que la depresión está basada en buena parte en triada cognitiva negativa (un grupo de tres elementos).

1. Una visión negativa de sí mismo

El individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil. Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico, mental o moral. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos; tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás también lo rechazarán.

2. Consideración negativa del mundo

Las interacciones con el ambiente son interpretadas como privaciones, derrotas. El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos de vida.

3. Consideración negativa del futuro

Siempre, desde una perspectiva oscura, se da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes. Supone que sus problemas y experiencias comunes continuarán indefinidamente y que a los cuales ya conocidos se agregarán otros males mayores.

- ***Teorías sociales de la depresión***

El nombre de Harry Sullivan es el primero que se evoca cuando se quiere hablar de los aspectos sociales e interpersonales de la depresión. Según Sullivan (1953), nuestra personalidad depende en gran parte de “sí especular”, concepto que toma de George Herbert. Según este concepto tenderíamos a vernos a través de los ojos de los demás, así como a captarnos en sus reacciones e interacciones respecto de nosotros. Si sus reacciones son siempre favorables, poseeremos una buena “imagen especular” de nuestro sí, pero si, por el contrario, sus reacciones son siempre desfavorables o carecen de continuidad, la imagen de nuestro “sí” será negativa. (Mishara, 1995)

Mishara, (2005). Menciona que los ancianos, cuya interacción se encuentra limitada y es a veces negativa, pueden decirse: “Quizá esté bien que no me relaciones ya con mucha gente porque les parecería probablemente viejo, achacoso y estúpido”. Tales pensamientos les incitan a regir los contactos con los demás, lo que no hace más que incrementar sus ideas negativas respecto de si mismos.

### ***2.3.3 Factores de riesgo de depresión***

En base a lo anterior y de acuerdo a las características de la depresión y su repercusión en el adulto mayor es importante enfatizar cuales son los factores de riesgo que predisponen a la depresión en este tipo de población con la finalidad de detectar tempranamente dichos factores. Sin embargo es elemental, conocer que es un factor de riesgo, para tener una visión más amplia de dichos factores.

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad. Los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado.

Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, sólo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tienen valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad.

A continuación se describirán los factores de riesgo que contribuyen frecuentemente a la depresión en los adultos mayores y constituyen la base de nuestra actual investigación, para llevar a cabo intervenciones de enfermería que favorezcan a este grupo etario.

## a) Factores sociodemográficos

- Sexo

La relación de los trastornos depresivos es el doble en la mujer que en el hombre, se sabe que el riesgo de cronicidad de esta enfermedad es mayor en la mujer.

Las diferencias encontradas en cuanto al sexo se podrían atribuir, en primer lugar a una mayor búsqueda de ayuda por parte de la mujer. Sin embargo, esta explicación no resulta satisfactoria, ya que las diferencias se hallan en estudios de base comunitaria (nivel en el que no influye el grado de búsqueda de ayuda). Por otro lado, la desigualdad de tasas entre sexos no se debe solo a un mayor número de recaídas o una mayor cronicidad de la enfermedad depresiva en la mujer, hechos que obtuvieran dar más resultados, más elevados en estudios de prevalencia, ya que se ha comprobado una tasa anual de incidencia es casi el doble en la mujer que en el hombre (Álvarez, 2008)

Weissman y Klerman concluyeron en 1977 que estas diferencias se debían a factores socioculturales; sin embargo, unos años después, Brown y Harris propusieron el clásico modelo de "vulnerabilidad". Este modelo, que intenta explicar la mayor morbilidad del sexo femenino, postula la existencia de cuatro factores de vulnerabilidad:

- La pérdida de la madre antes de los quince años
- La presencia en el hogar de tres o más hijos menores de catorce años
- La falta de intimidad marital
- La ausencia de trabajo fuera del hogar

Según estos autores, tales factores contribuirían al desarrollo de cuadros depresivos solo cuando se asocian aun factor precipitante (acontecimiento vital estresante). Otras líneas de investigación se centran en el papel que el rol social femenino pudiera tener en exponer a la mujer, en mayor medida que al hombre, al estrés y en una menor sensibilidad de esta a los acontecimientos vitales estresantes.

En un reciente estudio norteamericano publicado en una revista dedicada a las diferencias de género en patología psiquiátrica y realizado en el ámbito de la asistencia primaria, se constataban en la mujer algunos factores de riesgo de

sufrir depresión (Bertrakis y cols., 2001). Las mujeres que nunca han estado casadas tienen menor riesgo de sufrir depresión que las separadas, divorciadas y viudas; estos mismos factores no son significativos para los hombres. Sin duda, los resultados de este trabajo reintroducen la idea de que existen factores de vulnerabilidad en la mujer relacionados con el rol social.

En otro estudio efectuado en Alemania se constató que las mujeres tenían mayor riesgo de sufrir depresión (al igual que en todos los estudios epidemiológicos), y se identificaron como factores de especial vulnerabilidad: la edad, la jubilación, el desempleo y el ser ama de casa sin realizar otro trabajo fuera del desempeñado en el hogar (Wittchen y cols, 2001).

- *La edad*

Después del sexo, la edad constituye el segundo factor de riesgo más importante en los trastornos afectivos. En general, el riesgo de padecer depresión aumenta con la edad, de forma que hay un pico de morbilidad depresiva en torno a las edades medias de la vida: 45-64 años para las mujeres y 36-64 años para los hombres. (Álvarez, 2008)

- *Estado civil*

Las interrelaciones entre el estado civil y los trastornos afectivos son difíciles de comprender, ya que ambos pueden actuar como causa y como consecuencia.

El divorcio y la viudez constituyen acontecimientos vitales estresantes y afectan a la red de apoyos sociales, aumentando así el riesgo de padecer un trastorno depresivo.

Por otro lado los trastornos afectivos pueden favorecer una ruptura marital. La influencia del estado civil en las tasas de trastornos afectivos es clara. El riesgo parece depender del sexo; así las mujeres solteras tienen tasa más bajas que las casadas, mientras que los hombres solteros presentan tasas más altas que los casados. (Álvarez, 2008)

Esto último tenga relación con la diferente respuesta, según el sexo, a distintos acontecimientos vitales y redes de apoyo a lo que nos referimos anteriormente. De esta forma, las mujeres responden mejor a la muerte del esposo de lo que lo hacen los hombres. También responden mejor que los varones al divorcio y a las dificultades financieras.

Tomando en cuenta estos datos, no nos sorprende que el hecho de haber estado casada y no estarlo en la actualidad por separación, divorcio o viudez, constituye un factor de riesgo (Bertakis y cols, 2001). Este dato puede contemplarse desde la perspectiva del evento estresante que supone la pérdida o separación de la pareja o, por el contrario, como se ha insinuado que la experiencia de pareja supone en si un riesgo para la mujer por la devaluación de su papel social.

- *Nivel Socioeconómico*

Para existir una relación inversa entre el nivel socioeconómico y la prevalencia clínica afectiva. Las posibles explicaciones a este hecho son múltiples. Desde un terreno dinámico se ha sugerido que demasiadas “pérdidas”, y no solo aquellas relacionadas con la muerte y la separación, pueden convertirse en experiencias significativas, y así podrían actuar como factores socioambientales negativos. Desde el punto de vista de las ciencias sociales, se han sugerido que las profesiones que permiten la dirección, el control y la dirección de los trabajos más comunes en las clases socioeconómicas altas. Por otra parte se conocen que en los trabajos de los estratos socioeconómicos bajos hay menos control, mas demandas y menos apoyo social del que existe en los de clase alta.

- *Estrés Social*

El estrés social ha recibido un interés en los estudios sobre trastornos afectivos. Distinguimos tres clases de estrés social: los acontecimientos vitales estresantes, el estrés crónico (como dificultades financieras o de relación de largo plazo) y los problemas diarios tales como relaciones personales, de trabajo, de la economía domestica, etc. (Álvarez, 2007)

A principios de la década del los 1980, se comenzó a estudiar en profundidad el papel que desempeñaban los acontecimientos vitales en el origen de los trastornos depresivos, y se postuló una relación específica con acontecimientos de pérdida grave; en cambio, los acontecimientos amenazantes estarían mas relacionados con los trastornos ansiosos.

Álvarez en el 2007 señala que “el 10% de quienes tienen un acontecimiento vital relevante desarrollan posteriormente una depresión, el riesgo de padecerla es seis veces mayor si se ha experimentado un acontecimiento estresante”

## **b) Factores Biológicos**

- *Herencia*

Actualmente, se cree que los portadores de una fragilidad genética son más vulnerables a la depresión que otras personas, y que basta estar sometido a un estrés menor o tener problemas minúsculos para descompensarse, es decir para romper el equilibrio psíquico, mientras que otras personas, mucho menos frágiles, necesitan tener preocupaciones muy grandes para deprimirse.

Nadie puede estar seguro de que no se deprimirá algún día, ya que la vida puede reservar sorpresas crueles; pero la genética hace que algunos tengan mayor probabilidad que otros de ser depresivos.

- *Enfermedad de Alzheimer y Depresión*

En la actualidad la Depresión y la Demencia, son dos cuadros clínicos importantes, hacen repercusión en la población general y son catalogados como grandes males del siglo XXI.

Estos conllevan a una pérdida gradual, evidencian un descenso en las funciones de alta integración cortical, despliegan una amplia gama de sensaciones y emociones cuyo resultado es un deterioro de relaciones familiares y sociales.

Serna de Pedro (2000), menciona que el 10 a 30% de los enfermos con Enfermedad de Alzheimer (EA) presentan concomitantemente depresión, y hasta un 50% tiene a los menos síntomas depresivos.

De la misma forma Serna de Pedro, (2000) sostiene que la tendencia a aislarse precede el diagnóstico de EA en alrededor de 30 meses, en tanto que la aparición de ideación suicida y el diagnóstico de depresión son vistos comúnmente alrededor de 20 meses antes de diagnosticar EA.

La dificultad para identificar casos leves de EA agrega a la frecuente comorbilidad con depresión el hecho de que ambos trastornos pueden tener una presentación que incluye síntomas que les son comunes, por ejemplo:

- Apatía y pérdida de interés.
- Dificultad para pensar y concentrarse.
- Retardo o agitación psicomotora.
- Trastornos del sueño.

En resumen, la relación entre la Depresión Mayor y cuadros demenciales en los adultos mayores es una realidad frecuente, de hecho, los cuadros depresivos de inicio en la tercera edad, esto es, sin antecedentes previos, suelen ser la antesala de la Enfermedad de Alzheimer.

- *Antecedentes de Alcoholismo y Tabaquismo*

El abuso en el consumo de sustancias como alcohol y tabaco es un problema de salud pobremente reconocido en el anciano. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicaciones, abstinencia, *delirium*, demencia persistente y trastornos amnésicos).

Según el (DSM-IV), la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses: tolerancia, abstinencia, frecuencia, deseo persistente, empleo de tiempo en la obtención de la sustancia, reducción importante de actividades sociales y persistencia a pesar de los efectos adversos. (Aguilar, Reyes, Borgues, 2007)

Hacer la distinción entre dependencia al alcohol y abuso es difícil. En la bibliografía es frecuente que ambos términos se utilicen indistintamente. Los estudios epidemiológicos revelan una prevalencia de desórdenes en la forma de beber hasta en 3% en hombres ancianos y 0.46% en mujeres; sin embargo, en estudios comunitarios se observa que hasta 10% de los ingresos a las unidades de urgencias en mayores de 65 años se deben al abuso en el consumo de alcohol.

Además, se ha encontrado que, debido a la falta de una distinción clara entre alcoholismo y abuso de alcohol, estudios previos han considerado como fuerte

consumidor al anciano que ingiere más de dos bebidas diarias. (Aguilar, et al. 2007)

De tal forma que los factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores, tales como los episodios previos o un consumo de alcohol u otras sustancias, no implica que tengan una relación causal sino más bien un papel como factores contribuyentes o detonantes de la depresión, que se dan en un contexto social y cultural más amplio.

### **c) Factores Psicológicos**

- 1) Los adultos mayores que sufren sentimientos de soledad e inutilidad, inactivos y aburridos, con falta de proyectos o tienden a revivir el pasado.
- 2) Factores familiares
  - Pérdida de seres queridos por muertes naturales o por suicidio.
  - La viudez durante el primer año es un momento crítico para las personas mayores durante el cual puede ocurrir una llamada a auto destrucción.
- 3) Conflictos no resueltos
- 4) Pérdida de memoria y demencia
- 5) Trastornos de la personalidad
- 6) Sociales: Pérdida de familiares y amigos
- 7) Aislamiento
- 8) Pérdida de trabajo o jubilación
- 9) Disminución de los ingresos económicos. (Serna de Pedro,2000)

### **2.3.4 Instrumento para determinar depresión en el Adulto Mayor**

#### ***Escala Geriátrica de Depresión (GDS)***

La *Geriatric Depression Scale* se usa ampliamente y está validada en diferentes idiomas, tiene la peculiaridad de estar diseñada específicamente para la valoración de la depresión en adultos mayores. Se construyó mediante la selección de 100 elementos con respuesta dicotómica por un grupo de expertos. Estos elementos ya se habían mostrado útiles en la discriminación entre ancianos deprimidos y no deprimidos.

A partir de aquí se seleccionaron a los 30 ítems que obtuvieron una correlación más alta con la puntuación total de la escala inicial de 100 elementos al ser aplicada a una muestra de ancianos. El hecho de que las respuestas sean dicotómicas ha sido considerado como una ventaja en poblaciones con bajos niveles educativos (Sneikh y Yesavage, 1986).

En cuanto a las formas abreviadas, Sheik y Yesavage (1986) propusieron una versión de 15 ítems (GDS-15) con el fin de evitar la fatiga la pérdida de concentración que, en ocasiones, se asocian a los instrumentos más largos.

Para ello se seleccionaron los 15 ítems que mostraron una mayor correlación con la sintomatología depresiva, confeccionando un instrumento rápido, entre 5 y 7 minutos. Las dos versiones diferenciaban bien depresivos y no depresivos con una elevada correlación entre ellas. ( $r=0,84$ ,  $p<0.001$ ) (Sheik y Yesavage, 1986). La consistencia interna de la GDS -15 mostraba un alto nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach=0.80. ha sido recomendada para la valoración de las personas mayores de 75 años por el *Royal Collage of General Practitioners* (William y Wallace, 1993), y ha sido reconocida como uno de los mejores instrumentos de detección de la depresión en el paciente geriátrico por el *Royal Collage of Physicians de Londres y la British Geriatrics Society*. (Aguera, et al., 2004)

- **Aplicación del Instrumento**

Para valorar la depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage GDS, Yesavage et al, (1986). Se trata de un cuestionario auto administrado que consta de 15 reactivos para evaluar la depresión en el adulto mayor. Tiene buena discriminación en ancianos con enfermedades físicas y se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor.

Es una escala dicotómica y sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria para anular la tendencia a responder en un solo sentido. El marco temporal se refiere al momento actual o la semana previa.

Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad.

La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-15 y puntos de corte de no depresión hasta 5 puntos, depresión probable hasta 9 puntos y depresión establecida más de 10 puntos. (Kurlowicz, L., 2007)

- ***Validez del instrumento en México***

La prevalencia de la depresión varía según el instrumento diagnóstico utilizado (entrevista o instrumentos de tamiz) o bien de acuerdo con el grupo poblacional estudiado (individuos de la comunidad, institucionalizados u hospitalizados).

Esta herramienta la puede utilizar el médico, enfermería o el trabajador social. Cabe destacar que esta herramienta no sustituye la evaluación clínica del profesional.

Hay otro tipo de criterio para descartar depresión estos son propuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su cuarta versión revisada (DSM-IV), constituyen la norma ideal para el diagnóstico de depresión mayor. No obstante, en los últimos 40 años se han utilizado otros instrumentos para la detección de la depresión, como la escala de auto-evaluación de Zung, la escala de depresión de Hamilton, o el inventario de depresión de Beck. (Aguilar, Fuentes, Cantú, 2007)

Sin embargo, ninguno tiene ni la sensibilidad ni la especificidad adecuadas para hacerlos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión del anciano.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad (valores alfa entre 0.80 - 0.95), y distintos tipos de validez. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad. La EDG ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles, y el español para mexicanoamericanos.

De esta forma, la EDG se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado. Sin embargo, una de sus limitantes es que no incluye de manera sistemática todos los criterios que el estándar de oro actual establece, probablemente debido a que este instrumento de tamiz se creó antes que los criterios del DSM IV; por esta razón, la actualización y revisión de sus diferentes versiones y traducciones constituye un reto.

### **2.3.5 Instituciones de salud para los Adultos Mayores en México**

A partir de las condiciones de salud y enfermedad que experimenta la población con 60 años y más es muy importante analizar el papel de las instituciones encargadas de proporcionar servicios médicos a la población adulta mayor.

La evidencia de derechohabientes muestra que para el 2005 la población 60 años y más cubierta en un 56.3% lo cual representa un aumento en un 7% con respecto a la cobertura captada para el 2000. Se calcula que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre a más del 60% del total de la población derechohabiente con 60 años y más, el 16% lo cubre el Instituto Seguro Social para los trabajadores del Estado (ISSSTE) y 11.4% el seguro popular y otras instituciones encargadas.

De acuerdo con la información oficial, el seguro popular se convierte en una tercera opción de importancia en México para la población que no contaba con seguro social en especial para la vejez. (INEGI, 2005)

El seguro popular es la modalidad de protección a la salud instrumentada por el gobierno de Vicente Fox Quesada, para la población mexicana que anteriormente no tenía derecho a los servicios médicos. Se puso en marcha a partir de la publicación en el Diario Oficial de la Federación el 15 de marzo del 2002. Otra de las instituciones encargadas es el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) creado por Decreto Presidencial el 22 de agosto de 1979, se dedicó a proteger y atender a las personas de 60 años y más.

Esencialmente su actividad se enfocó al aspecto médico-asistencial, sin embargo, las necesidades de nuestra Gente Grande fueron cada vez mayores por lo que el 17 de enero del 2002, también por Decreto Presidencial, pasó a formar parte del

sector que encabeza la Secretaría de Desarrollo Social y modifica su nombre por Instituto Nacional de Adultos en Plenitud (INAPLEN). (Montes de Oca, 2007)

El 25 de junio del 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, creándose por ella el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (Montes de Oca, 2007)

Con esta Ley el Instituto se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus facultades y atribuciones. Sus principales objetivos son proteger, atender, ayudar y orientar a las personas adultas mayores, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones adecuadas. Por ello dirige sus esfuerzos a fomentar la asistencia médica, asesoría jurídica y opciones de ocupación.

Actualmente debido al crecimiento demográfico y la demanda sobre las necesidades sociales de las personas mayores en un futuro; el presidente Felipe Calderón firmó el decreto para crear el Instituto Nacional de Geriátrica, por medio del cual se pretende atender a la población que envejece. Asimismo en la Secretaría de Salud, uno de cada cuatro mexicanos estará en la categoría de adulto mayor en 2040. Mientras en México hay actualmente cerca de ocho millones de personas de 60 años o más, para 2020 se estima que serán 14 millones.

En 2040, la situación podría tornarse más difícil, si no se toman las medidas adecuadas. De tal forma que el Instituto Nacional de Geriátrica tendrá tres tareas fundamentales: investigación, creación de cuadros médicos especializados y desarrollar políticas públicas que mejoren la calidad de vida de los mexicanos.

La principal tarea del instituto será investigar lo relacionado con los males crónico-degenerativos que afectan a los adultos mayores asimismo el Instituto de Geriátrica tiene como propósito que México se consolide y mejore su investigación médica para que esté a la altura de la que se realiza en los países desarrollados.

Este punto cabe destacar la participación primordial del profesional de enfermería, porqué necesita estar preparado para las necesidades y demandas sociales que requieren los adultos mayores, con el Instituto Nacional de Geriátría, las enfermeras que ostenten la especialidad en Geriátría, y aquellas que tengan una gran experiencia con los adultos mayores podrán aportar y enriquecer sus conocimientos teóricos y prácticos, e implementar estrategias de desarrollo para mejorar la calidad de esta población, como ha sucedido en nuestros países, por mencionar España , que ha hecho una gran labor en la geriátría.

- ***Centro de Desarrollo Comunitario (CDC)***

Los Centros de Desarrollo Comunitario son la puerta de acceso a la amplia red de recursos sociales que presta y gestiona el Gobierno del Distrito Federal, a través de Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, logrando beneficiar a las diferentes delegaciones de la Ciudad de México.

La iniciativa de estos Centros es un acierto, ya que tiene un impacto positivo para la cohesión social, la dignidad y la autonomía.

Como ya se había mencionado con anterioridad el actual estudio se efectuó en un Centro de Desarrollo Comunitario del Gobierno del Distrito Federal, es por este motivo que se mencionara a continuación:

El Centro de Desarrollo Comunitario “Culhuacanes” fue inaugurado el día 5 de agosto de 1995 por el Regente del Departamento del Distrito Federal el Lic. Oscar Espinosa Villareal con el nombre de Módulo de Bienestar Social “Tu buen vecino”; los motivos de la creación del módulo comunitario fue principalmente la asistencia social para la población incluyendo los servicios médicos.

Entre los principales servicios y actividades dadas a la ciudadanía en el (CDC) se encuentran las siguientes: Artística acupuntura, baile de danzón, en la actividad física, imparten boxeo, gimnasia terapéutica, Karate, fútbol rápido e infantil, taichi y zumba.

En la parte educativa y capacitación; alfabetización de primaria y secundaria, manualidades de bordado de listón, repostería, gastronomía, pintura textil. Servicios: asesoría de caja de ahorro, optometrista, psicología y terapia de lenguaje.

El Centro de Desarrollo Comunitario (CDC) cuenta con los siguientes espacios físicos distribuidos de la siguiente manera:

1. Oficina de coordinación con 1 sanitario: 1
2. Salones: 2 (estimulación temprana y psicología)
3. Biblioteca: 1
4. Vestíbulo: 1
5. Pasillos: 2
6. Consultorios: 2 (servicio dental y medico general con sanitario)
7. Sanitarios públicos: 2 (hombres y mujeres)
8. Cancha de usos múltiples: 1
6. Consultorios: 2 (servicio dental y medico general con sanitario)
7. Sanitarios públicos: 2 (hombres y mujeres)
8. Cancha de usos múltiples: 1

El Centro cuenta con una amplia gama de personal capacitado para brindar un excelente servicio a la ciudadanía y brindando grandes oportunidades y fuentes de empleo, contando con el siguiente personal:

- Personal administrativo:
- Personal docente:
- Personal de seguridad:
- Personal de intendencia:

Ante esta situación hay que tener en cuenta la curva demográfica que alerta sobre el crecimiento de nuestra población. En México diariamente 799 personas cumplen 60 años, según el CONAPO para el año 2050, uno de cada cuatro será adulto mayor. Esta situación obliga a enriquecer las políticas asistenciales.

## 2. 4 EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN MÉXICO.

### 2.4 .1 Concepción y Surgimiento de la Geriátría

Prominentes Médicos ya habían hablado sobre las peculiaridades de los problemas y enfermedades de los ancianos, pero no fue sino hasta inicios del siglo XX que surgen dos disciplinas especialmente dedicadas al estudio de los problemas del envejecimiento; la Gerontología y la Geriátría.

Aunque desde la antigüedad, prominentes médicos como Hipócrates, Galeno, Harvey, ya hacían referencia sobre las peculiaridades de la vejez y sus enfermedades, no fue sino hasta 1907, con el Profesor Iliá Metchnikoff (Premio Nobel 1908) que surge una disciplina dirigida especialmente al estudio de los problemas del envejecimiento; la Gerontología, (del griego *geronto* = anciano y *logos* = tratado; estudio del envejecimiento y los fenómenos que lo caracterizan, sus causas, efectos y repercusiones en el ser humano).

Pero es Ian. L. Nascher quien en 1909 no sólo acuña la palabra “Geriátría” (del griego *geros* = viejo y *iatrikos* = médico; parte de la medicina dedicada al estudio, diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación de las enfermedades que afectan a los ancianos) sino que también propone a esta, como una nueva especialidad médica dedicada al cuidado y tratamiento de los ancianos.

Recomienda que el término se añada al vocabulario para cubrir en el campo de la vejez, lo que el término pediatría significa en la niñez. Sostiene que de este modo, se enfatizará la necesidad de considerar la senilidad y sus enfermedades como un apartado diferente a la madurez y asignarle así un lugar en la medicina. (Goerke H, Gilli, G. ,1984)

Un antecedente relevante sobre el envejecimiento en nuestro país recae en el Dr. Manuel Paynó (+) en 1957, quien promueve y representa al Gobierno de México en el primer Congreso Panamericano de Gerontología en la Ciudad de México.

Sin embargo, no es sino hasta los años setenta cuando realmente cobra importancia el tema del envejecimiento al percibir la transición poblacional, producto del incremento en la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad infantil y la reducción en la tasa de natalidad. (Goerke H, Gilli, G. ,1984)

En esa misma época le sigue el surgimiento de diferentes instituciones relacionadas con la Geriátría como la Sociedad de Geriátría y Gerontología de México A. C. (GEMAC) en 1977, el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) el 22 de agosto de 1979 y en 1984 por iniciativa del Dr. Lozano Cardoso inicia sus actividades la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátría (AMGG).

Hasta los años ochenta, la atención de los ancianos continuaba limitada a residencias públicas y privadas conocidas como asilos, la mayoría de las cuales sólo proporcionaban servicios básicos de alimentación y alojamiento, sin la infraestructura, programas y recursos humanos profesionales para una verdadera atención *geronto-geriátrica*. La atención médica, era proporcionada por médicos que ejercían las más diversas especialidades, el médico internista, como hasta la fecha, era el que prestaba una atención más integral especialmente en instituciones de seguridad social o del sector salud ya que en la medicina privada aun hoy se recurre más a otros especialistas:

#### **2.4.2 La atención de los adultos mayores en México**

En la época de la Colonia, aunque las cifras reales son difíciles de conocer con exactitud debido a la disparidad de reportes por las diferentes fuentes, los ancianos no representaban un número importante de la población. Llegar a viejo, a la edad que ahora lo consideramos, era excepcional. Las sequías, guerras, hambrunas, pestes y demás enfermedades que aniquilaban a la población a edades más tempranas.

El cuidado de los ancianos no recibía atención especial a menos que pertenecieran al grupo de viajeros, locos, viudos, inválidos, enfermos o menesterosos.

Es por ello que el cuidado de estos, se entendía como un deber de caridad cristiana, reflejo del arraigado catolicismo que imperaba en la época. El gobierno civil prácticamente no participaba de estas obligaciones y era la iglesia quien realizaba estos menesteres a través de sus cofradías y órdenes religiosas, entre las cuales destacaron; la de los Franciscanos, Antoninos, Hipólitos, Dominicos, Betlemitas, Juaninos y Mercedarios.

Estas órdenes, desarrollaban su labor en los hospitales y orfanatos que fundaron anexo a sus iglesias y conventos durante los siglos XVI al XVIII, como el hospital de La Purísima Concepción, el de San Lázaro, el de Jesús y el de San Hipólito en la Ciudad de México. (Leal, M. D., Flores, C., Borboa, G. C. ,2006)

### **2.4.3 La geriatría como especialidad en México**

La geriatría, como otras especialidades en nuestro país, surge por el interés de médicos de otras disciplinas, que motivados por adentrarse en la Geriatría aprenden en forma autodidacta el cuidado del anciano y quienes querían formalizar sus estudios tenía que viajar al extranjero a especializarse, lo que da origen a que se desarrollen diferentes escuelas en la práctica y la enseñanza de la Geriatría en nuestro país. En 1985 se cuenta con la primera maestría en ciencias con orientación en Geriatría en la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional. La asignatura de Geriatría inicia en la escuela de medicina de la UNAM en 1989. El 2004, había en el país 280 geriatras certificados, de los cuales 100 no contaban con estudios formales de la especialidad lo que da cuenta de la gran necesidad que aun tenemos en la formación de recursos humanos en Geriatría, pero la Geriatría, como cualquier otra especialidad, no debe ser exclusiva del Geriatra sino practicarse a todos los niveles de atención médica donde exista un paciente geriátrico que demande cualquier tipo de atención médica.

Siendo fundamental la profesión de enfermería para dar asistencia a personas o grupos centrándose en la salud y la promoción de la misma, pero esta profesión ha tenido diferentes actitudes en relación con los ancianos. (Leal, M. D., Flores, C., Borboa, G. C. ,2006)

Durante la primera parte del siglo XX, el cuidado de los ancianos por parte de enfermería tuvo poca trascendencia, pues el objetivo primordial era el de cuidar a la juventud. En ese mismo periodo, se daba la circunstancia de que las enfermeras tenían escaso nivel de autonomía: la enfermera seguía las normas del hospital y las órdenes del médico. El objetivo principal era el cuidado del enfermo, mientras que el mantenimiento de la salud y la rehabilitación no despertaban enorme interés. Por ello podemos afirmar que la enfermería Gerontológica no existía, sencillamente porque el número de ancianos era escaso, no como sucede

en la actualidad. Los ancianos que llegaban a edades avanzadas eran cuidados en hospitales residencias y, evidentemente, en esos momentos ninguno se planteaba el retorno de estas personas mayores a su casa.

A partir de la segunda guerra mundial y los años de posguerra (1940-1960), en el mundo occidental se produjo un cambio importante: el aumento de la población de personas ancianas, lo que se tradujo en nuevos planteamientos estructurales, asistenciales y formativos.

En el siglo XX se producen un serie de acontecimientos que podemos considerar momentos clave en la historia de nuestra profesión como la definición en 1960 del proceso de enfermera y desarrollo de los marcos conceptuales de la enfermería. En 1970 se identificaron, los diagnósticos de enfermería. En este mismo sentido, la Enfermería Geriátrica y Gerontológica en México ha tenido un escaso desarrollo, es a partir de la década de los 70's que se ha trabajado en el cuidado del adulto en plenitud. (Babb, 1998).

Los trabajos de Pamela Babb Stanley constituyeron una valiosa aportación, en tanto que fueron el resultado de años dedicados a estudiar la gerontología y la geriatría, participando en ellos con la sensibilidad y óptica de una enfermera, y más aún, con la agudeza de sentido muy personal sobre los temas, que le proyectaron como una de las enfermeras mas destacadas en este campo. Describió al envejecimiento no como un factor de vida, sino como un proceso, que se fundamenta, en los cambios que se presentan no de un día a otro, si no paulatinamente mientras pasamos de una etapa a otra en dicho proceso. (Babb, 1998)

Este concepto ha permitido que la Enfermería Gerontológica y Geriátrica en México, se interese por el cuidado hacia las personas mayores con enfoque primordial a la conservación de la salud, así como a la prevención de la enfermedad, teniendo como base la educación para el autocuidado

Por ello en el ámbito de la geronto-geriatría puede representar para la enfermería una oportunidad para ejercer todas sus habilidades profesionales, aplicando el conocimiento clínico en la práctica y utilizando la toma decisiones

El ejercicio con los adultos mayores permite ser creativo y hacer uso de la iniciativa en la prestación de los cuidados a las mismas; cuidar a los adultos mayores en distintos ámbitos como hospitales, centros de día, hospitales de primer nivel, residencias o en el propio domicilio del anciano; relacionarse con otras disciplinas a través de los equipos multidisciplinarios, para planificar y ejecutar los cuidados dirigidos a las personas mayores.

La historia de la Geriátrica en nuestro país apenas empieza, su futuro es promisorio y aun cuando el retraso en su desarrollo nos tomará décadas, nuestra misión es inculcar esta nueva disciplina en las nuevas generaciones de profesionales de enfermería.

#### **2.4.4 Intervención de Enfermería con los Adultos Mayores**

El profesional enfermería es un diseñador de cuidados de enfermería a través del Método de Enfermería (Proceso de Atención de Enfermería); posee autonomía profesional y liderazgo para promover los cambios en la visión de salud.

El rol de enfermería enfatiza las respuestas humanas abordadas desde la perspectiva de enfermería con un enfoque holístico y a través de las cuatro funciones básicas del rol:

- Investigación.
- Administración.
- Docencia.
- Asistencial.

La formación de los nuevos profesionales debe estar orientada hacia la visión del futuro de enfermería y en un compromiso por hacer por ella una disciplina y una profesión que expresan su liderazgo en las reales necesidades de la sociedad de enfermería, con un enfoque holístico y de alta calidad.

A partir de 1984, la salud, la persona, el cuidado y el entorno son considerados conceptos centrales de la disciplina o, lo que es lo mismo, del metaparadigma enfermero. (Quintanilla, 1999)

El análisis de los mismos, desde los diferentes paradigmas enfermeros, permite Identificar el paradigma que orienta la práctica actual en el cuidado del anciano, así como sus consecuencias. Es la enfermera geronto-geriátrica la que aborda el cuidado del anciano. Históricamente este cuidado ha sido asumido por la familia y continúa siéndolo en la actualidad.

Según cálculos de la (ONU), en el año 2025 el porcentaje de personas de 60 años y más será del 20 al 30% en los países más desarrollados y del 10 al 15% en el resto del mundo, variando con el grado de desarrollo y, sobre todo, con el grado de industrialización. (Quintanilla, 1999)

En base a lo anteriormente mencionado, es necesario profundizar en estos aspectos científicos que permitirán consolidar y guiar el trabajo profesional en beneficio de la calidad asistencial y el desarrollo del cuidado profesional al anciano.

- ***Categorización o el rol profesional en la geriatría, salud mental y salud pública en la comunidad.***

Los profesionales enfermería, para brindar cuidados al adulto mayor, deben estar categorizados.

En la actualidad se realizan cursos de postgrados, diplomados y maestrías para elevar el nivel profesional de los enfermeros y brindar cuidados de forma integral con un enfoque holístico.

- Un profesional de la enfermería categorizado como enfermero geronto-geriátrico conoce aspectos del proceso de envejecimiento, como:
  - Conceptos y definiciones de utilidad en la práctica (envejecimiento, esperanza de vida, geriatría, gerontología, entre otras).
  - Sus teorías.
  - Los tipos de envejecimiento (biológico, psicológico y social).
  - Los cambios propios del proceso de envejecimiento y sus consecuencias.
  - Sus principales problemas de salud o manifestaciones de dependencia en el anciano. (Torney y Raile,2000)

Además, conoce los diferentes modelos de evaluación funcional del anciano, donde juega un rol importante dentro del equipo multidisciplinario. El profesional enfermero juega un rol primordial al estar capacitado para brindar cuidados como enfermero geronto-geriátrico, participando en los programas de promoción, prevención, mantenimiento o restablecimiento de la salud del adulto mayor sano enfermo y, por tanto, brindando cuidados con un alto nivel científico ocupando, ante el resto de los profesionales de la salud, el lugar que le corresponde como profesional para brindar cuidados con la calidad que esta etapa de la vida requiere.

El paradigma de la integración, ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Se inicia una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica, dando lugar al desarrollo de diferentes concepciones de la disciplina enfermera y a la elaboración de modelos conceptuales. La enfermera modifica su lenguaje y su actitud.

El proceso sistemático (recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos, planificación, intervención y evaluación), basado en un modelo conceptual enfermero, es incorporado a la actividad de la enfermera a fin de definir la contribución específica desde la disciplina enfermera.

La valoración del anciano como punto de inicio de la atención que se le habrá de prestar constituye un requisito imprescindible para la correcta atención tanto social como sanitaria, teniendo como campo de actuación de enfermería la práctica del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas.

Se puede definir la valoración enfermera del anciano como “un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado, de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud que el mayor está viviendo, así como su respuesta humana a ella”. (Torney, 2000)

La enfermera planifica teniendo en cuenta que la familia es el cuidador principal y esencial y que su labor profesional es de soporte a la familia, con un objetivo común: el bienestar del anciano y su entorno. (Torney, 2000)

La asistencia al adulto mayor requiere participación cuando menos multidisciplinar. Las intervenciones de la enfermera se dirigen hacia la asistencia, soporte o facilitación de acciones y su familia, con el objetivo de mejorar o mantener la forma de vivir o de afrontar la muerte.

Para la elección de las actividades de cuidados más idónea para la persona anciana es necesario priorizar la promoción y el fomento de la independencia. Éste será el punto básico de la intervención de enfermería y la ayuda, si fuera necesaria, deberá ser oportuna.

Los beneficios de nuestras intervenciones denotan seguridad y mejora la autoestima en el anciano, quien se convierte en guardián de sí mismo y del profesional, de este modo mediante sus intervenciones, modifica hábitos, factores, económicos, fomenta estilos de vida saludables.

## **Capítulo III**

# **Metodología de la investigación**

## **Material y métodos**

### 3.1.-DISEÑO DE ESTUDIO

Es **transversal** por que existen estudios que recolectan la información en una sola ocasión, con el objeto de evitar que en el transcurso del tiempo modifique algunos elementos relacionados con el fenómeno o el fenómeno mismo.

Es **descriptivo** porque miden de manera más independiente los conceptos ó variables que los que se refieren. (Baptista, Fernández, Hernández, 2003)

“**No experimental**” porque se limita a conocer el fenómeno tal como se manifiesta, sin manipulación de las variables, tal y como se dan en el contexto natural para después analizarlos.

### 1.2 LUGAR Y DURACIÓN

#### **Delimitación Espacial**

La investigación se realizó en el Centro de Desarrollo Comunitario (CDC) “**Culhuacanes**”. Y “**Vergeles**”. Estos centros son la puerta de acceso a la amplia red de recursos sociales que presta y gestiona el Gobierno del Distrito Federal, a través de Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, logrando beneficiar a las diferentes delegaciones de la Ciudad de México.

Ubicado en: Calle Rosario Castellanos s/n entre las calles: Dolores Guerrero y María del Mar, Colonia: U.H. C.T.M. Culhuacán Sección VIII, C. P.: 04480  
Teléfono y fax: 56-07-45-19, Horario: De Lunes a Viernes 8:00 a 20:00 hrs.

#### **Delimitación Temporal**

En un tiempo de 9 meses a partir del mes de Agosto, hasta el mes de Octubre del 2008 en Culhuacanes

En Vergeles se trabajo en el período de septiembre del 2008 a Mayo del 2009.

### 3.3 UNIVERSO Y TAMAÑO DE MUESTRA

**Universo de estudio:** Adultos Mayores de 60 años que acuden centro de desarrollo comunitario “Culhuacanes” y Vergeles”

**Unidades de observación:** Adultos Mayores que acuden al centro desarrollo comunitario “Culhuacanes y Vergeles”

**Tamaño de la Muestra:** La selección de la muestra fue a conveniencia en función del tiempo de estancia en el centro comunitario. De 74 participantes se eligieron 62 Adultos mayores, que cumplieron con los lineamientos de inclusión.

### **3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

**Criterios de inclusión:** Adultos mayores de 60 años, que acudieron al centro desarrollo comunitario “Culhuacanes y Vergeles” y aceptaron participar en la investigación.

**Criterios de Exclusión:**

Adultos mayores que no desearon participar en la investigación

Adultos menores de 50 años.

Criterios de eliminación

### **3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN**

**Escala Geriátrica de Depresión.**

*Geriatric Depression Scale*, Yesavage 1986, versión se usa ampliamente y esta validada en diferentes idiomas. Su escala acortada de 15 ítems a menudo se usa para una fácil aplicación. La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. (Kurlowicz, 2007)

**Instrumento para determinar los factores de riesgo en la persona con Enfermedad Neurodegenerativa**

Este instrumento pertenece al Megaproyecto “Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública”, coordinado por la Facultad de Medicina con clave 5DEI. PTID. 05.5 del cual se deriva el “Modelo de Enfermería para la atención preventiva y terapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer” en el que participa la ENEO cuya clave de registro es el folio 020.

El instrumento "Factores de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer", tiene como propósito determinar dichos factores que pudieron haber influido en las personas con Enfermedad de Alzheimer, en base a los factores que contribuyen dicha enfermedad.

Este instrumento está diseñado por el "Modelo de Enfermería para la atención preventiva y terapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer", es una prueba piloto; en la hoja frontal se presenta los datos generales del adulto mayor, está conformado de 41 ítems, se divide en tres aspectos: sociodemográficos, biológicos: antecedentes familiares, antecedentes personales patológicos, hábitos personales, alimentación y el aspecto cognitivo.

Tiene la característica de ser dicotómico (Si) (No), principalmente en el aspecto biológico. Sin embargo en el aspecto cognitivo esta combinado con la escala Likert, es decir cada afirmación del individuo, que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos. A cada valor se le asigna un valor numérico, al final se suma y se obtiene su puntuación.

No obstante, el presente estudio está dirigido en los factores de riesgo en los adultos mayores con depresión, por lo que se tomó solo algunos aspectos de esta prueba piloto, principalmente aquellos que tienen relación con la depresión por ejemplo: datos sociodemográficos, aspectos biológicos como: antecedentes familiares, antecedentes personales patológicos, y hábitos personales.

### **3.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para el levantamiento de los datos, se designo por la responsable M.C.E. Aracelí Jiménez Mendoza a una becaria del Macroproyecto nuevas estrategias epidemiológicas, 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 enfermedades neurodegenerativas y sus familiares ENE0 020. En cada uno de los centros de desarrollo comunitarios para realizar la entrevista a los adultos mayores.

Antes de iniciar se les brindo una presentación en relación al deterioro cognitivo y la relación con la demencia tipo Alzheimer. Posteriormente se les

invito a los Adultos mayores a participar en la detección temprana de dichos padecimientos.

Previamente se le entregó un consentimiento informado a los adultos mayores, en la cual se garantiza la confidencialidad de la información proporcionada. Con el fin de lograr un ambiente de confianza para el entrevistado (a) fue necesario solicitar en cada centro un espacio cerrado, además se les informó los fines de esta investigación. Asimismo se le explicaba el procedimiento al aplicar los cuestionarios de Factores de riesgo y la escala de depresión.

Si al momento de realizar la entrevista los adultos mayores presentaban algún tipo de reacción emocional (p.e crisis de llanto, angustia, etc.), las entrevistadoras fueron instruidas a permanecer con los adultos mayores hasta que se tranquilizaran.

### **3.7 Procesamiento de los datos**

Una vez realizada las aplicaciones de los instrumentos se conformo una base de datos mediante el programa SPSS 17.0, se procedió al análisis de los datos, al cumplirse el objetivo, se construyeron tablas con cada una de las variables. Los resultados se expusieron en tablas para su mejor comprensión. Asimismo mediante el empleo de los procesos de análisis, síntesis, abstracción y generalización se llegara a conclusiones y se establecerán recomendaciones.

### 3.8 CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Instrumento para determinar los factores de riesgo en la persona con depresión

#### *Factores Sociodemográficos*

Nombre de la variable	Concepto	Escalas	Tipo de variable	Presentación	Descripción
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo. Una persona, según su edad, puede ser un bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, estar en la tercera edad.	1) De 60 a 69. 2) De 70 a 79. 3) De 80 a 89. 4) De 90 y más.	Cuantitativa Discreta	Tablas	Porcentaje
<b>Sexo</b>	Constitución orgánica que distingue entre hombre y mujer.	1)Femenino 2) Masculino	Cualitativa Nominal	Tablas	Porcentaje
<b>Estado Civil</b>	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	1)Soltero 2)Casado 3)Unión libre 5)Divorciado 6)Viudo	Cualitativa Nominal	Tablas	Porcentaje
<b>Escolaridad</b>	Tiempo que asiste el individuo a la escuela o cualquier otro centro de enseñanza y obtiene un grado o certificado.	0)Nula 1)Primaria 2)Secundaria 3)Bachillerato 4)Carrera Técnica 5)Licenciatura	Cualitativa Ordinal	Tablas	Porcentaje

### **(Factores Sociodemográficos)**

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Escalas</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Presentación</b>	<b>Descripción</b>
<b>Realización de ejercicio</b>	Actividades físicas que realiza un individuo durante su vida cotidiana	1)Si 2)No	Cualitativa	Tablas	Porcentaje
<b>Ocupación Laboral</b>	Realización de un trabajo por el cual es remunerado.	1)Hogar 2)Empleado 3)Profesional	Cualitativa Ordinal	Tablas	Porcentaje

### **(Factores Biológicos)**

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Escalas</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Presentación</b>	<b>Descripción</b>
<b>Antecedentes Familiares</b>	Cualquier enfermedad crónica que hayan padecido sus familiares directos.	1)Demencia 2)Alzheimer 3)Depresión	Cualitativa Nominal	Tablas	Porcentaje
<b>Antecedentes Personales Patológicos</b>	Antecedentes de enfermedades las cuales ha padecido a lo largo de su vida.	1)Diabetes mellitus 2)Depresión Mayor 3)Estrés Crónico 4)Hipertensión	Cualitativa Nominal	Tablas	Porcentaje
<b>Hábitos Personales</b>	Hábitos que presenta un individuo y que va adquiriendo a lo largo de su vida. En este caso al consumo de alcohol y tabaco	1) Ant. de tabaquismo 2)Tabaquismo Actual 3) Ant. de Alcoholismo 4)Alcoholismo Actual	Cualitativa Nominal	Tablas	Porcentaje

**Escala Geriátrica de Depresión G-15**  
**(Factores Psicológicos)**

Nombre de la variable	Concepto	Escalas	Tipo de variable	Presentación	Descripción
1.- ¿Está satisfecho (a) con su vida?	Individuo que se siente satisfecho por todo lo que ha realizado en su vida.	Si = 0 No=1	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?	Actividades que realiza el adultos mayor ya sea recreativas, sociales y físicas o de trabajo.	Si = 1 No=0	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	Refiere que su vida no tiene satisfacción y refiere un vacío.	Si = 1 No=0	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
4.- ¿A menudo se encuentra aburrido (a)?	Es el cansancio o fastidio causados generalmente por disgustos o molestias, o por no tener nada que divierta y distraiga	Si = 1 No=0	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
5.- ¿Tiene buen ánimo con frecuencia?	Es la capacidad para hacer un esfuerzo, para atender, para emprender	Si = 0 No=1	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
6.- ¿Teme que algo malo le pase?	Percepción de peligro que manifiesta una persona por lo regular desagradable.	Si = 1 No=0	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
7.- ¿Se siente feliz la mayoría del tiempo?	Es una conducta interna de satisfacción y positivismo en lo que realiza	Si = 0 No=1	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
8.- ¿A menudo se siente abandonado (a)?	renuncia voluntaria, intencional y absoluta de su persona	Si = 1 No=0	Cualitativa	Tabla	Porcentaje

**(Factores Psicológicos)**

Nombre de la variable	Concepto	Escalas	Tipo de variable	Presentación	Descripción
9.-¿Prefiere quedarse en casa que salir?	Realizar actividades recreativas, sociales o de trabajo fuera de casa.	Si = 1 No=0	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
10.-¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	No tiene la capacidad para recordar una cosa como otras personas	Si = 1 No=0	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
11.-¿Piensa que es maravilloso vivir?	Es el acto de estar agradecido por existir	Si = 0 No=1	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	plan o idea que se tiene antes de realizar algo	Si = 1 No=0	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
13.-¿Se siente lleno (a) de energía?	Es la capacidad de una persona para realizar una actividad.	Si = 0 No=1	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
14.- ¿Siente que su situación es desesperada ?	Alteración extrema del ánimo causada por enojo, desanimo.	Si = 1 No=0	Cualitativa	Tabla	Porcentaje
15.-¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	Percepción de la propia persona.	Si = 1 No=0	Cualitativa	Tabla	Porcentaje

# **Capítulo IV**

## **Análisis e Interpretación de los Resultados**

#### 4.1 Análisis de los Resultados

La investigación de campo se llevó en el Distrito Federal, específicamente en Los Centros de Desarrollo Comunitario del Gobierno del Distrito Federal: Casa del Adulto Mayor “Los Vergeles” y “Culhuacanes”. Se utilizaron instrumentos como la escala geriátrica de depresión y factores de riesgo asociados a paciente con enfermedad neurodegenerativa a 74 adultos mayores de los cuales solo 62 cubrieron los lineamientos de inclusión al estudio, con el objetivo de obtener información acerca de los factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores.

En sí, los datos obtenidos del estudio determinarán la relación entre los factores de riesgo y la depresión en la población adulta mayor. A continuación se mostrará los resultados obtenidos y se dará una breve explicación.

**Tabla 1**  
*Nivel de Depresión en el Adulto Mayor de los centros comunitarios “Culhuacanes y “Vergeles”, 2008-2009.*

<b>Nivel de Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
Severa	4	6
Moderada	7	12
Leve	8	13
Normal	43	69
Total	62	100

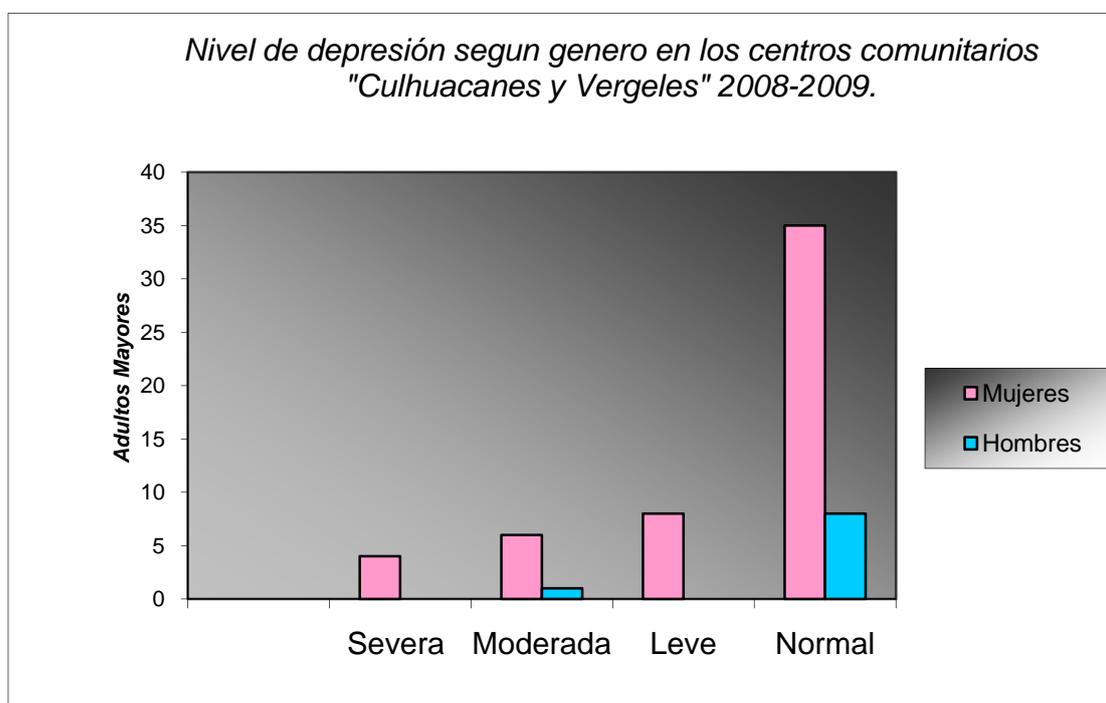
**Fuente:** Encuesta directa por integrantes del Megaproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública, SDEI PTID 0.5.5, ENEO 020 (2008-2009).

En la Tabla N° (1), de acuerdo a los resultados obtenidos, se observa que la mayoría no presento depresión con un 69%, no obstante el 13% de los Adultos Mayores presenta depresión leve, con una mínima diferencia de porcentaje seguida de la depresión moderada con un 12%, sin embargo a pesar de tener menor porcentaje la depresión severa con un 6% cobra importancia.

**Tabla 1.1**  
*Nivel de depresión por género en los Adultos Mayores de los centros comunitarios "Culhuacanes y Vergeles" 2008-2009.*

<b>Nivel de Depresión</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>	<b>Porcentaje %</b>
Severa	6	0	6
Moderada	10	2	12
Leve	13	0	13
Normal	56	13	69
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

*Fuente: La misma que en la Tabla N°1.*



*Fuente: La misma que en la Tabla N°1.*

La presentación del síndrome depresivo en el grupo de estudio evidencio un nivel medio con una diferencia mínima de porcentaje entre los niveles leves y moderados, predominando el sexo femenino.

**Factores de riesgo en la persona con depresión  
UNAM – ENEO**

**Cuadro 2**

*Relación de sexo y estado civil como factor de riesgo de depresión, en los centros comunitarios de los "Culhuacanes y Vergeles" 2008-2009.  
(Sexo)*

<b>Estado Civil</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Porcentaje %</b>
Soltero	0	5	5
Casado	13	60	73
Viudo (a)	2	14	16
Divorciado	0	6	6
Unión Libre	0	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

*Fuente: La misma que en la tabla N°1*

En la tabla N° (2) muestra que el estado civil predominante de los adultos mayores, en un 73% es el de casado, el 16% refiere estar viudo el 6% divorciado y con una mínima diferencia el 5% soltero, ninguno refiere vivir en unión libre.

**Tabla 3**

*Relación de sexo y escolaridad como factor de riesgo de depresión, en los centros comunitarios de los "Culhuacanes y Vergeles" 2008-2009.*

**(Escolaridad)**

<b>Escolaridad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Nula</b>	5	10	15
<b>Primaria</b>	0	35	35
<b>Secundaria</b>	3	16	19
<b>Bachillerato</b>	0	5	5
<b>C. Técnica</b>	2	14	16
<b>Licenciatura</b>	5	5	10
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

*Fuente: La misma que en la tabla N°1*

En la tabla N°(3) , con respecto al nivel educativo llama la atención el nivel reportado por las entrevistas, refleja como máximo nivel la primaria con un 35%, predominando en el sexo femenino, el 19% refiere tener secundaria, el 16% con carrera técnica, el 15% respondió no haber recibido ninguna instrucción formal en el sistema escolar de México, el 5% de los adultos mayores cursaron el bachillerato, cabe destacar que más del 10% tienen una licenciatura y esta es equitativa entre ambos sexos.

**Tabla 4**

*Relación de edad y estado de depresión como factor de riesgo de depresión, en los centros comunitarios de los “Culhuacanes y Vergeles “2008-2009.*

**(Nivel de Depresión)**

<b>Edad</b>	<b>Severa</b>	<b>Moderada</b>	<b>Leve</b>	<b>S/ depresión</b>	<b>Porcentaje %</b>
60 a 69	6	5	10	41	62
70 a 79	0	6	3	23	32
80 a 89	0	0	0	6	6
90 y más	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	6	11	13	70	100

*Fuente: La misma que en la tabla N°1*

La distribución de la población según la edad (tabla N° 4) señala a los adultos mayores de la población mexicana. El grupo de 60 a 69 años de edad representa 62% de la muestra, es importante resaltar, que el nivel de depresión impera en este grupo en diferentes niveles, el segundo grupo de 70 a 79 años de edad representa el 32 % solo el 9% de esta muestra presenta depresión leve y moderada, finalmente el grupo de 80 a 89 años alcanza el 6% y ninguno presenta depresión.

**Tabla 5**

*Relación de escolaridad y ocupación, como factor de riesgo de depresión, en los centros comunitarios de los "Culhuacanes y Vergeles "2008-2009 (Ocupación %)*

<b>Escolaridad</b>	<b>Hogar</b>	<b>Empleado</b>	<b>Profesional</b>	<b>Porcentaje %</b>
Nula	11	3	0	14
Primaria	31	5	0	36
Secundaria	16	3	0	19
Bachillerato	5	0	0	5
C. Técnica	14	2	0	16
Licenciatura	3	2	5	10
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

*Fuente: La misma que en la tabla N°1*

En la tabla (N° 5) observamos que en los diferentes niveles de escolaridad la ocupación laboral que prevalece en los adultos mayores entrevistados fue la siguiente: La mayoría con un 80% se dedica al hogar, el 15% es empleado, y solo el 5% es profesional.

**Tabla 6**

*Relación de edad y Antecedentes Personales Patológicos, como factor de riesgo en los centros comunitarios de los "Culhuacanes y Vergeles "2008-2009 (Antecedentes Personales Patológicos)*

<b>Edad</b>	<b>Diabetes</b>	<b>Depresión Mayor</b>	<b>Estrés crónico</b>	<b>Hipertensión</b>
60 a 69	9	12	11	13
70 a 79	4	5	5	8
80 a 89	2	1	3	2
90 y más	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>23</b>

*Fuente: La misma que en la tabla N°1*

Es importante destacar que los adultos mayores que presentan alguna enfermedad, oscila en su mayoría el grupo de 60-69 años de edad, seguida después del grupo de 70 a 79 años y finalmente con una menor proporción el

grupo de 80-89 años de edad. Cabe aclarar que algunas (os) participantes tenían más de un antecedente.

**Tabla 6.1**

*Relación de edad y Antecedentes Personales Patológicos, como factor de riesgo en los centros comunitarios de los “Culhuacanes y Vergeles” 2008-2009*

**(Antecedentes Personales Patológicos)**

APP	Si	%	No	%	Fi/ n	%
<b>Diabetes Mellitus</b>	15	24	47	76	62	<b>100</b>
<b>Depresión Mayor</b>	18	29	44	71	62	<b>100</b>
<b>Estrés Crónico</b>	19	31	43	69	62	<b>100</b>
<b>Hipertensión</b>	23	37	39	63	62	<b>100</b>

*Fuente: La misma que en la tabla N°1*

Con respecto a los antecedentes personales patológicos, el 24% de los adultos mayores padece diabetes mellitus, el 29% depresión mayor, el 31% estrés crónico y el 37%.

**Tabla 7**

*Nivel de depresión y Antecedentes Heredofamiliares, en los centros comunitarios de los “Culhuacanes y Vergeles” 2008-2009*

**Nivel de depresión**

AHF	Severa	Moderada	Leve	S/ depresión	Total
<b>Demencia</b>	0	0	0	4	4
<b>E. Alzheimer</b>	0	0	2	4	6
<b>Depresión</b>	1	0	2	6	9
<b>S/ antecedente</b>	3	7	4	29	43
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>43</b>	<b>62</b>

*Fuente: La misma que en la tabla N°1*

**Tabla 7.1**  
*Nivel de depresión y Antecedentes Heredofamiliares, en los centros comunitarios de los "Culhuacanes y Vergeles" 2008-2009*  
**(Nivel de depresión)**

<b>AHF</b>	<b>Severa</b>	<b>Moderada</b>	<b>Leve</b>	<b>S/ depresión</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Demencia</b>	0	0	0	6	7
<b>E. Alzheimer</b>	0	0	3	6	9
<b>Depresión</b>	2	0	3	10	15
<b>S/ antecedente</b>	5	11	6	47	69
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>69</b>	100

*Fuente: La misma que en la tabla N°1*

En la tabla N° (7.1) se observa la relación del nivel de depresión y los antecedentes heredofamiliares en los adultos mayores, el 69% refiere no tener antecedentes de ninguna de las enfermedades anteriormente mencionadas, el 15% tiene antecedente familiar de depresión predominado en los adultos que no presenta depresión, el 9% enfermedad de Alzheimer, el 7% tiene antecedente de demencia.

## 4.2 Interpretación de los Resultados

A continuación se mostrarán los resultados obtenidos y se dará una breve explicación de ellos. Como podemos observar los resultados fueron favorables en la mayoría de las preguntas de la Escala Geriátrica de Depresión con una notoria proporción por cada pregunta, esto nos revela que más de la mitad de los Adultos Mayores de los Centros comunitarios “Culhuacanes y Vergeles” no presenta depresión con un 69%.

No obstante, los resultados reflejan que el género que prevalece en la escala geriátrica de depresión, es el femenino, asimismo el presente estudio evidencia que el 13% presenta depresión leve, con una mínima diferencia de porcentaje seguida de la depresión moderada con un 12%, sin embargo a pesar de tener menor porcentaje la depresión severa con un 6% cobra importancia.

La presentación del síndrome depresivo en el grupo de estudio evidenció un nivel medio con una diferencia mínima de porcentaje entre los niveles leves y moderados. En este mismo punto es importante mencionar que Ribera y Gil (1997), señalan que “la depresión es una enfermedad frecuente en los ancianos: alrededor del 13%”. El porcentaje puede multiplicarse por 2 o 3 veces en el caso de existir una enfermedad médica asociada. Por otro lado el potencial suicida es mayor en el resto de la población, dándose la tasa más elevada de suicidios consumados en los mayores de 75 años. De no tratarse, el trastorno disminuye significativamente la esperanza de vida.

De esta manera el análisis de los datos, permite afirmar que el 31% de los adultos mayores de los centros comunitarios “Culhuacanes y Vergeles” presenta depresión en diferentes niveles, si bien, no es una notable proporción, pero es trascendental señalar que si no se detecta tempranamente los factores de riesgo de la depresión en la población adulta, dicha proporción probablemente aumentará y por consiguiente las consecuencias podrían ser fatales como ya se mencionó con anterioridad, a pesar de que el tema ha ganado un mayor reconocimiento en el espacio público, la depresión en este grupo etario sigue siendo desapercibida en el ámbito social y cultural.

En esta misma línea, hemos identificado ciertos factores de riesgo asociados a la problemática de la depresión geriátrica a continuación se presentan:

Con respecto a los resultados del instrumento de factores de riesgo, muestra que el 85% de los adultos mayores fueron mujeres solo el 15% fueron hombres. Esto se debe a que las mujeres acuden a los centros de desarrollo comunitarios y tienen mayor probabilidad de estar inscritas en diferentes actividades culturales y programas sociales que se imparten en dicho centro por lo que se esperaba su sobre representación.

La depresión es considerada como el desorden funcional más común en diferentes edades tiende a aumentar en el adulto mayor de sexo femenino, siendo diversos los factores etiológicos y elementos asociados como el género. (Vera ,2000).

En base a la relación entre las variables sexo y el estado civil, este punto es importante ya que los adultos mayores entrevistados refieren estar casados con un 73% más de la mitad de la muestra, mientras que el 16% señala estar viudo, el 6% divorciado y 5% soltero con una diferencia mínima de 1%, cabe destacar que ninguno vive en unión libre.

Describe Gil Monte (1997), que “los casados expresan menor índice de no padecer el síndrome que los solteros, puesto que conviven con una pareja estable proporcionando seguridad”.

Por otra parte Álvarez ,(2008) señala que el divorcio y la viudez constituyen acontecimientos vitales estresantes y afectan a la red de apoyos sociales, aumentado así el riesgo de padecer un trastorno depresivo, en este mismo sentido los trastornos afectivos pueden favorecer una ruptura marital.

Por otro lado, acerca del nivel educativo, llama la atención el nivel reportado por las entrevistas, refleja como máximo nivel la primaria con un 35% predominando este en el sexo femenino, hay que destacar que el bajo nivel escolar se encuentra asociado con las escasas oportunidades para el ingreso a la enseñanza, por otra parte muchas veces se debía abandonar el papel de estudiante, para contribuir con la economía familiar. Solamente el 10% del os adultos mayores tiene una licenciatura y esta predomina en ambos sexos.

La distribución de la población según la edad, señala a los adultos mayores de los centros de desarrollo comunitarios. El grupo de 60 a 69 años de edad representa 62% de la muestra, es primordial resaltar, que el nivel de depresión impera en este grupo de edad en diferentes niveles.

La asociación de las variables escolaridad y ocupación es la siguiente: los quehaceres del hogar continúan siendo la principal actividad con un 80%, cabe recordar que la mayoría de los adultos mayores entrevistados tienen como máximo nivel escolar la primaria.

En diversos estudios se ha encontrado que la ausencia del vínculo laboral y la asociación de las variables escolaridad y ocupación es la siguiente: los quehaceres del hogar continúan siendo la principal actividad con un 80%, cabe recordar que la mayoría de los adultos mayores entrevistados tienen como máximo nivel escolar la primaria, después de la jubilación está relacionada con la depresión, el empleo cumple funciones, y establece el marco que permite la subsistencia al individuo en el área económica; los beneficios aportan una estructuración del tiempo diario, un nivel de actividad, y por ende el intercambio de relaciones sociales, identidad, estatus personal y un sentido de utilidad. (Vera, 2000)

Con respecto a la relación de la edad con los antecedentes personales patológicos refleja que en el grupo de 60-69 años aparece diferentes enfermedades principalmente de hipertensión con un 37% , seguida con una diferencia del 6% el estrés crónico con un 31% y el 29% refiere presentar depresión mayor, solo el 24% tiene diabetes mellitus. Cabe aclarar que algunas (os) participantes tenían más de un antecedente. Las enfermedades crónicas es una constante en los ancianos, y estas pueden inducir o agravar el síndrome depresivo. (Serna, 2000).

En base a los antecedentes familiares, en la tabla 7.1 se observa la relación entre el nivel de depresión y los antecedentes heredofamiliares de los adultos mayores, el 69% expresa no tener antecedentes de ninguna de las enfermedades anteriormente mencionadas.

Cabe enfatizar que el 15% tiene antecedente familiar de depresión, el 9% enfermedad de Alzheimer, el 7% de demencia, todos estos datos prevalecen en los adultos mayores que no presentan depresión.

A pesar de que solo el 31% de los adultos tiene antecedentes familiares, es substancial recordar que la demencia se asocia con frecuencia en los pacientes ancianos. Según diversos estudios la depresión puede ocurrir en un 25% de los pacientes con demencia (puede ser una manifestación inicial) y el cuadro demencial en el 15% de los pacientes con depresión.

De la misma forma, se identificó la relación de las variables sexo y hábitos personales, obteniendo los siguientes resultados, el 87% no tiene hábito de fumar, a pesar de ello, el 13% si presenta este hábito en su mayoría mujeres.

El 77% de los entrevistados señala no consumir alcohol, en menor proporción pero significativa el 23% de los adultos mayores consume alcohol predominado las mujeres este rubro.

### **4.3 Conclusiones**

En conclusión en los centros de desarrollo comunitario “Culhuacanes y Vergeles”, se determinó que los adultos mayores, no presentan depresión con un 69%, sin embargo poco menos de la mitad padece depresión con 31%, no obstante este hecho fue trascendental, ya que se obtuvieron hallazgos significativos en el estudio que confirman la relación entre los factores de riesgo y la depresión en los adultos mayores de los centros comunitarios “Culhuacanes y Vergeles”, en el cual prevaleció el grupo etáreo de 60 a 69 años siendo este donde se presentaba depresión, y la aparición de diferentes como: hipertensión y el estrés crónico. Además se identificó que la mayoría de los adultos mayores que tienen depresión, casi en su totalidad fueron mujeres, es por ello que el género femenino fue representativo, la relación de las variables escolaridad y ocupación nos dieron como resultado, un bajo nivel de escolaridad (primaria) y la mayoría de los adultos mayores se dedica al hogar.

En general podemos decir que uno de los grandes obstáculos del adulto mayor es la depresión, y para que este problema sea adecuadamente atendido por las diferentes instituciones, primero el equipo de salud debe hacer conciencia de este problema de salud pública; no solamente se necesita una gran campaña de sensibilización con los adultos mayores, como la que ya se empieza a notar en diferentes ámbitos de nuestra sociedad, sino que debe establecerse un vínculo principalmente de la familia y el equipo multidisciplinario de salud.

En este caso enfermería es una gran promotora a favor de la salud, principalmente en el primer nivel de atención, donde se pueden detectar estos factores de riesgo, y evitar costos de hospitalización y enseñar hábitos que pueden ser saludables para su salud.

Estos resultados, servirán de base para investigaciones futuras, relacionadas con tema, y por ende destacar la participación de enfermería, ya que con esto contribuirá con sus conocimientos y mediante el uso de escalas que permitan detectar tempranamente este problema de salud que afecta a nuestros pilares de la sociedad

#### **4.4 Sugerencias**

En este estudio se pretende también dar mayor información sobre los factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores, así como tratar de lograr un beneficio en la salud de los mismos, abordando la problemática, desde la perspectiva de enfermería, con el fin de encontrar otras alternativas de solución. En esta investigación su objetivo primordial es beneficiar a los adultos mayores de los centros comunitarios “Culhuacanes y Vergeles”.

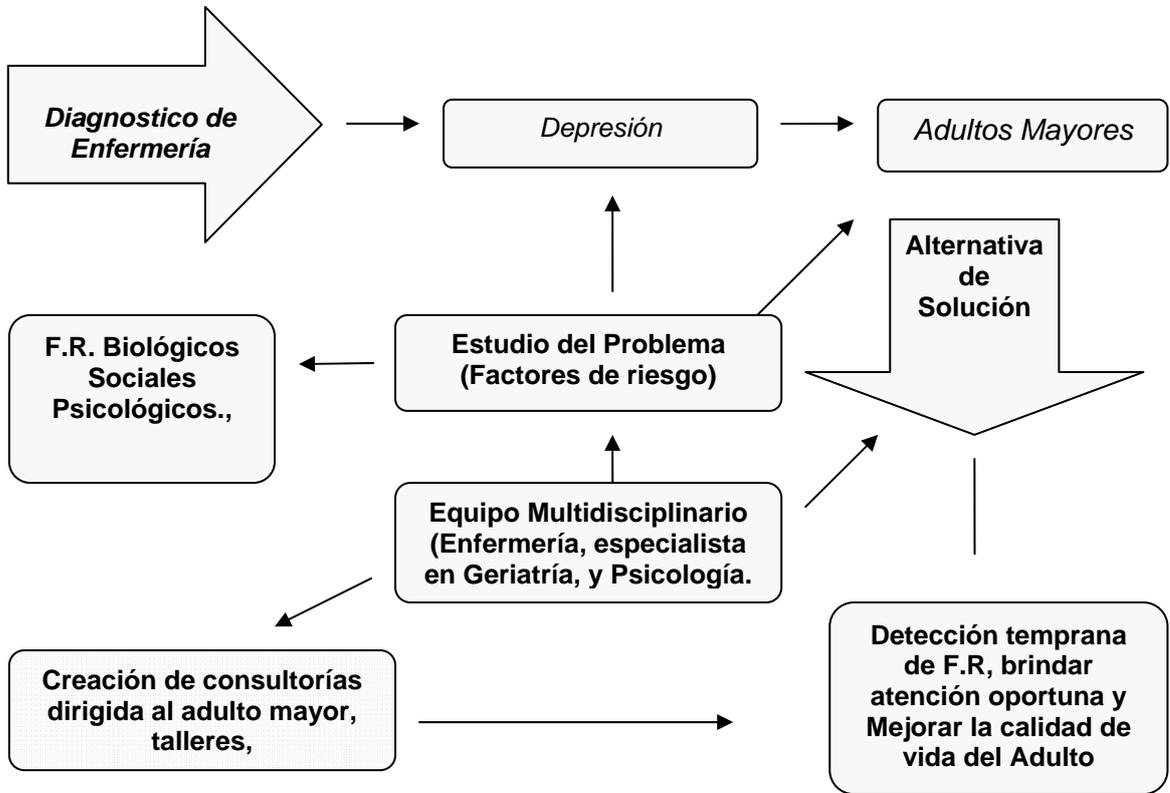
En base a los resultados obtenidos en la presente investigación mi propuesta es la siguiente:

- Las exigencias sociales de toda la población requiere, en una sociedad donde la presencia de los adultos mayores es tan importante , requiere por parte de los profesionales de enfermería una formación sustentada en una base científica, una formación continua tanto en la asistencia clínica como en el trato y manejo del adulto mayor.
- Dentro del mismo Megaproyecto, en el Modelo de enfermería para la atención preventiva y terapéutica de personas con enfermedades neurodegenerativas y sus familiares.
- Brindar consultorías de enfermería dirigidas al adulto mayor en la comunidad.
- Realizar un diagnóstico de enfermería, para conocer cuáles son los factores de riesgo que generan la depresión en los adultos mayores. Asimismo conocer las características de la población a estudiar.
- Este diagnóstico se realizará mediante el uso de herramientas, como la Escala Geriátrica de depresión, cuestionario corto de 15 preguntas creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. Para obtener una mejor correlación del GDS, sería adecuado el uso del DSM-IV.
- Cabe recordar que estas dos escalas no reemplaza la entrevista con los profesionales de salud mental, pero si nos proporcionará un diagnóstico probable que será de gran ayuda para evitar consecuencias fatales en el adulto mayor.
- Tratar un tema tan complejo como la depresión implica seria dificultades metodológicas que no pueden resolverse en una encuesta cuantitativa. Interrogar en una entrevista de 30 minutos sobre un tema tan delicado, en donde necesariamente se tocan asuntos íntimos y delicados, lleva consigo tanto riesgos tanto para la persona entrevistada a la que se le puede provocar una crisis emocional. Por ello se debe tener una capacitación previa en la actuación de una crisis emocional en el adulto mayor.

- Dentro de la misma consultoría de enfermería realizar talleres, de desarrollo humano, motivación, personal, musicoterapia, e invitar a expertos en esta área, que sean de gran beneficio para el adulto mayor.
- Diferenciar depresión de otras enfermedades crónicas degenerativas que son propias de la población adulta mayor.
- Trabajar conjuntamente con el equipo multidisciplinario de salud, en este caso con psicología, enfermería especialista en geriatría, para brindar una mejor atención al adulto mayor. Particularmente con psicología para confirmar el diagnóstico de probable depresión en el adulto mayor.
- Llevar un seguimiento de los pacientes con probable depresión, para ver su evolución, e identificar nuevos casos.
- Asistir a cursos, congresos, diplomados, especialidad en geriatría que beneficien al adulto mayor, para contar con nuevos conocimientos y experiencias, que beneficien al adulto mayor.

Por último la participación de enfermería es fundamental, es el profesionalista que se preocupa por la prevención y detección temprana de factores de riesgo de las diferentes enfermedades que afectan a la población, asimismo brinda intervenciones que favorecen a una mejor calidad de vida.

**Esquema de Sugerencias.**



Fuente: Montes C. M, del Megaproyecto Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública, SDEI PTID 0.5.5, ENEO 020 (2008-2009).

## **Bibliografía**

Aguera O. L., Martínez M, (2004) ***Psiquiatría Geriátrica***, Barcelona España  
Masson.

Amforciea, M., (2002), ***Secretos de la Geriatría***, EE.UU. Pensylvania, 2ª Edición,  
Ed. Mc Graw Hill Interamericana.

Álvarez, E., (2008), ***Sintomatología Depresiva Atención Primaria***, Barcelona  
España, Ed. Morce Medica Books.

Ballesteros, J. S., (2004), ***Gerontología Un saber multidisciplinar***, Madrid  
España, editorial universita.

Belsky, J. K., (1996), ***Psicología del envejecimiento Teoría, investigaciones e  
intervenciones***, Barcelona España, Ed. MASSON.

Calderón N. G., (1990), ***Depresión Causas manifestaciones y tratamiento***,  
México, D.F., Ed. Trillas.

Espinosa A. A., (2007), ***Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y  
tratamiento en adultos mayores***, Salud Mental Instituto Nacional de Psiquiatría  
Juan Ramón de la Fuente, México D.F.

Guerra, M., (1997), ***Aspectos Clínicos de la depresión en la Aduldez Mayor***,  
Lima Perú, Ed. Limusa.

Goerke H, (1984) ***3000 Años de Historia de la Medicina: De Hipócrates a la  
Medicina Bioquímica***, Barcelona, Ed. castellana.

González N. M., (2001), ***Depresión un enfoque Gerontológico***, Madrid España,  
Ed. 2010.

Kaplan H, Sadock, BJ. (2000) ***Sinopsis de psiquiatría***. Washington, Ed. Médica  
Panamericana.

Kriten, M., (2008), **Enfermería Geriátrica Competencias Asistenciales**, Madrid España, Ed. Mc Graw Hill Interamericana.

Lemoine P., (2000), **La depresión una guía práctica y exhaustiva para los pacientes y su entorno**, EE.UU, Ed. Capital Intelectual.

Loo H., (2007), **La enfermedad depresiva**, Paris Francia Ed. Siglo XXI.

Mishara B. L., (1995) **El Proceso del envejecimiento**, Madrid España Ed. Marata.

Baptista, P., Fernández, Sampieri, R., (2003), **Metodología de la Investigación**. México. 3ª.ed, Ed. Mc Graw Hill

Ham, R., Robledo, L., (2001),”**El envejecimiento demográfico en México: Importancia económica, social y política**.”México, Ed. Panamericana.

Staab A. S., Hodges L.C. (1997), **Enfermería Gerontológica**, Barcelona España, Ed. Mc Graw Hill Interamericana.

Serna de Pedro, (2000), **Manual de psicogeriatría clínica**, Barcelona, Ed., Masson.

Tomey AM, Raile M., (2000), **Modelos y teorías en Enfermería**. España, 4ª edición, Ed.Harcourt.

Vera, J., (2000), **ABC de la Depresión en Personas Mayores**. Madrid España, Ed. Aula Médica.

### **Hemerografía**

Aguilar Navarro, Sara Gloria, Fuentes Cantú Alejandro, (2007) **Salud Pública** México.Vol.49 (4).p. 467-468.

Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G, (2007) **Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años**. Vol.49 (4).p. 474

Leal M. D., Flores, C, Borboa, G. C. (2006), **La geriatría en México**, Vol. III (3) pp.6

Montes de Oca Verónica, (2007) **Salud Pública**, México/ Vol. 49, Edición Especial, XII Congreso de Investigación Pública.

Olazo Obando Fressia Angélica, (2007) **Nivel de Depresión según género y apoyo familiar en adultos mayores**, Revista de Ciencias de la Salud, 2 (2), México, pp. 1-2

**Fuente electrónica:**

(n.d.) .Centros de desarrollo comunitarios, obtenida el 2 de septiembre del 2009 de [http://www. gobierno del distrito federal](http://www.gobierno-del-distrito-federal)

(n.d). Gente grande, obtenida el 29 de Agosto del 2009, de [http://www. inapam.gob.mx](http://www.inapam.gob.mx)

Kurлович, L., (2007) **Prácticas de excelencia de los cuidados de enfermería en los Adultos Mayores**, Obtenida el 27 de Agosto del 2009. <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>

(n.d.) Instituto nacional de Geriatría, obtenida el 3 de septiembre del 2009 de [http://www. salud.gob.mx/unidades/epide](http://www.salud.gob.mx/unidades/epide).

# Anexos

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Nuevas Estrategias Epidemiológicas Genómicas y Proteómicas. En Salud Pública. SDE PTID. 05.5

Modelo de Enfermería para la Atención Preventiva y Terapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer, ENEO, 020.

<b>Escala Geriátrica de Depresión (GDS) de Yesavege (versión corta)</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	¿Está satisfecho (a) con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿A menudo se encuentra aburrido (a)?	1	0
5	¿Tiene buen ánimo con frecuencia?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz la mayoría del tiempo?	0	1
8	¿A menudo se siente abandonado (a)?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa que salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno (a) de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
	Total:		

**Hora termino:** \_\_\_\_\_ **Tiempo Total:** \_\_\_\_\_ **Puntaje:** \_\_\_\_\_

**Aplicado por:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

### **Escala de Nivel de Depresión**

Normal	0-4
Depresión Leve	5-8
Depresión Moderada	8-11
Depresión Severa	12-15



**Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**  
**Universidad Nacional Autónoma de México**



**Instrumento para determinar los factores de riesgo en la persona con Enfermedad Neurodegenerativa**

I. El presente instrumento tiene como propósito determinar los factores de riesgo que pudieron haber influido en las personas con Enfermedad de Alzheimer. Se aplicará a las personas cuidadores primarios quienes responderán voluntariamente y las respuestas serán estrictamente confidenciales.

Este estudio pertenece al Megaproyecto “Nuevas Estrategias Epidemiológicas, Genómicas y Proteómicas en Salud Pública”, coordinado por la Facultad de Medicina con clave 5DEI. PTID. 05.5 del cual se deriva el “Modelo de Enfermería para la atención preventiva y terapéutica en personas con Enfermedad de Alzheimer” en el que participa la ENEO cuya clave de registro es el folio 020, del cual se deriva una sublínea de investigación “Factores de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer”.

II. Instrucciones: El entrevistador es quien marcara con una X la respuesta que le proporcione el encuestado.

III. Datos de identificación del cuidador primario

Nombre: _____
Edad: _____
Parentesco con el paciente con EA: _____
Años de conocer y convivir con el paciente: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Ficha de identificación del paciente

Nombre: _____
1) Edad (años cumplidos): _____
2) Sexo:        Masculino ( )        Femenino ( )
3) Estado civil:    Soltero ( )        Casado ( )        Divorciado ( )        Unión Libre ( )

	C	I
Nula		
Primaria		
Secundaria		
Bachillerato		
Carrera técnica		
Licenciatura		
Otra ¿Cuál?		

¿EJERCICIO? SI ( ) NO ( )  
 OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 ROL EN EL TRABAJO:

SABE:  
 Leer SI ( ) NO ( )  
 Escribir SI ( ) NO ( )

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	SI	OBSERVACIONES
SINDROME DE DOWN			
HIPOTIROIDISMO			
DEMENCIA			
ALZHEIMER			
DEPRESIÓN			
<b>ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS</b>			
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL			
DIABETES MELLITUS			
TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO			
ENFERMEDAD TIROIDEA			
DEPRESIÓN MAYOR			
ESTRÉS CRÓNICO			
HIPERTENSIÓN			

HABITOS PERSONALES	NO	SI	OBSERVACIONES
ANTEC. TABAQUISMO			
TABAQUISMO ACTUAL			
ANTEC. ALCOHOLISMO			
ALCOHOLISMO ACTUAL			

ALIMENTACIÓN CONSUMO DE:	SI	NO	NUM. DE VECES POR SEMANA Y CANTIDAD APROXIMADA
VERDURAS			
FRUTAS			
POLLO			
CARNES ROJAS			
PESCADO			
CAFÉ/TE			
LECHE			
DERIV. LACTEOS			
AGUA			
SUPL. ALIM.			

ACTIVIDAD COGNITIVA	SIEMPRE 4	CASI SIEMPRE 3	ALGUNAS VECES 2	CASI NUNCA 1	NUNCA 0
VER LA TV					
LEER PERIODICOS					
LEER REVISTAS					
LEER LIBROS					
HACER CRUCIGRAMAS U OTROS					
JUGAR NAIPES O CON FICHAS					
VISITAR MUSEOS					
TOTAL					
Actividad cognitiva	28-21 máxima	20-10 moderada	9-0 mínima		

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Nuevas Estrategias Epidemiológicas y Proteómicas en Salud Pública.
Secretaría de Desarrollo Institucional.
Programa Transdisciplinario y desarrollo 0.5.5



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

DATOS GENERALES

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

VIVE CON: \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN Y OTORGA EL CONSENTIMIENTO: \_\_\_\_\_

Participante ( ) Representante Legal ( ) Familiar ( )
Parentesco \_\_\_\_\_

- 1. Declaro en forma libre y voluntaria sin existir ninguna presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido por las explicaciones que se me han proporcionado, el propósito y los riesgos del procedimiento, aclarando las dudas que me he planteado. Así mismo declaro que he leído y comprendido totalmente el consentimiento y los espacios en blanco han sido llenados antes de firmar.
2. Estoy enterado que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que otorgo.

POR LO TANTO Y CON LA ANOTACIÓN VERBAL Y ESCRITA AUTORIZO QUE SE ME (LE) REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS PLANTEADOS.

ACEPTO EL PROCEDIMIENTO: SI ( ) NO ( )

En: \_\_\_\_\_ Lugar y fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que dio el consentimiento principal

Nombre y firma del investigador

TESTIGOS

Nombre y firma

Nombre y firma