



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

PAS. ALMA LILIA VÁZQUEZ DÍAZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ



Los Reyes Iztacala, septiembre 2016.



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
IZTACALA**

CARRERA DE ENFERMERÍA

**“NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE
ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

PSS. ALMA LILIA VÁZQUEZ DÍAZ

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARÍA DE LOS ANGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ

SINODALES

Presidenta: Mtra. María Guadalupe López Sandoval

Vocal: Dra. María de los Angeles Godínez Rodríguez

Secretaria: Lic. Alejandra Martínez Miranda

Suplente: Mtro. Miguel Darío Reyes Peña

Suplente: Lic. María Guadalupe Zacarías Sierra

Los Reyes Iztacala, septiembre 2016.

DEDICATORIA

A dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por los triunfos y momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi madre que es el ser más maravilloso del mundo, gracias por el apoyo moral tu cariño y comprensión que desde siempre me has brindado, por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.

A mi padre que a pesar de la distancia siempre está conmigo en todo momento y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos hoy sé que para ti este momento es tan especial como lo es para mí y puedo decir también que gracias a ti y a tus esfuerzos he concluido exitosamente mi carrera profesional.

A mis hermanos que siempre han estado junto a mí en todo momento por soportar mis cambios de humor, mis desvelos, mis angustias etc...

A mi familia en general porque confiaron en mí siempre y están conmigo apoyándome incondicionalmente, dándome ánimos para continuar, compartiendo también momentos tanto buenos como malos.

A mis amigas de la carrera Junuen del Carmen, Ana Karen porque gracias al gran equipo que formamos logramos llegar al final del camino y que hasta el momento seguimos siendo las mejores amigas.

A mis amigas de preparatoria Guadalupe Natividad y Sandra porque también estuvieron conmigo apoyándome y dándome ánimos para seguir.

A todos mis profesores que tuve durante mi formación profesional gracias por su tiempo, por su apoyo; así como por la sabiduría y conocimientos que me transmitieron a lo largo de esta etapa.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios y a mis padres. A Dios porque ha estado conmigo en cada paso que doy cuidando de mí y dándome fuerzas para seguir adelante.

A mis padres porque gracias a ustedes se hizo posible un logro más en mi vida, el cual quizás no sea el último pero si el más importante, también porque son ustedes quien a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación aun con los obstáculos que la vida nos presentase y principalmente porque depositaron en mí su entera confianza en cada reto que se me presentara sin dudar ni un solo momento de mi capacidad para afrontarlos.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles; su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

A mis amigas que son como mis hermanas porque siempre estuvieron conmigo a lo largo de la carrera y fueron ese motor que me impulso a no desistir y que ahora sé que son unas amigas maravillosas.

A mi familia en general, madre, padre, hermanos, abuelo, primos, tíos, porque siempre me dan motivos y fuerza para continuar, brindándome su apoyo incondicional en todo momento.

A mi asesora de tesis Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez que gracias a ella, a todos sus conocimientos y apoyo brindado se logró terminar exitosamente esta tesis.

CAPÍTULO I

1.1	Introducción.....	10
1.2	Planteamiento del problema.....	12
1.3	Pregunta de Investigación.....	12
1.4	Objetivos.....	13
1.5	Justificación.....	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1	Antecedentes.....	16
2.2	Concepto de depresión, adulto mayor y envejecimiento.....	21
2.3	Situación demográfica de los adultos mayores.....	23
2.4	Tipos de envejecimiento.....	24
2.5	Conceptualización de la vejez.....	25
2.6	Epidemiología de la depresión.....	26
2.7	Clasificación de la depresión.....	26
2.8	Factores de riesgo.....	28
2.9	Problemas de salud del adulto mayor.....	29
2.10	Cambios físicos, celulares, biológicos, por sistemas, psicológicos, y sociales en el Adulto Mayor.....	30
2.11	El papel de la familia en el Adulto Mayor con depresión.....	36
2.12	Maltrato social, económico y psicológico.....	40
2.13	Programas de apoyo para el Adulto Mayor.....	42
2.14	Teorías del Envejecimiento.....	43

2.15	Diagnóstico.....	44
2.16	Tratamiento.....	48
2.17	Hipótesis.....	49

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1	Diseño alcance y tipo de la investigación.....	51
3.2	Población y muestra.....	51
3.3	Variables de estudio.....	51
3.4.	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	51
3.5	Descripción del instrumento.....	52
3.6	Recursos humanos, materiales y financieros.....	53
3.7	Procesamiento de datos.....	54
3.8	Consideraciones éticas.....	54

CAPÍTULO IV

4.1	Resultados.....	56
4.2	Análisis de resultados.....	68

CAPÍTULO V

5.1	Discusión.....	72
5.2	Propuesta de enfermería.....	73
5.3	Programa de intervención “Medidas de Autocuidado en el Adulto mayor para una mejor calidad de vida”.....	74
5.4	Conclusiones.....	84

5.5 Referencias bibliográficas.....86

5.6 Anexos.....91

RESUMEN

TITULO: “NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOSMAYORES QUE ACUDEN A UNA UNIDAD DE SALUD”

ANTECEDENTES: La depresión ocupa el 4to lugar dentro de las causas de incapacidad en el mundo y de acuerdo a las estimaciones de la OMS pasara al 2do lugar en el 2020, detrás de las enfermedades isquémicas. El 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico siendo la depresión la más frecuente con consecuencias negativas en la calidad de vida. Según la OMS en la actualidad la depresión se ha convertido en uno de los trastornos más frecuentes entre la población de diversos países con prevalencia de 5.8% a 10% como sucede en México, la presencia de esta es más frecuente en grupos de edad avanzada especialmente en el género femenino.

OBJETIVO: Identificar si existe depresión en los adultosmayores que asisten a la Consulta Externa de Especialidad del Hospital General de Zona.

MATERIAL Y METODOS: Estudio cuantitativo descriptivo, transversal, observacional. Se tomó una muestra a conveniencia de 100 adultosmayores que asisten al Hospital General de Zona, pertenecientes a la delegación Estado de México, poniente. Durante el turno matutino, el mes de diciembre del 2015, a los cuales se aplicó un cuestionario validado llamado escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage, específicamente para el Adulto mayor; y se utilizó la versión reducida de 15 ítems.

RESULTADOS: Se estudiaron 100 AdultosMayores de los cuales, 57 fueron del género masculino mientras que los 43 restantes fueron del género femenino. La prevalencia de la depresión entre ambos géneros fue de 40% distribuida de la siguiente forma en hombre fue un 19% clasificada 9% depresión moderada y el 10% severa siendo el grupo de 65-75 años donde más prevalece. En el caso de las mujeres fue de 21% quedando de la siguiente manera 9 depresión moderada y 12 severa.

CONCLUSIONES: Con este estudio se observó que la depresión es de origen multifactorial ya que en el Adulto mayor influye en su salud integral principalmente a las mujeres ya que son más propensas a sufrir depresión, siendo de mayor importancia fomentar actividades físicas y cognitivas para que el Adulto mayor tenga una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I

1.1 Introducción

En las últimas décadas se ha incrementado la población de adultos mayores en México por ejemplo las personas mayores de 60 años en el país pasaron a ser el 7.2% de la población total en 2015; mientras que para el 2050 se tendrá una población total de 132 millones de habitantes, de los cuales 12.5 millones corresponderán al grupo de 60 y más; es decir uno de cada 4 habitantes será considerado Adulto mayor, de acuerdo con los datos de la Encuesta Intercensal 2015.

En México, como en el resto del mundo, las diversas formas de depresión han sido ampliamente documentadas e identificadas como uno de los problemas de salud mental más graves de este siglo.¹ La depresión constituye un problema importante de salud pública en México, ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el Noveno en hombres. En el mundo es una de las principales causas de discapacidad, se estima que afecta a 350 millones de personas y es la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludable. Por ello la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes por lo cual es un motivo de prioridad para su atención en todo el mundo.²

Existe en el mundo un incremento de la población Adulta Mayor, de la cual en México de acuerdo al patrón del Instituto para la Atención del Adulto mayor este no es estático ya que de 10 años a la actualidad estas cifras se han modificado, en este año hay un total aproximadamente de 492 mil 659 personas Adultas Mayores, tan solo en el Distrito Federal.³ El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial, ya que implica una mayor demanda de servicios de salud, el grupo de edad de mayores de 60 años presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. ⁴

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes, como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. ³ El 25% de las personas mayores de 65 años de edad padecen algún tipo de trastorno

psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente, se corroboró una prevalencia de depresión de 63% en una proporción de 3 mujeres por cada hombre. ⁵

La incidencia de la depresión en el adulto mayor va del 7 al 36% en la valoración de consulta externa y se incrementa a 40% en el egreso del paciente hospitalizado. La presentación atípica del trastorno depresivo es común en el Adulto mayor siendo frecuentemente subdiagnosticada y /o subtratada, esto se debe al estigma asociado a la depresión y a la creencia de que esta parte es normal del envejecimiento. ⁶

La depresión contribuye a elevar la morbilidad y mortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa costos del cuidado de la salud. A pesar de una mayor conciencia pública de la depresión y una gran variedad de tratamientos eficaces la depresión en los adultos mayores sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico. ⁴

La depresión en la vejez tiende a ser crónica y recurrente. El suicidio es la consecuencia más seria, su tasa en las personas mayores es aproximadamente el doble que la de los grupos de edad más joven. El 60 a 90% de los adultos mayores de 75 años de edad que se suicidan sufren de depresión diagnosticada clínicamente.⁷ Esta cifra de suicidio puede; puede ser consecuencia de la participación simultánea de la depresión y otros factores como enfermedades físicas, disminución del control del impulso aunado al deterioro cognitivo, aislamiento social y/o la pérdida del cónyuge. ⁸⁻⁹

En lo que se refiere a la población en general, la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15 y 20 % y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5 %. En pacientes hospitalizados en salas de cuidados intensivos, la prevalencia de síntomas depresivos es de 20 a 30 % y de depresión mayor de 10 a 15 %. En pacientes atendidos en instituciones gubernamentales la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40 % y de depresión mayor de 12 a 16%. ⁸⁻⁹

La presente investigación consta de 5 capítulos en el primero se describe un breve resumen de la depresión en el Adulto mayor, así como también se hace una pregunta de investigación para llegar a los objetivos del tema, en el segundo capítulo se habla de un panorama más amplio de la depresión, en el tercer capítulo se presenta un diseño del estudio así como las variables utilizadas y el instrumento para la recolección de datos, en el cuarto capítulo se

obtienen los resultados de forma gráfica con su respectivo análisis y por último en el capítulo cinco se muestra la discusión de la investigación respecto a las variables utilizadas, así como también las conclusiones y propuesta sugerida.

1.2 Planteamiento del problema

La depresión es uno de los problemas de salud que se presenta con más frecuencia en el adulto mayor, su impacto a nivel económico, social y familiar repercuten importantemente así como a nivel institucional, el incremento acelerado de mayores de 60 años enfatiza que en un futuro próximo, México será considerada como un país con una población envejecida; las instituciones de salud con frecuencia atienden a más personas mayores de 60 años ya sea en el área hospitalaria o en la consulta externa, de manera particular en el hospital general de zona número 194 del IMSS según datos de la institución, cada año se incrementa el número de adultos mayores que acuden a la consulta externa, cabe señalar que los motivos de la consulta son problemas de salud diversos, no precisamente por depresión, por lo regular para muchos profesionales de salud, la depresión es parte normal de los cambios emocionales en el adulto mayor y difícilmente atienden este problema como principal, con frecuencia favorece que la depresión permanezca o bien se exacerbe. El profesional de enfermería tiene un importante papel en lo que a educación para la salud se refiere, a través de intervenciones que permitan al adulto mayor no sentirse solo a partir de diversas actividades.

Por lo anterior es que se realizó la siguiente investigación con el objetivo de identificar la presencia de depresión en adultos que acuden a la consulta externa de la hospital general de zona número 194 del IMSS.

1.3 Pregunta de investigación

¿Existe depresión en los adultos mayores que asisten a la Consulta Externa de Especialidad del Hospital General de Zona 194 del IMSS?

1.3 Objetivos

Identificar si existe depresión en los adultos mayores que asisten a la Consulta Externa de Especialidad del Hospital General de Zona 194 del IMSS.

Identificar el nivel de depresión de los adultos mayores, que asisten a la consulta externa de especialidad del hospital general de zona 194 del IMSS.

1.5 Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (2015). La depresión afecta a unos 121 millones de personas en el mundo, el 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Además, debido a su inicio temprano, a su impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad.¹⁰

De acuerdo a la literatura, los adultos mayores tienden a caer en la depresión recurrentemente debido a la pérdida progresiva de las funciones, sin embargo esto contribuye a la morbilidad y mortalidad y disminuye la calidad de vida así como aumenta el riesgo de enfermedades mentales tales como el deterioro cognoscitivo y la demencia.

Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico.⁸⁻⁹

La depresión puede confundirse con deterioro cognoscitivo ya que los síntomas clínicos suelen ser similares sin embargo también la pseudodemencia depresiva es equiparable con la demencia⁸⁻⁹

Debido a esto, se debe de realizar una valoración completa para no confundir síntomas; estas patologías mentales aunadas a la alta prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas entre los adultos mayores, incrementan la utilización de los recursos sanitarios y con ello la tasa de ingresos hospitalarios ya que se duplica la demanda hospitalaria. El rol de enfermería

como educador es importante en esta etapa de la vida; ya que a través de la valoración de enfermería se pueden obtener datos para identificar la presencia de depresión, y elaborar diagnósticos de enfermería para planear y realizar intervenciones que ayuden al Adulto mayor a prevenirla, reducirla y evitar que esta llegue a consecuencias irreversibles.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. 1 Antecedentes

La investigación sobre depresión en adultos mayores no es muy amplia, ya que se tiende a cometer el error de considerar la depresión como un proceso normal en el envejecimiento y no se considera de gran relevancia para la ampliación de conocimiento, sin embargo las investigaciones realizadas sobre este tema se mencionan a continuación:

Ruiz de Chávez-Ramírez, Zegbe, Sánchez-Morales, Castañeda-Iñiguez, realizaron un estudio titulado “Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas”: con el **objetivo:** de comparar los niveles de depresión en los adultos mayores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los Servicios de Salud de Zacatecas (SSZ) **metodología:** Se contó con la participación de 594 adultos mayores de dos instituciones públicas de salud. La distribución de la muestra fue estratificada por grupos de edad, con base en la proporción de consultas de pacientes de 60 a 70 años, 71 a 80, y > de 80. Un 10% de tasa fue de no respuesta, esto es, 416 pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social y 178 de los Servicios de Salud de Zacatecas.¹¹

La media de edad de los participantes fue de 70.7 ± 8.05 años. Se utilizó un instrumento con preguntas referentes a las condiciones sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, número de hijos, situación laboral, presenta aislamiento social y tipo de vivienda. Para medir la depresión con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.¹²

El análisis de la información se sometió a pruebas de independencias de chi-cuadrada (χ^2) con tablas de contingencias 2 x 3 y 3 x 6 con $P \leq 0.05$. Los cálculos se llevaron a cabo con el sistema de análisis estadístico SAS Institute, Cary, NC., versión 9.2. Se tomaron en cuenta las consideraciones éticas correspondientes a la Declaración de Helsinki, otorgando un consentimiento informado a cada uno de los encuestados. ¹¹

Resultados: El estudio comprendió una muestra de 594 adultos mayores, 411 pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 183 de los Servicios de Salud de Zacatecas. La edad promedio de los participantes fue 70.7 ± 8.05 años (una vez la desviación estándar). El análisis de chi-cuadrada (χ^2) sugirió que la proporción de la depresión entre los adultos

mayores estudiados en las clínicas del IMSS y en la de SSZ no fue significativamente diferente ($\chi^2 = 1.95$; $p < 0.378$). Las proporciones observadas fueron 8.6 por ciento y 20.0 por ciento para el IMSS y SSZ, respectivamente. La relación del sexo con la depresión en la clínica del IMSS fue marginalmente significativa ($\chi^2 = 5.51$; $p < 0.064$) y significativa en la clínica del SSZ ($\chi^2 = 10.98$; $p < 0.004$). En ambos casos, la depresión fue mayor en las mujeres. ¹¹

En cuanto a la depresión por grupo de edad, se encontró que fue independiente de los adultos mayores por grupo de edad tanto en la clínica del IMSS ($\chi^2 = 6.18$; $p < 0.186$) como en la clínica del SSZ ($\chi^2 = 0.69$; $p < 0.952$). No obstante, la proporción de depresión por grupo de edad fue mayor en el rango de entre los 60 y 70 años en ambas instituciones. De igual forma, la depresión fue independiente del estado civil de los encuestados tanto en la clínica del IMSS ($\chi^2 = 7.62$; $p < 0.666$) como en la de los SSZ ($\chi^2 = 10.56$; $p < 0.392$). Contrario a lo que la literatura señala, los adultos mayores casados o viudos tendieron a incrementar la depresión en comparación los divorciados, solteros o separados. ¹¹

El entorno familiar es de suma importante en la calidad de vida de los adultos mayores. Por lo tanto, se estudió la asociación entre la depresión con el estatus familiar de los participantes. Sin embargo, el análisis reveló que esta situación psicológica fue significativamente mayor en los entrevistados con una familia integrada de la clínica del IMSS ($\chi^2 = 6.51$; $p < 0.038$). Este resultado contrastó con la respuesta de los adultos mayores encuestados en la clínica del SSZ, donde la proporción de depresión fue similar entre pacientes con una familia integrada o desintegrada ($\chi^2 = 4.68$; $p < 0.096$), la depresión fue mayor en adultos mayores que presentaron comorbilidad tanto en la clínica del IMSS ($\chi^2 = 7.0$; $p < 0.03$) como en la del SSZ ($\chi^2 = 10.22$; $p < 0.006$). ¹¹

Conclusiones: La depresión en el adulto, en términos de prevalencia, es cada vez mayor; pero además es una enfermedad que provoca una importante incapacidad, lo que facilita la presencia de nuevas patologías o el agravamiento de las ya existentes. En la actualidad la depresión se considerada un problema de salud pública con graves consecuencias de discapacidad.¹⁰ (OMS 2011). Los niveles de depresión fueron mayores en las mujeres, lo cual apoya a estudios previos. ¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷

Es evidente que en la mujer existen factores hormonales durante la menopausia (climaterio), que pueden estar directamente relacionados con sintomatología depresiva debido a la baja producción de estrógenos; dicha situación hormonal afecta las funciones bioquímicas del cerebro provocando graves repercusiones de eventos depresivos. El estudio mostró que aún con la presencia de una familia integrada y sin experimentar el aislamiento social, los adultos mayores presentan depresión. ¹¹

El hecho de que existan síntomas depresivos aún en ambientes familiares, se debe a que la mayoría de las veces los adultos aún se encuentran en una atmósfera como jefes de familia y proveedores, no sólo de los hijos sino también de los nietos, condición que les genera estados depresivos bastante importantes.¹¹

González Ramos Sandra, et al, en Veracruz, (2011) realizaron una investigación titulada “Depresión en el Adulto mayor, pertenecientes a la Universidad Veracruzana”, **Objetivo:** Identificar la presencia de depresión en el adulto mayor que acude a la Institución Nacional de Personas Adultas Mayores. **Metodología:** se trata de un estudio descriptivo transversal, tomando en cuenta una muestra de 120 adultos mayores del sur de Veracruz. ¹³

Resultados: las edades representativas fueron de 60 a 65 años de edad predominando el sexo femenino; 54% son casados, el 33% convive con otros familiares, el 15% vive solo. Los niveles de depresión reportados fueron leve (33%), moderado (24%) y severa (3%). Según género, los niveles fueron en mayor proporción para las mujeres leve (21%), moderada (17%) y severa (2%).

Conclusiones: El rango de edad entre 60 a 70 años presentaron los tres niveles de depresión, el instrumento Inventario de Depresión de Beck (BDI) mostro consistencia aceptable.¹³

Jesús Martínez, et al, 2007, en su investigación titulada “Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado”, se analizó lo siguiente: **Objetivo:** determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados.¹⁴

Metodología: estudio transversal prospectivo, realizado en el Hospital General de Zona 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón, Coahuila, México, en pacientes mayores de

65 años, de uno y otro sexo, hospitalizados entre junio y diciembre de 2003. Se aplicaron las siguientes escalas: de Yesavage para depresión, de Katz y Lawton para dependencia, y de Folstein, versión Lobo, para demencia. ¹⁴

Resultados: se incluyeron 320 personas con edad promedio de 72 años. Diez pacientes se catalogaron como portadores de demencia (3.1 %) y fueron eliminados del estudio. Se encontró depresión en 50 % y dependencia en 62 % con la escala de Katz, y en 75 % con la de Lawton. En el análisis bivariado existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino, hospitalización en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. ¹⁴

En la regresión logística persistió asociación con el sexo femenino, vivir solo, dependencia y estar hospitalizado en el área de medicina interna: la prevalencia de depresión en el adulto mayor hospitalizado fue elevada. ¹⁴

E. Márquez Cardoso, et al, 2005, en su investigación llamada “Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados” se observó lo siguiente: **Objetivo:** determinar la frecuencia de depresión en adultos mayores en la población adscrita a una unidad de primer nivel ubicada en la zona urbana de la Ciudad de México e identificar su relación con algunos factores de riesgo. ¹⁵

Metodología: Estudio descriptivo, exploratorio y transversal. Se efectuó en un marco de atención primaria en una muestra no probabilística de 384 adultos mayores de 60 años, que aceptaron participar voluntariamente en la Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Oriente del Estado de México, se exploraron el estado de ánimo y su relación con diferentes variables: sexo, edad, situación laboral, dependencia económica, función familiar, pluripatología, polifarmacia y actividad física. ¹⁵

Para evaluar el estado de ánimo se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yasavage y Brink con 30 ítems, que clasifica a los pacientes en con riesgo o sin riesgo de depresión. La función familiar se analizó a través del Apgar familiar. ¹¹ Se consideró pluripatología cuando coexistían 4 o más enfermedades y polifarmacia cuando el paciente recibía 4 o más medicamentos. Se entendió por actividad física la realización de ejercicio durante 30 min o más al día como mínimo 3 veces a la semana. ¹⁵

Resultados: La frecuencia de depresión fue del 72,1%, con un total de 277 pacientes. Para analizar la relación entre la depresión y las distintas variables se utilizó la prueba de la χ^2 . Se obtuvo un valor de p menor de 0,05 en las siguientes variables: sexo femenino, dependencia económica, pluripatología, familia disfuncional y sedentarismo; el valor de p fue mayor de 0,05 en las siguientes: edad, actividad laboral y polifarmacia. Se evaluó el riesgo de las variables a través de la *odds ratio* con un intervalo de confianza del 95%.¹⁵

Presentaban un riesgo mayor de trastorno del estado de ánimo (depresión) las familias disfuncionales (7,5 más veces que las funcionales), el sexo femenino (4,2 veces más que el masculino), las personas sedentarias (3,5 más veces que las que realizaban actividad física) y las que tenían dependencia económica (2,3 más veces que las que no tenían). Los resultados de este trabajo muestran una frecuencia de síntomas depresivos en los ancianos mucho mayor que la comunicada en la bibliografía, resultados probablemente vinculados con los múltiples factores de riesgo presentes en la población estudiada.¹⁵

Conclusiones: El envejecimiento mundial de la población y los fenómenos naturales que la acompañan hacen de los ancianos un grupo de alto riesgo para padecer depresión. En nuestro medio los resultados muestran una frecuencia mayor de la esperada, por lo que es obligado realizar acciones para disminuir en lo posible su presentación, actuar sobre los factores de riesgo susceptibles de ser modificados e informar a nuestra comunidad médica de los hallazgos de este estudio para que se incremente la vigilancia y se eviten riesgos en un grupo de por sí muy vulnerable.¹⁵

E. Soriano Soto et al. (2005): En la investigación titulada: "Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México" se destaca lo siguiente: **Objetivos:** Presentar las estimaciones de prevalencia de depresión, así como el porcentaje de individuos que han sido médicamente diagnosticados.¹⁶

Material y métodos: La definición de episodio de depresión se basó en una cédula con criterios diagnósticos definidos en el manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV). A partir de datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003, se calcularon las prevalencias en el ámbito nacional, según sexo, edad, nivel de escolaridad, tamaño de la comunidad de residencia y entidad federativa del individuo entrevistado, así como el porcentaje de personas afectadas, con diagnóstico y tratamiento.¹⁶

Resultados: La prevalencia nacional de depresión en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%: 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas. Un alto porcentaje de los afectados no refiere haber recibido atención médica.¹⁶

Conclusiones: La depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social. El bajo porcentaje de diagnóstico es un reto para la planeación y oferta de servicios de salud mental.¹⁶

2. 2 Concepto de Depresión

Etimológicamente la depresión viene del término latino depressio, que puede traducirse como “hundimiento”. El departamento de Psiquiatría del Cornell Medical Center (Hospital de Nueva York, 2000), define a la depresión como: trastorno del estado de ánimo, con sentimientos severos y prolongados de tristeza, o síntomas relacionados, que dificultan la eficacia.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida. Está constituida por un amplio número de trastornos psiquiátricos, que tienen en común presentar un estado de humor triste y una reducción de la vitalidad que interfiere en el rendimiento normal personal, social y laboral del individuo.²² se caracteriza por un estado de ánimo triste, que llega a la pérdida de interés o la capacidad de sentir placer por situaciones que antes lo producían, pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inutilidad. ¹⁷

La depresión en el adulto mayor debe entenderse desde un punto de vista multidimensional, ya que existen procesos en el desarrollo del ser humano, que en la etapa de la vejez cambian constantemente teniendo limitaciones, físicas psicológicas y sociales . ¹⁷

2.3 Concepto de Adulto mayor

Al hablar de Adulto mayor es imprescindible abarcar el tema del envejecimiento el cual se suele explicar cómo el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos. ⁴

La ONU establece que para considerar que una persona es Adulto mayor es hasta los 60 años, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

Según la OMS(Organización Mundial de la Salud) dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.¹⁰

2.4 Envejecimiento

Según la OMS el envejecimiento es el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de vida. En los últimos años de vida estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio. Los ritmos a los que los cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en los distintos individuos no son iguales.¹⁰⁻²⁷

Se puede definir al envejecimiento como la suma de aquellos cambios fisiológicos irreversibles que afectan gradualmente a todos los individuos de una misma especie. El envejecimiento lleva implícito una creciente cantidad del organismo de una persona de mantener por si solo y de realizar las cosas que hacía antes.¹⁸ Es un proceso que implica la disminución de la funcionalidad sistémica del organismo y esto experimenta variabilidad de acuerdo a las características particulares de vida y de las características socioeconómica del país.¹⁴

El proceso de envejecerse se asocia generalmente a la concomitancia de varios síndromes o enfermedades en una misma persona.¹⁵ Envejecer no es enfermar, aunque muchas enfermedades son más frecuentes en la vejez, bien porque se asocian a esta etapa de la vida o porque la propia vejez favorece su aparición. Envejecimiento y enfermedad se relacionan de tres maneras importantes:

- Respuesta alterada de la enfermedad
- Enfermedades asociadas al envejecimiento
- Aumento de riesgo de enfermar asociado al envejecimiento.¹⁹⁻²

El envejecimiento es parte del continuo del hombre en el ciclo vital, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar sólo algunas características.¹⁸⁻²⁰ La enfermedad no debe considerarse como un fenómeno de envejecimiento, sin embargo, cuando se identifica una desviación de salud es importante sospechar la asociación con otros trastornos, ya que la interacción constituye una característica de este proceso; la clasificación del envejecimiento ha cambiado en los últimos años y en nuestro país se considera adulto mayor al que tiene 65 años y más, sin diferenciación con las edades más avanzadas.¹⁶

La Geriátrica es la rama de la medicina que se encarga del estudio del Adulto mayor como la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la vejez, así como de su recuperación funcional e incorporación social. A su vez la Gerontología estudia, el envejecimiento y sus diferentes aspectos biológicos, médicos, psicológicos, y socioeconómicos.²¹

2.5 Situación demográfica de los Adultos Mayores

Los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico. Su monto se multiplicará casi siete veces al aumentar de 4.8 a 32.4 millones e incrementará su participación de 4.8 a 24.6%, es decir que dentro de 50 años, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad. El proceso de envejecimiento se puede resumir en la duplicación de la edad mediana de la población de nuestro país: de 23.2 años en 2000 a 46.3

años en el 2050. La vida media aumentaría de 75.3 años (73.1 para hombres y 77.6 para mujeres) en la actualidad a 83.7 años (82 y 85.5, respectivamente) dentro de medio siglo.¹⁰⁻¹⁴

2.6 Tipos de envejecimiento. ²¹

ENVEJECIMIENTO PRIMARIO

- Hace referencia al proceso gradual e inevitable de deterioro corporal y comienza desde la edad temprana, y continua a lo largo de los años, sin importar lo que las personas hagan para aplazarlo.

ENVEJECIMIENTO SECUNDARIO

- Es el resultado de la enfermedad y la inactividad que puede tener el Adulto Mayor ya que existen factores que pueden ser controlados por el individuo

2.5 Conceptualización de la vejez.²¹

VEJEZ CRONOLÓGICA

- Se considera a partir de los 60 años, se fundamenta en el envejecimiento real del organismo, a medida que pasa el tiempo, esta medida no es igual para cada organismo aunque individuos de diferentes edades pueden tener características físicas y psicológicas semejantes. Eso no quiere decir que las características de la vejez se presenten en un momento determinado.

VEJEZ FUNCIONAL

- Se refiere al desempeño del individuo y que tan funcional o limitado se encuentra físicamente.

VEJEZ ETAPA VITAL

- Se refiere a una etapa equilibrada y basada en experiencias que durante el paso del tiempo la persona va adquiriendo, estas experiencias producen conocimiento al momento de entrar a la etapa de la vejez

2.6 Epidemiología de la depresión

La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Evaluación y Desempeño (ENED) el 58% de las mujeres y el 2,8% de los hombres de 18 años a más sufrieron en alguna ocasión algún síntoma relacionado con la depresión y que esto se incrementa con la edad en ambos sexos. Los adultos mayores son un sector importante de la población ya que se encuentran con mayores factores de riesgo de sufrir enfermedades, disfuncionalidad así como trastornos mentales, teniendo en cuenta que México es un país que se encuentra en envejecimiento. ¹⁴

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de las diferentes alteraciones depresivas varían según el instrumento diagnóstico utilizado, sea la entrevista psiquiátrica o la aplicación de escalas orientativas, así como según el grupo poblacional al que se estudie: adultos mayores en la comunidad, o bien hospitalizados.²²

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 etáreos mayores.²³

2.7 Clasificación de la depresión

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud. Éstos han logrado consensar la nomenclatura psiquiátrica mediante una delimitación sindromática de entidades bien definidas. Sin embargo, su rigidez ha reducido la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que ofrecen los pacientes ancianos, quienes manifiestan síndromes atípicos, dificultando su diagnóstico y tratamiento.

En la práctica clínica predominan algunos síndromes: ²⁴

Depresión mayor	Equivale a la categoría antes denominada: depresión atípica, psicótica y endógena; esta es acompañada de graves síntomas ansiosos, cuyo horario, predominantemente es el matutino, puede acompañarse de agitación y/o inquietud marcada
------------------------	--

Depresión menor	Correspondería a la antes englobada en el rubro depresión neurótica; comúnmente acompañada de ansiedad. La asociación depresión/ansiedad es frecuente en viejos-jóvenes (60 a 75 años) hasta en un 47.5%.
------------------------	--

La depresión también se puede clasificar de acuerdo a su gravedad: ligera, moderada y grave. Los trastornos más comunes que se ven en el tratamiento son el depresivo grave y el trastorno depresivo distímico.²⁴

Trastorno depresivo grave	Se caracteriza por la combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes resultaban placenteras. Esta incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad.¹⁶
----------------------------------	---

Trastorno depresivo distímico	Se caracteriza por síntomas menos graves pero de larga duración. Estos síntomas pueden no incapacitar a la persona pero si le impiden desarrollar una vida normal. ¹⁶
-------------------------------	--

2.8 Factores de riesgo para presentar depresión

Existen diversos factores de riesgo para la depresión en el Adulto mayor entre ellos se mencionan los siguientes:

- Sexo femenino
- Aislamiento social
- Viudez
- Divorcio
- Enfermedades medicas asociadas
- Enfermedades incapacitantes recientes
- Polifarmacia
- Nivel socioeconómico bajo
- Dolor crónico
- Trastornos del sueño (insomnio)
- Duelo familiar
- Deterioro cognoscitivo.²⁵

Los motivos de consulta en las depresiones se pueden agrupar en categorías:

- Estados de ánimo y afectividad: tristeza, baja autoestima, auto reproches, perdida de placer e interés, sensación de vacío, apatía, ansiedad, tensión, irritabilidad, inhibiciones diarias.
- Pensamiento: concentración disminuida, indecisión, culpa, pesimismo, crisis de ideales y valores, pensamientos suicidas.
- manifestaciones somáticas: alteraciones de alguna de las funciones (insomnio, hipersomnia, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual), dolores corporales (cefaleas, lumbalgias, dolores articulares) y síntomas viscerales (principalmente gastrointestinales y colectivos).²

2.9 Principales problemas de salud del adulto mayor

El adulto mayor depresivo presenta una serie de trastornos psicofisiológicos que le diferencian de otras enfermedades psiquiátricas.

- Trastornos sensoriales como son vértigo, alteraciones del olfato o del gusto.
- Trastornos neurológicos y neurovegetativos como la cefalea constante, diaforesis, temblores, insomnio o hipersomnias
- Trastornos digestivos como la diarrea, aerofagias, dispepsia.
- Trastornos cardiorrespiratorios como parestesias, molestias precordiales, hipertensión arterial, disnea.
- Trastornos psicológicos como son la astenia, adinamia, irritabilidad, abatimiento emocional, incapacidad para realizar actividades habituales, desesperación, autorreproche o culpabilidad inapropiada, pensamiento mórbido y tendencia al llanto con facilidad, deterioro del autocuidado, abuso de alcohol y otras sustancias.²⁷

Según el DSM IV, el diagnóstico de depresión mayor se lleva a efecto con el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligados la presencia de los primeros dos.

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Pérdida del interés de actividades previamente placenteras.
- Aumentó o pérdida de peso.
- Agitación o lentitud psicomotriz.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad para concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte.²⁴

2.11 Cambios físicos, celulares, biológicos, por sistemas, psicológicos y sociales en el Adulto mayor

- **Cambios físicos y psíquicos relacionados con la edad**

Los cambios físicos y psíquicos que se producen con la edad se encuentran estrechamente relacionados entre sí. La salud en las personas mayores se ve influida por la:

- Biología: factores genéticos y heredados
- Medio ambiente: entorno físico, psicosocial y económico
- Estilo de vida.²⁶

- **Cambios celulares en el adulto mayor**

El envejecimiento tiene lugar porque las células del cuerpo humano no pueden reemplazarse a sí mismas, y cada año mueren o pierden una pequeña parte de su función. La capacidad de proliferación de una célula se relaciona con su edad y se hace más lenta o se detiene definitivamente. Una vez que se forman en las primeras etapas del desarrollo neuronas o cardiomiocitos, ya nunca vuelven a dividirse y es así como el envejecimiento estaría provocado por una disminución de estas células. A medida que el individuo envejece, disminuye la capacidad de responder a los estímulos del medio ambiente, sobre todo a situaciones de estrés, con un declive del sistema inmunitario.²⁸

La bomba sodio-potasio mantiene la hidratación celular y con el envejecimiento, este mecanismo se altera lo cual lleva a la deshidratación progresiva de la célula y a la disminución de su tamaño. ²⁸

- **Cambios biológicos en el adulto mayor**

A lo largo del desarrollo del ser humano se generan cambios que cuando se llega a la edad adulta se dice que se logra el máximo crecimiento físico y fisiológico.²⁹

Un organismo demuestra envejecimiento cuando su vitalidad ya no es la misma, y empieza a ser vulnerable, por lo tanto un organismo viejo se comienza a diferenciar de los demás mediante el enlentecimiento de diversas funciones y se expresa de una forma diferente.³⁰

- **Cambios somáticos por sistemas**

Sistema Musculo esquelético	Disminución en el número de fibras musculares (atrofia), disminución del tono muscular, pérdida de tejido óseo siendo más intenso en mujeres, adelgazamiento de discos intervertebrales
Piel	Se torna más fina y pálida por disminución de la vascularidad y cambios en los melanocitos. Se vuelve seca con manchas oscuras y pierde elasticidad. El cabello se torna fino y quebradizo con pérdida de brillo y color por la disminución de melanocitos. La grasa subcutánea y las grasas elásticas disminuyen.
Sistema cardiovascular	El corazón aumenta de peso y tamaño, funciona más despacio y de forma irregular, disminuye la elasticidad de las válvulas cardiacas, la presión arterial se eleva sobretodo la sistólica.
Dientes	Perdida proporcional de papilas gustativas, movilidad en los mismos, lo cual repercute en la comunicación a través del lenguaje hablado.
Sistema digestivo	La masticación se hace más lenta, disminuye el flujo sanguíneo en hígado e intestinos, se altera la absorción en el tracto gastrointestinal con riesgo de mala absorción y avitaminosis. La mala nutrición, la mala absorción, las dificultades de masticación, los problemas

	<p>económicos, las rutinas e incluso las actitudes paranoides pueden favorecer a las deficiencias nutricionales. Con la edad la cantidad de calorías desciende ya que disminuye la actividad física la masa muscular y la ósea, y aumenta la proporción de tejido graso.</p>
Sistema circulatorio	<p>La edad reduce la eficiencia respiratoria, disminuye la capacidad vital, el reflejo tusígeno y la acción del epitelio ciliar bronquial.</p>
Sistema renal	<p>Disminución en el número y tamaño de nefronas, disminución de la capacidad de filtración glomerular, disminuye la función renal hasta en un 50%.</p>
Sistema endocrino y metabólico	<p>A nivel hormonal el cortisol, apenas está afectado por la edad. En cambio disminuye el tamaño de la glándula tiroides y se sustituyen células activas por otras inactivas de tejido conjuntivo, mientras que en la paratiroides también decrece el tejido activo. En general la homeostasis se hace menos eficiente, el sistema inmunitario aparece debilitado, las células T disminuyen y aumenta la producción de anticuerpos.</p>

- **Cambios en los Órganos de los sentidos**

<p>Vista</p>	<p>La capacidad visual empeora. El diámetro pupilar se reduce, disminuye la luz que llega al ojo y se reacciona con lentitud a ella, la córnea se espesa y se hace menos transparente, mientras que en la retina se atrofian las células nerviosas lo cual contribuye a empeorar la visión.</p>
<p>Audición</p>	<p>La capacidad auditiva se encuentra disminuida aparte de la privación sensorial que produce favorece, tanto al aislamiento como la presencia de alucinaciones o interpretaciones delirantes y en consecuencia la aparición de cuadros paranoides.</p>
<p>Gusto</p>	<p>Disminución en el número y tamaño de las papilas gustativas.</p>
<p>Tacto</p>	<p>La percepción táctil y vibratoria se halla mermada. Parece que hay una ligera disminución para percibir dolor, calor, y frío debido a la circulación y la grasa</p>
<p>Olfato</p>	<p>Se produce disminución de la sensibilidad, generalmente sin relevancia clínica</p>

- **Cambios psicológicos**

La psicología de la vejez hace énfasis en dos aspectos:

- a) Percepción decadencia física.
- b) Acercamiento a la muerte.

Sin embargo durante el envejecimiento existen modificaciones intelectuales, al Adulto mayor le comienza a ser difícil concentrarse y poner atención. ²⁸ Para la psicología es importante considerar el envejecimiento como la etapa donde se pueden presentar trastornos mentales y cambios de conducta, que resultan un impedimento para ser funcional y realizar sus actividades importantes en la vida cotidiana.³¹

Los procesos cognitivos como memoria y atención, brindan al ser humano la capacidad de respuesta a toda aquella conducta adaptativa, se denomina cognición a la memoria y atención que son el conjunto de procesos mentales mediante los que se registra, codifica, almacena, accede y recupera la información que en la práctica de día a día se va adquiriendo dando respuesta a las necesidades de cada individuo que cambia a lo largo de la vida, esta compleja interacción de diversos procesos puede convertirse en un problema para los AdultosMayores.²¹

- **Personalidad:** se tiende a una mayor rigidez y a una menor flexibilidad, pueden utilizarse mecanismos de defensa más rígidos como la negación; no queriendo resolver los problemas, como la proyección culpando a los otros de sus males, o como la regresión adoptando actitudes pueriles infantiles.
- **Inteligencia:** la agilidad intelectual que se mantenga va influir de forma notable: cuando más activo se sea intelectualmente, menor es el riesgo de deterioro. Por su parte el cociente intelectual permanece estable hasta los 80 años y la habilidad verbal se mantiene, pero disminuye la velocidad psicomotora en la realización de tareas.
- **Memoria:** las personas de edad avanzada se enfrentan con graves problemas en tareas que suponen atender a varias cosas a la vez o cuando la información debe ser

organizada. La memoria primaria o inmediata que se retiene durante un periodo corto de tiempo, se ve más influida por la vejez. La información verbal se conserva mejor en: tareas verbales donde se refleja la experiencia acumulada de las personas y el conocimiento, el declinar por la edad es muy pequeño o está ausente, mientras que en las tareas no verbales que requieren un proceso y deben responder a información nueva, las respuestas empiezan a disminuir a partir de los 50 años y claramente en la vejez.

- **Lenguaje:** los problemas de comunicación pueden proceder más de fallos en la audición o la visión, recordar nombres o palabras concretas puede suscitar mayores dificultades.
- **Atención:** esta se ve afectada por la edad sobre todo si se producen varios estímulos simultáneamente.
- **Razonamiento abstracto:** en los adultos mayores se produce un declinar en el razonamiento, cuando se piden soluciones a problemas cotidianos sus respuestas son excelentes, pero en general se produce un enlentecimiento en las funciones cognitivas.²⁹

- **Cambios sociales**

A los adultos mayores se les clasifica como una categoría independiente del resto de la sociedad alejada de otros grupos y poniéndolos como un grupo con características propias, resulta obvio que los adultos mayores compartan características comunes, pero lo curioso es que esta diferenciación supone mayor separación del resto de la sociedad que la experimentada por otros grupos sociales.³²

El hombre desde que nace hasta que muere es un ser social, por lo tanto toda aportación sobre la psicología del envejecimiento debe hacerse dentro un encuadre social y con la interacción entre el contexto y el individuo. ³³

2.11 El papel de la familia

La familia, como sistema y red de apoyo social informal cumple con dos funciones básicas:

- Asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido.
- Proporcionar los vínculos afectivos no solo en la enfermedad sino también en su rehabilitación.³⁴

A pesar de todos los cambios sociales de los últimos tiempos la familia sigue siendo el lugar al que recurrimos los individuos para satisfacer nuestras necesidades de seguridad física y emocional, salud y bienestar. Es frecuente que se le de poco valor al papel que el entorno familiar juega en los procesos de enfermar. Algunas de las influencias de la familia sobre la salud son:

- La familia es la fuente principal de nuestras creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud
- Las tensiones que sufre la familia en el esfuerzo de adaptarse a las distintas etapas vitales por las que atraviesa pueden repercutir en la salud de sus miembros
- La familia y sus miembros pueden sufrir el déficit y las sobrecargas de la convivencia con el enfermo, aumentando el riesgo de desarrollar sus propios síntomas.
- Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad.³⁵

Relación familia-depresión

Desde esta perspectiva vamos intentar aclarar en lo posible qué papel juega el entorno familiar en la enfermedad depresiva y qué pautas puede seguir la familia que desea ayudar a la recuperación de un enfermo con depresión.²³

- La familia como “caus

Distintas enfermedades, entre otras la depresión, suelen ir precedidas de un aumento de sucesos vitales estresantes. La pérdida del empleo, un fallecimiento, una separación o incluso unas Navidades pueden ser una fuente importante de estrés. La mayoría de estos acontecimientos ocurren en el seno de la familia. Asimismo tener la vivencia de que nuestra familia no ejerce adecuadamente su función de apoyo material y afectivo puede favorecer la

aparición de un cuadro depresivo. Principalmente la falta de afecto o confianza en el cónyuge constituyen un factor de riesgo de aparición y evolución de síntomas depresivos, especialmente en el caso de mujeres.³⁶

- La familia como “daño colateral”

Si el Adulto mayor o un familiar nuestro tienen depresión nos costará entender que sus capacidades están disminuidas y aceptamos que debemos hacer un esfuerzo extra mientras dure la enfermedad. Sin embargo, según la OMS, la depresión mayor es ya la causa principal de discapacidad y, si las proyecciones son correctas, en los próximos 20 años tendrá el dudoso honor de convertirse en la segunda causa de carga global de enfermedad.

Además es sabido que la depresión afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres, y pese a los cambios que la incorporación al mercado laboral ha supuesto, las mujeres siguen ocupándose mayoritariamente de las tareas en el hogar incluyendo el cuidado de los niños. Imaginemos entonces qué efectos puede producir sobre el funcionamiento de una familia tener un miembro con un importante grado de discapacidad por una depresión, especialmente si se trata de la madre.³⁷

- La familia como “recurso”

Sabemos que el hecho de poseer unas buenas redes y apoyos sociales favorece una mejora de la salud de forma directa, además de amortiguar los efectos adversos del estrés. La fuente más importante de apoyo social suele ser la familia.

Diversos estudios avalan la idea de que en la depresión mayor, la presencia de apoyo de familia y amigos se asocia a una mejor recuperación. Incluso en lo referente al tratamiento, tener una satisfactoria relación de pareja mejora la respuesta a los antidepresivos cuando éstos están indicados, además de mejorar la adherencia al tratamiento.³⁸

La familia colaborar en la recuperación de la depresión en el Adulto mayor con una adecuada información. Se ha visto, por ejemplo, que familias que entienden que la depresión tiene un componente biológico favorecen más la adherencia al tratamiento de los enfermos, que las que interpretan el cuadro sólo como un problema adaptativo o interpersonal. A través de los profesionales que atienden su familiar con depresión la familia debe obtener información para:

- Comprender la enfermedad: qué es y a qué se debe, cuales son los síntomas y el pronóstico.
- Recibir instrucciones sobre qué no hacer: no juzgar o culpabilizar al paciente, no forzarle a animarse o a hacer cosas, no infravalorar la enfermedad, no sustituir a la persona deprimida en todas sus tareas.
- Aprender cómo prestar apoyo: ayudando a aceptar la enfermedad, favoreciendo la adherencia al tratamiento, ofreciendo comprensión y reforzando los pequeños logros.²⁹

La familia puede cooperar aportando información sobre la estructura y funcionamiento familiar. Debe contribuir a que el enfermo realice correctamente el tratamiento y acuda a sus citas de seguimiento, alertando de la aparición de síntomas de alarma.

Dos situaciones en las que el papel de la familia es más relevante son en el caso de que su familiar con depresión precise un ingreso o manifieste ideas de suicidio. No hay que tener miedo a preguntarle sobre sus intenciones si el enfermo hace comentarios en este sentido y en el caso de que las ideas de suicidio sean persistentes o tenga un plan elaborado, no dejarle solo y buscar ayuda. Especialmente hay que vigilarle durante las primeras semanas de tratamiento.³⁹

Buscando apoyo

Es frecuente escuchar expresiones como: “esto no hay quien lo aguante, nunca quiere salir de casa, no podemos viajar”, o “doctora, qué va a pensar la gente, yo siempre le he tratado bien para que ahora este así. Es importante afrontar las preocupaciones y sentimientos de los distintos miembros de familia, prestarse apoyo mutuo e intentar controlar las situaciones generadoras de estrés. La atención del familiar deprimido no puede reducir el necesario autocuidado de los propios familiares. Esto incluye mantener espacios de ocio o aficiones. Unos familiares agotados o que renuncian a su propia vida serán de poca ayuda y tenderán a culpabilizar al enfermo perpetuando la situación.³⁹

Otro aspecto importante es luchar contra el estigma de la enfermedad mental. El miedo a los juicios de amigos y vecinos, el sentimiento de vergüenza ante una enfermedad que no siempre se comprende puede favorecer conductas de ocultación y aislamiento que en nada benefician la recuperación.³⁹

En nuestro país, al igual que otras naciones de Latinoamérica las transferencias de apoyo entre los miembros de redes familiares, sociales y comunitarias es una estrategia fundamental de sobrevivencia en los hogares con presencia de personas adultas mayores, especialmente en aquellos donde estos presentan dificultades para desarrollar actividades funcionales de su vida diaria.²⁸ Sin embargo, en nuestro país solo 38 por ciento de las personas adultas mayores que declaran tener dificultad en algún tipo de actividad funcional de la vida diaria, recibe algún tipo de ayuda.

- Condiciones económicas

Las condiciones económicas guardan una estrecha relación con la calidad de vida y eso mismo pasa en la vejez. Así, la participación laboral estimula positivamente las condiciones económicas personales o familiares. Sin embargo, la participación laboral de la población envejecida se esperaría reducida por varias razones: hay menores obligaciones de reproducción social; las instituciones de seguridad social otorgan pensiones y jubilaciones, aunque limitadas en cobertura y estipendios; es el tiempo de la aparición de enfermedades y discapacidades; hay preferencias por otras edades en el mercado laboral; y existen programas de apoyo por parte del gobierno.

Adicionalmente, la población en edades avanzadas recibe ayuda de familiares. Aun así y debido a la insuficiencia de las ayudas, existe un porcentaje importante de la población en edades avanzadas que participa en actividades económicas. En sus condiciones, una gran parte lo hacen en actividades precarias del trabajo informal.²¹

2.12 Maltrato social, económico y psicológico del adulto mayor

Las personas de la tercera edad también pueden sufrir maltrato social, son discriminadas por la sociedad. Los adultos mayores tienen derechos, pero muchas veces esos derechos no se les hacen válidos. Son personas muy débiles e indefensas y si no hay alguien que los apoye, que los ayude, que esté velando por sus intereses, no pueden pelear por sus derechos, no tienen cómo defenderse y pues reciben maltratos.⁴⁰

El maltrato económico es otra forma de maltrato a los adultos mayores; cuando al Adulto mayor se le pensiona, es decir, termina su etapa productiva de trabajo laboral en alguna empresa, empieza a cobrar su pensión. Entonces es tachado y catalogado como una persona que ya no tiene nada que ofrecerle a la sociedad, que ya no es productiva, y en cierta forma le hacen sentir que es una carga, que ahora la gente vive para mantenerlo.⁴¹

Todo este tipo de maltrato es algo que se va legalizando con el paso de los años; de hecho, en México hay estados en los que se empieza a tipificar este tipo de situaciones, empieza a haber sanciones por incumplimiento de las obligaciones de asistencia familiar. Es necesario entonces que se den los mecanismos para aplicar la ley como es debido; esto quiere decir que los adultos mayores son importantes.⁴⁰

El maltrato psicológico es el llamado “abandono moral”, que ocurre cuando al anciano lo meten a una institución y la familia se va a vivir su vida a gusto, sin hacerse cargo del anciano. El anciano está en la institución y la familia no sabe si lo tratan bien o mal, si le dan de comer o no, si lo bañan.⁴¹

La Organización de las Naciones Unidas está considerando a los adultos mayores como personas importantes de atender y de cuidar. Según los estudios y las estadísticas, en los próximos años el número de adultos mayores va a crecer de manera acelerada a nivel mundial. Lo que se busca es crear una conciencia social hacia el bienestar de los adultos mayores, para que se les brinde todo el apoyo y dirección necesarios para que tengan una vida digna y puedan ser de provecho el día de mañana. ²¹

La prevención del maltrato de las personas mayores requiere la participación de múltiples sectores de la sociedad. Los trabajadores de la salud de atención primaria tienen un papel particularmente importante, ya que se enfrentan con casos de maltrato de adultos mayores en forma cotidiana, aunque con frecuencia no los diagnostican como tales. Es vital la educación y diseminación de la información tanto en el sector formal (educación a profesionales) como a través de los medios de comunicación (combatir el estigma, abordar los tabúes y ayudar a eliminar los estereotipos negativos sobre la vejez).⁴²

El maltrato de las personas mayores es un problema universal. Las investigaciones realizadas hasta ahora demuestran su prevalencia, tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo. En ambos, el victimario suele ser conocido por la víctima, y es dentro del contexto familiar y/o en “la unidad donde se proveen los cuidados”, donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato.⁴²

- Afiliación a servicios de salud

Como se ha mostrado, uno de los principales retos del envejecimiento es el de la salud. Las enfermedades que se presentan en las edades de la vejez requieren de atención médica especializada, son crónicas y onerosas. Frente a esta situación es relevante el acceso de la población a los servicios de salud y que éstos estén apoyados económicamente. Sin embargo, existen carencias innegables, ya que no toda la población en edades avanzadas tiene acceso a los servicios de salud.⁴³

- Población pensionada

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta la población en edades avanzadas es el retiro de la actividad laboral y con ello, la pérdida de los ingresos por trabajo. La forma de retiro que se considera ideal es la jubilación, a través de una pensión adecuada y suficiente, como parte de un derecho adquirido, legislado y pactado. Sin embargo, en el caso de México la cobertura de la seguridad social siempre ha sido exigua y las cifras de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) de 2009 corroboran esta persistencia. Cuando se trata de población envejecida pensionada, las cifras son más áridas pues sólo 27.3% tiene

una pensión. Las cifras muestran diferencias significativas por sexo, en los hombres, el porcentaje con pensiones es 37.0 % y en las mujeres es 19.1%. El número menor para las mujeres se agrava cuando se toma en cuenta que la mayor parte de sus pensiones son por viudez, a la muerte de un esposo activo o pensionado.³³⁻³⁴

2.13 Programas de apoyo para el adulto mayor

- Programa 70 y Más es a nivel nacional el cual da inicio en el año 2007 y su objetivo principal es contribuir a la Protección Social de las personas adultas mayores de 70 años y Más es un programa de Protección social Aminoramiento del deterioro de la salud física y mental (Promoción y Participación Social) Apoyos económicos por \$500 mensuales, en entregas bimestrales su población son Personas de 70 años de edad o más que no reciban ingresos por concepto de pago de jubilación o pensión. ⁴⁴
- Oportunidades: Apoyo para adultos mayores dando inicio en el año 2006 siendo su objetivo Proporcionar apoyos para mejorar la alimentación y nutrición de los miembros de las familias, con énfasis en la población más vulnerable, este programa brinda \$275 pesos mensuales; citas médicas semestrales su población objetivo son los adultos mayores de 70 años en condiciones de pobreza extrema.⁴⁴
- Compromiso Pensión Alimenticia para adultos mayores dando inicio en el 2006 cuyo objetivo es el apoyo a las personas entre 60 y 69 años, que viven en condiciones de pobreza alimentaria, desamparo o con algún tipo de discapacidad, a partir de la entrega de paquetes nutricionales este apoyo es mediante una tarjeta electrónica para recibir un paquete nutricional, su población objetivo son los adultos mayores de 60 a 69 años, en condiciones de pobreza alimentaria. ⁴⁴
- Pensión Alimentaria para adultos mayores que dio inicio en el 2001 teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, siendo un tipo de

apoyo con Medio salario mínimo vigente en el D.F. Para el 2012, la pensión que se otorga es con valor de \$897.30 pesos, mensuales.⁴⁴

2.14 Teorías del Envejecimiento

Teorías psicológicas:

- Teoría del deterioro orgánico: define el envejecimiento desde el punto de vista del deterioro de los sistemas cardiovascular, endocrino o sistema nervioso central, por su utilización a lo largo del tiempo.
- Teoría del debilitamiento del sistema inmunológico o teoría inmunobiológica: explica el envejecimiento desde el punto de vista del deterioro del sistema inmunitario, ya que en el mismo se ha observado una disminución de la capacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, con la consiguiente disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos. ⁴⁵
- Teoría del estrés: para la cual las pérdidas en la capacidad de respuesta del organismo serían el resultado de la tensión a la que nos vemos sometidos durante la existencia.

Teorías bioquímicas y metabólicas: el paso del tiempo produce cambios en las moléculas y en los elementos estructurales de las células que darán lugar a la alteración de sus funciones.

- Teoría de la acumulación de los productos de desecho: la vida supone la producción de desechos y su eliminación por unos procesos normales. Algunos teóricos creen que la vejez viene acompañada de una disminución de la capacidad de eliminación, seguida de una acumulación de desechos que perjudica a la actividad celular normal. ⁴⁵
- Teoría del envejecimiento celular: en la que se dice que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un creciente número de células del cuerpo. ⁴⁵
- Teoría de los radicales libres de oxígeno: afirma que el envejecimiento parece ser causado, al menos en parte, por los efectos tóxicos del metabolismo normal del oxígeno. ⁴⁵

- Teoría del colágeno de Burguer: está fundamentada en los cambios del tejido conectivo. Dichos cambios pueden resumirse del siguiente modo: el colágeno se hace más abundante y más rígido. La elastina, a la cual las arterias y los pulmones deben su elasticidad, tienden a ser menos abundante, restando flexibilidad, explica la precipitación del colágeno con acúmulo de calcio y de colesterolina, con formación de membranas que impiden los intercambios nutritivos y provocan la atrofia de órganos y tejidos.⁴⁵

Teorías genéticas:

- Teoría de la acumulación de errores: con el paso de los años se pierden secuencias del ADN, dando lugar al deterioro, ocasionándose el envejecimiento.⁴⁵
- Teoría de la programación genética: según sus autores, en el genoma está marcada una secuencia de acontecimientos que se expresa de manera ordenada durante el ciclo vital y que podría ser alterada tanto por factores exógenos como endógenos, que darían como resultado una variación individual de la forma prevista.⁴⁵

Teorías sociales:

- Teoría de la actividad: trata de explicar los problemas sociales y las causas exactas que contribuyen a la in- adaptación de las personas de edad avanzada.
- Teoría de la continuidad: esta teoría mantiene que la última etapa de la vida prolonga los estadios anteriores. Sostiene que las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad, pero que la adaptación a las diferentes situaciones y el estilo de vida se hallan principalmente determinados por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de toda la existencia. ⁴⁵

2.15 Diagnóstico

El diagnóstico del trastorno depresivo debe comenzar con una historia clínica y una exploración concienzuda que incluya una valoración neurológica y del estado mental. Es importante destacar, de cara al diagnóstico, que la presentación de la depresión en el Adulto mayor puede ser en forma de múltiples quejas somáticas. Para el diagnóstico de la depresión se suele recurrir al empleo de pruebas de detección como instrumentos de valoración útiles,

sin embargo, hemos de tener en cuenta que son herramientas de detección selectiva y no deben suplir la evaluación y la interacción con el paciente y sus familiares. En la actualidad se cuenta con una buena cantidad de instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la depresión, los cuales han sido validados y utilizados extensamente en poblaciones diversas. Y dentro de los cuales se encuentran las siguientes escalas que valoran distintos rubros.²⁴

**Escala de depresión geriátrica de
Yesavage**

Es de las más usadas en el cribado de depresión en pacientes mayores. Consiste en un cuestionario de preguntas de respuesta sí/no. Se valora con un punto tanto las respuestas afirmativas para síntomas negativos, como las respuestas negativas para situaciones de normalidad. Existen dos versiones, una completa que consta de 30 ítems y una versión reducida con 15. En la versión reducida las puntuaciones por encima de 5 deben hacer pensar en la posible existencia de depresión, mientras que puntuaciones de 10 o más son muy sugerentes de un proceso depresivo establecido.¹²

Valora tanto síntomas depresivos como ansiosos. Se interroga al paciente sobre la presencia o ausencia, en las dos semanas previas, de cuatro síntomas en la subescala de ansiedad y otros cuatro en la de depresión. En caso de obtener

Escala de Goldberg

una o más respuestas afirmativas en la subescala de depresión, existe la obligación de completar otro cuestionario con cinco preguntas más. En esta subescala el punto de corte se fija en 2, de forma que cifras superiores son indicativas de depresión y la intensidad será tanto más alta, cuanto mayor sea la puntuación obtenida.⁵⁶

Escala de Hamilton

Es una escala de valoración afectiva subjetiva que consta de 21 ítems que valoran el estado anímico, la existencia de sentimientos de culpabilidad, ideación suicida, alteraciones del ritmo de sueño, influencia del estado anímico en el trabajo y actividades habituales, cambios en el comportamiento, posible aparición de síntomas de afectación psicósomática y neuróticos. Cada respuesta positiva de los ítems explorados se valora con un punto; entre 8 y 14 puntos se orienta hacia depresiones menores, distimias, etc. Puntuaciones superiores a 14 son sugestivas de depresiones de moderadas a severas. Este test, de aplicación en atención primaria, más que como cribado de depresión en ancianos, podría usarse como segunda prueba (por ejemplo tras

un test de Yesavage que sugiera depresión), para valorar la intensidad del trastorno depresivo, así como la evolución de los síntomas en relación con el tratamiento.⁵⁷

Escala de depresión de Zung

Puede emplearse también como cribado. Hay una versión validada en español con 20 preguntas autoaplicadas, cada una de las cuales tiene cuatro posibles respuestas y a su vez, cada una de ellas tiene un valor determinado de 1 a 4. Las puntuaciones más altas se correlacionan con síntomas depresivos más intensos y presentes. Se considera una puntuación normal hasta 27 puntos; entre 28 y 41 se considera indicativo de depresión leve, valores de 42 a 53 sugieren depresión moderada y, por encima de 43, depresión grave. Se debe tener en consideración que en pacientes con trastornos cognitivos, incluso leves, estos tests psicométricos afectivos pueden dar resultados anormales. También ocurre al contrario, un test de valoración cognitiva aplicado a sujetos con cognición normal y con estado depresivo, se pueden ver alterados.⁵⁸

2.18 Tratamiento

Los objetivos del tratamiento del trastorno depresivo en los adultos mayores consisten en:

- mejorar la calidad de vida,
- optimizar el funcionamiento,
- lograr la remisión de los síntomas y prevenir las recaídas y recurrencias.⁴⁶

Muchos pacientes no logran la recuperación completa de un episodio con el tratamiento y continúan presentando síntomas residuales que, aunque no cumplen criterios para depresión mayor, se convierten en un fuerte predictor de recaídas y de riesgo suicida. Se hace necesario lograr la remisión completa del cuadro clínico y el tratamiento adecuado de la sintomatología residual en caso de que persista.⁴⁶

En la actualidad se cuenta con tres herramientas para el tratamiento de la depresión:

- farmacoterapia,
- psicoterapia
- terapia electroconvulsiva (TEC).

El tratamiento de la depresión comprende tres fases:

La **fase inicial** del tratamiento se denomina aguda y el objetivo en ella es la remisión de los síntomas. En esta fase se implementan las diversas medidas terapéuticas, ya sea psicoterapia o farmacoterapia o una combinación de ambas modalidades. Los antidepresivos tienen un período de latencia de dos a tres semanas para el inicio de su acción antidepresiva, y el grado máximo de reducción sintomática se da por lo general entre la semana ocho y la doce.⁴⁶

Cuando se ha logrado una mejoría significativa se pasa a la **fase de continuación**, en la cual se debe mantener el antidepresivo a la misma dosis durante un lapso de tiempo que varía entre los cuatro y nueve meses, con el fin de prevenir recaídas. ⁴⁶

Si el paciente ha presentado más de dos episodios depresivos, después de la fase de continuación debe pasar a una tercera fase: la **de mantenimiento**, en la cual se continúa el antidepresivo de manera indefinida con el pro-pósito de prevenir recurrencias. ⁶¹

La Psicoterapia, hasta hace algún tiempo sólo se consideraba la posibilidad de utilizar las técnicas de terapia psicológica, en los trastornos depresivos leves y en pacientes muy motivados. Actualmente la asociación de tratamiento farmacológico y psicoterapia está demostrando que previene las recaídas y alarga el tiempo entre episodios, manteniéndose el paciente sin medicación.⁴⁶

La terapia electro convulsivo (TEC), se utiliza en las formas más graves de depresión. Es un tratamiento eficaz y rápido en su inicio, aunque con duración limitada y relativamente seguro, ya que tiene los riesgos de la anestesia general y la posibilidad de producir alteración en la memoria. Este tratamiento consistente en el uso de shocks eléctricos para inducir una convulsión controlada, con el objetivo de tratar los desequilibrios químicos del cerebro.⁴⁶

2.17 Hipótesis

H1: En la mayor parte de adultos mayores que asisten a la consulta externa del HGZ 194 presentan depresión.

Ho: En la mayor parte de adultos mayores que asisten a la consulta externa del HGZ 194 no presentan depresión.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de investigación

Estudio cuantitativo descriptivo, transversal.

3.2 Población y muestra

La población es de 1200 pacientes que acuden en un año a la consulta externa. Se tomó una muestra por conveniencia de 100 adultos mayores que asisten al Hospital General de Zona 194 pertenecientes a la delegación Estado de México, poniente, del turno matutino, el mes de diciembre del 2015.

3.3 Variables de estudio

- Ocupación
- Pasatiempos
- dialecto o lengua indígena
- redes de apoyo
- edad
- sexo
- enfermedades presentes.

3.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 55 a 80 años de edad.
- Adultos mayores derechohabientes del IMSS que asistan al servicio de consulta externa

- Adultos mayores que aceptaron firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores no derechohabientes
- Adultos mayores que no acudan a consulta de especialidad

Criterios de eliminación:

- Adultos mayores de 81 años en adelante.
- Adultos mayores que no acepten contestar el cuestionario.
- Adultos mayores que no firmen consentimiento informado de acuerdo a los derechos de los adultos mayores.

3.5 Descripción del instrumento

Se utilizó la escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage, diseñada por Brink y Yesavage en 1982 específicamente para el anciano; se utilizó la versión reducida de 15 ítems, es la escala recomendada por la British Geriatrics Society y ha demostrado ser un eficaz predictor de depresión en estados leves y moderados. ¹²Su contenido se centra en:¹²

- Aspectos cognoscitivos- conductuales relacionadas con las características específicas de la depresión en el anciano.

Ésta versión está compuesta por 15 ítems formulados mediante un formato de preguntas dicotómicas Si-No que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos 15 días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores.

De los 15 ítems, diez reactivos son preguntas que, si se responden afirmativamente, indican depresión.

Mientras cinco reactivos, están formulados de tal forma que si el sujeto responde la opción de respuesta “No”, indica depresión.

El orden de presentación de los ítems, positivos y negativos es aleatorio, para evitar alguna tendencia en las respuestas “Si”, o en las respuestas “No”.

La codificación de las respuestas es de fácil manejo, otorgando un punto para cada pregunta que sea respondida a la opción “Sí” o a la opción “No”, que indique depresión.

La calificación total se obtiene al sumar los puntos, por lo que la calificación mínima es de 0 puntos, lo que equivale a nula depresión, hasta un máximo de 15 puntos, equivalente a la máxima depresión.

Puntuaciones mayores a cinco puntos indican presencia de síntomas depresivos.

- 0 - 5: Normal,
- 6 - 10: Depresión moderada
- + 10: Depresión severa

3.6 Recursos humanos, y materiales

Recursos humanos:

- Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez
- PSS: Vázquez Díaz Alma Lilia
- Pacientes derechohabientes del Hospital General de Zona 194, grupo que asiste a la consulta externa de especialidad en turno matutino.

Recursos materiales:

- 1 computadora
- 1 impresora
- 1 tóner
- 1 paquete de hojas blancas tamaño carta de 500
- 200 copias
- Plumas

- 2 tablas portapapeles

Recursos financieros:

- Serán asumidos por la investigadora.

3.7 Procesamiento de datos y plan de Análisis Estadístico

Con los datos recolectados se elaboró una base de datos utilizando el programa estadístico Excel, en donde se obtendrán estadísticas descriptivas presentando los resultados en gráficos.

3.8 Consideraciones Éticas

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y ofrecer un mayor compromiso, y respeto a la dignidad de los pacientes, para fines de esta investigación se consideró lo siguiente: Consentimiento informado. Documento escrito, signado por el paciente o su representante legal, mediante el cual se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados.

El principio de Autonomía, que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección. Confidencialidad: Principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de la investigación.

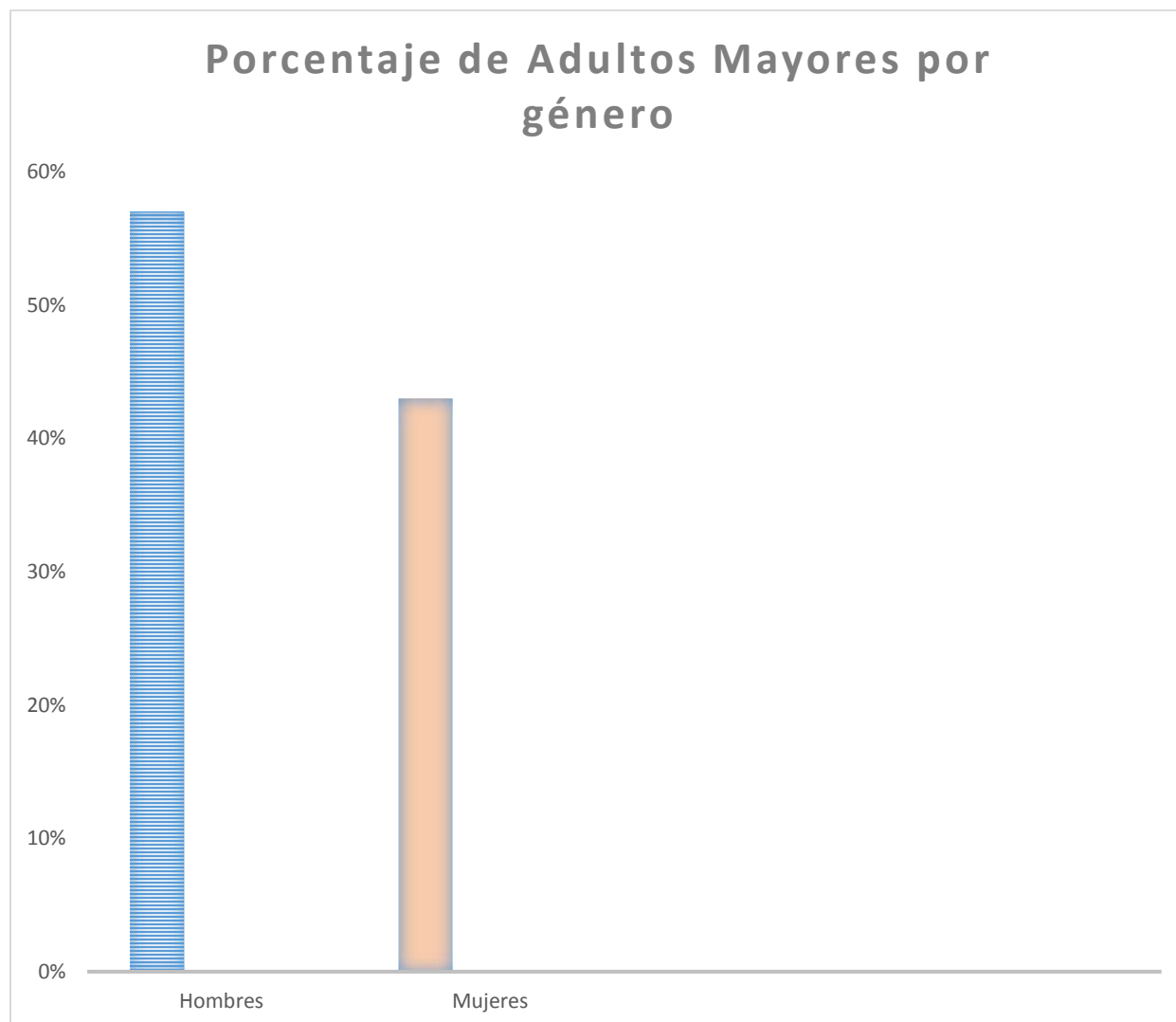
CAPÍTULO IV

RESULTADOS

CAPÍTULO IV

4.1 Resultados

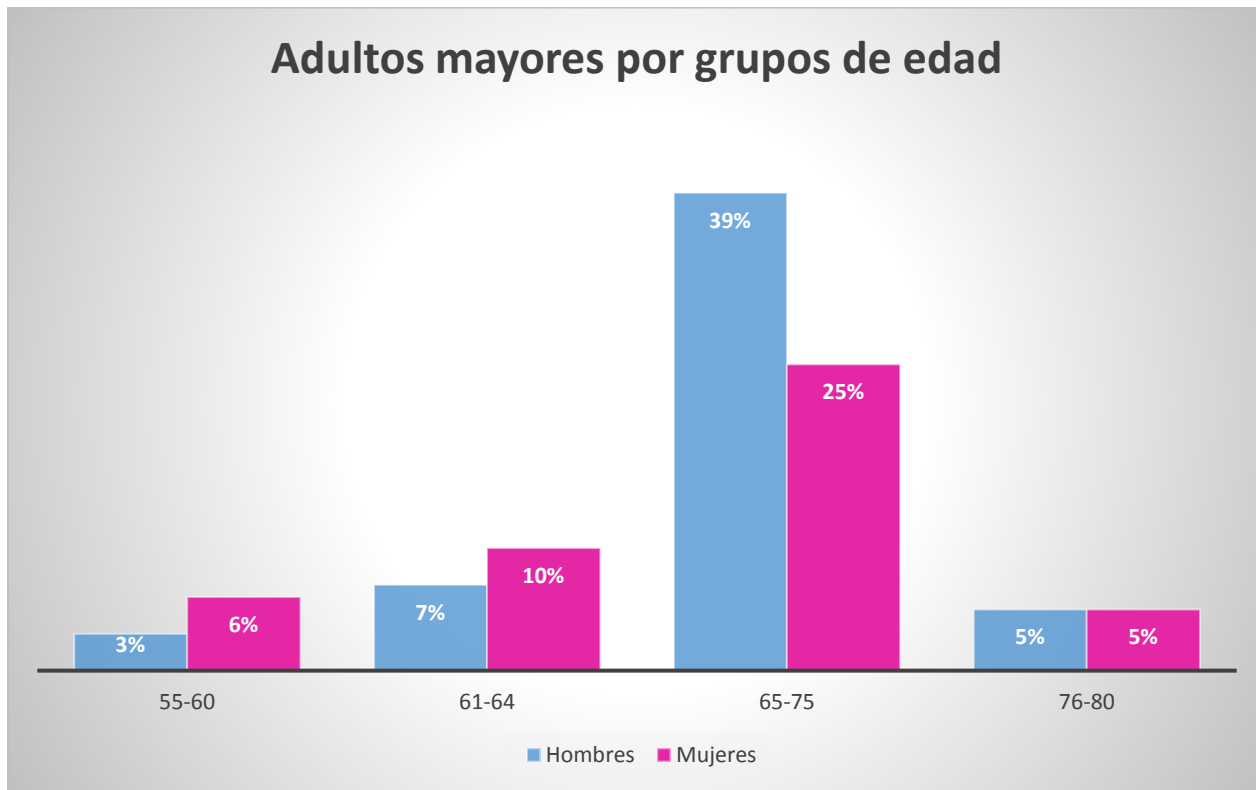
GRÁFICA 1



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

De los 100 pacientes que asistieron en el periodo de septiembre a diciembre del 2015, se determinó que el 57% de la población encuestada pertenece al género masculino, mientras que el 43% restante pertenece al sexo femenino.

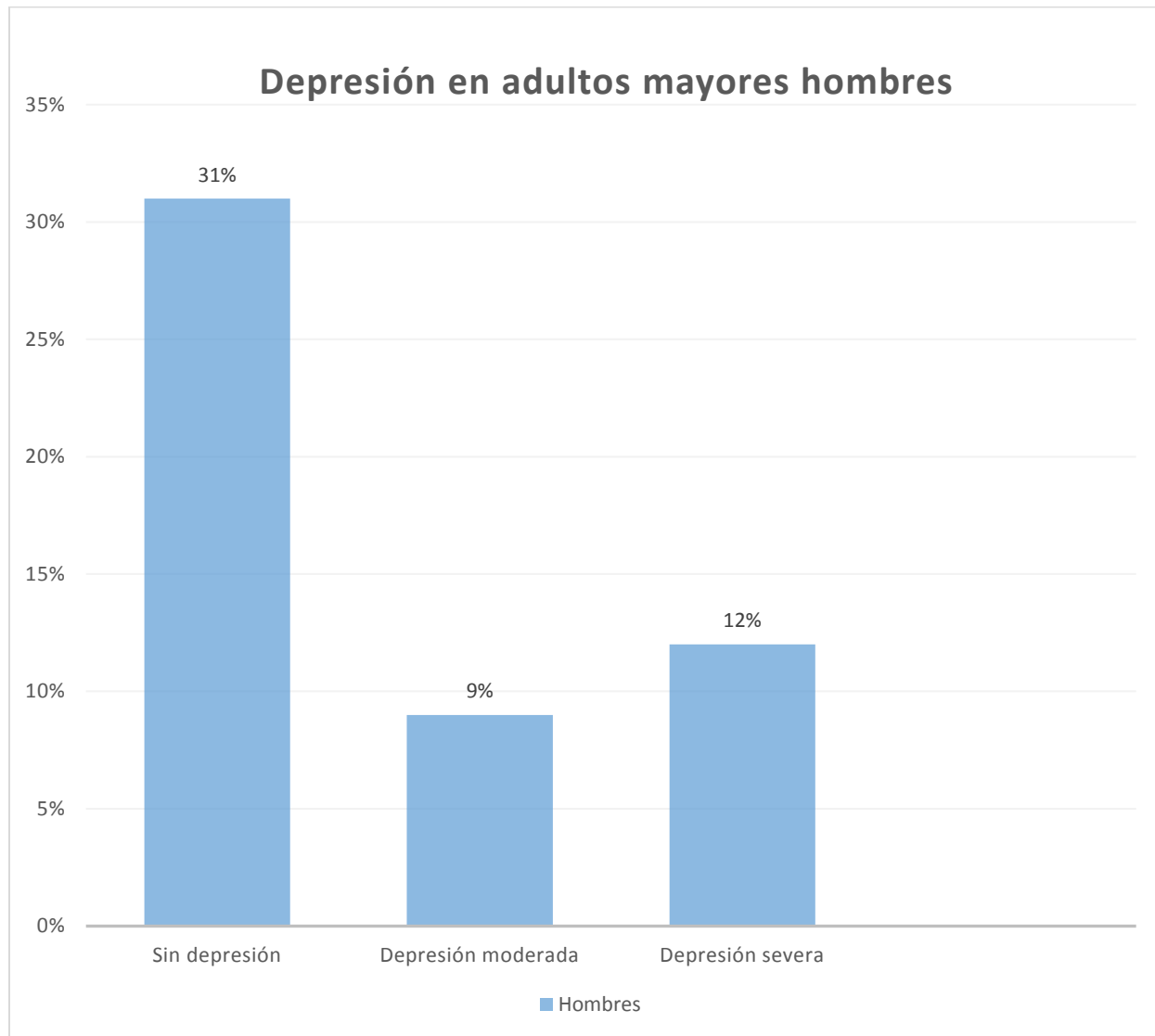
GRÁFICA 2



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

Se puede observar que dentro del rubro de edad de 65-75 años es donde hubo más porcentaje de adultos mayores conformado de un 39% de hombres y un 25% de mujeres dando un total de 64% entre ambos, seguido de un 17% en total de ambos grupos dentro del rubro de 61-64 años, mientras que en el grupo de 76 a 80 años el total de ambos fue de 10% por último y con menor porcentaje fue el rubro de edad de 55 a 60 años con un 3% en hombres y 6% en mujeres dando un total de 9%.

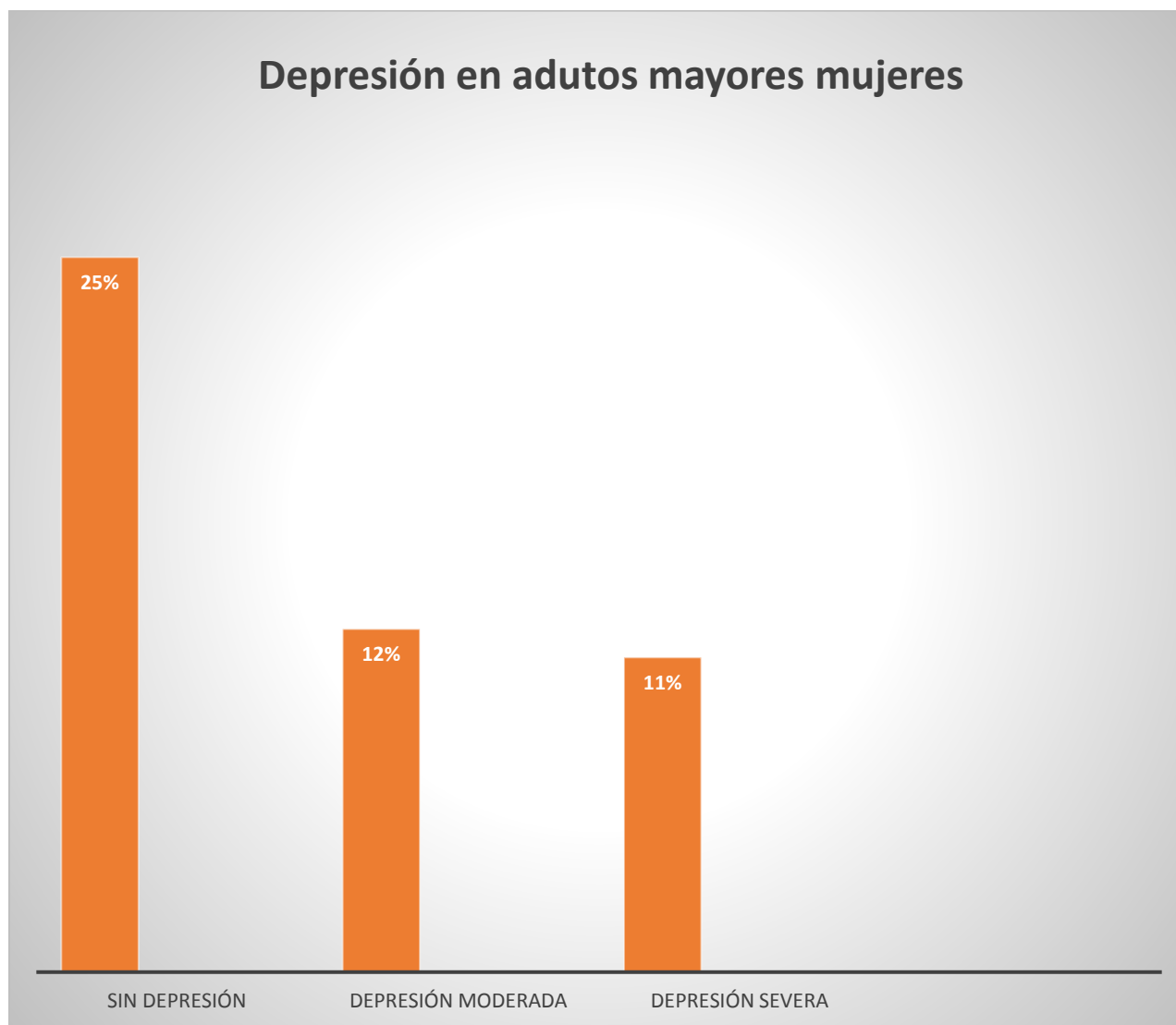
GRÁFICA 3



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

Se observa que en los hombres hay un 21% de depresión distribuida en 9% moderada y 12% severa, siendo esta una cifra menor en comparación con las mujeres, se observa también que dentro del rubro sin depresión hubo un 31% siendo mayor en comparación con el mismo rubro pero de mujeres.

GRÁFICA 4



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

Se puede observar que la depresión es mayor en mujeres ya que según la gráfica se muestra un total del 23 AdultosMayores con depresión distribuida en un 12% moderada, y 11% severa, mientras que el 25% se encuentran dentro del rubro sin depresión siendo esta cifra de menor porcentaje (25%) en cuanto al género masculino.

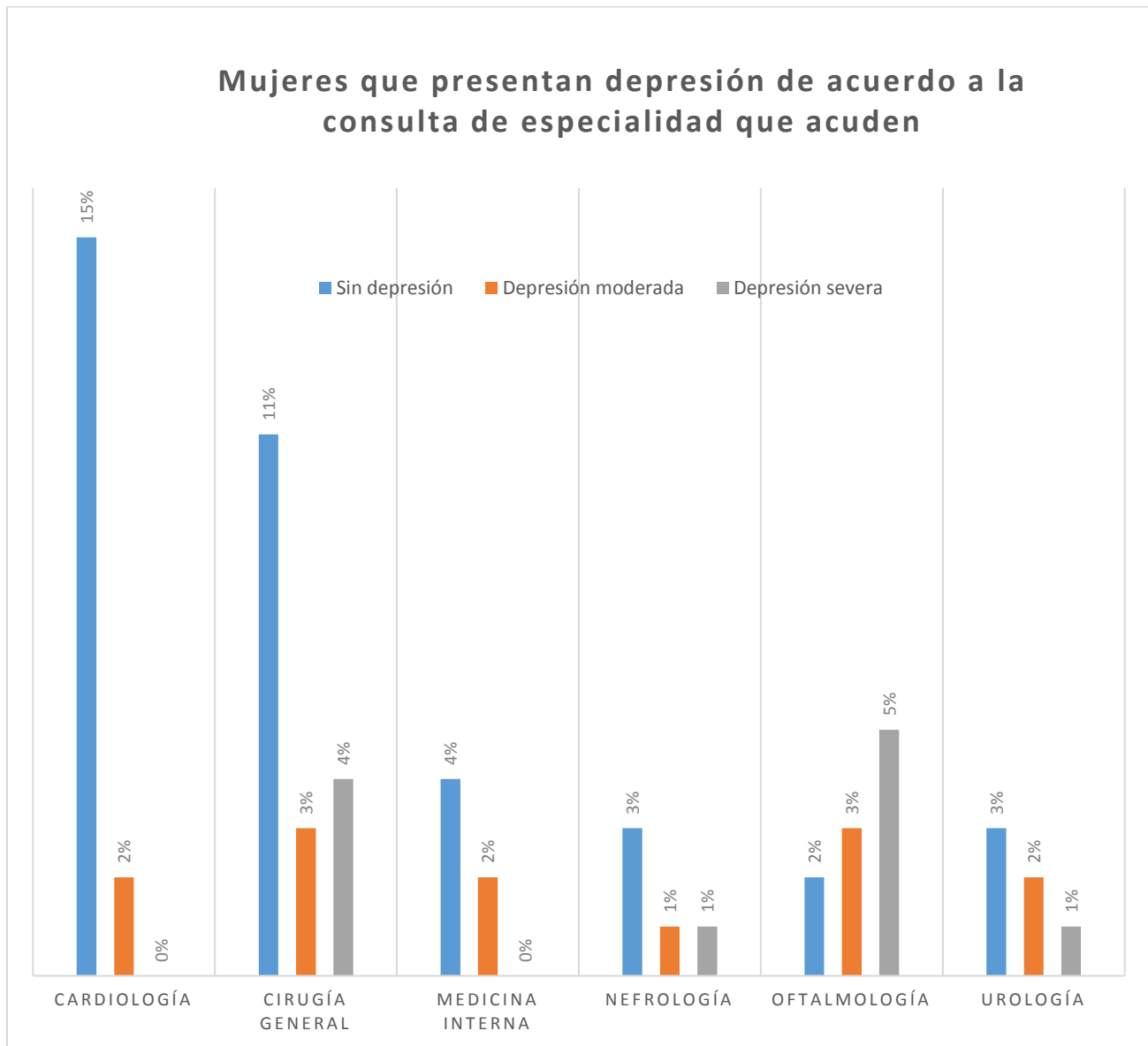
GRÁFICA 5



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

Se puede analizar que según la especialidad en cuanto al género masculino y de manera general es la depresión moderada con un mayor porcentaje en Medicina interna (4%), mientras que la depresión severa se encuentra en Urología con un 6%.

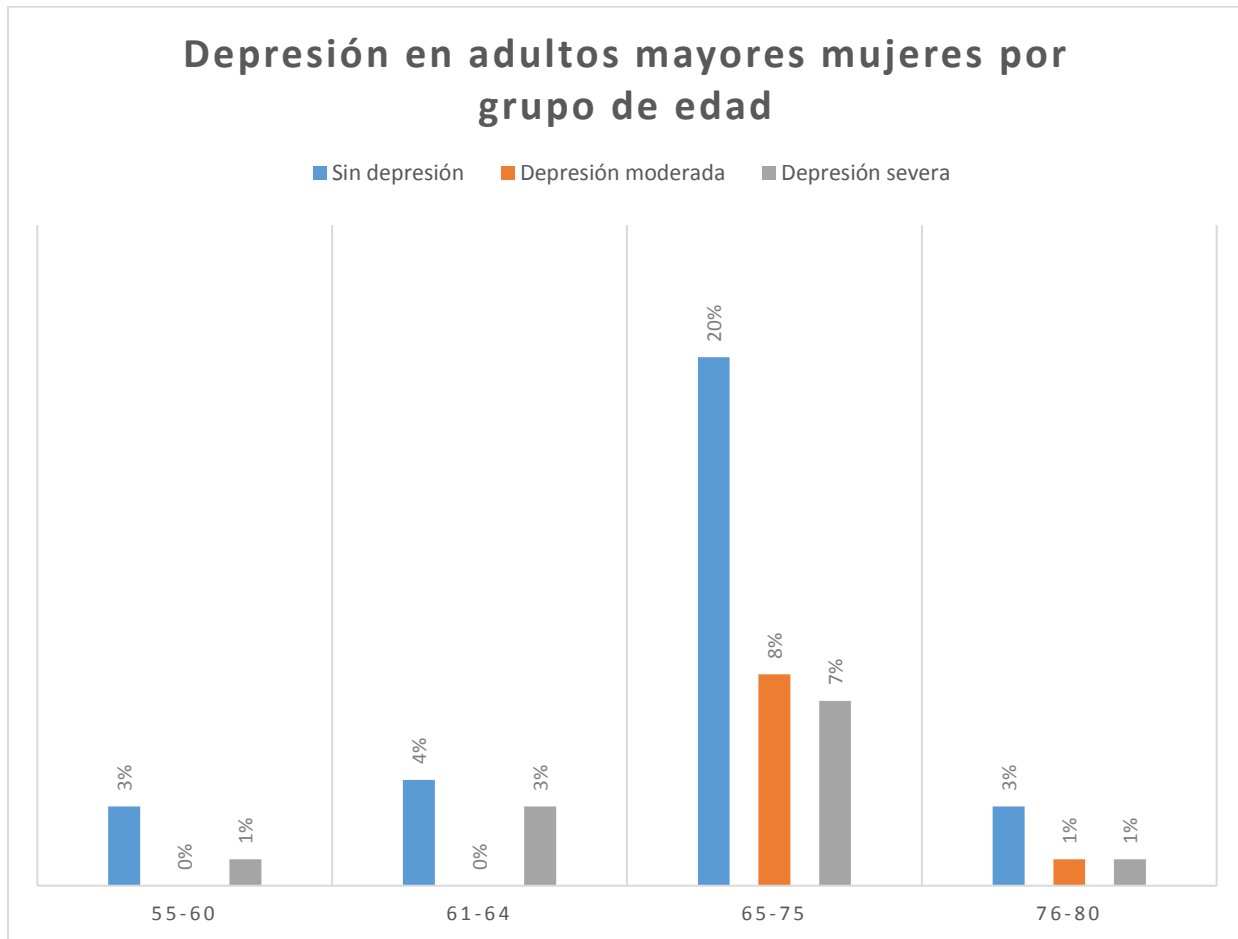
GRÁFICA 6



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

Se puede observar que la depresión moderada se encuentra en un 3% en el área de Cirugía General y Oftalmología, mientras que la depresión severa su mayor porcentaje equivale a 5% y es en el área de Oftalmología sin olvidar mencionar que las especialidades donde no hay depresión en mayor porcentaje son Cardiología y Cirugía General.

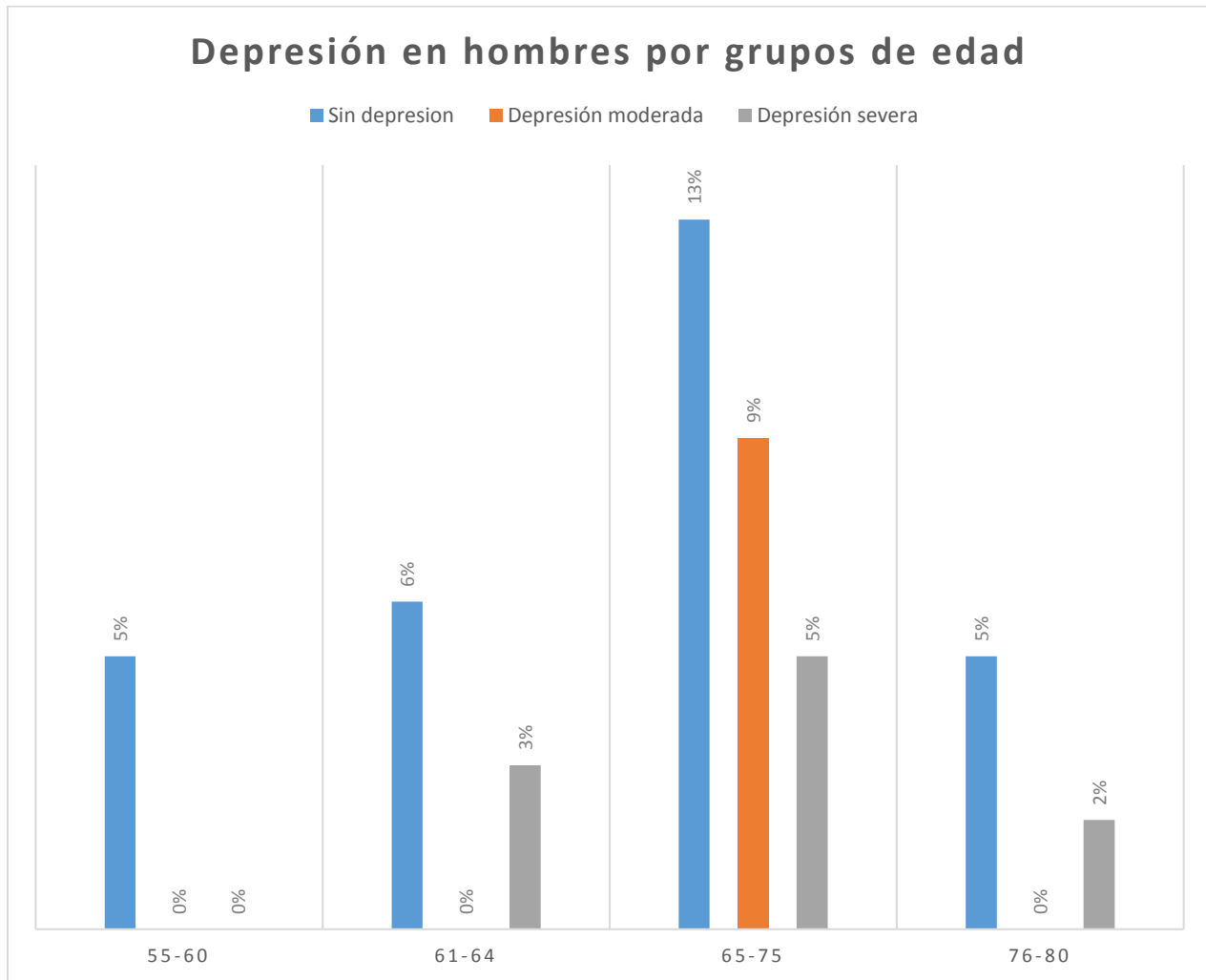
GRÁFICA 7



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

En relación al tipo de depresión por grupo de edad se observó que la población femenina presenta mayor tendencia a la depresión debido a que 9 adultas mayores presentaron depresión moderada y 12 presentaron depresión severa. Dando un total entre ambas depresiones un 21%. Dentro de este género la depresión moderada prevalece en el grupo de 65-75 años, siendo el mismo grupo de edad para la depresión severa ya que tiene un 7%.

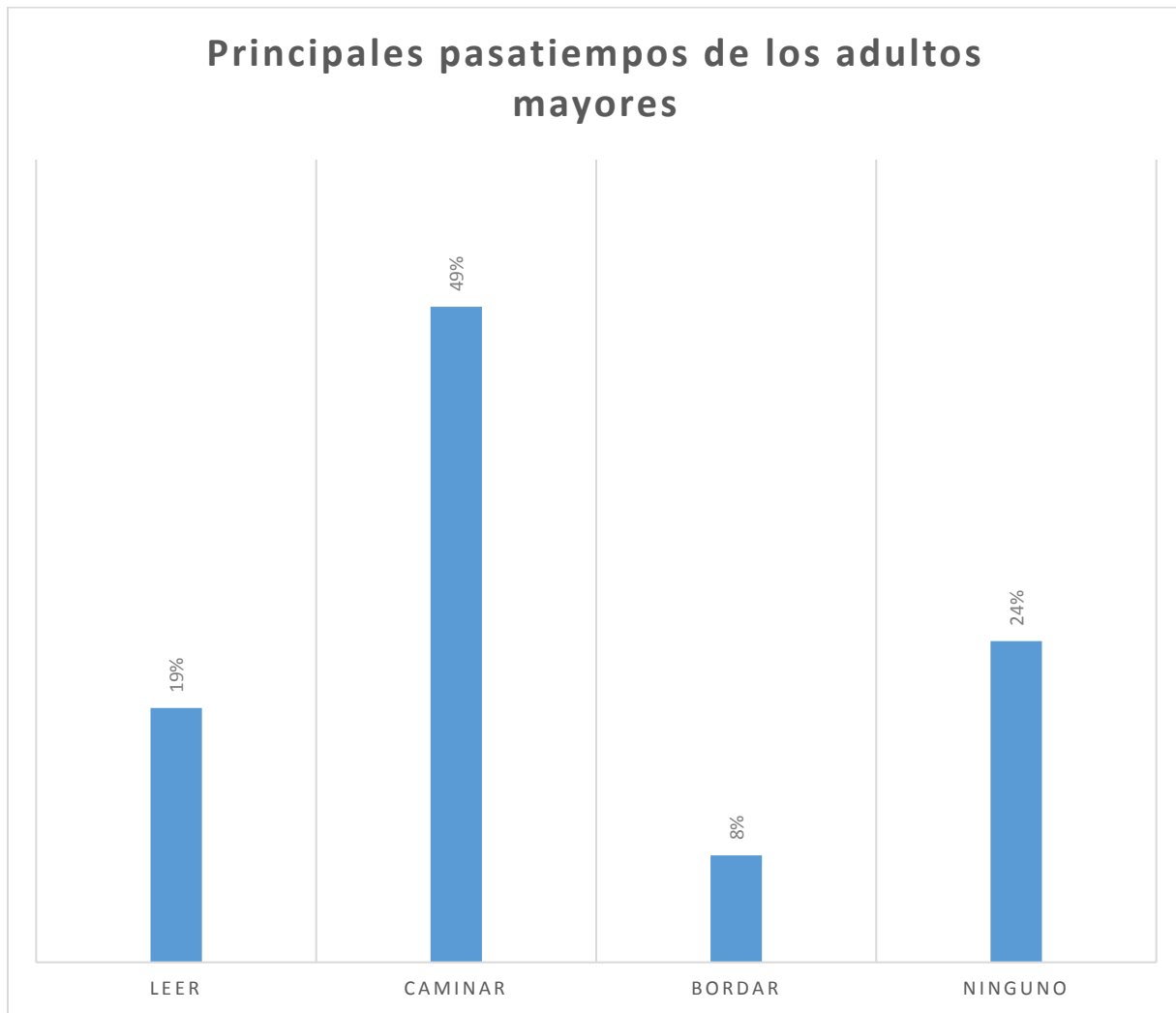
GRÁFICA 8



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

En relación al tipo de depresión por grupo de edad se observó que la población masculina de Adultos Mayores presenta menos tendencia a desarrollar la depresión debido a que 9 presentaron depresión moderada, siendo que 10 presentaron depresión severa. Dando un total entre ambas depresiones de un 19%. Dentro de este género la depresión moderada prevalece en el grupo de 65-75 años, siendo el mismo grupo de edad para la depresión severa. Analizando que es el mismo grupo de edad entre hombres y mujeres en los cuáles prevalece la depresión

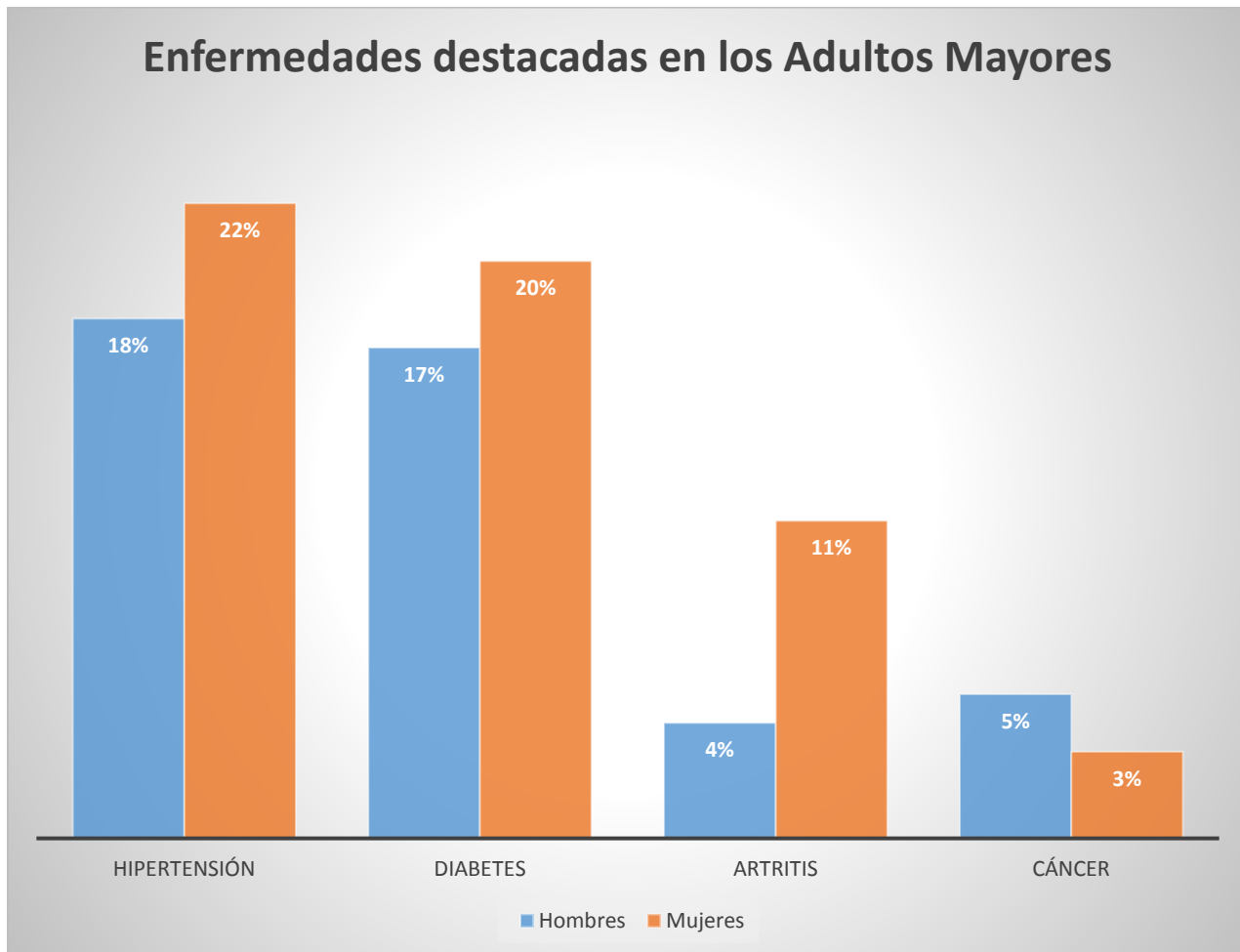
GRÁFICA 9



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

Se puede observar en esta grafica que el pasatiempo de mayor porcentaje en los adultos mayores fue caminar con un 49% distribuido en ambos géneros, asimismo se puede observar que otro pasatiempo fue leer con 19% este sin duda solo de los adultos mayores que aun consideran no tener problemas de visión, más sin embargo se muestra que también bordar obtuvo un 8% el cual lo lleva a cabo el género femenino, mientras que el 24% de los Adultos mayores refirió no tener ningún pasatiempo.

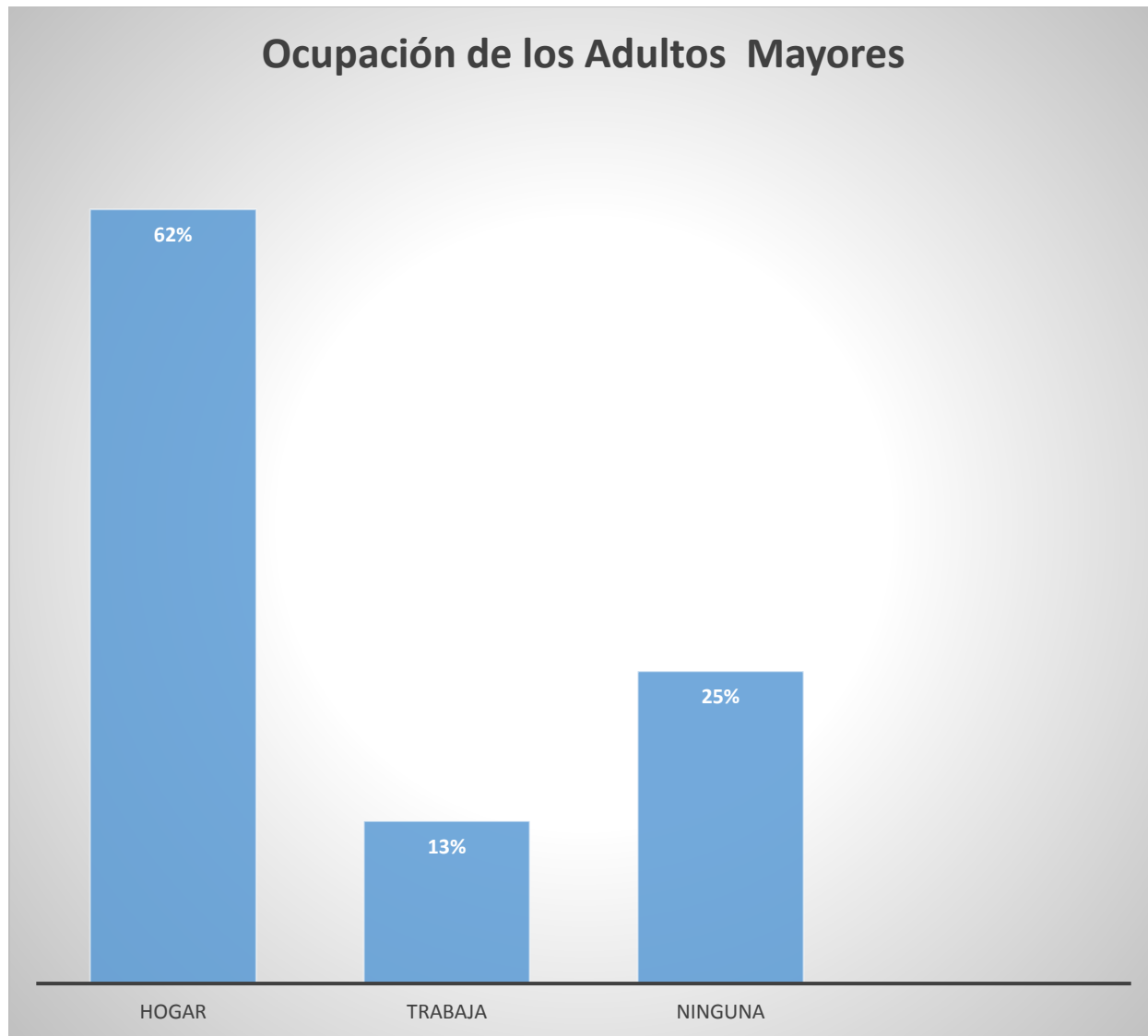
GRÁFICA 10



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

Se puede analizar que respecto a las enfermedades que en cuanto al género masculino destaca con un mayor porcentaje la hipertensión (18%), seguida de la diabetes con un 17%, sin olvidar mencionar la artritis con un 4% y el cáncer con un 5% ya que no por eso son menos importantes. Dentro del género femenino se observa que existe un ligero aumento de porcentaje en hipertensión, diabetes y artritis en comparación con el género masculino, siendo viceversa en cuanto al cáncer que presenta un 3% siendo menor que en los hombres. Esta es otra razón por la cual se justifica que el género femenino es el de mayor prevalencia para padecer depresión.

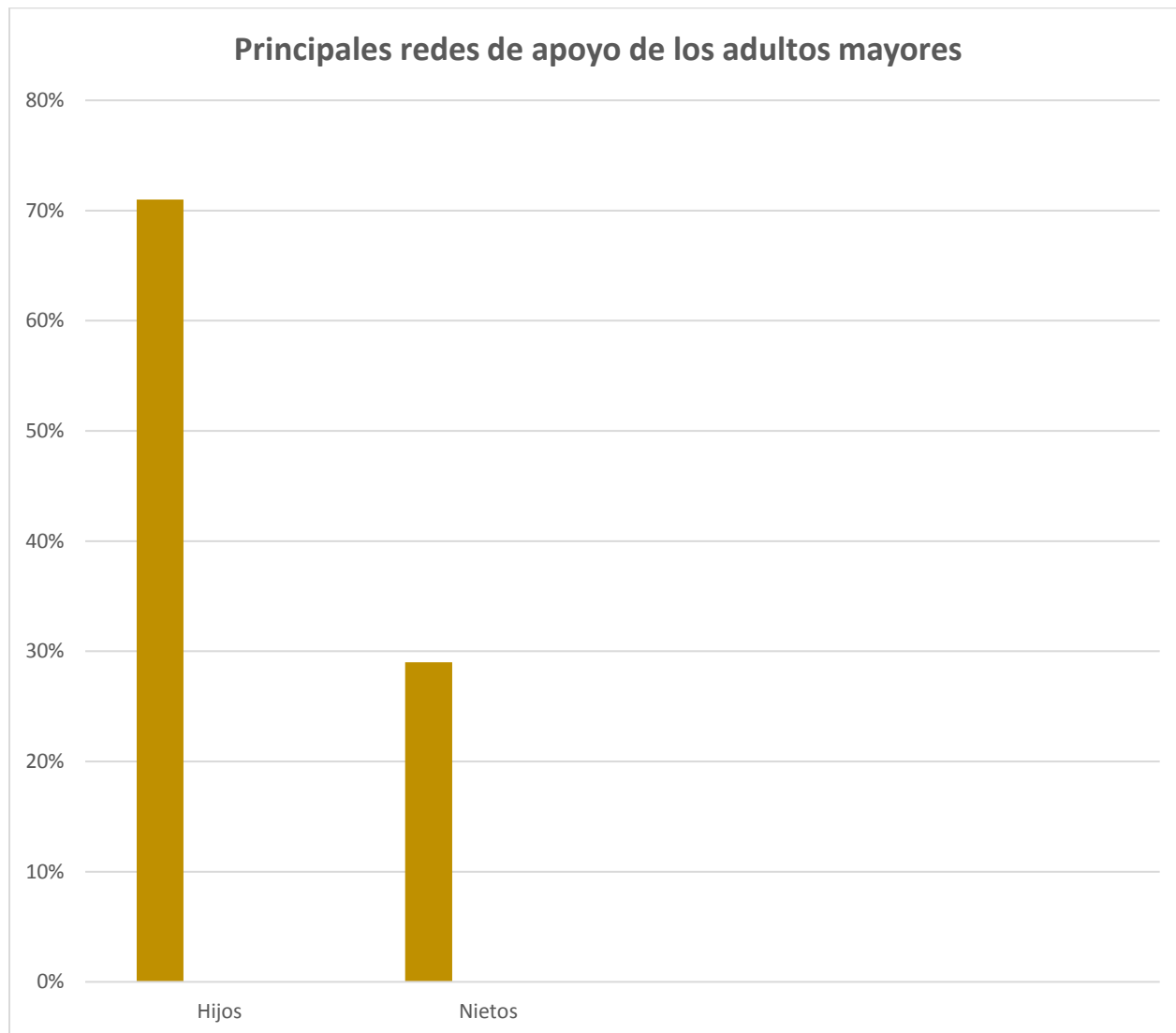
GRÁFICA 11



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

Se puede observar que el mayor porcentaje en cuanto a ocupación se refiere, lo ocupa el hogar con un 62%, mientras que un 13% trabaja ya sea de manera formal e informal, sin embargo todavía un 25% de adultos mayores no menciono tener alguna ocupación.

GRÁFICA 12



Fuente: Datos obtenidos Diciembre 2015 de la Consulta de Especialidad, Programa Excel.

Se puede analizar que en cuanto a las redes de Apoyo en los adultos mayores destacan los hijos con un 71%, es decir la mayoría de estos se encargan de brindar apoyo a sus padres, mientras que un 29% restante lo hacen los nietos ya que refieren los adultos mayores que sus hijos trabajan o realizan otras actividades por las cuales no pueden brindarles ese apoyo.

4.2 Análisis de resultados

Al hablar de porcentaje de adultos mayores podemos decir que de los 100 pacientes que asistieron en el periodo de septiembre a diciembre del 2015, se determinó que el 57% de la población encuestada pertenece al género masculino, mientras que el 43% restante pertenece al sexo femenino. (Gráfica 1). En cuanto a grupos etareos se refiere Se puede observar que dentro del rubro de edad de 65-75 años es donde hubo más porcentaje de adultos mayores conformado de un 39% de hombres y un 25% de mujeres dando un total de 64% entre ambos, seguido de un 17% en total de ambos grupos dentro del rubro de 61-54 años, mientras que en el grupo de 76 a 80 años el total de ambos fue de 10% por último y con menor porcentaje fue el rubro de edad de 55 a 60 años con un 3% en hombres y 6% en mujeres dando un total de 9%. (Gráfica 2).

Referente a la clasificación de la depresión en los hombres se observa que en los hombres hay un 21% de depresión distribuida en 9% moderada y 12% severa, siendo esta una cifra menor en comparación con las mujeres, se observa también que dentro del rubro sin depresión hubo un 31% siendo mayor en comparación con el mismo rubro pero de mujeres. (Gráfica 3).

Mientras que a clasificación se refiere en cuanto al género femenino destaca lo siguiente, la depresión es mayor en mujeres ya que según la gráfica se muestra un total del 23 adultos mayores con depresión distribuida en un 12% moderada, y 11% severa, mientras que el 25% se encuentran dentro del rubro sin depresión siendo esta cifra de menor porcentaje (25%) en cuanto al género masculino. (Gráfica 4).

Según la especialidad en cuanto al género masculino se puede analizar que de manera general es la depresión moderada con un mayor porcentaje en Medicina interna (4%), mientras que la depresión severa se encuentra en Urología con un 6%. (gráfica5).

De igual forma en cuanto al género femenino se refiere por la especialidad podemos decir que la depresión moderada se encuentra en un 3% en el área de Cirugía General y Oftalmología, mientras que la depresión severa su mayor porcentaje equivale a 5% y es en el área de

Oftalmología sin olvidar mencionar que las especialidades donde no hay depresión en mayor porcentaje son Cardiología y Cirugía General. (gráfica 6).

En relación al tipo de depresión por grupo de edad se observó que la población femenina presenta mayor tendencia a la depresión debido a que 9 adultas mayores presentaron depresión moderada y 12 presentaron depresión severa. Dando un total entre ambas depresiones un 21%. Dentro de este género la depresión moderada prevalece en el grupo de 65-75 años, siendo el mismo grupo de edad para la depresión severa ya que tiene un 7%. (gráfica 7).

En relación al tipo de depresión por grupo de edad se observó que la población masculina de adultos mayores presenta menos tendencia a desarrollar la depresión debido a que 9 presentaron depresión moderada, siendo que 10 presentaron depresión severa. Dando un total entre ambas depresiones de un 19%. Dentro de este género la depresión moderada prevalece en el grupo de 65-75 años, siendo el mismo grupo de edad para la depresión severa. Analizando que es el mismo grupo de edad entre hombres y mujeres en los cuáles prevalece la depresión. (gráfica 8).

Referente a los pasatiempos de los adultos mayores destaca lo siguiente Se puede observar en esta grafica que el pasatiempo de mayor porcentaje fue caminar con un 49% distribuido en ambos géneros, asimismo se puede observar que otro pasatiempo fue leer con 19% este sin duda solo de los adultos mayores que aun consideran no tener problemas de visión, más sin embargo se muestra que también bordar obtuvo un 8% el cual lo lleva a cabo el género femenino, mientras que el 24% de los adultos mayores refirió no tener ningún pasatiempo. (gráfica 9).

Haciendo hincapié en las enfermedades del Adulto mayor en cuanto al género masculino destaca con un mayor porcentaje la hipertensión (18%), seguida de la diabetes con un 17%, sin olvidar mencionar la artritis con un 4% y el cáncer con un 5% ya que no por eso son menos importantes. Dentro del género femenino se observa que existe un ligero aumento de porcentaje en hipertensión, diabetes y artritis en comparación con el género masculino, siendo viceversa en cuanto al cáncer que presenta un 3% siendo menor que en los hombres.

Esta es otra razón por la cual se justifica que el género femenino es el de mayor prevalencia para padecer depresión (Gráfica 10).

En cuanto a ocupación se refiere y con un mayor porcentaje, lo ocupa el hogar con un 62%, mientras que un 13% trabaja ya sea de manera formal e informal, sin embargo todavía un 25% de adultos mayores no menciono tener alguna ocupación (gráfica 11).

Las principales redes de apoyo se encuentran distribuidas de la siguiente manera, destacan los hijos con un 71%, es decir la mayoría de estos se encargan de brindar apoyo a sus padres, mientras que un 29% restante lo hacen los nietos ya que refieren los adultos mayores que sus hijos trabajan o realizan otras actividades por las cuales no pueden brindarles ese apoyo.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

CAPÍTULO V

5.1 Discusión

Se analizó por medio de la escala de Yesavage el grado de depresión, edad, y especialidad a la que asistieron el grupo de 100 adultos mayores pertenecientes al Hospital General de Zona # 194 del IMMS delegación Poniente, los cuales fueron la muestra para la realización de esta investigación.

En Veracruz, México, un estudio identificó la presencia de depresión en el adulto mayor en la Institución Nacional de Personas Adultas Mayores en el cual menciona que las edades representativas fueron 60 a 65 años en donde presentaron los tres niveles de depresión¹⁸.

Por lo cual estas cifras no son del todo contrastables con nuestro estudio ya que el análisis realizado demostró que existe una correlación entre la edad y el género, siendo que en el género femenino es mayor la prevalencia de depresión y que en este estudio se obtuvo un 23% distribuida en 12% moderada y 11% depresión severa, mientras que en el género masculino quedó distribuida en 9% moderada y 12% severa dando un total de 21%.

En cuanto a la edad se encuentra el mayor porcentaje de depresión severa en el grupo de 65-75 años mientras que la depresión moderada fue en el mismo grupo de edad esto en cuanto a mujeres, en lo que refiere a hombres fue de 9% depresión moderada en el grupo de 65-75 años, mientras que la severa se encontró en el mismo grupo de edad con un 5% , seguido del grupo de 61-64 con un 3% finalmente y con menor porcentaje fue el grupo de 76-80 con un 2%.

La asociación de la depresión con el género refiere un predominio por el sexo femenino, el estudio realizado en cuatro ciudades en México, muestra mayores índices de depresión en mujeres que en hombres, así como correlaciones entre historias previas de enfermedades mentales y depresión²⁸.

En nuestro estudio el análisis demostró básicamente que el sexo masculino es menos propenso a la depresión ya que solo el 21% presentó algún grado de depresión siendo que los que se encuentran en el rubro sin depresión se observó un 31%, mientras que en el género femenino mostró el 23% indicando que las mujeres son más propensas a presentar algún

grado de depresión. El total de porcentajes de ambos géneros que padecen depresión es de 44%.

Sin embargo se observó que referente a la especialidad Medicina Interna en el género masculino fue de 4% la depresión moderada es decir mayor porcentaje a las demás especialidades. En cuanto a depresión severa fue el servicio de Urología con un 6%.

En cuanto a especialidades, del género femenino encontramos con mayor porcentaje Cirugía General (3%) y Oftalmología (3%) y la depresión severa con un 5% fue en Oftalmología.

5.2 Propuesta de intervención de enfermería

Enfermería tiene un papel muy importante en cuanto al cuidado del adulto mayor; es decir primeramente debemos entender el envejecimiento como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder.

Para lograr lo anterior se requieren de profesionales de enfermería que sean destacados por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto, el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua.⁴⁴

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por:

- Vocación
- Amor al trabajo con este grupo etáreo

Lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como:

- el respeto por el otro
- la autonomía
- la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor.

Una propuesta para evitar la depresión en el Adulto mayor se refiere a la creación de autoayuda para la realización de actividades del gusto de los adultos mayores fomentando así la convivencia entre ellos. Otra forma de favorecer la salud de las personas adultas mayores es proporcionándoles una vida digna, activa y un rol en la familia y la sociedad.¹³

5.3 Programa de intervención de enfermería.

“MEDIDAS DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR PARA UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA”

Justificación

La depresión es un problema que se presenta con más frecuencia en la población, siendo los adultos mayores los más vulnerables a presentarlo, su causa es multifactorial pero de manera particular se puede reconocer la falta de apoyo familiar, de ingreso económico, el sentirse rechazado por la sociedad, entre otros.

Por ello es indispensable que las instituciones de salud integren programas multidisciplinarios dirigidos a esta población que les permitan sentirse útiles y autosuficientes, y a medida de sus posibilidades tener una mejor calidad de vida y una vejez plena.

La finalidad del presente programa de intervención es fomentar la participación del Adulto mayor en su autocuidado y para evitar que presenten trastornos depresivos por baja autoestima, asimismo para lograr una buena adaptación a los cambios físicos y psicológicos, pero sobre todo para su propia comodidad y bienestar.

Por lo anterior este programa se elaboró para ser ejecutado en el Hospital General de Zona # 194 Delegación Poniente Estado de México más sin embargo por falta de tiempo ya no fue posible ser planteado y ejecutado sin embargo quedo disponible para futuros compañeros que quieran continuar con la investigación.

Objetivo

Contar con un programa que oriente las actividades de los profesionales de salud dirigido a los adultos mayores.

Desarrollo

Programa de activación física

Lugar: Consulta externa de la institución hospitalaria.

Personal responsable: Pasantes de enfermería de la licenciatura.

Metodología: Una vez aceptado el proyecto, se deberá hacer difusión del mismo, se pretende contar con una población cautiva (las personas que vivan cerca) y otra flotante (las personas que acudan esporádicamente a la consulta). Con base a las capacidades físicas de las

personas se iniciara con 15 minutos de activación física incluyendo calentamiento ejercicio y relajación. Así mismo se realizaran trípticos y carteles para invitarlos a que acudan al auditorio una vez al mes con el fin de impartir un programa educativo que refuerce la activación física.

Evaluación: A fin de medir el impacto del programa se realizara la medición antes y después de la intervención tanto cuantitativamente como cualitativamente.

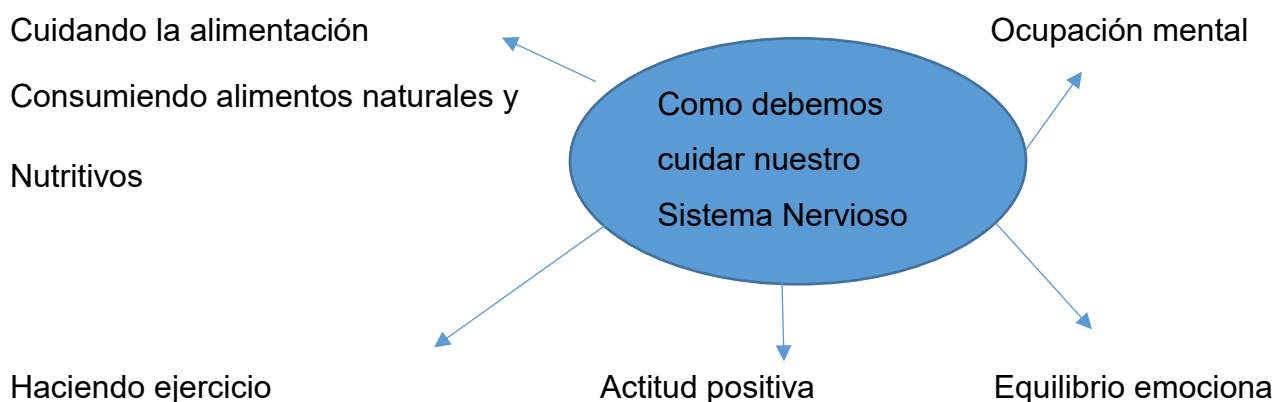
Temas a implementar:

- **Autocuidado del sistema nervioso**

El sistema nervioso nos permite realizar diversas actividades de la vida diaria, por ello cuidarlo nos permite mantener una mejor calidad de vida. El sistema nervioso nos permite realizar funciones:

- Voluntarias, como caminar, saltar, correr, pastear, sembrar, tejer, cosechar, pensar, recordar, aprender, calcular, etc.
- Involuntarias, como la digestión de los alimentos, los latidos del corazón, la circulación de nuestra sangre, entre otros.
- Sensoriales, las que nos sirven para percibir y sentir el mundo rural que nos rodea, a través de la vista, el oído, el olfato, el tacto, etc.

Es natural que con el paso de los años disminuya nuestra capacidad para retener información y responder a los estímulos nerviosos, por ello, una persona adulta mayor reacciona en forma más lenta; sólo tenemos que adaptarnos. 47-48-49-50



- **Autocuidado de los órganos de los sentidos**

Vista

Es un sentido muy importante porque nos orienta con el mundo. Nos informa sobre todo lo que nos rodea, y nos ayuda a relacionarnos con los demás. 47-48-49-50

Los principales cambios que se dan por el paso de los años en el Adulto mayor son:

- Disminución de la visión, o visión borrosa, que ocasiona la necesidad del uso de lentes para leer, coser o para ver de lejos.
- Resequedad en el ojo (disminución o ausencia de lágrimas).
- Los párpados se vuelven más débiles y pesados.
- Dificultad para diferenciar los colores.
- Mayor sensibilidad a la luz y el resplandor.
- Dificultad para adaptarse a la oscuridad.

Medidas de autocuidado de los ojos

- Consultar al médico/a por lo menos una vez al año.
- Cuando salga de un ambiente con poca luz a uno más iluminado, hágalo lentamente.
- No usar gotas ni otras sustancias para la vista sin que lo indique el médico/a.
- Si va a exponerse al sol, lleve sombrero o gorra y si es posible use lentes para el sol.
- Utilizar buena luz cuando vaya a realizar trabajos manuales, lectura, tejido, o costura.
- Lavarse las manos antes de tocarse los ojos y no frotarlos toscamente.
- No intentar sacarse algo del ojo por sí mismo, acuda al establecimiento de salud más cercano.

Audición

El oído nos pone en contacto con el medio ambiente a través de los sonidos, y con las personas que nos rodean a través de la comunicación. A mayor edad es posible una progresiva disminución de la audición, y son los miembros de la familia de la persona adulta mayor quienes pueden percibir este cambio. 47-48-49-50

Medidas de autocuidado del oído

No exponerse a ruidos muy fuertes

No aplicarse gotas o alguna otra sustancia sin autorización del médico.

No introducir ningún tipo de objetos en los oídos como, palitos, llaves, ramitas, algodón, hisopos etc.

Si disminuye la audición acuda al médico para que se realice una revisión y evaluar como escucha y si necesita tratamiento.

- Consecuencias de una mala audición

Muchos adultos mayores con problemas de audición se van aislando y dejan de comunicarse, o se tornan irritables y mal humorados al no comunicarse con facilidad con los demás. Aunque la disminución de la audición es un problema, se puede superar y remediar para que no aisle a la persona adulta mayor. 47-48-49-50

- El olfato, el tacto y el gusto

Son sentidos que resultan esenciales para vivir, sentir y adaptarse al mundo. Además nos ayudan a protegernos y a comunicarnos.

El olfato nos permite percibir los olores de las plantas, los frutos, las flores.

El tacto hace posible la comunicación con el medio externo mediante el contacto físico.

El gusto nos permite sentir el sabor de los alimentos.

- Medidas de autocuidado del olfato, tacto y gusto

Visitar al médico para identificar problemas en los sentidos del gusto, olfato y tacto.

Prepare alimentos variados, con diversos productos de la zona, y que se vean sabrosos. Esto compensará su falta de sensibilidad en el sentido del olfato y el gusto.

Controle su peso una vez al mes.

Coma acompañado, en familia o con amigos, esto aumentará su interés por las comidas y mejorará su apetito.

Mantenga limpia su boca y dentadura (propia o postiza)

Manténgase activo, ya que la actividad física favorece la digestión y estimula el apetito.

Beba entre 6 a 8 vasos de agua al día, de esta manera, mantendrá la boca húmeda y estimulará el apetito.

Aumentar el consumo de frutas y verduras.

Evitar el uso de condimentos, sal y azúcar.

- **Autocuidado de la piel y sus anexos**

La piel es una barrera de protección de nuestro organismo, y nos permite el contacto con el medio ambiente y con el resto de personas. La piel sana es además la primera línea de defensa del cuerpo contra las infecciones y lesiones de los tejidos. A través de ella sentimos las texturas, el dolor, la presión y temperatura. 47-48-49-50

Una piel sana:

- Regula la temperatura corporal, permitiéndonos sentir el frío y el calor.
- Mantiene el calor que nuestro cuerpo necesita para vivir.
- Es un medio para la eliminación de desechos mediante el sudor.

- Participa en el mantenimiento del equilibrio de líquidos y minerales.

Cambios que se presentan en la piel de las personas adultas mayores

- La piel se vuelve seca, arrugada, menos elástica, más frágil y delgada.
- Se producen moretones con más facilidad.
- Las heridas cicatrizan más lentamente y existe mayor probabilidad de desarrollar infecciones después de un golpe. Se tolera menos el frío o el calor.
- La piel suda menos, ocasionando la resequedad.
- Existe menos sensibilidad, esto puede provocar no sentir heridas e infecciones, hasta que estas sean muy graves. 47-48-49-50

Medidas de Autocuidado de la piel, uñas, cabello, entre otros.

Beber de 6 a 8 vasos de agua para mantener hidratada la piel.

Mantener la piel limpia.

Bañarse de ser posible diario

Después de cada baño o limpieza, secarse bien el cuerpo con un paño limpio, de forma suave, sin dejar zonas húmedas, en particular en los pliegues de los pies para evitar la infección por hongos.

Cortar y mantener las uñas limpias.

Lavarse el cabello frecuentemente.

Siempre lavarse las manos luego de ir al baño, antes de cocinar y antes de comer.

Usar ropa cómoda (de preferencia de lana o algodón, de acuerdo a la zona).

Si se tienen lunares tener cuidado si estos cambian de color crecen o sangran y acudir al centro de salud más cercano. 47-48-49-50

- **Autocuidado de los pies en las personas adultas mayores**

Todas las personas, y de manera especial las personas adultas mayores, para conservar su autonomía y poder desplazarse libremente requieren mantener su capacidad para movilizarse, y para ello es fundamental contar con un buen soporte: nuestros pies. La base que sostiene nuestro cuerpo son los pies, y muestran el cuidado que se les ha dado a lo largo de la vida. Muchas veces los años de desgaste, el calzado inapropiado, la mala circulación y algunas enfermedades, los van deteriorando. Además los problemas en los pies son fuente de dolor y ponen en peligro la independencia de la persona adulta mayor. 47-48-49-50

Cambios y alteraciones de los pies durante el envejecimiento

- La piel de los pies se vuelve rugosa, reseca y se puede cuartear o rajar.
- Disminuye la sensación de dolor, tacto y presión. Se engruesan las uñas y algunas se vuelven quebradizas. Disminuye la cantidad de grasa en la región plantar, es decir, su función amortiguadora disminuye. Esto favorece la presencia de callos y dolor al caminar.
- Además pueden existir manifestaciones de enfermedades como la diabetes o las varices, lo que hace que la marcha se haga difícil y dolorosa. 47-48-49-50

Higiene de las uñas

El corte debe ser recto para evitar que se incrusten en la piel y que cause molestia.

Observar que estas no cambien de color así como el grosor de las mismas ya puede ser una enfermedad

Higiene de los pies

Lavarse diariamente los pies

Asearse los pies principalmente entre los dedos y alrededor de las uñas.

Secarse bien evitando que queden húmedos para así evitar la aparición de hongos.

Uso del calzado

Evitar el uso de calzado muy ajustado.

Realizar ejercicios de circulación, levantando los pies al menos 3 veces al día.

Evitar estar de pie o sentado por mucho tiempo

- **Autocuidado de la cavidad bucal**

A pesar del paso de los años podemos mantener nuestra boca saludable, y para lograrlo es muy importante que conservemos nuestra dentadura sana. En la boca se inicia el proceso de la alimentación, y si no somos capaces de masticar adecuadamente, no podremos cortar, rasgar, triturar ni moler los alimentos completamente, y por lo tanto pueden aparecer problemas en la nutrición y digestión. La dentadura postiza (prótesis dental), debe cuidarse tanto como la propia dentadura. Es importante observar si ésta se desajusta o desadapta, ya que generará incomodidad, dolor y molestia, y no cumplirá con una buena masticación, ni alimentación. No se debe descuidar la limpieza de toda la boca, incluyendo además las encías, la lengua y el paladar. 47-48-49-50

Medidas de autocuidado de la boca

- Usar cepillo dental para su limpieza, que sean de cerdas suaves, y debe cambiarlo periódicamente.
- Cepillarse los dientes y enjuagarse la boca al levantarse y después de cada comida,
- Enjuagarse la boca con agua limpia.
- Al realizar la limpieza de los dientes, también se debe masajear las encías, esto ayuda a la circulación; de esta manera se evita que las encías enrojecan y sangren. Además también ayuda para que los dientes no se aflojen, muevan y caigan.
- Si se presenta dolor, enrojecimiento, inflamación o tiene alguna otra molestia, consulte al dentista. 47-48-49-50

- **Autocuidado del aparato genitourinario**

Permite gozar de una buena salud y función genitourinaria (control de esfínteres), asimismo permite a la persona adulta mayor una mejor socialización, y desarrollo de su autoestima.

Las molestias en el aparato urinario y genital son frecuentes en las personas de edad avanzada, por los cambios que se dan en los riñones y órganos urinarios. Debido a ello, se puede presentar

En las mujeres:

- dolor en la vagina.
- incontinencia urinaria.
- prolapso, o aumento de infecciones urinarias.

En los hombres:

- Se pueden presentar problemas en la próstata, como inflamación.
- Orinar más de tres veces en las noches, o muchas veces durante el día.
- presentar goteo de orina al terminar de miccionar. 47-48-49-50

Medidas de autocuidado en las mujeres

- Lavarse los genitales diariamente y secarse bien.
- No usar ninguna sustancia para el lavado de los genitales.
- Usar ropa interior comoda y limpia, haciendo cambio diario de esta.
- Evitar contener la orina por mucho tiempo para evitar las infecciones.

Medidas de autocuidado en los hombres

- Aseo diario de los genitales
- Uso de ropa interior adecuado
- Si existe alguna molestia acudir inmediatamente a un establecimiento de salud.

- **Autocuidado del aparato locomotor**

Cambios en los músculos y huesos:

En el proceso del envejecimiento los músculos, huesos, y las articulaciones sufren cambios que provocan: Disminución de la masa muscular, la fuerza y la coordinación.

Pérdida de la elasticidad por endurecimiento de las articulaciones y músculos (cadera, rodillas, codos, muñecas, manos, cuello y columna), lo que limita para hacer movimientos rápidos.

Disminución de la estatura, debido a la reducción de la altura de las vértebras y el cartílago, y por encorvamiento del cuerpo (joroba). 47-48-49-50

Debilitamiento de los huesos y cartílagos, lo que aumenta el riesgo de fracturas.

- **Medidas de autocuidado del aparato locomotor**

No cargar mayor peso de lo que su cuerpo le permite.

Si tiene dificultad para realizar alguna actividad, no se esfuerce.

En grupo, cualquier actividad o trabajo que realice es más interesante y placentero, como bailar o practicar algún deporte. Acudir al establecimiento de salud para hacerse un chequeo, por lo menos cada 6 meses. 47-48-49-50

5.4 Conclusiones

En este estudio se encontró que la mayoría de los adultos mayores que acudieron a la consulta externa de la hospital general de zona número 194 del IMSS., tienen diferentes niveles de depresión de origen multifactorial, las mujeres son más propensas a presentar este problema, por ello es fundamental fomentar actividades físicas y cognitivas para que el adulto mayor tenga una mejor calidad de vida.

Cabe señalar que el tiempo para llevar a cabo el presente estudio fue una limitante, para el seguimiento de dichos paciente identificado, así como los de elevado riesgo de desarrollar

depresión sin embargo podemos concluir que se cumplieron los objetivos y la hipótesis de investigación se acepta.

La calidad de vida a la que pueden aspirar los adultos mayores depende de múltiples factores, los que cuentan con suficientes recursos económicos tienen acceso a múltiples servicios tanto de salud como recreativos, y los adultos mayores con un nivel económico bajo, tienen que pasar por una serie de necesidades que, de no encontrarles solución en el núcleo familiar, no se pueden satisfacer. Sin embargo los adultos mayores con recursos o sin ellos, requieren de relaciones familiares de calidad que les permitan pasar sus años de menor autonomía, rodeados de la comunicación y relación emocional que sólo proporcionan los seres queridos.

Con base en mi experiencia durante el servicio social me percate de la importancia de tomar medidas necesarias para prevenir e identificar este problema de salud pública ya que según la OMS en 2011 las causas de muerte en relación a accidentes y suicidios en adultos mayores la tasa más alta corresponde principalmente a suicidios por depresión.

Es esencial implementar programas multidisciplinarios para el abordaje integral de los adultos mayores que puedan atender lo referente a la nutrición, activación física, tratamiento médico pero también se requiere la implementación de “psicogerontología” así como actividades que favorezca prácticas recreativas como la musicoterapia, el baile, yoga, juegos de mesa, actividades que incrementen sus estados de felicidad, con un sueño reparador y mejores relaciones de familia para las actuales y nuevas generaciones de adultos mayores.

5.5 Referencias bibliográficas

1. Martínez JL, Esquivel C, Velasco MN. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Méd IMSS. 2007; 45 (1): 21-28.
2. Shosahana B, Asunción L, Rebeca R. Depresión, estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de sección en México. Salud Pública en México. 2013.
3. Beekman AT, De Beurs E, Van Balkom AJ, et al. Anxiety and depression in later life: concurrence and community of risk factors. Am J Psychiatry. 2000; 157 (8): 89-95.
4. Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en el Adulto mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaria de Salud, 2011.
5. Facts E. Depression [internet] Hospital de Nueva York: E.E.U.U.A; 2008 (Consultado el 18 de diciembre del 2015). Disponible en: <http://www.elih.org/LymeDisease/Online-Health-Library/articleType/ArticleView/articleId/40/Depression-SPANISH>.
6. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el Adulto mayor depresión y función cognitiva. Enfermería universitaria. [Revista en línea]. 2013 [consultada 4 de marzo de 2014]; 10(2). Disponible en: [file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/42099-107757-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/42099-107757-1-PB%20(1).pdf)
7. Katona CL, Watkin VG, Livingston G. Enfermería Psiquiátrica Funcional en la Vejez. Sexta edición. London: Trillas; 2003.
8. Millán CJ. Principios de Geriatria y Gerontología. Vol. 1. Tercera edición. Madrid, España: Mc Graw Hill; 2008.
9. D'Hyever C, Gutiérrez LM. Geriatria. Vol. 1. Sexta edición. México: El Manual Moderno; 2006.

10. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible en:<http://www.who.int/topics/depression/en/>.
11. Ruiz CR, Zegbe SM, Castañeda I. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2014.
12. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum OH, V. Development and Validation of Geriatric Depression Screening Scale. *J Psychiat Res*. 1985;17, 37-49.
13. González RS, Silvestre LS. Depresión en el adulto mayor [Tesis]. Minatitlán Veracruz; 2011.
14. Martínez JJ, Martínez VA, Esquivel CG. Prevalencia de depresión. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2002;45 (1):21-28.
15. Márquez CE, Soriano ES, García HA, Falcón GM. Depresión en el adulto mayor, frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria*; 2005: p. 345.
16. Soriano ES, García HA, Falcón GM. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria*; 2005: p. 284.
17. González RS, Silvestre LS. Depresión en el adulto mayor [Tesis]. Minatitlán Veracruz; 2011.
18. Gallegos CK, García PC, Mudgal J, Romero X, Durán AL, Salmerón J, Role of depressive symptoms and comorbid chronic disease on health-related quality of life among community-dwelling older adults. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009; (4): 127-135.
19. Mejía AS, Miguel JA, Villa AR. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México*. 2007; 49 Supl 4:S475-481.
20. Tapia M, Morales H, Cruz OR, Morales RV. Depresión en el Adulto mayor con enfermedad crónica. *Revista de Enfermería del IMSS*. 2000: 87-90.
21. Salgado A, Guillen F. Manual de geriatría. Segunda edición. Barcelona: Trillas; 2006.
22. Abandono del Adulto mayor: temas y debates. Ciudad de México; 2004.

23. De la garza F. Depresión y angustia guía para pacientes y familiares. Primera edición. México: Trillas; 2013.
24. GPC Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención, evidencias y recomendaciones. Catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-194-10. Actualización 2011.
25. García HM, Martínez SR. Enfermería y Envejecimiento. Vol.1. Sexta edición. Barcelona, España: Elsevier; 2012.
26. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León DE. Enfermedades crónicas y limitación funcional en el Adulto mayor. Revista Panamericana de Salud Pública. 2005
27. Organización mundial de la Salud. ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? [revista en línea]. 2015 [Consultada el 28 de Noviembre de 2013]. Disponible en <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>.
28. Aleixandre M, Rubio R, Yuste N. Introducción a la Psicogerontología. Tercera edición. Madrid: elsevier; 2004.
29. Alba Historia social de la vejez. Sexta edición. Barcelona: laertes; 2000.
30. Papalia D, Feldman R. Desarrollo Humano. 12^{ava} edición. España: Mc Graw Hill; 2012.
31. Slone LB, Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Díaz D, Gutiérrez RF. Epidemiology of major depression in 4 cities in Mexico. Depression and Anxiety. 2006. 158-167.
32. Tirado SJ, Dunn L, Zisook S. How to identify its symptoms and provide effective treatment Geriatrics. 2002
33. Zavala G, Sánchez R, Mendoza NM. Depresión y Percepción de la funcionalidad familiar en el Adulto mayor de zonas urbanas. 2009.
34. Morgas R. Gerontología social. 3ra edición. Barcelona: Trillas; 2004.
35. Salvarezza Psicogeriatría teoría y clínica. 2^{da} edición. Buenos Aires: el manual moderno; 2005.

36. Ávila F, Melano CE. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Pública de México. 2007. p. 367-375.
37. Saiz Ruiz J. Manual de psicogeriatría clínica. Segunda edición. España: Mc Graw Hill; 2000.
38. McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. Sexta edición. Barcelona: Springer; 2000.
39. Caballero MF, García CJ, González RV. Habilidades en Salud Mental. 2007.
40. González NM, Gil GP, Carrasco CI. Depresión un enfoque gerontológico. Primera edición. Madrid, España: el manual moderno; 2001.
41. García HM, Martínez SR. Enfermería y envejecimiento. Segunda edición. Barcelona: Elsevier; 2012.
42. OMS. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. [Revista en línea]. 2002. Disponible en http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf
43. Gilberto S. El adulto mayor en la familia. Esperanza para la Familia. Núm. en Catálogo: 0234.
44. Rubio G, Garfias F. Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México. [Revista en línea]. 2013. Disponible en: < <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/39750/sps161-adultos.pdf> >.
45. Carranza F. Teorías del envejecimiento. [Internet]. Sexta edición. Madrid: 2008. Disponible en http://depresion_psicomag.
46. Amalia G, Miguel A. guía de seguimiento farmacoterapéutico sobre depresión. 2009.
47. Dirección de Personas Adultas Mayores, "Guía Técnica Alimentaria para Personas Adultas Mayores". Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2009).
48. Dirección de Personas Adultas Mayores, "Envejecimiento en Zonas Rurales del Perú: Investigación Cualitativa". Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2009).

49. Dirección de Personas Adultas Mayores, “Cartillas de Autocuidado de la Salud para Personas Adultas Mayores”. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (2008).
50. OPS/OMS, “Autocuidado de la Salud para el Adulto mayor: Manual de Información para Profesionales. Perú: centro de Documentación OPS/OMS. (20

5.6 Anexos

Planeación de trabajo de campo

Actividades	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero
Delimitación del tema a estudiar.	*****					
Inicio de la elaboración del protocolo		*****				
Revisión y selección de la bibliografía		*****	*****			
Aplicación de la escala de Yesavage a los Adultos Mayores				*****		
Recolección de la información					*****	
Descripción del informe						*****
Análisis de resultados						*****

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CUESTIONARIO PARA DETECTAR DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

Objetivo: Identificar la presencia de depresión en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de una unidad hospitalaria.

Edad: _____ Sexo: _____ Pasatiempo SI () NO () ¿Cuál/es? _____

Enfermedades actuales: SI () NO () ¿Cuál/es? _____

Ocupación: Hogar () Estudiante () Trabaja () Ninguna ()

Habla dialecto o lengua indígena: SI () NO () ¿Cuál? _____

Personas que lo apoyen en el hogar: SI () NO () ¿Quién? _____

Instrucciones: Lea con atención las siguientes preguntas y conteste si/no de acuerdo como se ha sentido en los últimos 15 días.

Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage)

	SI	NO
1. ¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?		
2. ¿Ha dejado de hacer las cosas que le gustan?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?		
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?		
6. ¿Esta preocupada porque piensa que algo malo le va a pasar?		
7. ¿Se siente feliz gran parte de su tiempo?		
8. ¿Siente a menudo que no vale nada?		
9. ¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle?		
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?		
11. ¿Piensa que es agradable estar vivo?		
12. ¿Siente que vale poco en su actual condición?		
13. ¿Se siente lleno de energía?		
14. ¿Se encuentra sin esperanza por su condición actual?		
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?		

Gracias por su colaboración

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 194

Número de registro:

Lugar y fecha: Hospital general de Zona 194, Naucalpan Edo de México diciembre 2015

Objetivos Generales: Conocer si los adultos mayores que asisten a la consulta externa de especialidad del hospital general de zona 194 presentan depresión e identificar el grado así como determinar los factores actuales asociados para el desarrollo de esta enfermedad, mediante una valoración.

Procedimientos: Se llevara a cabo una encuesta del test de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage, diseñada específicamente para el anciano; se utilizara la versión reducida de 15 ítems, es la escala recomendada por la British Geriatrics Society y ha demostrado ser un eficaz predictor de depresión en estados leves y moderados.

Posibles riesgos y molestias: Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar: descartar posible inicio de enfermedad mental.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

Disponibilidad de tratamiento médico de derechohabientes (si aplica): si aplica

Beneficios al término del estudio: Diagnóstico oportuno al paciente

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable

Nombre y firma de la persona que participa en la investigación

Nombre y firma del investigador

REFLEXIÓN

EL DÍA QUE ME VOLVÍ INVISIBLE

Autora: Silvia Castillejos Peral

No sé ni en qué día estamos.

En esta casa no hay calendarios, y en mi memoria los días están hechos una maraña. Me acuerdo de esos calendarios grandes, unos primores, ilustrados con imágenes de los santos que colgábamos al lado del tocador...

Ya no hay nada de eso, todas las cosas antiguas han ido desapareciendo. Y yo, yo también me fui borrando sin que nadie se diera cuenta.

Primero me cambiaron de cuarto, pues la familia creció. Después me pasaron a otra más pequeña aún, acompañada de una de mis biznietas. Ahora ocupo el cuarto de los trebejos, el que está en el patio de atrás.

Prometieron cambiarle el vidrio roto de la ventana, pero se les olvidó, y todas las noches por allí se cuelga un airecito helado que aumenta mis dolores reumáticos.

Desde hace mucho tiempo tenía intenciones de escribir, pero me he pasado semanas buscando una pluma, y cuando al fin la encontraba, yo misma volvía a olvidar en dónde la había puesto.

A mis años, las cosas se pierden fácilmente, claro que es una enfermedad de ellas, de las cosas, porque yo estoy segura de tenerlas, pero siempre se desaparecen.

La otra tarde caí en la cuenta de que también mi voz ha desaparecido. Cuando les hablo a mis nietos o a mis hijos, no me contestan. Todos conversan sin mirarme, como si yo no estuviera con ellos, escuchando atenta lo que dicen.

A veces intervengo en la conversación, segura de que lo que voy a decirles no se le ha ocurrido a ninguno y que les van a servir de mucho mis consejos, pero no me oyen, no me miran, no me responden. Entonces, llena de tristeza, me retiro a mi cuarto antes de terminar de tomar la taza de café. Lo hago así de repente, para que comprendan que estoy enojada, para que se den cuenta de que me han ofendido y vengan a buscarme y me pidan disculpas.

Pero nadie viene.

El otro día les dije que cuando muriera entonces sí que me iban a extrañar. El niño más pequeño dijo: “¿Ah... es que tú estás viva, abuela?”. Les cayó tan en gracia que no paraban de reír. Tres días estuve llorando en mi cuarto, hasta que una mañana entró uno de los muchachos a sacar unas llantas viejas y ni los buenos días me dio.



Fue entonces cuando me convencí de que soy invisible.

Me paro en medio de la sala para ver si aunque sea estorbo, pero mi hija sigue barriendo sin tocarme. Los niños corren a mi alrededor, de un lado al otro, sin tropezar conmigo.

Cuando mi yerno se enfermó, tuve la oportunidad de serle útil: le llevé un té especial que yo misma preparé. Se lo puse en la mesita y me senté a esperar que se lo tomara. Sólo que estaba viendo la televisión y ni un parpadeo me indicó que se daba cuenta de mi presencia. El té, poco a poco se fue enfriando. Mi corazón también.

Un viernes se alborotaron los niños y me vinieron a decir que al día siguiente nos iríamos todos de día de campo. Me puse muy contenta ¡Hacía tantos años que no salía, y menos al campo! Entonces el sábado fui la primera en levantarme. Quise arreglar mis cosas así que me tomé mi tiempo para no retrasarlos.

Al rato entraban y salían de la casa corriendo y echaban bolsas y juguetes al coche. Yo ya estaba lista y, muy alegre, me paré en el zaguán a esperarlos. Cuando arrancaron y el auto desapareció envuelto en el bullicio, comprendí que yo no estaba invitada, tal vez porque no cabía en el coche o porque mis pasos tan lentos impedirían que todos los demás corretearan a gusto por el bosque.

Sentí clarito cómo mi corazón se encogió. La barbilla me temblaba como cuando uno ya no aguanta las ganas de llorar.

Vivo con mi familia y cada día me hago más vieja, pero cosa curiosa, ya no cumplo años.

Nadie me lo recuerda. Todos están tan ocupados. Yo los entiendo, ellos sí hacen cosas importantes. Ríen, gritan, sueñan, lloran, se abrazan, se besan. Yo ya no sé a qué saben los besos. Antes besuqueaba a los chiquitos, era un gusto enorme el que daba tenerlos en mis brazos como si fuesen míos. Sentía su piel tiernita y su respiración dulzona muy cerca de mí. La vida nueva se me metía como un soplo y hasta me daba por cantar canciones de cuna que nunca creía recordar...

Pero un día mi nieta, que acababa de tener a su bebé, dijo que no era bueno que los ancianos besaran a los niños, por cuestiones de salud.

Ya no me les acerqué más, no fuera ser que les pasara algo malo a causa de mis imprudencias. ¡Tengo tanto miedo de contrariarlos!

Ojalá que el día de mañana, cuando ellos lleguen a viejos... Sigán teniendo esa unión entre ellos para que no sientan el frío ni los desaires.

- Que tengan la suficiente inteligencia para aceptar que sus vidas ya no cuentan, como me lo piden.

- Y Dios quiera que no se conviertan en "viejos sentimentales que todavía quieren llamar la atención".
- Y que sus hijos no los hagan sentir como bultos para que el día de mañana no tengan que morirse estando muertos desde antes... como yo.

CUIDEMOS A NUESTROS ADULTOS MAYORES

