



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS:

**“FUNCIONALIDAD MENTAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 120 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL”**

QUE PRESENTA:

GARCIA RODRIGUEZ RAQUEL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ

MEXICO, D.F. ENERO DEL 2011



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA

DIRECCIÓN

Oficio de Fecha de Examen

Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ
JEFE DE LA UNIDAD DE
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE

Comunico a usted que el alumno (a) **GARCÍA RODRÍGUEZ RAQUEL**, con número de Cuenta **405089750**, de la Carrera de **Licenciatura en Enfermería** se le ha fijado el día **21** del mes de **enero** del año **2011** a las **10:00** hrs. , para presentar el examen profesional, que tendrá lugar en la Sala de Exámenes Profesionales de esta Facultad, con el siguiente jurado:

PRESIDENTE:
DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

V O C A L:
DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ

SECRETARIO:
MTRA. IRMA CORTES ESCÁRCEGA

SUPLENTE:
LIC. GABRIELA MENDOZA PESQUERA

SUPLENTE:
LIC. SANDRO MÉNDEZ GARCÍA

[Handwritten signatures of the jury members]

Opción de titulación: **TESIS**

El título de la prueba escrita es: "FUNCIONALIDAD MENTAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 120 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL".

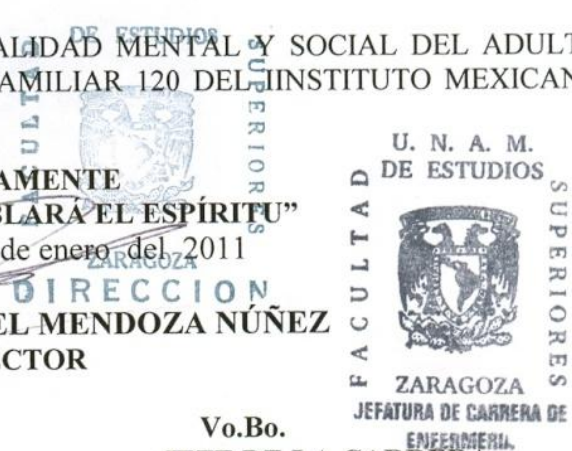
ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 6 de enero del 2011

DR. VÍCTOR MANUEL MENDOZA NUÑEZ
DIRECTOR

Oficina de exámenes

Profesionales y de
Grado.
MTCP*JGP*esmeralda*

Vo.Bo.
JEFE DE LA CARRERA
[Signature]
DRA. MARIA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ.





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la Tesis titulada **"FUNCIONALIDAD MENTAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 120 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"** preparada por la alumna **C. RAQUEL GARCÍA RODRÍGUEZ** con número de cuenta **405089750**, me permito comunicarle que después de haberla revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 07 de septiembre de 2010.

PRESIDENTE

DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la Tesis titulada **"FUNCIONALIDAD MENTAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 120 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"** preparada por la alumna **C. RAQUEL GARCÍA RODRÍGUEZ** con número de cuenta **405089750**, me permito comunicarle que después de haberla revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 07 de septiembre de 2010

VOCAL

DRA. MARÍA SUSANA GONZÁLEZ VELÁZQUEZ





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la Tesis titulada **"FUNCIONALIDAD MENTAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 120 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"** preparada por la alumna **C. RAQUEL GARCÍA RODRÍGUEZ** con número de cuenta **405089750**, me permito comunicarle que después de haberla revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 07 de septiembre de 2010

SECRETARIO

MTRA. IRMA CORTES ESCARCEGA





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la Tesis titulada **"FUNCIONALIDAD MENTAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 120 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL"** preparada por la alumna **C. RAQUEL GARCÍA RODRÍGUEZ** con número de cuenta **405089750**, me permito comunicarle que después de haberla revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D .F., a 07 de septiembre de 2010

SUPLENTE

G. Mendoza P.

LIC. GABRIELA MENDOZA PESQUERA





UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E.

Con respecto a la Tesis titulada "**FUNCIONALIDAD MENTAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 120 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**" preparada por la alumna **C. RAQUEL GARCÍA RODRÍGUEZ** con número de cuenta **405089750**, me permito comunicarle que después de haberla revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará la mencionada alumna.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente

"**POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU**"
México, D.F., a 07 de septiembre de 2010

SUPLENTE

LIC. SANDRO MENDEZ GARCÍA



DEDICATORIAS:

- ❖ *A mis padres: Lorenzo García Soto y Bernarda Rodríguez Rodríguez, por enseñarme a luchar hacia delante, por su gran corazón y capacidad de entrega, pero sobre todo por enseñarme a ser responsable, gracias a ustedes he llegado a esta meta la cual constituye la herencia más grande que pudiera recibir.*

- ❖ *A mis abuelos y todos los miembros de mi familia que ya han partido y aunque en el cielo se encuentran, siempre su recuerdo estará presente en mi mente y corazón.*

Con amor y respeto.

AGRADECIMIENTOS:

- ❖ *A Dios, le doy gracias por el maravilloso don de la vida y la salud, por la familia que tengo, por haberme permitido llegar hasta aquí, y le pido me dé las fuerzas necesarias para continuar adelante en esta bella vocación.*

- ❖ *A mi Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por darme la oportunidad de forjarme y aprender como profesional.*

- ❖ *A mi directora de Tesis, Dra. María Susana González Velázquez por compartir conmigo su valioso tiempo e interés en la realización de mi tesis profesional.*

- ❖ *A mis sinodales por sus valiosas aportaciones y conocimientos que enriquecieron este trabajo.*

- ❖ *A los trabajadores y derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 120 del IMSS, lugar donde surgió este trabajo, en especial a la Dra. María Teresa Barrón Tirado por su gran apoyo durante mi servicio social.*

A todos ¡Gracias!

INDICE

1.	Introducción	1
2.	Justificación	3
3.	Marco Teórico	5
3.1	Envejecimiento	5
3.1.1	Algunos aspectos sociales del envejecimiento	7
3.2	Adulto Mayor	9
3.3	Geriatría y Gerontología	10
3.4	Valoración gerontológica de Enfermería	10
3.5	Valoración del estado mental	12
3.5.1	Valoración psicoafectiva	16
3.5.2	Depresión	17
3.5.3	Consecuencias de la depresión en el adulto mayor	20
3.5.4	Valoración de la depresión mayor desde los patrones funcionales de salud	21
3.6	Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.	24
3.6.1	Criterios de referencia al médico psiquiatra	24
3.7	Intervenciones de enfermería en el adulto mayor con depresión	25
3.8	Valoración social y familiar	28
3.8.1	El adulto mayor y su entorno	30
3.8.2	Matrimonio y viudez en la edad senil	34
3.8.3	Las relaciones con los demás y la soledad	35
3.9	Maltrato a los adultos mayores	36
3.10	Cambios sociales en el adulto mayor	36
3.10.1	Cambio de rol individual	37
3.10.2	Cambio de rol en la comunidad	38
3.10.3	Cambio de rol laboral	38
3.11	Aislamiento social	39
3.12	Intervenciones de enfermería con el adulto mayor que presenta aislamiento social	41
3.13	Ejercicio físico y otras actividades de recreación en el adulto mayor	42
3.14	Estado del arte	44

4.	Planteamiento del problema	52
5.	Objetivos	53
5.1	Objetivo general	53
5.2	Objetivos específicos	53
6.	Material y métodos	54
6.1	Tipo de estudio	54
6.2	Diseño	54
6.3	Población en estudio	54
6.3.1	Muestreo	54
6.4	Criterios de selección	54
6.4.1	Criterios de inclusión	54
6.4.2	Criterios de exclusión	54
6.4.3	Criterios de eliminación	54
6.5	Variables	55
6.6	Instrumentos utilizados	55
6.7	Piloteo	56
6.8	Recolección de la información	56
6.9	Diseño estadístico	57
6.10	Operacionalización de variables	57
7.	Aspectos éticos y legales	60
8.	Resultados	61
8.1	Resultados del grupo de adultos mayores que realiza ejercicios físicos en la unidad	61
	Cuadro 1. Distribución por edad y sexo de los adultos mayores que realizan ejercicios físicos en la unidad	61
	Gráfica 1. Estado civil de los Adultos Mayores que realizan ejercicio físico	62
	Cuadro 2. Ocupación de los adultos mayores que realizan ejercicio físico	62
	Cuadro 3. Escolaridad de los adultos mayores que realizan ejercicio físico	63
	Cuadro 4. Percepción de ingresos económicos de los adultos mayores que realizan ejercicio físico	63
	Cuadro 5. Religión de los adultos mayores que realizan ejercicio físico	64

	Cuadro 6. Con quienes viven los adultos mayores que realizan ejercicio físico	64
	Cuadro 7. Como consideran su salud los adultos mayores que realizan ejercicio físico	65
	Cuadro 8. Depresión en el adulto mayor que realiza ejercicio físico	66
	Cuadro 9. Presencia de deterioro mental o cognitivo de los adultos mayores que realizan ejercicio	67
	Cuadro 10. Aislamiento social en los adultos mayores que realizan ejercicios	67
8.2	Resultados del grupo que no realiza ejercicio físico	68
	Cuadro 11. Distribución por edad y sexo de los derechohabientes encuestados que no realizan ejercicios físicos en la unidad	68
	Gráfica 2. Estado civil de los adultos mayores que no realizan ejercicio físico	69
	Cuadro 12. Ocupación actual de los adultos mayores que no realizan ejercicio físico	69
	Cuadro 13. Escolaridad del grupo de adultos mayores que no realizan ejercicio físico	70
	Cuadro 14. Percepción de ingresos económicos de los adultos mayores que no realizan ejercicio físico	70
	Cuadro 15. Religión de los adultos mayores que no realizan ejercicio físico	71
	Cuadro 16. Con quienes viven los adultos mayores que no realizan ejercicio físico	71
	Cuadro 17. Como consideran su salud los adultos mayores que no realizan ejercicio físico	72
	Cuadro 18. Depresión en el adulto mayor que no realiza ejercicio físico	73
	Cuadro 19. Grado de depresión que presentaron los adultos mayores del grupo que no realiza ejercicio físico	73
	Cuadro 20. Presencia de deterioro mental o cognitivo de los adultos mayores que no realizan ejercicio	74
	Cuadro 21. Aislamiento social en los adultos mayores que no realizan ejercicios	75
8.3	Correlaciones de Pearson	76
	Cuadro 22 Correlación de Pearson en el grupo que realiza ejercicio físico	76

	Cuadro 23 Correlación de Pearson en el grupo que no realiza ejercicio físico	77
9.	Discusión	78
10.	Conclusiones	81
11.	Recomendaciones	82
12.	Referencias bibliográficas	83
	Anexos	89
	Anexo 1	90
	Anexo 2	91
	Anexo 3	92
	Anexo 4	94
	Anexo 5	96

1. INTRODUCCION

El Adulto Mayor (AM) es toda persona de 60 años y más, México es un país en el que cada día este grupo etáreo se hace más grande debido al cambio demográfico que se está viviendo, es un país en transición donde los problemas emocionales aunados a los mentales y sociales conforman un complejo rubro que atender ocasionando alta demanda de atención en instituciones de salud.

En México el grupo de Adultos Mayores es el que ha crecido más rápidamente desde hace 15 años. Su crecimiento anual es de 3.75%, lo que significa que duplicará su tamaño actual cada 18.7 años.¹

La vejez trae consigo trastornos propios de la edad, que terminan disminuyendo la calidad de vida, la cual engloba aspectos de la salud física, la salud mental, los aspectos sociales, el hábitat y la infraestructura, los aspectos económicos, los espirituales, la justicia y la seguridad. El derecho a una mejor calidad de vida para los adultos mayores es frecuentemente olvidado por las personas que lo rodean e incluso por ellos mismos, ya que algunos creen que no pueden estar en mejores condiciones de vida porque ya pasaron sus años productivos; esto es lamentable porque este derecho se vincula directamente con la dignidad del ser humano.

Esta investigación plantea la problemática que enfrenta el adulto mayor desde el enfoque social y mental valorándolos desde esta perspectiva; no se pretende restar importancia a la valoración del estado físico (ya que la Enfermería integra sus cuidados en todas las esferas del ser humano), sino destacar la importancia de la detección de estos problemas que afectan a los adultos mayores de la unidad donde se realizó el estudio.

El presente trabajo está integrado en varios capítulos de la siguiente manera: el capítulo 1 presenta un marco teórico que plantea las teorías que dan lugar al envejecimiento del hombre, se define al Adulto Mayor según la Norma Oficial Mexicana para delimitar los conceptos utilizados y se hace referencia a los

cambios en el hombre cuando entra en la llamada tercera edad y después en la senectud, sin lugar a dudas, son cambios inevitables que la persona no está preparada para vivirlos ocasionando desequilibrios emocionales, que involucran a la familia y muchas veces el adulto mayor sufre incompreensión.

El capítulo 2 plantea la problemática actual en torno al envejecimiento, destacando enfermedades sociales como depresión y aislamiento de donde surge la pregunta de investigación la cual es: ¿Cuál es la funcionalidad mental y social que presenta el Adulto Mayor que realiza ejercicio físico en relación a los que no lo realizan en derechohabientes de la U.M.F. No. 120 del IMSS?

El capítulo 3 de este trabajo corresponde al objetivo general y los específicos de esta investigación.

En el capítulo 4 se describe la metodología utilizada para la realización del trabajo, desde los criterios de selección de la muestra, instrumentos utilizados, variables de estudio hasta el tratamiento estadístico que se le dio a la información obtenida. También se menciona que el tipo de estudio fue transversal y descriptivo, con 60 adultos mayores derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar (U.M.F.) No. 120 del IMSS. Cabe mencionar que la muestra dividida en dos subgrupos, uno de personas que realizan ejercicio físico y otro que no realiza para fines comparativos. En todo momento el estudio se apego a los lineamientos de Helsinki así como de la Ley General de Salud en Materia de Investigación.

En el capítulo 5 se presentan los resultados obtenidos en dos partes, la primera del grupo que realiza ejercicio físico en la unidad y la segunda del grupo de personas que no realizan ejercicio físico ni dentro ni fuera de la unidad.

Finalmente, en el capítulo 6 se presenta un análisis y conclusiones donde observamos que el grupo de adultos mayores que realizan ejercicio físico presentan una mejor funcionalidad mental y social en relación a los que no lo realizan.

2. JUSTIFICACION

El inminente envejecimiento de la población mundial está ocasionando una importante movilización económica, política, social y de prestaciones médicas a nivel internacional, esto tiene y tendrá consecuencias y repercusiones en todos los ámbitos de la vida diaria de hombres y mujeres. La proporción de ancianos creció en forma continua durante el siglo XX. En 1950, la proporción de personas de la tercera edad era del 8%; en 2000, del 10%; y en 2050 se proyecta que llegará al 21%. Actualmente se estima que en el mundo existen 629 millones las personas de 60 años o más. Se prevé que esta cifra aumentará a casi 2.000 millones en 2050.ⁱⁱ Existen diferencias regionales en relación al número de personas de la tercera edad, el continente europeo presenta la mayor proporción, mientras que en América Latina y el Caribe existen aproximadamente 41.3 millones de personas de 60 años y más. México es un país que también se encuentra en esta dinámica de envejecimiento, en el año 2007 el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), reportó un incremento de 7.5 a 8.5 millones de adultos mayores en el periodo 2005 a 2007, representando un 7.3% de la población total.ⁱⁱⁱ

Otro cambio importante para nuestro país a consecuencia de los grandes avances científicos y tecnológicos, fue el aumento de la esperanza de vida para la población en general por lo que la atención a los Adultos Mayores cobra una gran importancia en el ámbito del sistema de salud. La esperanza de vida se calcula en 73.1 años para hombres y 77.8 para mujeres^{iv}, lo cual implica mayor sobrevivencia, aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con enfermedades crónicas por lo que este grupo etáreo obliga al profesional de enfermería y otras áreas a prepararse para otorgar atención y cuidados así como detección de estilos de vida que llevan a la pérdida de la salud.

Problemas mentales y afectivos como la depresión geriátrica y la pérdida de la funcionalidad mental, constituyen un gran problema de Salud Pública y representan una importante dificultad para el paciente y familia, generando dependencia hacia otras personas llegando a convertirse algunas veces en una

“carga” para la familia en la que muchas veces se le considera como una persona que ha dejado de ser útil en la sociedad, y a las instituciones, ya que también se asocia a polifarmacia y sobredemanda en servicios de salud.^v

Además de la importancia de la valoración de las capacidades físicas es imprescindible que el sistema de atención en salud se enfoque también hacia la situación mental y social del Adulto Mayor con el fin de evitar consecuencias psicológicas, sociales y físicas ya que según se ha observado, los trastornos mentales y sus efectos, ocupan un importante lugar en las salas de consulta externa y causas de hospitalización.

El personal de atención primaria es clave para la evaluación del estado físico, mental y social de las personas mayores por lo que es importante que se realicen estudios de distintas disciplinas y no solamente desde el punto de vista médico, ya que desde el momento de establecer contacto con el paciente geriátrico, todos formamos parte de la atención y educación así como intervenciones con el fin de mejorar su calidad de vida.

Por último, el adulto mayor requiere de un cuidado multidisciplinario efectivo, que incluya no solo la recuperación sino también, la promoción de la salud, el crecimiento individual, familiar y social. Dentro de este contexto, la enfermería profesional debe proporcionar su contribución con una perspectiva propia del cuidado de enfermería identificando los principales diagnósticos enfermeros para estandarizar planes de cuidados a estos pacientes y a su familia que acuden a las instituciones de salud y que se encuentran en la comunidad, encaminados hacia la promoción de la salud física y mental.^{vi}

Por los distintos problemas mencionados anteriormente es imprescindible que se realicen estudios cuantitativos y cualitativos por lo que se hace necesaria esta investigación cuyo propósito es valorar la funcionalidad mental y social del adulto mayor que realiza ejercicio físico en relación con el adulto mayor que no lo realiza.

3. MARCO TEORICO

3.1 Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso biológico inherente a todos los seres vivos que comienza desde el nacimiento y termina con la muerte; este proceso también llamado senescencia por Bourliere presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales, éstas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en que se desarrolle el individuo, sus condiciones y calidad de vida. Según Langarica Salazar (1993), el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas, de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano.^{vii} La concepción popular de la vejez suele asumir de forma indiscriminada la relación entre este proceso y la muerte, la enfermedad, la dependencia, la soledad, una menor capacidad adquisitiva y la pérdida de *status*, todo ello directamente asociado a una situación de vida totalmente negativa y contrapuesta a los valores considerados como positivos: juventud, trabajo, riqueza, etc., llevando al individuo envejecido a un estado de pérdida de funciones físicas, mentales y sociales o cambios en muchas ocasiones irreversibles. La expectativa de vida en el ser humano ha cambiado, y aunque hoy en día la ciencia ofrece alternativas en contra del envejecimiento es un hecho que todos los seres vivos día a día envejecemos y en el caso del hombre se convierte en una problemática cuando no se está preparado en muchos aspectos para vivir esta etapa. La edad cronológica, representa el número de años transcurridos desde el momento de nacimiento de un individuo; es lo que determina la vejez de forma más simple. Algunos gerontólogos dividen la vejez en categorías cronológicas de “viejo - joven” (65-74 años); “viejo - medio” 75-84 años y “viejo - viejo” (85 años o más). Pietro de Incola (1999)^{viii} cuando habla de la “edad de interés geriátrico” hace la siguiente clasificación:

1. 45-60 años: edad crítica o presenil
2. 60-72 años: senectud gradual
3. 72-90 años: vejez declarada
4. Más de 90 años: grandes viejos

Se han desarrollado diferentes teorías para explicar el envejecimiento aunque la base de ellas es de naturaleza biológica, dichas teorías fueron agrupadas por el Congreso de la Asociación Americana para el Desarrollo de la Ciencia en cuatro causas de envejecimiento:

- 1) Disfunción del sistema inmunológico.
- 2) Mecanismos de envejecimiento inherentes a la célula.
- 3) Alteraciones del sistema endócrino.
- 4) Los desencadenadores genéticos.

No debe dejarse de considerar la influencia sociopsicológica en las transformaciones relacionadas con la edad. García Hernández (2006) cita a Mishara con el texto: “algunos adeptos de estas teorías creen poder hallar el secreto de la prolongación de la vida en el fondo de una probeta más que en el estudio de las influencias socioambientales a las que estamos sometidos” resaltando así la importancia del medio ambiente psicosocial en el proceso de envejecimiento^{ix}.

El envejecimiento de la población esta directamente ligado a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica, marca rumbos distintos dependiendo de las circunstancias, pero en general, la población mundial pasó de altas a bajas tasas de fecundidad y disminución de las tasas de mortalidad, junto con la disminución de enfermedades transmisibles como principal causa de muerte, para ceder preponderancia a las enfermedades crónico degenerativas. De esta manera se ha dado lugar al envejecimiento demográfico y sus consecuencias.

El término *transición epidemiológica* se emplea para describir el cambio a largo plazo de los patrones de morbilidad y mortalidad en que predominan las enfermedades crónicas y degenerativas. En general, la transición epidemiológica acompaña a la demográfica. Este fenómeno mundial puede observarse fácilmente en las pirámides poblacionales a través del tiempo. El proceso de envejecimiento trae consigo tres cambios principales: 1) aumento de la importancia de los padecimientos crónico-degenerativos y la incapacidad, 2) desplazamiento de la carga principal de muertes y enfermedades de los

grupos de edad más jóvenes a los de edad avanzada y, 3) sustitución de la mortalidad por la morbilidad, como fenómeno predominante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el envejecimiento activo con el objetivo de extender la calidad, productividad y esperanza de vida, y reconoce factores que modifican la forma y el ritmo de envejecer, en los cuales se puede incidir para lograr mejores condiciones de envejecimiento. ^x

3.1.1 Algunos aspectos sociales del envejecimiento.

Este grupo etáreo se ha visto seriamente afectado en su calidad de vida, entendiéndose ésta como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Cuando se relaciona con la salud, la calidad de vida se refiere a las dimensiones física, psicológica y social de la persona y puede ser influida por las experiencias de la persona, sus creencias y sus percepciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Recientemente los gobiernos de distintos lugares han dado más importancia a la situación de los adultos mayores, que han logrado avances en apoyo social, sin embargo, un ejemplo de la marginación que los afecta es el desempleo en esta etapa de la vida aún cuando muchos de ellos son todavía capaces de desempeñarse en algunas labores, por lo que es importante la conciencia social y emprender acciones sólidas para este grupo. ^{xi}

Estamos inmersos en una sociedad donde el factor tiempo es importante en el terreno de la ocupación de cada persona, para los adultos mayores y ancianos que no tienen ya labores fuera de casa, su tiempo ya no es activo ni productivo; es en base a esta premisa que se le estigmatiza como personas sin “que hacer” y es desde la etapa de juventud y se consolida con la madurez esta errónea idea. Muchas personas cuando hablan del retiro definitivo del trabajo

piensan que se van a enfermar o a morir por no hacer nada, es por esto que la sociedad que somos nosotros mismos nos hemos acostumbrado a clasificar a los individuos en categorías de edad y ocupación, es entonces que así envejecemos con la idea de que al llegar a “viejos” no tendremos ya nada que hacer, por lo tanto, a quien la sociedad otorga características y le adscribe funciones, le es difícil contrarrestar el significado que ella le ha asignado. Es en este aspecto donde la vejez adquiere unas peculiaridades sociales diferentes de otras etapas evolutivas en la vida del ser humano.

La sociedad, resultante de un sistema económico centrado en la productividad y competitividad irracional, así como en la necesidad de provocar un consumo ilimitado, solo se interesa en quienes perciben y gastan, en quienes son económicamente activos por lo que se enfoca en la creación de productos y servicios para esta población, dejando en el último plano a las personas de edad avanzada. La misma sociedad pone como alto e invaluable el poder adquisitivo de la mano con la juventud y la belleza física, deteriorando el autoconcepto durante el envejecimiento y en ocasiones las personas envejecen más rápidamente socialmente hablando que biológicamente. ^{xii}

Existen diferentes teorías del envejecimiento social, la construcción teórica ha evolucionado desde teorías macro, como la teoría de la modernización o de la desvinculación, a teorías micro, como la teoría del rol o el concepto de habitación. Todas estas teorías han surgido de estudios de diversas disciplinas afines al área de la salud, pero cabe destacar la teoría de la desvinculación y la de la actividad ya que ambas recogen un amplio espectro del pensamiento sobre el envejecimiento en nuestra época.

La teoría de la desvinculación, considera que durante el proceso de envejecimiento las personas experimentan una separación gradual de la sociedad, un decrecimiento de la interacción entre la persona y su medio. Esto se manifiesta especialmente en el caso de la jubilación. La teoría de la actividad es opuesta a la anterior, ya que como punto central argumenta que cuantas más actividades se realizan, más posibilidades existen de estar satisfecho con la vida. ^{xiii}

3.2 Adulto Mayor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor a las personas de 60 años en países en desarrollo y de más de 65 años en los desarrollados. La Norma Oficial Mexicana (NOM-167-SSA, 1997) define al Adulto Mayor como toda persona de 60 años o más. Esta Norma establece los derechos que tiene los Adultos Mayores para que tengan una atención médica que debe estar sustentada en principios científicos, éticos y sociales; la cual comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, que se llevan a cabo por médicos, enfermeras, gericultistas, psicólogos y terapeutas físico - ocupacional.

El adulto mayor pertenece a un grupo poblacional vulnerable; la pérdida de autonomía, la soledad y las enfermedades pueden provocar que su funcionalidad se vea afectada por lo que la recomendación de la Norma Oficial Mexicana 167 (NOM 167) es que la atención médica para los mayores de 60 años se enfoque en estos aspectos:

- Educación y promoción de la salud del adulto mayor.
- Fomento de una cultura de dignificación para los mayores, lo cual implica la difusión de preceptos gerontológicos que permitan conocer y comprender el proceso de envejecimiento.
- Detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades, para prevenir secuelas discapacitantes y mantener la funcionalidad y autonomía del individuo.
- Diseñar y aplicar programas orientados a la atención integral del adulto mayor con acciones relativas a orientación nutricional, prevención de enfermedades, prevención de alteraciones psicoafectivas, prevención de caídas y accidentes, prevención de adicciones, y hábitos nocivos para la salud, fomento de la actividad física, actividades culturales, recreativas, ocupacionales y productivas.
- Promover la interacción familiar y social mediante el aprovechamiento de sus conocimientos y experiencias.^{xiv}

3.3 Geriatría y Gerontología.

La Geriatría (del griego, *gerón* = vejez; y *tría* = curación.) es parte de la medicina que se dedica a la atención de los “viejos”, atendiendo sus enfermedades, las diagnostica, las trata, indica su rehabilitación y hace un seguimiento dentro de un contexto socioeconómico. La Asamblea Mundial de Envejecimiento, organizada por la OMS en 1982, adopta el término “viejo” como toda persona de 60 años y más. La medicina geriátrica se apoya en las siguientes especialidades y disciplinas: Medicina interna (enfermedad orgánica y las crónico degenerativas), la psiquiatría (enfermedad mental), Rehabilitación (tratamiento de la pérdida de las funciones físicas) y Trabajo social (aspectos de la vida familiar, y social del paciente geriátrico), entre otras.

La Gerontología (del griego, *geronto* = anciano; y *logos* = tratado), es el estudio científico de la vejez y los fenómenos que la caracterizan. La gerontología estudia el fenómeno de la vejez en toda su universalidad, como son las biológicas, las psicológicas y las socioeconómicas del ser humano.^{xv}

3.4 Valoración gerontológica de Enfermería.

Se denomina valoración gerontológica al proceso de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan y describen los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que el paciente presenta. La valoración gerontológica es parte fundamental del cuidado de enfermería, en donde debe incluirse una valoración de las capacidades de autocuidado para identificar a la persona como un ser único en forma integral y así proporcionar el cuidado y promoción a la salud adecuada. La enfermería gerontológica se ocupa de la atención de las necesidades de las personas ancianas, la planificación e implementación de los cuidados de enfermería para satisfacer esas necesidades, y de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.^{xvi}

En el estado de salud de un adulto mayor influyen distintos factores tales como: influencia genética, habilidades cognitivas, edad, sexo, ambiente, estilos de vida, localización geográfica, cultura, religión, calidad de vida, creencias y prácticas de salud, sistemas de apoyo, entre otras cosas. Al valorar a un adulto mayor es necesario hacerlo en una perspectiva integral para identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presentan ellos y sus cuidadores.

La *valoración funcional* es la medición de la capacidad del paciente para realizar tareas funcionales y satisfacer funciones sociales, dirigida especialmente a la capacidad de la persona para realizar labores que varían desde la atención a sí mismo a actividades más complejas. La valoración funcional es fundamental porque constituye un procedimiento sistemático en busca de déficits que con frecuencia pasan desapercibidos, constituyen una forma de valorar el progreso y la declinación con el tiempo y resulta útil para la enfermera en la identificación y resolución de problemas.

El estado funcional incluye la valoración de cambios sensoriales, la capacidad para realizar actividades cotidianas, problemas de la marcha y el equilibrio y la eliminación de desechos. Existen diferentes instrumentos empleados para medir la capacidad funcional: autoinforme, observación directa o informe familiar. El instrumento seleccionado debe basarse en el objetivo o propósito específico de la valoración. Por ejemplo, si lo que se busca es valorar las capacidades básicas de autocuidado y movilidad, debe utilizarse el índice de Barthel, y para medir la capacidad funcional: el Katz Index for Activities of Daily Living (Índice Katz para actividades cotidianas) e Instrumental Activities of Daily Living (Actividades instrumentales de la vida cotidiana).^{xvii}

Es necesario recordar que para fines de este estudio solo se mencionara la parte mental y social de la valoración, ya que la parte física y/o biológica está muy estudiada y contemplada en el sistema de atención primaria.

3.5 Valoración del Estado Mental.

El estado mental es la total expresión de las respuestas emocionales de la persona, del ánimo, la función cognitiva y la personalidad. Está absolutamente ligado al funcionamiento del individuo lo que comprende la motivación e iniciativa; la formación de expectativas o metas, el planeamiento y desarrollo de tareas y actividades; el autocontrol y la integración de la retroalimentación de las múltiples fuentes de energía.

El foco de la valoración está en la identificación de las fortalezas del adulto mayor y sus capacidades para interactuar con el medio. El estado mental no presenta una declinación en la inteligencia de las personas mayores, a menos que exista un desorden neurológico o se desarrolle alguna alteración sistémica. La capacidad que tienen para resolver problemas probablemente si puede declinar por desuso, pero esto no representa cambios significativos. La memoria remota es más eficiente que la reciente, pero esto es función del patrón general de salud que presenta la persona. Con la edad hay una declinación en la síntesis y el metabolismo de los neurotransmisores, en momentos de estrés el metabolismo es inadecuado para responder a una presión tan alta como puede serlo una enfermedad aguda o un desequilibrio metabólico. Esto se puede observar claramente en la hospitalización aguda de las personas de avanzada edad que pueden presentar un delirium como una forma de mostrar su inadaptación a este fenómeno. ^{xviii}

Junto al declive de la salud física, el deterioro de la salud mental es considerado como uno de los principales signos, no ya de vejez, sino de senilidad. Por ello, éste suele ser uno de los acontecimientos más temidos entre los ancianos. Se trata de un proceso que se asocia al miedo y temor hacia el futuro, a la fragilidad y a la vulnerabilidad. Pero, sobre todo, a la posibilidad de convertirse en una persona no válida y dependiente, que es tanto como dejar de ser él mismo para convertirse en un muñeco en manos de los demás, e incluso llegar a una situación tan estresante como no poder disponer de un ser querido que lo cuide. ^{xix}

En cuanto a las tareas cognoscitivas del adulto mayor incluyen llegar a la aceptación de su propia muerte y la de sus seres cercanos; aprender a tener una vida feliz aceptando sus enfermedades y limitaciones físicas. La autonomía de una persona mayor se ve comprometida cuando las discapacidades físicas o mentales impiden o dificultan el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Otro aspecto importante que debe valorarse son los cambios en las funciones mentales: cognitivos, proceso de pensamiento, memoria y confusión.

La exploración de la función cognitiva para detectar alteraciones del estado mental consiste en examen de la memoria, percepción, comunicación, orientación, cálculo, comprensión, resolución de problemas, procesos mentales, lenguaje, capacidad de construcción, abstracción, atención, afasia y apraxia. La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales. Para valorar la función cognitiva se recomienda utilizar una escala de medición cuantitativa como el Mini Mental State Examination (Mini examen Folstein del estado mental), esta escala puede ayudar a vigilar el estado mental de personas de edad avanzada a lo largo del tiempo y para valorar cambios agudos o crónicos. Este instrumento a través de 28 preguntas de fácil aplicación permite discriminar a los adultos mayores normales de los que tienen demencia u otras patologías como esquizofrenia y desórdenes afectivos.

Un resultado alterado del estado mental alterado puede evidenciar criterios que conducen al diagnóstico de demencia. Es fundamental diferenciar demencia de delirio (que es tratable y reversible). La demencia constituye uno de los principales problemas de salud pública. Aunque en la actualidad hay diversos tratamientos, ninguno cura la enfermedad, que en cualquiera de sus formas, modifica de una u otra manera la estructura social y familiar. Puesto que el síndrome demencial es uno de los principales problemas de la práctica geriátrica, la valoración del estado mental es uno de los pilares de la evaluación. Es importante cuando menos sospechar que el paciente puede presentar algún tipo de deterioro cognoscitivo que amerite un estudio diagnóstico más completo.

En general, los objetivos de la evaluación del estado mental son: a) establecer el diagnóstico médico de deterioro cognoscitivo; b) realizar estudios epidemiológicos para detectar la demencia en la población; c) determinar el diagnóstico y tratar de establecer la etiología; d) hacer la caracterización neuropsicológica de los pacientes con síndrome demencial; e) estimar el pronóstico y f) evaluar los cambios de las terapéuticas establecidas. Las características que hacen diferente al delirio y la demencia son las siguientes:

- El delirio tiene inicio abrupto, la desorientación es un hallazgo temprano, la conducta puede variar de una hora a otra, el estado de conciencia puede estar obnubilado, alterado o cambiante; hay poca capacidad para fijar la atención, alteración del ciclo sueño-vigilia y alucinaciones.
- La demencia tiene inicio gradual, por lo común la conducta es estable, y la desorientación se presenta en etapa tardía. No hay embotamiento del estado de conciencia ni disminuye la capacidad para fijar la atención; puede haber reversión día y noche del ciclo sueño vigilia en lugar de variación de una hora a otra, y sólo hasta etapas avanzadas se presentan alucinaciones.

La función cognitiva cambia con la edad, si bien algunos individuos envejecen “exitosamente”, es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas, mientras que otros sufren condiciones como la enfermedad de Alzheimer que deterioran severamente su funcionamiento cognitivo. Además de la disminución de la función cognitiva propia del envejecimiento y patologías como la enfermedad de Alzheimer, un gran número de procesos frecuentes en el anciano (infecciones, procesos degenerativos, neoplásicos, enfermedades sistémicas, toma de fármacos, etc.) también pueden alterar tales funciones de forma parcial o global, tanto de forma aguda como crónica. Todas estas condiciones dan lugar a diferentes síndromes que se engloban bajo el término «deterioro cognitivo»; que se trata de un término que si bien no especifica la

función o funciones intelectuales afectadas o la causa subyacente, debe ser considerado como una situación que revela la existencia de un problema cuyo diagnóstico deberá ser establecido con prontitud para adoptar las medidas terapéuticas oportunas. Además, los pacientes con deterioro cognitivo requieren mayor supervisión por sus cuidadores, no colaboran en su rehabilitación y utilizan un mayor número de recursos socio-sanitarios. Por ello conocer el nivel cognitivo del paciente geriátrico es importante a la hora de planificar sus cuidados y tomar decisiones, ya que un apropiado manejo puede mejorar sustancialmente la calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones.^{xx}

En el caso de la salud mental, de acuerdo al informe de la encuesta ENASEM (Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001) la depresión tiene una prevalencia mayor a 20% en los mayores de 65 años y el deterioro cognoscitivo tiene, según la misma fuente de información, prevalencias cercanas a 12% en los individuos de la misma edad.

Cabe mencionar que la valoración por el personal de enfermería puede hacerse a través de un familiar o cuidador directo del adulto mayor, sin embargo, tal como el Proceso enfermero indica es necesaria la observación directa del paciente, y así al encontrar alteración del estado mental remitirlo a atención médica general o especializada.^{xxi}

3.5.1 Valoración Psicoafectiva.

La valoración de la situación psicoafectiva del paciente se focaliza principalmente en una esfera subjetiva, en donde adquiere vital importancia la autovaloración del estado de salud y del grado de apoyo social que posee de sí mismo el adulto mayor y, por otro lado, la valoración objetiva del profesional de enfermería que apunta directamente hacia la detección de la psicopatología y de los déficit de autocuidado. Aunque en esta esfera el paciente requerirá la atención y tratamiento de un psicólogo o psiquiatra, no está de más que la enfermera que establece el mayor contacto con el paciente lo detecte y apoye en su tratamiento e incluso lo anime a hablar con las personas indicadas.

Una de las principales tareas afectivas del adulto mayor es revisar los logros de la vida. Ellos logran una sensación de satisfacción e integridad del ego cuando sienten que los sucesos vitales de su vida han sido positivos. La espiritualidad se aumenta en esta etapa de la vida lo cual se traduce en una mayor filosofía de la vida. Con esto es posible experimentar una sensación de importancia, lo cual puede ayudarle en su aceptación y autoestima.

En relación a la sexualidad, en esta edad esta llena de mitos y creencias y se le da menos importancia que a otros aspectos de la salud de los adultos mayores. Es importante destacar que la expresión de sexualidad de ellos gira en torno a la expresión de ternura, afectividad, cariño, respeto, comprensión, expresiones verbales y no verbales y la ayuda mutua. Sin lugar a dudas que en la expresión de la sexualidad influyen los aspectos físicos, psicológicos, socioemocionales y el manejo que hayan tenido de su sexualidad durante toda su vida.

Estado emocional y afectivo

Puede haber depresión por primera vez en la vida en una persona de edad avanzada y se ha vinculado con muchos de los cambios que tienen lugar con el envejecimiento como son: la independencia de los hijos, la realidad del retiro, pérdida de actividades, ingresos, pareja, amigos, familiares, hogar, mascotas, capacidad funcional, salud y capacidad para participar en actividades recreativas y lectura. Aunado a estos problemas están los mensajes de la sociedad que apoyan y resaltan el valor de la juventud. La depresión también

puede ser causada por trastornos subyacentes como enfermedad de Parkinson, y fármacos como hipotensores, antiartríticos y ansiolíticos. Con frecuencia es difícil identificar la depresión en ancianos debido a que se manifiesta de manera diferente que en los jóvenes, es importante que durante la entrevista la enfermera detecte:

- Quejas de insomnio, pérdida de peso, anorexia y constipación (síntomas vegetativos).
- Preocupación por hechos pasados.
- Disminución de la concentración, la memoria y la toma de decisiones (síndrome de demencia).
- Otras molestias somáticas como pérdida del apetito, mialgias, artralgias y dolor torácico.
- Antecedentes de trastornos crónicos u otros problemas de salud.
- Medicamentos que se consumen actualmente.

3.5.2 Depresión

La Asociación Americana de Psiquiatría (1995) define la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día”.^{xxii}

Actualmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (1993) refiere diferentes formas-categorías de depresión; de igual forma la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV, por sus siglas en inglés) destaca las siguientes categorías diagnósticas: la depresión mayor, el desorden distímico y el desorden de ajuste con ánimo depresivo.

La CIE-10 publicada por la OMS establece que la depresión se sitúa en el capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento y a su vez dentro de los

trastornos del humor y/o del afecto y se agrupan en siete categorías principales:

- F30 Episodio maníaco
- F31 Trastorno bipolar
- F32 Episodios depresivos
- F33 Trastorno depresivo recurrente
- F34 Trastornos del humor persistentes
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos)
- F39 Trastorno del humor sin especificación ^{xxiii}

Esta clasificación y su homóloga, el DSM-IV que se utiliza en los Estados Unidos de Norteamérica y que entre las dos son las más aceptadas en el mundo, describen los trastornos mentales y del comportamiento.

Etiopatogenia de la depresión

Independientemente de la forma clínica que presente, la depresión es considerada como el resultado de la conjunción de varios factores que actúan en el terreno personal de cada individuo. La interacción biológica, psicológica y social ocurre simultáneamente, y esta interacción es altamente compleja; a tal grado que en muchas ocasiones se presenta enmascarada. La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos.

La disminución de los niveles de serotonina también se relacionan con la aparición de depresión en todas las personas y esta disminución se ve más acelerada durante el envejecimiento. Esta sustancia ha resultado útil como marcador farmacogenético en la eficacia de algunos antidepresivos.

Enfermedades concomitantes como la demencia, la enfermedad vascular cerebral (con lesiones en el hemisferio izquierdo o ganglios basales) y la enfermedad de Parkinson son patologías que afectan el sistema nervioso

central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad.

Las causas sociales y psicológicas de la depresión son más complejas, pero también tienen gran peso. Errores cognoscitivos, psicodinámicos o de comportamiento pueden originar la depresión. El aprendizaje de un comportamiento de abandono y la asociación de la depresión con eventos adversos durante el curso de la vida pueden condicionar una cierta respuesta hacia los agentes de estrés continuo, donde el número de eventos negativos vividos se asocia con el desarrollo de la depresión. La teoría psicodinámica propone que las pérdidas son inevitables durante el envejecimiento (pérdida de objetos, pérdida de la imagen corporal, etc.) y por ello, se desarrolla un síndrome parecido a la depresión, el síndrome de depleción. Por otro lado, los adultos mayores deprimidos pueden malinterpretar muchos de los eventos que ocurren en el transcurso de la vida. Esta distorsión cognoscitiva ocasiona una respuesta exagerada a los eventos, además de la creación de expectativas no realistas y la generalización y personalización de las situaciones adversas.

La asociación entre depresión y la falta de apoyo social ha sido descrita hace tiempo, es sabido que el apoyo social considera el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de los contactos sociales incluyendo a los amigos y el apoyo emocional e instrumental. Por lo que, una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión sobretodo en los hombres y es muy probable que ésta favorezca un menor compromiso social de parte de la persona enferma^{xxiv}.

La espiritualidad y la religión también desempeñan un papel importante para la depresión del adulto mayor; se sabe que las prácticas religiosas aumentan con la edad de los individuos y se asocia con menor frecuencia de depresión aunque los mecanismos de este fenómeno no son conocidos.

3.5.3 Consecuencias de la depresión en el adulto mayor.

La depresión es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes, y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años^{xxv}. 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 del envejecimiento normal; en el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque a causa de éste se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes. Los síntomas cognitivos secundarios se presentan con más frecuencia en este grupo etáreo. La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano y viceversa. Las consecuencias, entre otras, son: tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios para la atención de diversas patologías. En el primer nivel de atención la demanda se ve aumentada en las personas deprimidas por lo que a este trastorno se le asocia con polifarmacia.

Los síntomas depresivos han sido igualmente asociados al deterioro de la función cognoscitiva y, aunque ahora se considera la depresión como un estado que puede preceder a la demencia, la combinación de la depresión mayor y del deterioro cognoscitivo ya había sido vista, hace años, como un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer.

Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión también son diversas. El estado de ánimo deprimido puede retrasar o impedir los procesos de restablecimiento al interferir con el comportamiento de la persona de tal forma que ésta no busque la atención médica adecuada. Además, los síntomas depresivos pueden provocar trastornos de la alimentación e inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud. La asociación de la depresión con el suicidio está claramente establecida.

3.5.4 Valoración de la depresión mayor desde los patrones funcionales de salud.

El individuo deprimido es afectado no solo en la esfera mental y afectiva sino que los daños que esta enfermedad ocasiona a diversos aparatos y sistemas llegan a ser serios. Durante la valoración es necesario conocer y comprender los elementos psicopatológicos implicados en los trastornos del estado de ánimo, analizarlos y desarrollar los diversos elementos implicados en el proceso de enfermería que tienen que ver con los trastornos del estado de ánimo para el diseño de un plan de cuidados.

➤ Percepción-control de la salud

Las personas afectadas por la depresión tienen conciencia de padecer una alteración del estado de ánimo, aunque en los primeros estadios no son capaces de reconocer su enfermedad. Esto hace que, en general, consideren su situación de forma inadecuada, buscando razones externas (mala suerte, el destino, la gente, salación, etc.), o internas. Además, presentan:

- Sentimiento de minusvalía personal y social.
- Actitud hipocondriaca, preocupación excesiva sobre la propia salud, y sensación de padecer enfermedades de carácter fatal.
- Uso y consumo de sustancias tóxicas: Alcohol, fármacos, y en general, automedicación en busca de un estado de ánimo mejor.
- Vivencias subjetivas de estar rodeado/a de problemas: familiares, laborales, etc. En muchas ocasiones, se culpabilizan por todas las situaciones que se producen a su alrededor, pero no valoran de igual forma los aspectos positivos.
- Demandas frecuentes a médicos e instituciones sanitarias. Vivencia de ser mal atendido en los mismos.
- Riesgo de suicidio, o intentos del mismo.

➤ Nutricional-metabólico

La depresión induce a la pasividad, y se produce anorexia, con pérdida de peso, trastornos digestivos: aerofagia, digestiones lentas. Parte de esta problemática se vincula a elementos de tipo perceptivo.

➤ **Eliminación**

Estreñimiento y otras alteraciones relacionadas con los desarreglos metabólicos y nutricionales.

➤ **Sueño-descanso**

Desequilibrios extremos y pérdida del ritmo basal propio: hipersomnia o insomnio. La percepción de cansancio es mayor por la mañana, con tendencia a dormir horas durante el día. De noche se produce dificultad para dormir, que a veces consiste en una percepción de mala calidad del sueño nocturno, aunque objetivamente el paciente duerma.

➤ **Actividad-ejercicio**

- Pasividad.
- Inhibición psicomotriz, junto con inquietud improductiva.
- Falta permanente de energía para cualquier actividad. No colabora en las actividades de autocuidado ni en las domésticas.

➤ **Cognitivo-perceptivo**

- Alteraciones psicomotoras.
- Dificultades de lenguaje.
- Lentitud de pensamiento.
- Percepción distorsionada del entorno.
- Dificultades para concentrarse y de memoria. Reducción del rendimiento intelectual.
- Problemas de asertividad y dificultades para tomar decisiones.
- Anhedonia franca.

➤ **Percepción de sí mismo-autoconcepto**

- Percepción pesimista y negativa de sí mismo.
- Sentimiento de minusvalía, de culpabilidad y de falta de utilidad.
- Vacío vital.

➤ **Rol-relaciones**

- Abandono de las responsabilidades inherentes al estatus y a los roles sociales.
- Aislamiento. Abandono de las amistades y/o distorsión en el sentido del concepto relacional, que promueve en bastantes ocasiones el alejamiento de los amigos y conocidos.

➤ **Afrontamiento-tolerancia al estrés**

- Inhibición ante el cambio.
- Incapacidad para tolerar situaciones de alto nivel de estímulos.
- Sentimientos de impotencia, inutilidad y frustración.

➤ **Sexualidad-reproducción**

- Pérdida del interés sexual.
- Anhedonia.
- Dificultades para experimentar relaciones sexuales completas (anorgasmia, impotencia, disfunción eréctil, etc.).

➤ **Valores-creencias**

La alteración sobre el autoconcepto y la distorsión negativa sobre el entorno conducen a menudo a un manejo de la culpabilidad como valor básico de interpretación del entorno, que en personas religiosas es interpretado como castigo merecido por todo lo que se hace. El paciente depresivo tiende a recordar el pasado en términos negativos y culpabilizantes, produciéndose un grado significativo de desesperanza.

3.6 Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico, no existen marcadores biológicos o pruebas 100% específicas para hacerlo; sin embargo, el personal de atención primaria debe conocer los síntomas para reconocerlos ante la duda y enviar al enfermo al servicio correspondiente. Es importante la historia clínica e indagar aspectos de la red social y familiar en la que se encuentra inmerso el paciente. Los signos y síntomas de la depresión en ocasiones permanecen ocultos por lo que se dificulta su detección, tratándose de una enfermedad potencialmente reversible, esto afecta muchísimo al paciente. Aunque el diagnóstico debe ser establecido por el médico, igualmente la enfermera o la trabajadora social deben conocer y aplicar los instrumentos de tamizaje y colaborar en la detección y tratamiento, también es importante descartar otras patologías concomitantes, así como pérdidas recientes y fármacos que toma el adulto mayor.

3.6.1 Criterios de referencia al médico psiquiatra.

Antes de continuar atendiendo al paciente es importante conocer el manejo que se le deberá proporcionar y quien es el indicado para poder ayudarlo, en ocasiones basta con hablar y escuchar a las personas e interactuar con ellos, en otros casos será necesaria terapia ocupacional, pedir ayuda a los familiares, o canalizar al psicólogo o al médico psiquiatra en casos más severos o donde se vea afectada la salud física o la integridad de la persona.

Los criterios para referir al paciente a otro nivel de atención especializada son los siguientes:

- Paciente con depresión mayor que ha recibido manejo psicoterapéutico en primer nivel de atención, psicosocial y farmacológico a dosis terapéuticas, por lo menos durante 6 semanas sin ningún tipo de mejoría o que empeora.
- Depresión mayor grave con deterioro psicosocial significativo.
- Pacientes con riesgo suicida y síntomas psicóticos: daño auto infligido deliberadamente, pensamientos y/o conductas suicidas, manejo previo

con diferentes antidepresivos, pacientes manejados con altas dosis de antidepresivos (arriba de dosis terapéuticas) durante menos de 30 días al momento de la consulta, pacientes manejados con dosis subterapéuticas de antidepresivos por más de 30 días, (floxetinas) y que además consumen por iniciativa propia drogas de abuso.^{xxvi}

3.7 Intervenciones de Enfermería en el adulto mayor con depresión.

Para intervenir adecuadamente ante este problema de salud es necesario detectar los casos y luego categorizarlos ya que todos serán de distinta intensidad, es necesario que la enfermera participe en la prevención de un daño mayor ocasionado por la depresión o por el mismo paciente en contra de sí mismo (por ejemplo el suicidio). La medicación antidepresiva no es un tratamiento suficiente por sí solo, sino que necesita complementarse con otras estrategias como la terapia interpersonal, terapia cognitiva y terapia ocupacional que ayudan a resolver conflictos interpersonales y psicosociales.

Para que el tratamiento tenga éxito, es necesaria la participación del paciente y su familia, personal médico y de enfermería así como psicólogo y trabajadores sociales deben establecer una relación de apoyo con ellos, se debe orientar al paciente y al familiar sobre aspectos como relaciones interpersonales, el trabajo y ejecución de actividades placenteras, y animarlo a reanudar actividades en las distintas redes sociales de su vida.^{xxvii}

1. Debe tratarse la depresión en adultos de edad avanzada con fármacos, psicoterapia y, en algunos casos, tratamiento electroconvulsivo.
2. Complementar con otras medidas terapéuticas al dar la oportunidad de elevar la autoestima de la persona:
 - a. Favorecer la participación en actividades significativas.
 - b. Elogiar al individuo.
 - c. Ayudar a la persona a forjar sensación de dominio.
 - d. Estimular el recuerdo de hechos pasados importantes.

3. Ayudar al sujeto a identificar y utilizar el apoyo social alentando su participación en grupos de adultos mayores.
4. Ayudar al paciente a sentirse seguro y aceptado en la medida de lo posible.
5. Construir una relación de confianza, ser sincero cuando se hable con el enfermo. Evitar comentarios vagos o evasivos.
6. Ser consistente en la fijación de las expectativas, reglas de reforzamiento, etcétera.
7. No prometer lo que no se pueda cumplir.
8. Alentar al paciente a que hable con la enfermedad, pero no obligarlo a obtener informes en forma cruzada.
9. Explicarle los procedimientos que se van a llevar a cabo (tratar de asegurarse de que el enfermo entiende el proceso).
10. Ayudar al paciente a aumentar su autoestima
11. Darle retroalimentación positiva para sus éxitos.
12. Reconocer y apoyar los logros cumplidos del enfermo (por ejemplo, actividades o proyectos terminados, responsabilidades cumplidas en el servicio o interacciones iniciadas).
13. Hacer que el paciente participe en actividades con una sola persona al principio, después en pequeños grupos y gradualmente irlo integrando en actividades de grupos mayores.
14. Disminuir la ansiedad y los temores del paciente.
15. Reconocer las ideas delirantes del paciente como percepciones del ambiente.
16. No discutir con el enfermo ni tratar de convencerlo de que sus ideas son falsas o irreales.
17. Mostrar empatía en cuanto a sus sentimientos; darle apoyo y aceptación.
18. No ser prejuicioso y evitar hacer bromas respecto a sus creencias o actitudes.
19. Intentar explicar las ideas delirantes como un problema en la vida del enfermo: ¿puede el paciente apreciar que sus ideas delirantes interfieren con su vida?

20. Animar al enfermo a expresar sus sentimientos; apoyarlo en sus intentos de decir su ansiedad, temores, etc., en forma directa.
21. Buscar junto con el paciente formas de expresión y de enfrentamiento a sus sentimientos; ayudarlo a encontrar otras maneras más eficaces y aceptables para él
22. Consensuar con el paciente/familia un plan de recuperación progresiva de la actividad habitual, comenzando por las actividades de preferencia con criterio realista en función de la relación aporte/consumo de energía:
 - Paseo diario, aseo y arreglo personal, colaboración en quehaceres domésticos, actividades de ocio elegidas y pasatiempos.
23. Marcar tiempos para la expresión de sentimientos de negatividad e impotencia, reduciéndolos progresivamente
24. Alentar expresiones de logro en la recuperación de la actividad.
25. Consensuar las actividades de ocio de preferencias que sean viables, en cuanto a nivel de energía y posibilidades de realización. Se seleccionarán aquellas de corta duración y variadas al principio, y que produzcan resultados positivos a corto plazo.
26. Proporcionar elementos de ocio: TV, libros de fácil lectura, etc.
27. Enseñar localización de recursos de ocio y forma de acceso. Orientar sobre técnicas en habilidades sociales para establecer relaciones positivas^{xxviii}.

3.8 Valoración Social y Familiar.

La valoración social es la parte de la valoración geriátrica que se ocupa de la relación que existe entre el adulto mayor y su entorno (medio social en el que se desenvuelve), estableciendo la vía para que los recursos sociales se utilicen de manera adecuada. Los aspectos importantes de la función social en geriatría incluyen relaciones (frecuencia, contactos y calidad), actividades, recursos y apoyos sociales. Esta información es importante en la toma de decisiones respecto a la atención. El significado que el adulto mayor y la sociedad le da a esta etapa de la vida dependerá en gran medida de la cultura en que se encuentren. Por ejemplo, para la cultura oriental el adulto mayor es el ser más sabio y respetado, lo cual refleja un concepto de vejez muy distinto al de la cultura occidental.

Los adultos mayores no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a este acontecer requiere de una capacidad individual y del apoyo externo. A pesar de que la estructura familiar se ha ido modificando como resultado de diversos fenómenos sociales, en nuestro país la familia aún es el núcleo más importante para el cuidado y la atención de los mayores. No obstante, el estatus de los abuelos se ha deteriorado, en especial, en las grandes ciudades.

En las familias predominantemente rurales, la migración así como la inserción de la mujer en la actividad laboral fuera del hogar, ha hecho que los mayores ahora tengan una responsabilidad más grande con los nietos, cuyos padres pasan la mayor parte del tiempo fuera de casa. Siempre es importante conocer los recursos con que la familia cuenta a fin de identificar los problemas que podrían surgir a consecuencia de la dificultad para cubrir las necesidades básicas. Aunque este tipo de evaluación se adjudica al campo del trabajo social, es una ventaja que la enfermera evalúe y conozca el medio social y familiar de la persona a su cuidado.

Al analizar aspectos de la vida del paciente es importante conocer el tipo de familia que otorga los cuidados o que convive con el adulto mayor e indagar en aspectos como:

- ¿Con qué frecuencia sociabiliza con otros?
- ¿Con quién sociabiliza?
- ¿Qué tipo de actividades realiza?
- ¿De qué manera afrontan los cambios en las necesidades del adulto mayor?
- ¿De qué manera solucionan sus problemas de salud?
- ¿Buscan ayuda en forma oportuna?
- ¿Cómo manejan el estrés?
- ¿Ofrecen sensación de bienestar al adulto mayor?
- ¿Son capaces de satisfacer los requerimientos de cuidado del adulto mayor?
- ¿Van a cuidar ellos o trasladar a un lugar de estadía a sus familiares adultos mayores?

De esta manera es posible conocer más sobre la dinámica familiar y se facilita elaborar un diagnóstico de las potencialidades y carencias de la familia con el objetivo de fijar los lineamientos para las intervenciones de enfermería.^{xxix}

Otro aspecto igualmente importante es conocer con que apoyo cuenta el adulto mayor, el apoyo social ha sido especialmente estudiado en relación con la depresión, parece estar relacionado con los trastornos psiquiátricos en general, así como con las enfermedades somáticas. Las mediciones del apoyo social incluyen aspectos como las relaciones íntimas, el grado de integración social, la participación en la comunidad, el tamaño de la red social y la disponibilidad de buenos amigos y parientes así como seguridad social, prestaciones médicas, apoyo económico, etc.

3.8.1 El adulto mayor y su entorno.

La mayoría de las actitudes de los ancianos no son resultado del simple proceso biológico o psíquico del envejecimiento, (cambios propios de la edad), además de los factores genéticos (herencia) y extrínsecos (climáticos, contaminación ambiental, etc.), no debemos olvidar que el individuo envejece en un grupo familiar y social concreto con sus normas culturales, alimentarias, religiosas, etc. En un sector de nuestra sociedad los ancianos son considerados una carga explicada por la falta de productividad económica, dividendos que implica la jubilación, asistencia médica, imagen de deterioro psicofísico que dan a los jóvenes, enfermedades que requieren constantes hospitalización o visitas al médico, etc. En otros sectores los ancianos son vistos como la piedra angular de la familia y a pesar de sus necesidades no representan cargas para la familia.

Actualmente comienzan a vislumbrarse cambios de actitudes por una parte de muchos de nuestros adultos mayores que buscan espacios donde poder desarrollarse y ser escuchados y por otra de distintos grupos de nuestra sociedad que colaboran en el logro de este objetivo. A pesar de ello es mucho lo que queda por hacer y todos somos responsables de que los mayores (nosotros mismos dentro de unos años) encuentren un lugar digno que les corresponde en nuestra sociedad.

➤ El hogar.

Para la gente mayor la vivienda es parte de su propia existencia. Algunos ancianos nacieron en ella y la ocuparon como hijos, padres, abuelos o bisabuelos. Sus muebles, su jardín, etc., se transforman en parte de su propio ser. El cambio de vivienda, el internamiento en asilos u hospitales, generan siempre consecuencias psicológicas que pueden ser sumamente graves. Sin embargo los ancianos son más propensos a enfermar cuando se les traslada sin una preparación adecuada, la decisión es ajena a ellos, no han escogido libremente el traslado, no se les toma en cuenta en fecha y lugar. El hogar es el lugar donde muchos ancianos prefieren pasar sus últimos días e incluso morir. el hogar trae recuerdos quizá de épocas felices y la mayoría se niega a

cambiar de domicilio por ser el lugar donde quizá tengan más tranquilidad o simplemente piensan que “ya para que” hacer cambios, se sienten cansados de estar de un lugar a otro.

➤ **El trabajo y la Jubilación.**

Los 60-65 años no deberían marcar una barrera absoluta entre la actividad profesional y la inactividad. Sin embargo la jubilación plantea un cambio brusco en la vida de las personas. Este cambio trae aparejado una pérdida económica y del rol social. Cada vez es más importante la preparación para este cambio para prevenir síndromes como depresión, insomnio, cambio de carácter, etc. En algunos casos los jubilados continúan realizando tareas manuales y artesanías, lo que les permite reintegrarse a la sociedad activa, manteniendo gran parte de su potencial físico e intelectual. También observamos muchos adultos mayores que desempeñan otros roles activos, que abarcan los mas variados matices, desde “abuelos - educadores” hasta la participación en grupos que promueven la integración y la recreación u otros promotores de cambios sociales. La jubilación no precisamente marca el cese de actividades, muchas personas jubiladas se sienten felices de poder ser útiles a su familia cuidando de los nietos, ir por ellos a la escuela, apoyando en las compras para la comida, etc. Otras simplemente disfrutan el tiempo que durante su vida laboral no pasaron en casa, con la familia, visitando lugares, etc. Esto es acorde a las posibilidades y gusto de cada persona, sin embargo, cuando la pobreza o las enfermedades les impiden elegir lo que les gustaría hacer es posible caer en una tristeza que antecede a una depresión.

➤ **La Familia.**

En la vejez la familia desempeña un papel muy importante, influyendo en la comunidad a través de las acciones que lleva a cabo sobre sus miembros.

Es necesario recordar que en su evolución las familias que se constituían por abuelos, padres e hijos, han dado lugar a la de los bisabuelos, abuelos, padres e hijos. Sin embargo, no siempre una familia constituye un factor positivo en los problemas del adulto mayor. A veces pesan sobre ella factores económicos,

habitacionales, emigraciones de los hijos, etc., que requieren de la colaboración externa al grupo familiar para poder ser sobrellevados. En otros casos el peso recae sobre un hijo (muy probablemente una mujer soltera) que a pesar de sus esfuerzos es incapaz de contener la situación.

En estos casos se deberían establecer y fortalecer las redes de apoyo no formales (familiares, vecinos y amigos) y formales (servicios sociales e instituciones de ayuda oficiales), para ayudar indirectamente a los ancianos a través de la colaboración brindada a la familia que lo contiene.

En las relaciones intrafamiliares se observa también otro aspecto que podemos englobar con el nombre de “abuso del anciano” de los cuales se describen cuatro tipos de casos :

a - Abuso físico.

b - Abuso psíquico.

c - Abuso material.

d - Violación de derechos.

En los últimos años se han escuchado cada vez con más frecuencia, discusiones acerca de cómo los cambios sociales, económicos y demográficos han influido en las características de lo que en México y en otros países se conoce como la familia. En términos generales, se ha llegado a pensar que este grupo social está a punto de desaparecer. Lo que no hemos analizado es que como fenómeno social, la familia está en constante evolución. Las características de lo que hoy conocemos como familia son diferentes en algunos aspectos al concepto que se tenía en el pasado. Asimismo, la familia de hoy continuará su evolución acorde con el desarrollo de la sociedad en general; sin embargo, no hay elementos claros para decir que la familia desaparecerá o que por lo menos es un ente social en decadencia. Las predicciones acerca de su desintegración como una institución social tienen una historia muy larga. Por otro lado, pero muy relacionado con la evolución de la familia, está el proceso de apoyo y atención intrafamiliar de los ancianos. ^{xxx}

Indudablemente México sigue siendo un país que posee el valor innegable de la familia en la atención a los ancianos como una fuente de apoyo moral y emocional para ellos, sin embargo, es en muchos casos al contrario, es decir el adulto mayor, es la fuente de apoyo económico y moral de hijos y hasta nietos.

Cuando el adulto mayor se encuentra inserto en un hogar donde la familia lo aprecia, lo procura y se preocupa por él, se sienten llenos de seguridad y son más cooperadores en cuanto al tratamiento de sus padecimientos. En otro caso, cuando están en un mundo donde no hay quien se preocupe de ellos, no les importa si continúan o no sus tratamientos o no ponen de su parte ya que manifiestan tristeza, apatía, enojo, desesperanza y piensan que a nadie le importan. La familia es tan importante para ellos como lo es para un niño, no hay nada mejor que pasar la última etapa de su vida acompañado por sus seres queridos. En cuanto a las decisiones familiares, aún existen familias que dejan la última palabra de lo que debe hacerse al hombre más viejo de la familia y aún hacen lo que él dice; en otros casos, al adulto mayor se le toma en cuenta pero su decisión no es la última palabra, y en peores casos, ni siquiera se le toma en cuenta y mucho menos pueden opinar. Se han realizado estudios que comprueban que si la decisión es compartida, la mortalidad disminuye y aumenta la calidad de vida del anciano institucionalizado, por ser mejor su proceso de adaptación. Se debe tener en cuenta que existen familias que constituyen ellas mismas un problema para el equipo geriátrico tales como:

- Las que no aceptan los diagnósticos ni los tratamientos del equipo geriátrico, por el contrario están siempre en una actitud hostil.
- Las que no conocen suficientemente a sus padres como para suministrar datos que ayuden al tratamiento, sus visitas son esporádicas y siempre sus compromisos sociales y/o económicos le impiden colaborar con la atención del anciano.
- Las que abandonan a sus padres en las instituciones y desaparecen o aparecen sólo para controlar, contemplar y criticar para mal al personal tratante.

- Las que cuando se institucionaliza al anciano exageran las frecuencias de las visitas, a veces perturbando al equipo geriátrico y al tratamiento.

Sin embargo debemos tener presente que no pocas veces estas conductas se deben a sentimientos de culpabilidad o de hostilidad que el propio paciente ha generado en su familia por su comportamiento en el pasado (abandono de la familia, alcoholismo, maltrato, etc.,) ^{xxx}

3.8.2 Matrimonio y viudez en la edad senil.

El matrimonio es una de las relaciones más importantes de la vida, con la vejez la satisfacción marital es mayor que en la edad adulta. El alejamiento físico de los hijos (que permite mayor intimidad), el mayor tiempo libre y la disminución del estrés laboral, contribuyen a que en general la imagen del matrimonio en los últimos años sea muy positiva, aunque perturbada por los problemas de salud, primordialmente, y por la posibilidad de muerte de uno de los cónyuges, frecuentemente el marido.

Sin embargo cuando existen problemas matrimoniales no resueltos, los factores mencionados anteriormente actúan en forma negativa, al ser mayor la cantidad de tiempo compartido hay más posibilidades de que salgan a la luz las diferencias o los resentimientos, otras veces se aprovechan de situaciones para tomar revancha (Ej.: el marido dominante que padece una enfermedad invalidante, pasa a perder completamente su independencia física y psíquica). Los divorcios de personas de alrededor de 65 años han aumentado notablemente. Por otro lado, la viuda/o sufre no sólo la aflicción de la pérdida sino también la soledad, la falta de compañía y la pérdida de la satisfacción sexual. Existen seis veces más viudas que viudos. Las mujeres mayores que se quedan viudas llegan más preparadas a este nuevo rol, su socialización se ve favorecida por un potencial grupo de amigas viudas. El viudo mayor tiene relativamente pocas amistades.

Nuevas Nupcias

El hombre tiende a casarse con mujeres más jóvenes. Se casan nuevamente mucho más los hombres viejos que las mujeres viejas. (6 a 1). Los motivos mencionados como más importantes para volver a casarse en los últimos años de la vida son: en primer término el compañerismo, luego la satisfacción sexual y en menor medida la salud y la economía. Los impedimentos son: la oposición de los hijos, las mujeres no quieren hacerse cargo de hombres enfermos (actualmente o en un futuro cercano).

3.8.3 Las relaciones con los demás y la soledad.

Es una realidad que muchas personas mayores están solas, sin amigos ni personas en las que poder confiar, esta soledad puede estar causada por:

- 1) Pérdida del nivel socio económico.
- 2) Afecciones físicas o psíquicas invalidantes.
- 3) Pérdida del cónyuge.
- 4) Tendencia a la inactividad.
- 5) Casamiento de los hijos.
- 6) Éxodo rural.

Actualmente se observan cambios culturales que tienden a la mayor socialización de los mayores, poseen muchos roles familiares (partiendo de la base que un mismo hombre puede ser a la vez hijo, padre, abuelo y hasta bisabuelo) y muchos tipos de roles de amistad (inclusive hay organismos no gubernamentales que los promueven. Ej.: clubes de abuelos, centros de jubilados).

Por último, para los protagonistas, la soledad no parece ser un problema tan serio como opinan los jóvenes (que lo ponen en primer lugar), pues una encuesta reveló que los mayores de 65 años piensan que sus problemas mayores son: 1° - bajo salario; 2°- salud delicada; 3°- la violencia creciente y recién en 4° lugar la soledad.

3.9 Maltrato a los Adultos Mayores.

Lamentablemente cada vez se detectan más casos de malos tratos o abuso sobre los adultos mayores. En todo el mundo este es un problema que no retrocede porque también son escasas las acciones adoptadas al respecto. Lo habitual es que el maltrato se dé sobre ancianos y lo común es que estas personas vivan insertas en la comunidad, con algún tipo de padecimiento físico o mental. El maltrato generalmente se da en la propia familia y puede ser

- Económico: desde el simple hurto, pasando por el fraude, estafas, etc.
- Psíquicos: Verbal (injurias graves), amenazas, degradación, humillaciones, etc.
- Físicos: Golpes, quemaduras, apretones, sobremedicación u omisión de ésta, abuso sexual, negligencia en el cuidado, hiponutrición, etc.

Muchas veces el anciano, por temor, niega los malos tratos. El temor a relatar lo que le ocurre puede relacionarse con temor a la institucionalización, a ser una carga, a que se lo castigue, etc. ^{xxxii}

3.10 Cambios sociales en el adulto mayor.

Los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia comunidad. Asimismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios. Desde la perspectiva del cuidado o trabajo de enfermería, un mal ajuste en la vida social del adulto mayor, puede impactar negativamente en su salud y autocuidado si cae en problemas de desindividualización, pérdida de autoafirmación, daño emocional y asilamiento social. ^{xxxiii}

3.10.1 Cambio de Rol individual.

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

- El anciano como individuo único. Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca y es previsible que ocurra en un futuro más o menos inmediato. La actitud frente la muerte cambia con la edad, para el anciano que tiene más afianzado el concepto de trascendencia podría considerarse como un momento de afirmación de sus valores y creencias. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo que envejece consiste en aceptar la realidad de la muerte. En este momento de la vida la concepción de la muerte adquiere un nuevo sentido, vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Sin embargo, para otros ancianos se produce una situación de rechazo al hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia siendo la soledad, la oscuridad y el sufrimiento los componentes que más le preocupan. Incluso puede pensarse que la acentuación extrema de estos miedos puede llevar al anciano a situaciones de desesperación y de suicidio.

- El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero .La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en un asilo.

- El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La vejez es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge, pariente o amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad .El sentimiento de soledad es difícil de superar.^{xxxiv}

3.10.2 Cambio de Rol en la Comunidad.

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

3.10.3 Cambio de Rol Laboral.

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión, después del cese definitivo de las actividades laborales.

Las consecuencias de la jubilación: La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y a la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen también en gran medida, no es lo mismo generar sus propios ingresos que depender de alguien, de ahí que una vez más se afirma que e los adultos mayores sean un grupo social vulnerable. Su vulnerabilidad está fuertemente anclada en su inseguridad económica; sin embargo, en muchas ocasiones son los familiares quienes gozan vivir de la pensión que perciben los adultos mayores, estos casos son una forma de abuso económico.

El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas.^{xxxv}

3.11 Aislamiento Social

El aislamiento es algo observable y cuantificable que nos remite al concepto de separación, incomunicación y desamparo; es la falta de compañía y de encuentro con las personas significativas. Aunque esto nunca es total, dado que siempre existe un mínimo de encuentros sociales aunque sean breves y superficiales. Hay que distinguirlo de la soledad, que es un estado afectivo interior, un sentimiento que escapa a la observación objetiva. La soledad está entramada en la subjetividad y se encuentra anclada en la historia personal, en tanto que el aislamiento es siempre impuesto por otro que decidirá el lugar y el destino del individuo. El funcionamiento social del adulto mayor obedece casi siempre a la necesidad de estar en contacto con otros, sobre todo con sus seres queridos y muchos de ellos, pasan la mayor parte del tiempo solos en casa.^{xxxvi}

Existen diversos factores en el Adulto Mayor que lo hacen vulnerable a aislarse de la sociedad en general; de hecho la misma sociedad los margina por que hoy día al anciano ya no se le considera una persona productiva, la vejez está marcada por un gran número de pérdidas, deficiente autocuidado y marginación social.

La NANDA define el aislamiento social como la “soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros”. El adulto mayor, muestra una mejor relación con la sociedad cuando se encuentra inmerso dentro de un sistema familiar en el que se le escucha, se le toma en cuenta en las decisiones familiares y participa en actividades religiosas y comunitarias.^{xxxvii}

A partir de los 60 años, tanto la jubilación como la viudez constituyen las dos situaciones más potencialmente proclives para el surgimiento de soledad y aislamiento, que llegan a afectar sobremanera a las personas mayores. Existen más mujeres viudas que hombres viudos, lo cual se debe a que la esperanza de vida es más alta en la mujer, sin embargo, los hombres sufren más soledad por el hecho de que durante su vida activa y laboral pasó más tiempo fuera de

casa que la mujer lo cual eleva su sentimiento de minusvalía y tiende a empobrecer su actividad social con lo que se derivan episodios de aislamiento, otro importante factor responsable de la soledad.

La desconfianza hacia los hijos y la falta de comunicación pueden favorecer de esta forma un aislamiento familiar voluntario por parte de los mayores, que se sitúa en la base del sentimiento de soledad. Suelen ser casos presididos por un alto grado de desinterés por las actividades sociales e incluso por la vida familiar, que combinan la permanencia en el domicilio durante gran parte del día. El riesgo a morir en soledad resulta mucho más elevado durante la noche, muchas personas llegan a padecer un sentimiento de pánico al imaginar los acontecimientos. Es este un elemento común a las personas mayores que viven solas, con independencia de su género y del contexto rural o urbano en el que habitan. ^{xxxviii}

Necesidad de los adultos mayores de comunicarse con los demás y expresar sus emociones.

La comunicación verbal y/o no verbal, constituye un proceso dinámico, presente en todas las edades y en todas las etapas del desarrollo humano. Un anciano puede considerarse independiente cuando:

- Es capaz de comunicarse, de forma oral y/o gestual de modo conveniente con sus semejantes y su entorno.
- Manifiesta sus opiniones y recibe la de los demás en un clima de respeto.
- Conserva una adecuada orientación temporoespacial.
- Mantiene las capacidades físicas e intelectuales necesarias para acceder a la información interior y exterior, así como para la expresión de sus reacciones tanto intelectuales como emotivas.
- La imagen y el concepto de si mismo corresponden a la realidad.
- Siente y exterioriza su sexualidad como adecuada, satisfactoria y gratificante.
- Conoce y utiliza medidas para favorecer la comunicación, expresar sus emociones y su sexualidad.

Existen factores que influyen en la comunicación del adulto mayor como la dimensión física/biológica, cuando se da la afectación de órganos y sistemas como el músculo esquelético, neurológico, etc. que impiden una buena comunicación. En la dimensión psicológica influye el estado emocional actual y/habitual: estrés, ansiedad y depresión, y la conservación de un adecuado nivel de actividad intelectual en sus diferentes facetas de memoria, juicio, comprensión y creatividad, en este mismo rubro influye la personalidad previa como motivación, emoción, habilidad, extroversión e introversión.

3.12 Intervenciones de Enfermería en el adulto mayor que presenta aislamiento social.

El objetivo al intervenir con estos pacientes es ayudarlo a recuperar la confianza en sus relaciones, es importante incluir a personas más o menos de la misma edad para tener mayor afinidad o temas de interés a tratar por lo que se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Desarrollar técnicas de habilidades sociales que favorezcan la interacción, limitar una temática de corte pesimista hacia el futuro, triste o negativa para el paciente.
2. Como actividad de apoyo se debe estimular y acompañar en las primeras interacciones en la medida de lo posible.
3. Determinar conjuntamente la influencia de los síntomas depresivos en la interpretación de la realidad y en la toma de decisiones.
4. Identificar estrategias previas de afrontamiento. Establecer objetivos realistas.
5. Promover la capacidad de expresar sentimientos y emociones.
6. Ofrecer disponibilidad continua.
7. Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan o agravan los sentimientos negativos. Promover interacciones con connotación positiva.
8. Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan o agravan la ansiedad. Proporcionar ayuda para la relajación. Favorecer el control de

pensamientos inquietantes. Relación de ayuda en la reorientación del discurso interno.^{xxxix}

3.13 Ejercicio Físico y otras actividades de recreación en el Adulto Mayor.

Uno de los aspectos que más se ha promovido recientemente para mejorar el bienestar de la población en general y de los de los adultos mayores es la actividad física organizada. La Actividad Física es definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos que da como resultado un determinado gasto de energía. En cambio, el Ejercicio Físico implica una serie de movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos, realizados para mejorar o mantener una o más cualidades biomotoras, con el objetivo de producir un mejor funcionamiento del organismo.^{xi}

En los últimos años la práctica de ejercicio físico se ha promovido en pro de la prevención de enfermedades crónico degenerativas, cánceres, obesidad, etc. Según estimaciones de la propia OMS, la falta de ejercicio físico provoca en el mundo más de 2 millones de muertes en el mundo. El sedentarismo, asociado indudablemente a la inactividad física está presente en el 80% de las enfermedades del corazón y constituye una de las 10 primeras causas de defunción y discapacidad del mundo. La OMS considera el sedentarismo y la obesidad como la epidemia del siglo XXI para los países desarrollados y en vías de desarrollo. Con el lema “Por tu Salud, muévete” en el año 2002, la OMS hizo un llamado a los países para que iniciaran actuaciones conducentes a disminuir el impacto de estos graves problemas de salud.^{xii}

Todas las personas deberían participar en actividades físicas, independientemente de su edad y limitaciones socioeconómicas y físicas. Deben tomarse en cuenta las poblaciones especiales, incluyendo las personas adultas mayores con demencia y las extremadamente frágiles, no se les debe excluir pero necesitan supervisión y apoyo. Las personas que ya sufren de enfermedades crónicas y discapacitantes, también pueden participar en algún tipo de actividad física recomendada, el grado y el esfuerzo deberán adaptarse

a las capacidades y condiciones de cada individuo. En todos los casos, la actividad física deberá ir acompañada de nutrición e hidratación adecuadas.

Los beneficios de la actividad física están bien documentados. Existe evidencia de que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer y la artritis. Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general. Los beneficios inmediatos y a largo plazo de la actividad física en las personas adultas mayores son abundantes, otras razones para promover la actividad física en las personas adultas mayores incluyen ganancias no sólo psicológicas, sino también psicológicas y sociales, tales como:

- mejor calidad de vida
- mejor salud mental
- más energía y menos estrés
- mejor postura y equilibrio
- vida más independiente
- mejora en la movilidad física lo que ocasiona menor dependencia hacia los demás

Además de numerosos beneficios para la salud, la actividad física regular también tiene impactos positivos en la sociedad, incluyendo la reducción en los costos de salud y en la carga para el cuidador.^{xiii}

Por otro lado, los estudios en torno a las redes sociales y la manera de interactuar del adulto mayor cuando han cesado gran parte de sus funciones en la sociedad dejan claro que al estar bien integrado a la comunidad o grupo preferido el adulto mayor goza de una vida social plena con lo que se deduce que al integrarse a un grupo para la realización de ejercicios físicos se mantendrá una mejor funcionalidad en todos los aspectos.

3.14 ESTADO DEL ARTE

Diversas investigaciones se han realizado en torno al Adulto Mayor, éste grupo etáreo ha sido estudiado con amplitud; sin embargo, se le ha dado poca importancia a la relación que tiene la influencia del ejercicio físico en las capacidades mentales (intelectuales, cognitivas, estado emocional) y en las relaciones sociales. Dado que en el envejecimiento ocurre una gran diversidad de cambios, éste llega a convertirse en una carga para la persona adulta mayor cuando nota que ha perdido muchas de sus capacidades que tenía en la juventud y madurez. Las consideraciones que transforman al envejecimiento en un problema, se dan cuando en las últimas etapas del curso de una vida se incrementan ciertos riesgos, tales como:

- Disminución marcada en capacidad física y mental
- Disminución de la autonomía y la adaptabilidad
- Menoscabo de roles familiares y sociales
- Retiro del trabajo
- Pérdida de capacidad económica

Las investigaciones sobre el Adulto Mayor comenzaron a tener auge cuando a nivel mundial se comenzó a transformar la pirámide poblacional. México, especialmente considerado como un país joven por su población, comenzó a sufrir una transición demográfica en la cual la población Adulta Mayor ocupará en pocos años la mayoría de la población. Este cambio obliga a detenerse a pensar en los distintos roles y ocupaciones que mantendrán activo al Adulto Mayor y que factores condicionantes de la vida diaria, favorecerán o entorpecerán el autocuidado, las relaciones, la aparición de nuevas enfermedades, etc.

La Secretaría de Salud, así como diversas instituciones comenzaron la creación de protocolos y guías de atención integral para brindar un cuidado especializado a los Adultos Mayores; las nuevas fuentes de información nos obligan a los profesionales de la salud a mantenernos actualizados ante los problemas de salud que invaden a este grupo etáreo.

En México se han llevado a cabo estudios epidemiológicos en adultos mayores para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda, los hallazgos de éstas investigaciones muestran discrepancias sobretodo por las diferentes definiciones de depresión, la clasificación utilizada, el instrumento utilizado y el tipo de población y lugar donde se han llevado a cabo los estudios.

En México, Julio Frenk y colaboradores (1999) realizaron un estudio en el Instituto Nacional de Psiquiatría y en base a los resultados estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según estos autores, 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo y alcoholismo.^{xiii}

La Encuesta Nacional de Adicciones (México, 1988), realizó un estudio en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas entre 18 y 65 años de edad. Uno de los hallazgos principales fue que la población estudiada presentó al menos un síntoma depresivo en el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo al sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y es claro el predominio en las mujeres con un 17%; lo que concuerda con las estadísticas a nivel nacional y mundial que revelan que la depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en el año 2002 entre la población urbana de 18 a 65 años concluyó que los trastornos afectivos (dentro del cual se incluye la depresión) se ubican en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida, al analizar el episodio depresivo individualmente, pasa a ocupar el quinto lugar y entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar.^{xiv}

Otro de los estudios más importantes en población urbana fue el efectuado por Caraveo y cols. (1997) en la Ciudad de México, el cual estimó la prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) exploraron la prevalencia de sintomatología que sugiriera la existencia de los siguientes trastornos: depresión desesperanza, ideación suicida, manía, estados de angustia, obsesiones-compulsiones, crisis, epilépticas y sintomatología psicótica. de 8.3%, donde se observó que los trastornos depresivos mayores y la depresión neurótica, así como el trastorno obsesivo-compulsivo fueron más frecuentes entre las mujeres.^{xiv}

Castro y cols. (2006) en su estudio realizado en el Distrito Federal con 511 sujetos de 60 años y mayores que acuden a consulta de medicina familiar, encontraron 41.7% (213 sujetos) casos probables de depresión: 13.7% (70 sujetos) fue depresión leve, 14.3% (73 sujetos) moderada y 13.7% (70 sujetos) severa, éstos medidos con la escala de Yesavage. Los factores de riesgo identificados fueron relacionados directamente a la falta de alguna actividad laboral remunerada, seguida por la inactividad física (representan un riesgo moderado) y luego la dependencia económica a los familiares así como el sexo femenino, seguida por otros factores como la tipología familiar, apoyo social, pluripatología, polifarmacia, dependencia económica, productividad económica, asistencia a asociaciones de convivencia, escolaridad, etc.^{xvi} En este estudio los factores de riesgo psicosocial mostraron mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión.

El estudio de Granados Ponce y cols. realizado en México en el 2005 también demostró que mientras exista mayor frecuencia de síntomas depresivos en los adultos mayores, éstos tienden a utilizar más los servicios de salud así como la polifarmacia y que en muchas ocasiones estos síntomas pasan desapercibidos por el médico de primer nivel de atención.^{xvii}

Webb, De la Gándara, Magill y Moreno citados por Boschetti (2004) también refieren que la depresión es uno de los motivos de consulta más frecuentes en medicina familiar, pero debido a que gran parte de ellos, no son atendidos por

profesionales de la salud mental, en la gran mayoría de estos pacientes los síntomas pasan desapercibidos.^{xlviii}

Olmos Rivera en su estudio realizado en México en el 2002, en una muestra poblacional de personas mayores de 59 años de la ciudad de Veracruz, refiere que 57.8% presentó depresión: 46.7% en grado leve y 11.1% en moderado-severo.^{xlix}

En México, existen pocos estudios representativos que permitan estimar la prevalencia de sintomatología depresiva entre la población de edad avanzada en la comunidad. Estimaciones preliminares permiten ubicar la prevalencia actual de depresión mayor en alrededor de 11%, con niveles más elevados para los grupos etarios mayores.^l

Reyes (2001) estudió longitudinalmente una población de 5 492 ancianos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mayores de 60 años, representativos del Distrito Federal. En el primer año se encontró una prevalencia de 40% y en el último año, de 43%.^{li} de síntomas depresivos.

Martínez M, Martínez O, Esquivel M y Velasco R (2005)^{lii} estudiaron la prevalencia de depresión y factores asociados en 320 adultos mayores hospitalizados en una unidad Hospitalaria del IMSS utilizando la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage así como la de Kantz y Lawton para dependencia física y la de Folstein para demencia o deterioro cognitivo, en sus resultados obtiene 50% de la población estudiada mostro depresión, 3.1% portadores de demencia también se muestra una asociación entre depresión y mayor edad, predominio en el sexo femenino y asociación entre vivir solo y depender de otras personas para la realización de sus actividades.

Pérez Martínez Víctor (Cuba, 2004) realizó un estudio descriptivo para conocer la prevalencia de deterioro cognoscitivo de un grupo de pacientes de edad avanzada (mayores de 60 años) El deterioro cognoscitivo se evidenció en 49 de ellos, con una prevalencia estimada de 17,4 %, el instrumento utilizado fue la escala de Folstein.^{liii}

Otros estudios relacionados con el ejercicio físico:

Distintas investigaciones demuestran beneficios físicos, cognitivos, psicológicos, motrices, entre otros; que produce la práctica constante del ejercicio físico, sin llegar a los niveles de entrenamiento, hablando de prácticas recreativas, pocos minutos al día, por lo menos dos o tres veces al día. El estudio de Ronald y Coto plantea la necesidad de crear programas de ejercicios especiales para el adulto mayor al demostrar su efecto agudo sobre el estado anímico en el adulto mayor al realizar ejercicios con pesas a diferentes intensidades para aplicarla como tratamiento a dicha población.

En un artículo publicado en 2004 por Ávila y García-Mayo en la ciudad de México mencionan que el ejercicio aeróbico en ancianos tiene múltiples efectos beneficios sobre el organismo, destacando los efectos sobre la movilidad y la funcionalidad física, pero también menciona la sensación de bienestar que provoca una sesión de ejercicio en los adultos.^{liv} Este estudio concuerda con el de Maroularis (1993) en el que las mujeres adultas encontraron beneficios significativos del ejercicio en todas las dimensiones del ánimo utilizando la escala del Perfil de Estados Anímicos (POMS), que mide seis constructos: Vigor, Hostilidad, Fatiga, Confusión, Depresión y Tensión, sobre este mismo tema.

En el estudio de Pierce citado por Ronald y Coto, realizado con adultos mayores y ejercicio agudo y su influencia en el estado de ánimo, ellos encontraron que inmediatamente después del ejercicio los resultados mejoraron a cada constructor de estado de ánimo, disminuían las negativas y aumentaba los positivos.

El ejercicio beneficia también la salud mental de la persona de la tercera edad. Morel (1996), cita a Dowe y Curran – Smith (1994), Blair, Col y Grill, relación entre el ejercicio y el bienestar psicológico. Cuando se investigaron los estados de ánimo positivo y negativo y la fatiga de mujeres después de una clase de aeróbicos, se encontró una diferencia significativa entre los estados de ánimo antes y después de la clase, el efecto positivo subía y la fatiga bajaba.

Los investigadores dan por un hecho que al practicar una actividad física resulta beneficioso para lograr los niveles de depresión y ansiedad y mejorar el estado de ánimo (Strauss, 1996 Berger y Duer 1988, Petruzello y otros, 1991), citados por Morel. Morel en su estudio concluye que una persona mayor de 50 años físicamente activa podría esperar mantener un mejor estado de ánimo en relación con otra persona de su edad que no lo es.

Morales cita el estudio de Raglin (1990) donde indica que “20 a 40 minutos de actividades aeróbicas, resultan en mejoría de ansiedad de estado y ánimo y que persiste por horas”. Pero que aún así el ejercicio puede resultar también en detrimento de la salud mental, ya que algunos individuos llegan a ser dependientes sobre la actividad física y ejercicio en grado excesivo.^{iv}

Zavala (2006), cita a Ballesteros en un estudio en Chile que reporta que los adultos mayores tienen una capacidad social para integrarse de manera que no repercuta en su salud, sino al contrario que deben desenvolverse y contar con el apoyo de familia, comunidad e instituciones. Concluye que la calidad de vida de la persona adulta mayor esta estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social.^{lvi}

En el estudio de Fuentes^{lvii} reporta que las redes sociales en la que se encuentra el individuo puede provocar que la vejez no sea satisfactoria y que su estado emocional influya negativamente en su adaptación al proceso de envejecimiento y lo manifieste con apatía, aislamiento, depresión, sentimientos de soledad y desesperanza, sintiéndose una carga o estorbo para sus familiares.

Según el Departamento de Psicología de la Universidad de Australia se ha demostrado que el ejercicio es un antidepresivo, un ansiolítico y mejora los estados de ánimo de las personas que participan en un programa de entrenamiento.

Veltin (1978) menciona que los efectos positivos del deporte en la edad adulta, son sobre todo importantes en cuanto el ejercicio físico le proporciona al adulto mayor, un aumento del valor propio, el deseo de hacer actividades físicas, enriquecimiento de la sensación de bienestar general. ^{lviii}

Algunos estudios sobre el ejercicio como estilo de vida, muestran que las personas de edad avanzada registran elevados índices de inactividad física, lo cual repercute directamente en su salud física y mental. También se ha demostrado que la participación de las personas de edad avanzada en grupos de socialización para realizar actividades laborales, de ocio y lúdicas, constituye en sí, un factor de prevención para la depresión.

Otro estudio que muestra los beneficios de la actividad física en adultos mayores es el de González Chávez y Becerra, (2001) señala que La combinación de la actividad física (AF) con un plan de alimentación adecuado, muestran un efecto sinérgico en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónico degenerativo. ^{lix}

Tomando en cuenta que la incidencia de enfermedades crónicas comienza a incrementarse conforme avanza la edad, se debe dar mayor atención a la evaluación y promoción de la AF desde etapas tempranas de la vida. De ahí que al incrementar el nivel de AF regular en la población, se considera como un importante logro de la salud pública.

Rojano (2007) estudió un caso clínico de deterioro de la integración social en el adulto mayor encontrando en el individuo depresión, falta de confianza al realizar tareas en la casa, familia y autocuidado, después de las intervenciones de enfermería la persona mejoró en la realización de actividades así como en su estado emocional, integrándose al sistema familiar. En este estudio concluye que las situaciones de soledad, aislamiento, depresión, entre otras contribuyen a una mayor demanda de servicios sanitarios y dependencia del adulto mayor a las instituciones de salud. ^{lx}

Cabe mencionar el estudio realizado por Murillo y Loo en Los Reyes, La Paz, México, donde se demuestra la influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del Adulto Mayor, donde una de las escalas utilizadas fue la de Yesavage para detectar depresión y en el grupo que realiza ejercicio no se encontró depresión, mientras que en el grupo que no realiza ejercicio (83%) presenta depresión, mostrando así semejanza con lo reportado en la literatura sobre los efectos Psicoafectiva (disminución de alteraciones emocionales asociadas con la depresión) y beneficios neuropsicológicos (sensación de bienestar y mayor autoestima) de la práctica del ejercicio. ^{lxi}

Según lo estipulado en el Cuarto Congreso Internacional de la Actividad Física y el Deporte en el Adulto Mayor (Costa Rica, 1996), los beneficios de la actividad física a corto plazo son: disminución del Stress, produce relajación, mejora estados de ánimo y a largo plazo produce relajación, mejora la salud mental, procesos cognitivos y adquisición de destrezas. ^{lxii}

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La vejez marca una etapa de la vida con cese o disminución de muchas actividades y funciones dentro del rol social y familiar. Las tasas de morbi-mortalidad en la vejez son las más altas a nivel mundial. Los Adultos mayores ocupan el primer lugar en demanda de atención médica; sin embargo, la atención sanitaria se enfoca solamente a atender los problemas físicos aún cuando la valoración debe ser en todas las esferas del ser humano. Es un desafío para las instituciones brindar este tipo de atención, ya que tanto la problemática social que vive el país, así como personal multidisciplinario insuficiente, no permiten una valoración integral, además esto implicaría también la participación activa de la familia en ayudar a evitar o atenuar consecuencias graves que traen consigo los problemas mentales y sociales del Adulto Mayor.

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con planes y programas enfocados a la prevención de problemas de salud mental del Adulto Mayor siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales y nacionales y que resaltan la importancia de llevar a cabo distintas actividades físicas y recreativas programadas como ejercicios, aerobics, baile, etc. Sin embargo estas medidas aún no se implementan en todas las unidades de primer nivel de atención y en las que ya existen, no cuentan con la suficiente participación del adulto mayor, dado que la vejez es una etapa de la vida caracterizada por la disminución o cese de actividades en gran medida laborales y sociales lo que favorece la aparición de estados de deterioro mental, depresión, aislamiento y soledad.

Ante esta problemática nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la funcionalidad mental y social del adulto mayor que realiza ejercicio físico en relación con los adultos mayores que no lo realizan en la UMF 120 del IMSS?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

- Valorar la funcionalidad mental y social que presenta el Adulto Mayor derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 120 del IMSS.

5.2 Objetivos específicos:

- Valorar la funcionalidad mental y social del Adulto Mayor que realiza ejercicios físicos.
- Valorar la funcionalidad mental y social del Adulto Mayor que no realiza ejercicios físicos.
- Analizar si existen diferencias significativas entre ambos grupos.

6. MATERIAL Y METODOS

- **6.1 Tipo de estudio:** Cuantitativo
- **6.2 Diseño:** Transversal, Descriptivo, Comparativo.
- **6.3 Población en estudio:** Conformada por Adultos Mayores hombres y mujeres derechohabientes de la UMF 120.
- **6.3.1 Muestreo:** Se trata de una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 60 adultos mayores derechohabientes de la U.M.F. No. 120 del IMSS. La muestra a su vez fue dividida en dos subgrupos: 1 grupo de 30 personas que realizan ejercicios físicos en la unidad y 1 grupo de 30 personas que solo acuden a consulta externa y no practican ejercicio físico.

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

6.4.1 Criterios de inclusión

- Adultos mayores de ambos sexos derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 120.
- Que presenten máximo 2 patologías crónicas

6.4.2 Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no sean derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 120.
- Que presenten más de 2 patologías crónicas.
- No aceptaron participar en el estudio.

6.4.3 Criterios de eliminación:

- Quienes no me permitieron terminar la entrevista.

6.5 VARIABLES

Las variables estudiadas fueron:

Sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, tipo de familia.

Medición para el funcionamiento mental: cognición, memoria y depresión; y para el funcionamiento social, el aislamiento social.

6.6 INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

Los instrumentos de medición fueron:

- I. **Hoja de datos generales** (anexo 1), que contiene edad, sexo del paciente, información sobre su situación de vivienda y acompañamiento familiar.
- II. **El Mini Examen del Estado Mental de Folstein** (anexo 2) Test breve desarrollado por Folstein et al. (1975) como un método práctico que permite establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium. Las características que se evalúan son:
 - Orientación espacio- tiempo.
 - Capacidad de atención, concentración y memoria.
 - Capacidad de abstracción (cálculo).
 - Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial.
 - Capacidad para seguir instrucciones básicas.

Este test tiene una sensibilidad del 87% y una especificidad del 60%. La puntuación máxima es 35 y una puntuación igual o inferior a 23 se considera significativa de deterioro. Evalúan seis funciones, los primeros 10 puntos valoran la orientación, en segundo lugar fijación máximo 3 puntos, concentración y calculo (máximo 8 puntos), memoria (3 puntos) y lenguaje y abstracción (11 puntos).

- III. Para medir los síntomas depresivos se utilizó la **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)** (anexo 3). Esta surgió en 1982 en 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, y

versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado ser válidas y confiables. La EDG ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles, y el español para mexicoamericanos. Esta prueba no es un sustituto para una entrevista diagnóstica por profesionales de salud mental, pero se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz utilizada ampliamente en atención primaria con la ventaja de que pueden ser aplicadas fácilmente por médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales.

- IV.** Para medir el funcionamiento social utilizamos el instrumento **Aislamiento Social en el Adulto Mayor (IMAS 2007)** (anexo 4). Este instrumento se construyó usando como sustento teórico las características definitorias (CD) del aislamiento social que utiliza la NANDA. Esta conformado por 37 ítems que evalúan sus CD, planteadas de manera positiva y negativa, en escala de respuestas tipo Likert. El nivel de confiabilidad de esta prueba es de 0.911.

Todos los instrumentos empleados fueron aplicados bajo el consentimiento informado por escrito y firmado por el derechohabiente (anexo 5).

6.7 PILOTEO

Previamente, al inicio de la investigación, se procedió a entrevistar a 5 personas que cubrieron los criterios de inclusión y exclusión de la muestra, aplicando los instrumentos de valoración, la entrevista tuvo una duración aproximada de 25 minutos con cada persona.

6.8 RECOLECCION DE LA INFORMACION

La recolección de los datos se realizó en los meses de junio y julio del 2009 en la Unidad de Medicina Familiar No. 120 del IMSS dirigida a los derechohabientes de ambos turnos.

6.9 DISEÑO ESTADÍSTICO

La captura de datos se llevó a cabo en el paquete estadístico SPSS versión 15, para el análisis de los datos se obtuvieron frecuencias, porcentajes y correlaciones de Pearson de algunas variables. Los resultados se presentan principalmente en cuadros.

6.10 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO	ITEM
EDAD	Período de tiempo en años de vida transcurridos entre el nacimiento y la aplicación de la encuesta.	Intervalar	1. 60 a 64 a 2. 65 a 69 a 3. 70 a 74 a 4. 75 a 79 a 5. = ≥ 80 a
SEXO	Clasificación según fenotipo de los caracteres sexuales en masculino y femenino.	Cualitativa	1. Femenino 2. Masculino
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un	Cuantitativa	1. Sin estudios 2. Primaria terminada

	establecimiento docente dada por el tiempo que duran estos cursos.		<p>3. Secundaria terminada</p> <p>4. Preparatoria o técnico</p> <p>Terminada</p> <p>5. Profesional</p>
ESTADO CIVIL	Condición o status jurídico de cada persona, desde el punto de vista a derechos y deberes civiles de carácter individual.	Cualitativa	<p>1. Soltero</p> <p>2. Casada (o)</p> <p>3. Viudo</p> <p>4. Divorciado</p> <p>5. Unión libre.</p>
OCUPACION	Es el tipo de trabajo o profesión específica que desempeña una persona.	Cualitativa	<p>1. Hogar</p> <p>2. Empleado</p> <p>3. Comerciante</p> <p>4. Técnico</p>

			5. Profesionista
			6. Pensionado o Jubilado
			7. Otro
DEPRESION	Estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día (Asociación Americana de Psiquiatría; 1995)	Cuantitativa	<p>1. 0-5 puntos: sin depresión</p> <p>2. 6-10 puntos: depresión leve</p> <p>3. 11-15 puntos: depresión severa o establecida.</p> <p>(Escala de Yesavage)</p>
AISLAMIENTO SOCIAL	Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros. (NANDA; 2005)	Cualitativa	<p>1- $\geq 80\%$ si presenta</p> <p>2- No presenta</p>

EJERCICIO FISICO	Actividad planeada, estructurada y repetitiva que tiene por objeto adquirir, mantener o mejorar uno o más componentes físicos.	Cualitativa	1. Realiza ejercicio por lo menos dos veces a la semana durante 45 minutos o más.
DETERIORO COGNITIVO	Disminución progresiva de la esfera cognitiva en procesos intelectuales tales como atención, memoria, cálculo, pensamiento, percepción y comunicación.		I. ≤ 23 puntos: deterioro cognoscitivo . II. ≥ 24 normal.

7. ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

El presente estudio no afecta la salud física ni moral de los derechohabientes, ya que se apega a los lineamientos propuestos para la investigación en humanos de la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud la cual establece que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

El Título segundo: De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos establece en el capítulo I

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

De acuerdo al objetivo y método de esta investigación se ubica en el Artículo 17 clasificando ésta como: **Investigación sin riesgo.**

8. RESULTADOS

8.1 RESULTADOS DEL GRUPO DE ADULTOS MAYORES QUE REALIZAN EJERCICIO FÍSICO EN LA U.M.F. No. 120 DEL IMSS.

I. Datos generales.

En los resultados obtenidos del grupo que acude a la unidad a realizar ejercicios físicos (n=30) tenemos:

Edad. La edad mínima fue de 60 años y la máxima de 78 con una media de 68 años representada por el 16.7%.

Sexo: El sexo que predominó fue el femenino ya que este grupo fue representado por el 76.7%. En el siguiente cuadro se presenta por quinquenios la distribución por edad y sexo de los derechohabientes encuestados que realizan ejercicio físico (cuadro 1).

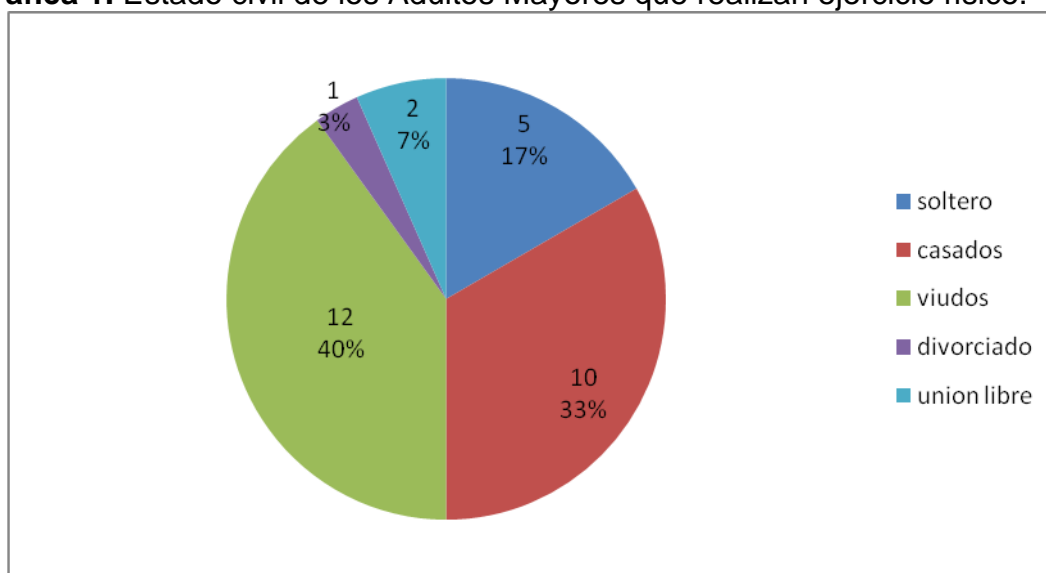
Cuadro 1. Distribución por edad y sexo de los adultos mayores que realizan ejercicios físicos en la unidad.

GRUPO DE EDAD (años)	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%
60-64	5	16.6	-	-
65-70	13	43.3	5	16.6
71-74	3	10	1	3.3
75-80	2	6.6	1	3.3
TOTAL	23	76.7	7	23.3

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Estado civil. En el estado civil de los encuestados se obtuvieron los siguientes resultados: solteros, 5 personas con el 16.7%, casados 10 personas con el 33.3%, en unión libre 2 personas con el 6.7%, divorciado 1 persona con el 3.3% y en estado de viudez 12 personas con el 40% (Gráfica 1).

Gráfica 1. Estado civil de los Adultos Mayores que realizan ejercicio físico.



Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Ocupación. La ocupación se encontró de la siguiente manera: 15 personas (el 50%) se ocupa del hogar, 11 son jubilados (36.7%) y también permanecen en el hogar, 4 personas (13.3%) trabajan fuera del hogar con actividad comercial. Son las tres ocupaciones encontradas en el grupo (cuadro 2).

Cuadro 2. Ocupación de los adultos mayores que realizan ejercicio físico.

Ocupación	Frecuencia	%
Hogar	15	50
Trabaja	4	13.3
Jubilado	11	36.7
Total	30	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Escolaridad. La escolaridad de los adultos mayores es la siguiente: 21 personas con escolaridad primaria (70%), 2 personas con secundaria (6.7%), 2 personas con estudios de nivel técnico (6.7%) y 5 personas (16.7%) refieren no tener estudios (cuadro 3).

Cuadro 3. Escolaridad de los adultos mayores que realizan ejercicio físico.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	21	70
Secundaria	2	6.7
Técnica	2	6.7
Ninguna	5	16.7
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Ingresos. En la encuesta se les preguntó si reciben ingresos económicos por jubilación, pensión, de parte de algún familiar o programa social. El 76.7% (23 personas) si perciben ingresos económicos y el 23.3% (7 personas) contestó que no perciben ingresos de ningún tipo (cuadro 4).

Cuadro 4. Percepción de ingresos económicos de los adultos mayores que realizan ejercicio físico.

Percibe ingresos	Frecuencia	%
Si	23	76.7
No	7	23.3
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Religión. Respecto a la religión se observó que 28 de las 30 personas (93.3%) pertenece a la Católica, 1 persona (3.3%) Testigo de Jehová y una persona (3.3%) refiere no profesar alguna religión (cuadro 5).

Cuadro 5. Religión de los adultos mayores que realizan ejercicio físico.

Religión	Frecuencia	%
Católica	28	93.3
Testigo de Jehová	1	3.3
Ninguna	1	3.3
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Convivencia familiar. La distribución por convivencia familiar ¿Con quién vive actualmente? Se observa de la siguiente manera: 11 personas viven con su esposa(o) e hijos (36.7%), solamente con algún hijo (a) 11 personas (36.7%), con algún otro familiar 2 personas (6.7%), y 6 personas (20%), viven solas (cuadro 6).

Cuadro 6. Con quienes viven los adultos mayores que realizan ejercicio físico.

¿Con quién vive?	Frecuencia	%
esposa(o) e hijos	11	36.7
Solo	6	20.0
con algún hijo(a)	11	36.7
con familiar o parientes	2	6.7
Total	30	100.0

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Enfermedades crónicas. El 80% de los Adultos mayores de este grupo padecen una o dos enfermedades crónicas y éstas fueron Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial o ambas. El 20% refiere no padecer ninguna enfermedad crónica.

Como considera su salud. Con respecto a la pregunta ¿cómo considera su salud? Los adultos mayores respondieron de la siguiente manera: el 26.7% de la población considera su salud como buena, el 56.7% la considera regular y el 16.7% la considera mala (cuadro 7).

Cuadro 7. Como consideran su salud los adultos mayores que realizan ejercicio físico.

¿Cómo considera su salud?	Frecuencia	%
Buena	8	26.7
Regular	17	56.7
Mala	5	16.7
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

II. RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIÁTRICA DE YESAGAVE.

Depresión. En la variable “presenta depresión” el resultado fue el siguiente: 96.7% (29 personas) no presentan esta patología, y sólo el 3.3% (una persona) presenta un cuadro depresivo (cuadro 8).

Cuadro 8. Depresión en el adulto mayor que realiza ejercicio físico.

Presenta depresión	Frecuencia	%
Si	1	3.3
No	29	96.7
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

OBSERVACIÓN: De acuerdo a la medición de esta escala, la persona que presentó la depresión se sitúa en la depresión de segundo grado: **moderada o establecida.**

III. RESULTADOS DEL MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN.

Deterioro Mental. Según el instrumento utilizado 29 de las 30 personas encuestadas (96.7%) no presenta deterioro mental y sólo una persona (3.3%) sí presenta un grado de deterioro mental o cognitivo (Cuadro 9).

Cuadro 9. Presencia de deterioro mental o cognitivo de los adultos mayores que realizan ejercicio.

Presenta deterioro mental o cognitivo	Frecuencia	%
Si	1	3.3
No	29	96.7
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

OBSERVACIÓN: La persona que presenta el deterioro mental o cognitivo lo presenta en grado: **Leve** según la medición de este examen.

IV. RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PRESENCIA DE AISLAMIENTO SOCIAL.

Aislamiento Social. De acuerdo al instrumento que se aplicó en este rubro, el 100% (n=30) de los adultos mayores encuestados en este grupo no presentan aislamiento social (Cuadro 10).

Cuadro 10. Aislamiento social en los adultos mayores que realizan ejercicios.

Aislamiento social	Frecuencia	%
Si	0	0
No	30	100
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

8.2 RESULTADOS DEL GRUPO QUE NO REALIZA EJERCICIO FÍSICO.

I. Datos generales:

En los resultados obtenidos del grupo de adultos mayores derechohabientes que no realizan ejercicios físicos (n=30) tenemos:

Edad. La edad mínima fue de 60 años y la máxima de 81 con una media de 68 años representada por el 10%.

Sexo: El sexo que predominó fue el femenino ya que este grupo fue representado por 19 mujeres (63.3%) y 11 hombres (36.7%). En el siguiente cuadro se presenta por quinquenios la distribución por edad y sexo de los derechohabientes encuestados que **no** realizan ejercicio físico (cuadro 11).

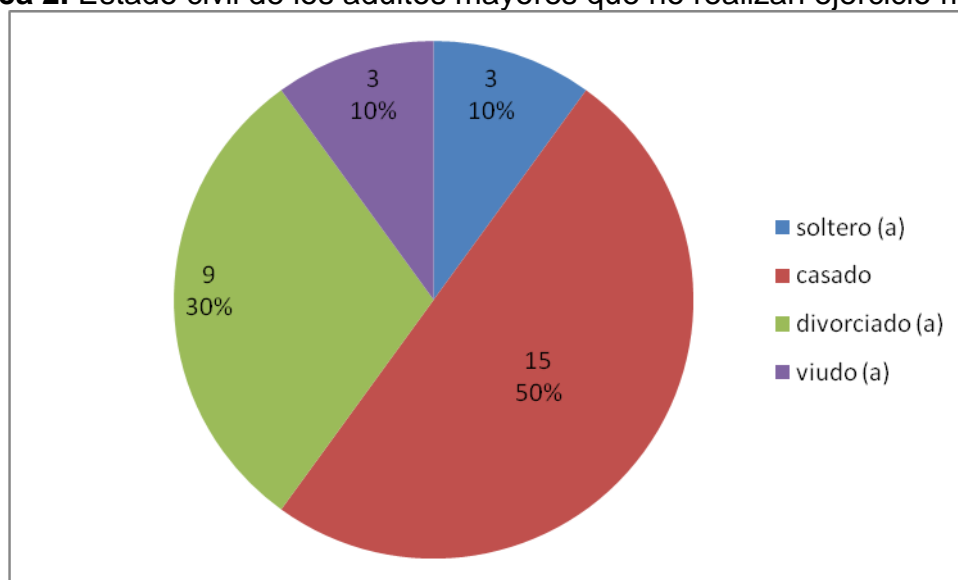
Cuadro 11. Distribución por edad y sexo de los derechohabientes encuestados que no realizan ejercicios físicos en la unidad.

GRUPO DE EDAD (años)	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%
60-64	7	23.3	3	10
65-70	4	13.3	4	13.3
71-74	5	16.6	5	16.6
75-80	2	6.6	-	-
TOTAL	18	59.8	12	39.9

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Estado civil. El estado civil del grupo de personas que no realizan ejercicio fue el siguiente: 3 personas solteras (10%), 15 personas casadas (50%), 9 divorciadas (30%), 3 personas viudas (30%) y 3 divorciadas (10%) (Gráfica 2).

Gráfica 2. Estado civil de los adultos mayores que no realizan ejercicio físico.



Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Ocupación: De acuerdo a lo observado la ocupación actual de los derechohabientes es: 16 personas (53.3%) se dedican al hogar, 2 personas trabajan actualmente (6.7%) y 12 personas (40%) están jubiladas o pensionados (cuadro 12).

Cuadro 12. Ocupación actual de los adultos mayores que no realizan ejercicio físico.

Ocupación	Frecuencia	%
Hogar	16	53.3
Trabaja actualmente	2	6.7
Jubilado/pensionado	12	40
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Escolaridad. La distribución por escolaridad de las personas fue: 13 personas con primaria (43.3%), 5 personas con secundaria (16.7%) 2 personas con estudios de nivel técnico (6.7%) y 10 personas sin estudios que representan el 33.3%, (cuadro 13).

Cuadro 13. Escolaridad del grupo de adultos mayores que no realizan ejercicio físico.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	13	43.3
Secundaria	5	16.7
Técnica	2	6.7
Sin estudios	10	33.3
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Ingresos. En cuanto a la percepción de ingreso económico mensual que tienen los derechohabientes, los resultados fueron los siguientes: el 66.7% (20 personas) si perciben ingresos económicos y el 33.3% (10 personas) no perciben ningún ingreso (cuadro 14).

Cuadro 14. Percepción de ingresos económicos de los adultos mayores que no realizan ejercicio físico.

Percibe ingresos	Frecuencia	%
Si	20	66.7
No	10	33.3
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS. Junio-julio 2009.

Religión. Respecto a la religión se observó que 22 personas (73.3%) pertenecen a la religión Católica, 2 personas (6.7%), una personas Testigo de Jehová (3.3%), una persona no especifica (3.3%) y 5 personas (16.7%) no profesan religión alguna (cuadro 15).

Cuadro 15. Religión de los adultos mayores que no realizan ejercicio físico.

Religión	Frecuencia	%
Católica	22	73.3
Testigo de Jehová	2	6.7
Ninguna	5	16.7
Otra (no específica)	1	3.3
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Convivencia familiar. La distribución por convivencia familiar ¿Con quién vive actualmente? Se observa de la siguiente manera: 13 de los adultos mayores que representan el 43.3% viven en familia o en pareja con su esposa (o) e hijos, 8 personas (26.7%) viven en casa de algún hijo (a), 7 personas (23.3%) viven solos y 2 personas (6.7%) viven en casa de algún otro familiar o pariente (cuadro 16).

Cuadro 16. Con quienes viven los adultos mayores que no realizan ejercicio físico.

¿Con quién vive?	Frecuencia	%
esposa(o) e hijos	13	43.3
Solo	7	23.3
con algún hijo(a)	8	26.7
con familiar o parientes	2	6.7
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Enfermedades crónicas. Del grupo de adultos mayores que no realizan ejercicio físico, 22 personas que representan un 73.3% refieren padecer actualmente una o dos enfermedades crónicas y el 26.7% refiere no padecer ninguna enfermedad crónica.

Como considera su salud. En la pregunta sobre como considera su salud, los adultos mayores contestaron de la siguiente manera: 8 personas (26.7%) la consideran buena, 15 personas que son el 50% consideran su salud como regular y 7 personas (23.3%) la consideran mala (cuadro 17).

Cuadro 17. Como consideran su salud los adultos mayores que no realizan ejercicio físico.

¿Cómo considera su salud?	Frecuencia	%
Buena	8	26.7
Regular	15	50
Mala	7	23.3
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

II RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAGAVE.

Depresión. En la variable “presenta depresión” el resultado fue el siguiente: 22 personas que representan al 73.3% no presentan esta patología, y 8 personas (26.7%) presentan síntomas depresivos (cuadro 18).

Cuadro 18. Depresión en el adulto mayor que no realiza ejercicio físico.

Presenta depresión	Frecuencia	%
Si	8	26.7
No	22	73.3
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

Grado de depresión. De acuerdo al instrumento de tamizaje utilizado, las personas que resultaron con depresión (n=8), la presentan de la siguiente manera: 6 personas (75%) presentan un cuadro depresivo leve y 2 personas (25%) presentan **depresión moderada o establecida** (cuadro 19).

Cuadro 19. Grado de depresión que presentaron los adultos mayores del grupo que no realiza ejercicio físico.

Grado de depresión	Frecuencia	%
Depresión leve	6	75
Depresión moderada o establecida	2	25
Total	8	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

III RESULTADOS DEL MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN

Deterioro Mental. En los resultados arrojados por el mini examen mental de Folstein obtuvimos los siguientes: 5 personas (16.7%) si presentan un deterioro mental y 25 (83.3%) no presentan deterioro mental o cognitivo (cuadro 20)

Cuadro 20. Presencia de deterioro mental o cognitivo de los adultos mayores que no realizan ejercicio.

Presenta deterioro mental o cognitivo	Frecuencia	%
Si	5	16.7
No	25	83.3
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

OBSERVACION: Las 5 personas que presentaron el deterioro mental lo presentan en forma **leve** de acuerdo a este instrumento utilizado.

IV RESULTADOS DEL INSTRUMENTO DE MEDICION PRESENCIA DE AISLAMIENTO SOCIAL

Aislamiento Social. En la medición de la presencia de aislamiento social se obtuvieron los siguientes resultados. De acuerdo al instrumento que se aplicó en este rubro, el 100% (n=30) de los adultos mayores encuestados en este grupo no presentan aislamiento social (cuadro 21).

Cuadro 21. Aislamiento social en los adultos mayores que no realizan ejercicios.

Aislamiento social	Frecuencia	%
Si	3	10
No	27	90
Total	30	100

Fuente: Encuesta aplicada a los derechohabientes de la U.M.F. 120 del IMSS, junio-julio 2009.

8.3 CORRELACIONES DE PEARSON

Se realizaron correlaciones de Pearson para las variables de edad, sexo, ocupación y practica de ejercicio físico asociándolas con los ítems que comprenden el cuestionario de Yesagave y aislamiento social. Los resultados fueron los siguientes:

En el grupo de adultos mayores que realizan ejercicio físico en la unidad, los resultados significativos fueron los siguientes:

Cuadro 22 Correlación de Pearson en el grupo que realiza ejercicio físico.

DIMENSION	ITEM	CORRELACION DE PEARSON
Edad	¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	Correlación de Pearson .490(**) Sig. (bilateral) .006 N = 30
	Presenta depresión	Correlación de Pearson .403(*) Sig. (bilateral) .027 N = 30
¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	¿Está preocupado o teme que algo malo le vaya a suceder?	Correlación de Pearson .548(**) Sig. (bilateral) .002 N = 30
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	¿Siente que nadie lo aprecia?	Correlación de Pearson .473(**) Sig. (bilateral) .008 N = 30

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En las correlaciones que se realizaron en la base de datos del grupo que no realiza ejercicios físicos se obtuvieron los siguientes resultados significativos:

Cuadro 23 Correlación de Pearson en el grupo que no realiza ejercicio físico.

DIMENSION	ITEM	CORRELACION DE PEARSON
Edad	¿Se siente lleno de energía?	Correlación de Pearson .463(**) Sig. (bilateral) 0.10 N = 30
	¿Está preocupado o teme que algo malo le vaya a suceder?	Correlación de Pearson .448(*) Sig. (bilateral) .013 N = 30
Sexo	¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	Correlación de Pearson .484(**) Sig. (bilateral) .007 N = 30
¿Se siente desanimado o triste con frecuencia?	¿Siente que nadie lo aprecia?	Correlación de Pearson .378(*) Sig. (bilateral) .039 N = 30

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

9 DISCUSIÓN

El estudio nos permitió conocer la presencia de depresión, aislamiento social y la funcionalidad del adulto mayor en su esfera social y mental. Las características socio demográficas de nuestra muestra poblacional demostraron que son adultos mayores de 60 años y más, residentes del Distrito Federal, derechohabientes de institución de salud, donde lógicamente por la edad y etapa de la vida que se encuentran cursando, la mayor parte de ellos son personas retiradas del trabajo remunerado, se dedican al hogar, presentan 1 o más patologías crónicas como diabetes e hipertensión arterial o ambas y presentan vulnerabilidad a presentar estados de aislamiento, depresión, falta de apoyo social y declinación en la realización de sus propias actividades de autocuidado.

De nuestra muestra que realiza ejercicio físico, tenemos que el 76.7% pertenecen al sexo femenino, lo que concuerda con los estudios de Maroularis (1993) en los que se ha observado que las mujeres son más participativas en actividades de ocio y recreación que los hombres y en cuanto a la sensación de bienestar que esta actividad les produce. En cuanto a los aspectos sociodemográficos de este grupo, el 40% son viudos (as) y el 40% se encuentran casados o en unión libre, el 50% se dedica al hogar y el 36.7% son jubiladas, en cuanto a con quienes viven las personas el 40% viven con su pareja actualmente y el 36.7% viven con alguno de sus hijos.

En relación a la funcionalidad que presenta el adulto mayor de este grupo se observó que son independientes en la realización de actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirse, bañarse, medicación, transportarse solos a la unidad de medicina familiar entre otras cosas, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura. En el grupo de adultos mayores que no realiza ejercicio físico se observa y es manifestado un deterioro físico y mayor dependencia en la realización de sus actividades, esto concuerda con los estudios realizado en el Estado de México por Murillo y Loo (2007).^{lxiii}

En cuanto a la evaluación del instrumento de escala de depresión geriátrica, el estudio mostro que en el grupo de adultos que realizan ejercicio el 96.7% no presenta cuadro depresivo, este resultado concuerda con los de Murillo y Loo (2007), al comparar nuestro estudio con el de Castro Lizárraga (2006), donde la depresión en adultos mayores jubilados fue de 41.7% y en ese mismo estudio se observo un fuerte riesgo para desarrollar depresión en individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos, inasistencia a asociaciones de convivencia, inactividad física , dependencia económica y género femenino donde nuestros individuos deprimidos presentan características muy similares.

La investigación de Reyes (2001) en el Instituto Mexicano del Seguro Social reporto una prevalencia de depresión del 40% en adultos mayores, cifra que ellos mismos estiman aumentó 3% en los siguientes años. Los resultados arrojados en este estudio no tienen similitud con el nuestro, lo cual se atribuye a la diferencia del número de sujetos incluidos en el estudio.

En la evaluación del estado mental con la escala de Folstein se puede observar que el 96.7 % de los adultos mayores que realizan ejercicio no alcanzan ningún grado de deterioro mental, este resultado concuerda con el de Murillo y Loo (2007) el cual mostro que del grupo que realiza ejercicio físico el 90% no muestra deterioro mental. De nuestro grupo que no realiza ejercicio la prevalencia fue de 16.7% lo cual supera a los resultados del estudio de Reyes (2001) cuyo resultado fue de 3.9% de prevalencia de deterioro mental utilizando la misma escala que nosotros y aplicado en derechohabientes del IMSS, así como también al estudio de Martínez et al (2005)^{lxiv} donde los adultos mayores presentan un deterioro mental (3.1%). Sin embargo, es necesario mencionar que estas personas se encontraban hospitalizadas al momento del estudio y fue aplicado en poblaciones más grandes.

Los resultados arrojados en el estudio de Pérez Martínez (Cuba, 2004) quien encontró una prevalencia de deterioro cognitivo del 17.4% en personas mayores de 60 años utilizando el mismo instrumento; la prevalencia de deterioro cognitivo en nuestra investigación se acerca más a la de este autor.

En cuanto a la evaluación del aislamiento social de los adultos mayores que realizan y que no realizan ejercicio, mostró que de los sujetos que no realizan ejercicio el 10% si presentaron aislamiento social, aunque el porcentaje es mínimo, en contraste con el grupo que realiza ejercicio, la diferencia es notable ya que en este grupo no hubo personas que presenten aislamiento social.

Con referencia a lo reportado en la literatura, los estudios de Fuentes (2003) y Zavala (2006) concluyen que las personas que se integran activamente a los grupos sociales de su comunidad y participan en la toma de decisiones familiares gozan de mejor funcionalidad social evitando así la sensación de soledad, aislamiento y marginación y determinan que cuando la vejez no es satisfactoria socialmente provoca un estado emocional negativo que influye directamente en su adaptación al proceso de envejecimiento sintiéndose una carga o estorbo para su familia

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio y contrastando con lo reportado en la literatura sobre actividad y ejercicio físico en adultos mayores, se demuestra que las personas que realizan ejercicio físico presentan una mejor funcionalidad mental y social que los que no realizan ejercicio (Murillo y Loo, 2007).

10 CONCLUSIONES

Los adultos mayores presentan características similares al analizarlos bajo variables sociodemográficas, en diferentes estudios, esto nos da una información más fidedigna.

1. Los adultos mayores del sexo femenino, son más propensas a participar en distintas actividades de recreación y convivencia social como el ejercicio físico que los hombres; sin embargo es también en este género donde se presenta con más frecuencia la depresión.
2. Los adultos mayores que realizan ejercicio físico de manera organizada y en grupo presentan con menor frecuencia problemas de depresión.
3. Los adultos mayores que realizan ejercicio físico en grupo no presentan aislamiento social ni deterioro mental.
4. En contraste, el grupo poblacional que no realiza ningún tipo de actividad física en grupo manifiestan con mayor frecuencia problemas de depresión y deterioro mental.
5. Las actividades grupales en etapas de la vida donde se piensa que ya no hay nada que hacer brindan una sensación de acompañamiento, de comprensión, empatía, entre los miembros del grupo, con lo que favorecen la calidad de vida.
6. Los adultos mayores que practican ejercicio físico mantienen una mejor funcionalidad mental y social en comparación con los que no lo realizan.

11 RECOMENDACIONES

Los efectos del envejecimiento serían menos pronunciados si muchos individuos pudieran acceder a una vejez más sana. Es recomendable crear y realizar intervenciones educativas dirigidas a las actividades de autocuidado afectados del paciente, con el propósito de favorecer la independencia y la adaptación a la etapa de la vejez. Para ello se necesita la participación activa del paciente y su familia. Para tratar adecuadamente este problema de salud es necesario detectar los casos y luego categorizarlos, los síntomas depresivos y la soledad puede tratarse con psicoterapias grupales, se debe orientar al paciente y sus familiares sobre aspectos como relaciones interpersonales, el trabajo y ejecución de actividades placenteras, así como:

- Otorgar a la población de adultos mayores una atención sanitaria de calidad evitando hacerlos sentir como cargas para la sociedad y familia.
- Otorgar atención de enfermería que incluya la prevención de estados mentales y afectivos negativos como depresión, aislamiento, soledad, desesperanza, y pérdida acelerada de las capacidades mentales y cognitivas.
- Promover el desarrollo de una vejez sana y activa socialmente a nivel comunidad y familiar.
- Integrar a los adultos mayores a distintos programas de recreación como baile, manualidades, canto, artes plásticas, etc. de acuerdo a sus capacidades físicas e intelectuales.
- Fomentar la práctica del ejercicio físico a los adultos mayores que no lo realizan, enaltecendo sus efectos beneficios en el estado, físico, mental y social.
- Es necesario realizar una línea de investigación dentro del área de Enfermería ya que las existentes son manejadas por psicólogos y médicos familiares.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ⁱ Durán-Muñoz Carlos, García-Peña Carmen, Gallegos-Carrillo Katia, Pérez-Cuevas Ricardo. Envejecimiento en México: perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social. En: Muñoz Onofre, García Peña Carmen, Durán Arenas Luis. Editores. La Salud del Adulto Mayor: temas y debates. Primera Edición. 2004 Instituto Mexicano del Seguro Social

ⁱⁱ Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento • Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Informe elaborado por las Naciones Unidas. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/una_sociedad_para_todas_las_edades.pdf
Consultado el 01 octubre de 2010.

ⁱⁱⁱ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Datos nacionales. México; 2007:1-11.

^{iv} Consejo Nacional de la Población. La situación demográfica de México 2006. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm2006/SDM2006.pdf>

^v González C.A., Ham Ch. Funcionalidad y Salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Púb Méx 2007; 49 supl. 4:S448-S458.

^{vi} Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/pub/manualgeriatria/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf>
Consultado el 11 de mayo de 2009.

^{vii} Ávila-Funes José Alberto, Melano-Carranza Efrén, Payette Helene, Amieva Helene. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2007 Oct; 49(5): 367-375. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-6342007000500007&lng=es

^{viii} Alfano Adriana, Acuña M. Mercedes. Depresión en la atención primaria en adultos añosos. Gerontología y Geriatria con enfoque de riesgo. Año 2. Núm. 3. Enero de 2000. p.18-21

^{ix} García Hernández M, Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E. Enfermería Geriátrica. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2006. p. 8-11.

^x Organización Mundial de la Salud. Campaña de la OMS por un envejecimiento activo. Publicación disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/index.html>
consultada el 16 julio de 2009.

-
- ^{xi} García Pedroza F, De la Fuente Rocha J, Peñaloza López Y, Morales Virgen JJ. Salud Pública gerontológica y epidemiología. En: Rodríguez García R. Lazcano Botello G. Práctica de la Geriatria. 2ª Edición. México: McGraw Hill Interamericana. 2007.
- ^{xii} Altarriba Mercader F. Gerontología Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer. En: Rodríguez García R. Lazcano Botello G. Práctica de la Geriatria. 2ª Edición. México: McGraw Hill Interamericana. 2007.
- ^{xiii} Bazo Royo María Teresa, Maiztegui Oñate Concepción. Sociología de la vejez. En: Bazo Royo María Teresa, García Sanz Benjamín y cols. Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva internacional. 2ª edición. Buenos Aires; Madrid: Medica Panamericana. 2005.
- ^{xiv} NOM-167-SSA1-1997 Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores Publicación en DOF: 17 nov. 1999 México. Secretaría de Salud
- ^{xv} García Ballesteros Aurora, Ortiz Álvarez María Inés. El envejecimiento demográfico de las poblaciones. En: Rodríguez García Rosalía, Lazcano Botello Guillermo. Práctica de la Geriatria. 2ª Edición: México: McGraw Hill Interamericana. 2007. p.
- ^{xvi} Staab Simon A, Hodges Compton H. Enfermería gerontológica. México: Mc Graw Hill Interamericana. 1998.
- ^{xvii} Nettina SM. Enfermería práctica de Lippincott. Vol.1. 6ª Edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p.119- 126.
- ^{xviii} Fauci, Braunwald, Isselbacher, Wilson, Martin, Kasper, et al. Harrison, Principios de Medicina Interna. Tomo II. 15ª Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2005. pp.2831-2834.
- ^{xix} Salvarrezza Leopoldo (compilador). La Vejez Una mirada gerontológica actual.1ª Reimpresión. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2000. pp101-103
- ^{xx} Varela PL, Chávez JH, Gálvez CM, Méndez SF. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev. Soc. Per. Med. Inter. 17(2) 2004
- ^{xxi} Lazcano Botello G. Evaluación geriátrica multidimensional. En: Rodríguez García R, Lazcano Botello G. Práctica de la Geriatria. 2ª Edición. México; McGraw Hill Interamericana, 2007.
- ^{xxii} Trastorno depresivo mayor. En: Asociación Americana de Psiquiatría. Editor DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico y Tratamiento de los desórdenes mentales DSM-IV-TR (Texto en revisión). 4ª Edición. Washington D.C.: American Psychiatric Association 2000:349-356.

^{xxiii} Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10^a Revisión 1993 (Sitio en Internet) Hallado en http://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:CIE-10_Cap%C3%ADtulo_V:_Trastornos_mentales_y_del_comportamiento#.28F30-39.29_Trastornos_del_humor_.28afectivos.29 consultado el 31 mayo de 2009.

^{xxiv} Aguilar-Navarro Sara; Ávila-Funes Jose Alberto. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Mex 2007; 143 (2): 141-148

^{xxv} Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de Depresión en población adulta en México. Salud pública de México S1 2005: S4-S11.

^{xxvi} Espinosa Aguilar A, Caraveo Anduaga J, Zamora Olvera MA, Arronte Rosales A, Krug Llamas E, Olivares Santos R. et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en los adultos mayores.

^{xxvii} Márquez Garrido M. Conocimiento científico y planes de cuidados en Salud Mental. Presencia 2005 jul-dic; 1(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n2/21articulo.php>> [ISSN:1885-0219] Consultado el 11 noviembre de 2009.

^{xxviii} Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); España 2008 Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N^o 2006/06. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0406.php>

Consultado el 26 de mayo de 2009.

^{xxix} Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/pub/manualgeriatria/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf> Consultado el 11 septiembre 2009.

^{xxx} Reyes Sandra, Beaman Peter, García-Peña Carmen, Espinel Claudia, Grupo Nacional de Investigación sobre el Envejecimiento en el IMSS. Vida en familia entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. En: Muñoz Onofre, García Peña Carmen, Durán Arenas Luis. Editores. La Salud del Adulto Mayor: temas y debates. Primera Edición. 2004 Instituto Mexicano del Seguro Social

^{xxxi} Domínguez MG. El anciano y su entorno. Disponible en la red. Consultado en http://articulos_adulto_mayor/El_cuidado_de_los_ancianos_Gerontologia_social.htm

^{xxxii} Barrón Cabrera, Sonia Yolanda; Martínez Aguilera, Perla; López Hernández, Martha; Zúñiga Vargas, Martha; Álvarez Carvajal, María Estela. La Familia y el Maltrato al Adulto Mayor. Desarrollo Científ Enferm. 2008 septiembre, 16(8). En: <http://www.index-f.com/dce/16/16-333.php> Consultado el 06 junio de 2009.

^{xxxiii} García Hernández M, Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E. Enfermería Geriátrica. 2ª Edición. Barcelona: Masson; 2006. pp38-43

^{xxxiv} Rojano-Pérez R. Deterioro de la integración social y soledad en la vejez: Caso Clínico. Evidentia. 2007 jul-ago; 4(16). (DISPONIBLE EN RED) <http://www.index-f.com/evidentia/n16/354articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 18 de mayo de 2009

^{xxxv} García Hernández M, Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E. Enfermería Geriátrica. 2ª Edición. Barcelona: Masson; 2006. p. 37-45

^{xxxvi} Salvarrezza Leopoldo (compilador). La Vejez Una mirada gerontológica actual.1ª Reimpresión. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2000. pp272-274

^{xxxvii} NANDA Internacional. En: Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2007-2008. a aislamiento social. Ed. Elsevier; Barcelona, España: 2005. pp. 17,18.

^{xxxviii} Rojano-Pérez R. Deterioro de la integración social y soledad en la vejez: Caso Clínico. Evidentia. 2007 jul-ago; 4(16). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/354articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 18 de mayo de 2009

^{xxxix} Márquez Garrido M. Conocimiento científico y planes de cuidados en Salud Mental. Presencia 2005 jul-dic; 1(2). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n2/21articulo.php>> [ISSN:1885-0219] Consultado el 25 julio 2009.

^{xl} Alatorre Esquivel MA; Cruz Quevedo JE, Alarcón Luna NS, Cadena Santos F, Yáñez Castillo BG, Reyes Enríquez A. Actividad Física del Adulto Mayor. Desarrollo Científ Enferm. México: 2008. 16(7):313-316.

^{xli} Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana. 2002. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/es/> Consultado el 25 de julio de 2009.

^{xlii} García Marín, M. Promoción de la actividad física a partir de los 60 años. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(3). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0254.php> Consultado el 20 de septiembre de 2009

^{xliii} Frenk J, Lozano R, González MA. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1999.

^{xliv} De la Fuente R, Medina –Mora ME, Caraveo J. Salud mental en México. México DF: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Fondo de Cultura Económica; 1997.

^{xlv} Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora María Elena; Rascón María Luisa, Villatoro Jorge. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. Salud Ment 1997; 19 (3):14-21.

^{xlvi} Castro- Lizárraga Marcos, Ramírez-Zamora Serafín, Aguilar-Morales Luis, Díaz- de Anda Víctor. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Neurol Neurocir Psiquiat* 2006; 39(4): 132-137.

^{xlvii} Granados-Ponce JA, Peralta-Pedrero ML, Munguía Miranda C, López Carmona JM, Ávila Leyva A, Rodríguez Moctezuma R. Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años. *Gac Méd Méx* 2007; 143 (4):285-289.

^{xlviii} Boschetti- Fentanes Berta. La Depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Arch Med Fam.* 2004; (6) 3

^{xlix} Olmos-Rivera A. Prevalencia de depresión en adultos mayores del sureste veracruzano. *Jornadas de Pasantes en Servicio Social, Hospital General de Zona No. 36, IMSS, Coatzacoalcos: IMSS, 2002.*

^l García-Peña C, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Durán-Muñoz C, Sánchez-García S. Depresión en el anciano: Una perspectiva general. En: Muñoz Onofre, García Peña Carmen, Durán Arenas Luis. Editores. *La Salud del Adulto Mayor: temas y debates.* Primera Edición. 2004 Instituto Mexicano del Seguro Social

^{li} Reyes S. Población Adulta en el Instituto Mexicano del Seguro Social: Implicaciones políticas y económicas. México: IMSS-Fundación Mexicana para la Salud 2001.

^{lii} Martínez- Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel Molina CG, Velasco Rodríguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex seguro Soc.* 2007; 45 (1): 21-28

^{liii} Pérez Martínez Víctor. Prevalencia del síndrome demencial en mayores de 60 años. *Rev Cubana Med Ger Integr* 2004;20(4)

^{liv} Ávila-Funes José Alberto, García Mayo Emilio. Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Gac Med Mex* 2004;140 (4)

^{lv} Morales Araya Ronald, Coto Vega Edwind. Efecto en el estado anímico del adulto mayor al realizar ejercicios con pesas a diferentes intensidades. Tesis para obtener el grado de licenciado en Educación Física. Costa Rica, 2001.

^{lvi} Zavala G Mercedes, Vidal G Daisy, Castro S Manuel, Quiroga Pilar, Klassen P Gonzalo. Funcionamiento Social Del Adulto Mayor. *Rev Cienc. Enferm.*;12(2): 53-62,2006. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-5532006000200007&lng=es Consultado el 26 de mayo de 2009.

^{lvii} Fuentes GMI, García GA. Causas sociales que originan sentimientos de abandono en el adulto mayor. Rev Hosp Gral Quebrada 2003; 2 (1): 25-29

^{lviii} Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. Rev Salud Ment 1997; 20: 15-23.

^{lix} González-Chávez A, Becerra-Pérez AR, Carmona-Solís FK, Hernández-y-Hernández H et al Ejercicio Físico para la salud. Rev Mex Cardiol 2001; 12 (4): 168-180

^{lx} Rojano-Pérez R. Deterioro de la integración social y soledad en la vejez: Caso Clínico. Evidentia. 2007 jul-ago; 4(16). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n16/354articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 18 de mayo de 2009

^{lxi} Murillo- Hernández Andrea, Loo- Morales Irene. Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del adulto mayor. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15 (1): 11-20

^{lxii} Vargas Esquivel LM. Creencias sobre vejez y salud en adultos mayores, y su influencia en el uso de servicios de primer nivel de atención. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0275.php> Consultado el 26 de mayo de 2009

^{lxiii} Op cit Murillo- Loo. pp. 9-11

^{lxiv} Op cit Martinez et al. pp.9-12.

Anexos

ANEXO 1

HOJA FRONTAL (DATOS GENERALES)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 2 NORESTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 120

INSTRUMENTO DE OBSERVACION:

“FUNCIONALIDAD MENTAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LA
U.M.F. 120”

Datos Generales:

1) **Sexo:** Femenino _____
Masculino _____

2) **Edad:** _____

3) **Estado Civil:** Soltera (o) _____ Casada (o) _____ Unión Libre:

Viuda(o) _____ Divorciada(o) _____

4) **Escolaridad:** _____

5) **Ocupación:** _____

6) **Religión** _____

7) **Recibe ingresos:** _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR:

8) **¿Con quién vive usted?** Solo: _____ Con su esposa (o) e hijos: _____

Con algún hijo (a): _____ Con algún pariente: _____

Otro (especifique): _____

9) **¿Padece alguna enfermedad?** SI _____ NO _____

¿Cuál? (es) _____

8) **¿Realiza ejercicio físico?** SI _____

NO _____

11) **¿Cuántas veces a la semana y cuánto tiempo le dedica usted a esta actividad?**

_____ veces a la semana por _____ minutos /horas

ANEXO 2**ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA ABREVIADA DE YESAGAVE**

ITEM	SI	NO
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. ¿Se encuentra frecuentemente aburrido (a)?	1	0
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le vaya a pasar?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Tiene miedo de que algo le vaya a suceder?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a) ahora?	0	1
12. ¿Se siente desanimado (a) o triste con frecuencia?	1	0
13. ¿Siente que nadie lo aprecia?	1	0
14. ¿Se siente lleno (a) de energía?	0	1
15. ¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	1	0

(Las respuestas afirmativas equivalen a un 1)

Puntuación:

0-5 sin depresión

6-10 depresión leve

Más de 10 depresión establecida

ANEXO 3 Mini-Examen del Estado Mental. M. F. Folstein

Edad: _____ Escolaridad: _____ Fecha: _____
Sexo: _____

1. Orientación: (puntuación máxima = 10 puntos). Interrogar al paciente sobre la fecha de hoy, estación del año, etc. Interrogar al paciente acerca del nombre del hospital o policlínico, en qué piso nos encontramos, qué ciudad, qué provincia, qué país.

1. Día de hoy _____
2. Año _____
3. Mes _____
4. Día de la semana _____
5. Estación _____
6. Hospital o clínica _____
7. Piso _____
8. Ciudad _____
9. Delegación o municipio _____
10. País _____

2. Registro: (puntuación máxima = 3 puntos). Explorar en el paciente su capacidad de memoria. Repetir despacio las palabras: pelota, bandera, árbol. Repetirlas hasta 3 veces para que el paciente las aprenda. Registrar los intentos (no se suman).

11. Pelota _____
12. Bandera _____
13. Árbol _____

No. de intentos _____

3. Cálculo y atención: (puntuación máxima = 5 puntos). Contar desde 100 hacia abajo restando 7, para después de 5 respuestas, dar 1 punto por cada respuesta correcta.

14. 93 _____
15. 86 _____
16. 79 _____
17. 72 _____
18. 65 _____

Si el paciente no puede realizar la tarea, debe deletrear la palabra "MUNDO" de atrás hacia delante. Dar un punto por cada letra bien ubicada (ODNUM = 5; ODUNM = 3).

19. Número de letras bien ubicadas _____

4. Recuerdo: (puntuación máxima = 3 puntos). Preguntar por las 3 palabras repetidas previamente, dar 1 punto por cada respuesta correcta.

20. Pelota _____

21. Bandera _____

22. Árbol _____

5. Lenguaje: (puntuación máxima = 9 puntos). Mostrar al paciente un reloj y preguntar ¿Qué es esto? Repetir lo mismo para lápiz. Dar 1 punto por cada respuesta correcta.

23. Reloj _____

24. Lápiz _____

Repetir lo siguiente: "Ni sí, ni no, ni pero".

25. Repetición _____

Realizar una orden en 3 tiempos: Toma un papel en la mano derecha, doblarlo por la mitad y ponerlo en el piso.

26. Cogerlo en la mano derecha _____

27. Doblarlo a la mitad _____

28. Ponerlo en el piso _____

Leer y obedecer lo siguiente: "Cierre los ojos" (mostrar el dibujo con la orden).

29. Cerrar los ojos _____

Escritura: Orientar al paciente para que escriba una oración.

30. Escritura de oración _____

PUNTUACIÓN: Sumar el número de oraciones correctas. En la pregunta # 3, incluir los ítems del 14 al 18 o el ítem 19, pero no ambos. Máximo de puntos = 30.

Puntuación total: _____

Calificación: Grado de deterioro cognoscitivo:

Severo: (0 a 9 puntos).

Moderado: (10 a 16 puntos).

Ligero: (17 a 23 puntos).

No deterioro: (24 a 30 puntos).

ANEXO 4 CUESTIONARIO DE AISLAMIENTO SOCIAL (IMAS 2007)

Instrucciones: Coloque en el cuadro de la derecha el número de la respuesta que más se adapte a su situación.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Falta de personas significativas de soporte				
1. Cuando necesito ayuda, tengo personas con las cuales acudir.				
2. Mi familia me proporciona ayuda cuando tengo algún problema aunque yo no se lo pida.				
Proyección de hostilidad en la voz, en la conducta				
3. Cuando mi familia quiere hablar conmigo me muestro agresivo para alejarlos.				
4. Me muestro agresivo al convivir con las demás personas.				
Retraimiento				
5. Me cuesta trabajo hablar con mi pareja de lo que siento				
6. me cuesta trabajo hablar con mis hijos de lo que siento.				
7. me cuesta trabajo hablar con mis amigos de lo que siento.				
8. me cuesta trabajo hablar con las demás personas de lo que siento.				
9. Soy tímido para iniciar una plática				
10. Me cuesta trabajo demostrar lo que siento con personas extrañas.				
11. Soy tímido al convivir con las demás personas.				
Mutismo				
12. Tengo dificultad para hablar de lo que pienso con mi pareja				
13. Tengo dificultad para hablar de lo que pienso con mis hijos.				
14. Tengo dificultad para hablar de lo que pienso con mis amigos				
15. Tengo dificultad para hablar de lo que pienso con las demás personas.				
Conducta inaceptable por el grupo culturalmente dominante				
16. Me siento diferente a las personas				
17. Siento que no soy aceptado por las demás personas				
Búsqueda de soledad o pertenencia a una subcultura				
18. Busco estar solo				
19. Tengo dificultad para participar en actividades de grupo.				
Acciones repetitivas carentes de significado				
20. Busco hacer una actividad que no tengo que hacer en ese momento, cuando alguien quiere estar conmigo.				
Preocupación por los propios pensamientos				
21. Me preocupo demasiado de lo pienso de mí.				

Falta de contacto ocular	
22. Cuando platico con las demás personas las veo a los ojos.	
Evidencia de dificultades físicas o de alteración del bienestar	
23. Mi estado físico es la causa por la cual no tengo buena relación con las personas	
24. Creo que mi enfermedad es la causa de que no conviva con las demás personas	
Embotamiento emocional	
25. Cuando me siento triste me alejo de las personas	
Expresión de soledad impuesta por otros	
26. Siento que los demás me obligan a estar solos	
27. Siento que me alejan de su lado	
28. Las demás personas no quieren convivir conmigo	
29. Siento que las personas me rechazan o me hacen mala cara cuando me acerco	
Falta de un propósito significativo en la vida o inadecuación del existente	
30. Tengo una meta en la vida	
Incapacidad para satisfacer las expectativas de los demás	
31. Las personas o familiares con las que convivo me imponen actividades	
32. Las actividades que realizo defraudan a los demás	
Expresión de valores aceptables en sus subcultura pero inaceptables para el grupo cultural dominante	
33. Siento que mis costumbres no son aceptadas por la comunidad en que vivo	
34. Me gusta formar parte del grupo al que pertenezco pero siento que tengo ideas diferentes al resto de la gente	
35. Me cuesta trabajo convivir con gente ajena a mi grupo de conocidos	
Sentimiento de ser distinto a los demás	
36. Mi edad me hace sentir diferente a los demás	
Inseguridad en público	
37. Estar en público me genera ansiedad o nerviosismo	

Puntuación:

Resultado igual o mayor a 80% el adulto mayor presenta aislamiento social. (Cuando el sentido del ítem es positivo la respuesta 1,2 y 3 obtienen un 2.7% cuando el sentido del ítem es negativo la respuesta 3, 4 y 5 obtienen este mismo porcentaje, después se suman los porcentajes de todos los ítems y si el resultado es $\geq 80\%$ se considera que el adulto Mayor tiene aislamiento social.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 120**

México, D.F. a ____ de _____ del 2009.

Por medio de la presente doy mi consentimiento para participar en la investigación "FUNCIONALIDAD MENTAL Y SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN LA UNIDAD DE MEDICINA NO. 120 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL".

El objetivo de esta investigación es conocer la funcionalidad mental y social que presentan los adultos mayores de la U.M.F. 120 del I.M.S.S. con el grupo que realiza ejercicio físico y con los que no realizan.

Este estudio no afecta la salud física ni moral del paciente. He concebido libremente esta entrevista, se me ha notificado que es del todo voluntario; declaro que se me ha informado ampliamente que los datos registrados se manejarán en forma confidencial y se mantendrán en anonimato, entiendo que conservo el derecho de no participar en este estudio si así lo considero y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento.

Nombre y firma del
Derechohabiente

Nombre y firma del testigo