

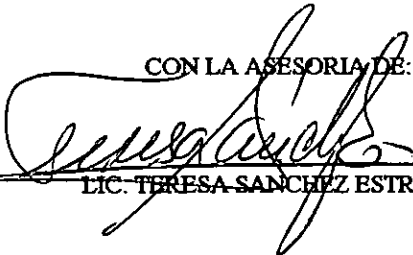
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.  
CENTRO COLABORADOR PARA LA OMS - OPS.

IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES  
RESIDENTES EN EL MODULO C y D DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO,  
XOCHIMILCO, D.F. SUBPROYECTO 1 DEL MODELO DE INTERVENCIONES DE  
ENFERMERIA GERONTOLOGICA OPS - ENEO.

T E S I S

P.S.S. DE LA LEO. MORALES CRUZ HILDA.  
P.S.S. DE LA LEO. RAMIREZ VALDEZ MIGUEL ANGEL.  
P.S.S. DE LA LEO. RUBIO MARTINEZ MARIA DEL REFUGIO.

CON LA ASESORIA DE:

  
LIC. TERESA SANCHEZ ESTRADA.

MEXICO, D.F.

267071

~~1999~~  
2000

SECRETARIA DE SALUD  
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## ***DEDICATORIAS***

### ***A nuestros padres:***

Como resultado de su interés, motivación y apoyo incondicional en el logro de nuestros objetivos; y en agradecimiento por permitirnos concluir la profesión más bonita de servicio a los demás.

### ***A nuestros amigos y compañeros:***

Por el aprendizaje personal y profesional al convivir y trabajar en equipo.

### ***A nuestros profesores, asesores de servicio social y tesis:***

Por su apoyo, tiempo y dedicación a éste proyecto de investigación, y a lo largo de nuestro proceso de formación profesional.

### ***A la S.P.A.P.S.***

Por las facilidades prestadas de sus instalaciones por el apoyo incondicional para la realización de ésta investigación.

### ***A la comunidad de San Luis Tlaxiatemalco:***

Quien hizo posible ésta investigación y que gracias a su valiosa cooperación se ve plasmada en estos momentos.

## INDICE

### BASES TEORICAS QUE SUSTENTAN EL PROYECTO.

#### 1.-- MARCO TEORICO.

##### 1.1. ANTECEDENTES.

1.1.1. Estudios precedentes.

##### 1.2. FACTORES DE RIESGO A DEPRESION.

1.2.1. Concepto.

1.2.2. Tipos de riesgo para depresión.

1.2.3. Criterios o escalas de medición.

##### 1.3. DEPRESION.

1.3.1. Introducción.

1.3.2. Concepto.

1.3.3. Clasificación.

1.3.4. Cuadro clínico según el tipo.

1.3.5. Métodos de diagnóstico.

1.3.6. Tratamiento.

1.3.6. Pronóstico.

##### 1.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN PROCESOS DEPRESIVOS EN ANCIANOS.

1.4.1. Concepto de Intervenciones.

1.4.2. Intervenciones Generales.

1.4.3. Intervenciones Especificas.

1.4.3.1. Resocialización.

1.4.3.2. Terapia de reminiscencia.

1.4.3.3. Orientación a la realidad.

1.4.3.4. Estimulación a la memoria.

1.4.3.5. Estimulación sensorial.

1.4.3.5.1. Musicoterapia.

1.4.3.5.2. Terapia por baile.

1.4.3.5.3. Artes creativas.

1.4.4. Teoría y Método.

1.4.4.1. Modelo de Enfermería según Henderson.

1.4.4.1.1. Concepto.

1.4.4.1.2. Componentes del modelo.

1.4.4.1.3. Valoración de las necesidades.

1.4.4.1.4. Diagnóstico de enfermería según Henderson.

1.4.5. El Proceso de Enfermería.

2. METODOLOGIA.

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION (CUADROS Y GRAFICAS).

4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

5. GLOSARIO DE TERMINOS.

6. APENDICES Y ANEXOS

7. BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

En México aún no se determina satisfactoriamente la magnitud, la incidencia y las características de los trastornos emocionales en la población afectada, así como las fluctuaciones temporales, las variaciones regionales, los grupos de alto riesgo y el impacto en la vida familiar y social de los individuos afectados por estos padecimientos.

La ausencia

de este tipo de información ha representado una notable dificultad para jerarquizar las enfermedades mentales respecto al conjunto de los problemas de Salud Pública.

Estudios realizados en México y en el extranjero, han reportado que gran parte de los pacientes que solicitan atención médica en la consulta general y presentan trastornos emocionales, no son detectados, identificados y atendidos, esto ocurre específicamente con los ancianos.

La salud mental de la población de nuestro país no ha sido atendida de manera adecuada, esto no se debe a la escasez de recursos, ni a la mayor prioridad de otros problemas de salud, sino fundamentalmente a los problemas relacionados con la ignorancia, los temores, las creencias y los prejuicios arraigados en nuestra cultura, en relación hacia los trastornos emocionales y hacia a quienes los padecen, por lo que sugiere que tanto la información como la educación pueden contribuir positivamente a un cambio en los criterios y en las actitudes de la población, a fin de propiciar una mejoría en la atención de estos problemas.

Muchos trastornos mentales se podrían evitar si la población contara con información elemental, periódica y accesible que le permitiera detectar estos problemas desde su inicio, y acudir oportunamente a recibir atención.

En cuanto a su estado deprimido el anciano se encierra en un mundo doloroso y reduce todo lo que puede su contacto con los otros. Además no se toma en cuenta que los padecimientos de los ancianos se deben a la vulnerabilidad por el proceso normal de envejecimiento de su organismo el cual ha disminuido sus defensas, su capacidad de adaptación y de reserva, y también a la situación de la patología con su repercusión funcional, psíquica y social sobre el anciano.

Los principales factores que favorecen la aparición de multipatologías son:

- a) Alteraciones en la homeostasis o incapacidad de mantener constante el medio interno por los cambios externos.
- b) La interacción entre unos sistemas del organismo con otros, precisamente por el deterioro de este control en la homeostasis y la capacidad funcional.
- c) Largos periodos de latencia de muchas enfermedades.
- d) Alteraciones inmunitarias que hacen que algunas afecciones de este tipo incidan más en el anciano.
- e) Inmovilidad en el anciano, que origina graves alteraciones en los diversos órganos y sistemas.

f) Iatrogenias en el anciano, más frecuentes que en cualquier otra edad.

Es difícil hacer una comparación directa de la prevalencia de trastornos mentales en México y en los Estados Unidos, debido a que las metodologías estadísticas no son comparables. Sin embargo, los datos extraídos en las encuestas en hogares sugieren que en ambos países, la proporción de adultos con trastornos mentales severos es similar. Las estimaciones para la esquizofrenia son de 1.5 % en los Estados Unidos (13) y 1.0 % en México (14); en las enfermedades maniaco-depresivas, es de 1.0 % y 0.8 % ; y en la depresión mayor es de 1.1 % y 1.6 % respectivamente.

Ahora bien, en el año de 1995, en el pueblo de San Luis Tlaxiátemalco, Xochimilco, México D. F., se realizó un estudio relacionado con la depresión en geriátricos, del cual se obtuvieron los siguientes datos significativos: en la escala de valoración geriátrica se presentaron en un 36.4 % depresión leve y en un 15.1 % depresión grave. Por otra parte los mecanismos de adaptación habitual son la histeria y la tristeza; en tanto que un poco más de la mitad son independientes y el resto son interdependientes, y/o dependientes.

Con el estudio antes mencionado se vio la necesidad por parte de las autoridades de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de realizar programas de salud en relación al anciano de tal manera que el presente documento resume los hallazgos de un estudio de tamizaje sobre depresión en pacientes geriátricos.

Esta investigación es a su vez el Subproyecto 1, y parte de un macroproyecto. Este último, es un subproyecto adscrito al centro colaborador de la OPS-ENEO y que cuya



finalidad principal es desarrollar la investigación en la enfermería a fin de aplicar modelos de intervenciones de enfermería en el área de la gerontología. Debe decirse que este tamizaje constituye la parte obligada de sondeo y exploración sobre la problemática de depresión como la causa de morbilidad en población de adultos mayores en México. Los resultados aquí descritos sirvieron de sustento para la implementación de un estudio piloto en la que se aplique un modelo de intervenciones de Virginia Henderson basado en la 14 necesidades ; básicas , en las que se definen las intervenciones de enfermería del anciano deprimido desde la óptica de sus necesidades básicas entre las que se privilegia a la nutrición, el movimiento, la eliminación, el aprendizaje, la espiritualidad, entre otras. El poder sustentar el macroproyecto de depresión en este primer tamizaje es lo que le da credibilidad y relevancia al estudio en su estructura inicial.

Cabe destacar también que este estudio es sólo un tamizaje por lo que no se define ninguna intervención, no obstante se ha hecho un acercamiento en establecer la correlación y factibilidad de abordar la depresión en el anciano con este enfoque, por lo que se incluye en el marco teórico de este capítulo sobre necesidades básicas, su función más que todo es afianzar en los investigadores la confianza en la definición de intervenciones específicas desde un criterio propio de la disciplina; por ejemplo, esta demostrado que un anciano deprimido deja de comer, deja de moverse, pierde el espíritu de cómo moverse etc. Es decir si aun anciano le resolvemos el problema de la depresión en primera instancia necesariamente veremos reflejada esta acción sobre otras necesidades como son: movimiento, nutrición, eliminación y otras. Esta es una razón suficiente para pensar que el enfoque de las necesidades básicas es pertinente para las acciones de enfermería.

En cuanto a la motivación que nos hizo participar en esta investigación fue al convivir con un grupo de geriátricos al llevar a cabo el programa de Salud Familiar dentro de nuestro Servicio Social en la Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud, y en donde se encontró un número significativo de ancianos deprimidos, razón por la cual consideramos importante detectar factores de riesgo a depresión, dando la pauta para que se efectúen modelos de intervención de enfermería geronto-geriátrica.

## **OBJETIVOS.**

### **GENERALES:**

**Elaborar el Diagnóstico de Prevalencia de Depresión en la población estudiada a partir de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.**

### **ESPECIFICOS:**

**Identificar signos y síntomas de depresión geriátrica en la Comunidad de San Luis Tlaxiatemalco.**

**Valorar en el Adulto Mayor funcionalidad psicomotriz para realizar actividades de la vida diaria.**

**Valorar en el Adulto Mayor estado de memoria y estado mental.**

## DELIMITACION DEL FENOMENO DEL ESTUDIO:

La población anciana que radica en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco, se caracteriza porque prevalecen más mujeres que hombres, de los cuales el 50% aproximadamente son casados. Predomina la religión católica, siendo la mitad originarios de la región. En promedio la mitad de ésta población no cuenta con servicios de salud. Sólo el 50% de la población vive con sus hijos, sus actividades se encuentran enfocadas en actividades del hogar. En cuanto a la obtención de sus ingresos éstos los obtienen por su trabajo actual o por apoyo de sus hijos, y por tanto cubriendo sus necesidades básicas.

El factor de riesgo potencial es el de sufrir caídas frecuentemente debido al tipo de diseño de la casa. La mayoría tiene hábitos de higiene deficientes.

Los alimentos que incluyen en su dieta son los carbohidratos de Carbono.

Por otro lado se observa la frecuencia de los siguientes problemas de salud: adicción alcohólica moderada, odontológicos, traumáticos, virales y degenerativos.

Sus hábitos de sueño y descanso en general se observan inadecuados. La utilización del tiempo libre se ve afectado por una mala distribución del mismo.

Al valorar la marcha y el balance, se encuentra un poco menos de la mitad con problemas de este tipo.

Más de la mitad de población en estudio ingiere un promedio de 3 medicamentos diarios y en su mayoría no realiza control adicional a su tratamiento farmacológico.

Muy especialmente, ya que este es el eje de estudio, debe destacarse que la valoración del estado mental muestra que un grupo importante presenta delirios ligeros e importantes, inclusive en la escala de valoración geriátrica se encuentra en un 36.4% depresión leve y en un 15.1% depresión grave. Lo que demuestra que el nivel de depresión es significativo, ya que es un problema que consideramos no es atendido por falta de interés de la familia, sociedad y sector salud.

Los mecanismos de adaptación habitual son la histeria y la tristeza; un poco más de la mitad son independientes y el resto son interdependientes o bien dependientes.

Con base a los problemas y necesidades de salud de la población objetivo realizado en 1995, servirán para derivar en este caso el subproyecto de Intervenciones de Enfermería Gerontológica, para tamizaje de casos de depresión.

**EJE DE ESTUDIO:**

**¿Cuál es la prevalencia de depresión en ancianos existentes en el módulo “D” y “C” y qué factibilidad existe de ser controlado mediante Intervenciones de Enfermería Gerontológica, según el modelo de “Henderson”?**

Públicas, se continuarán considerando para los efectos de los artículos 50, fracción III, y 60 de esta Ley.

\* El texto en negritas se refiere a los conceptos tomados de la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas, que permanecen en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, de manera textual o conservando la idea básica del precepto del que fueron tomadas. El texto que aparece tachado, son los conceptos que fueron eliminados en la nueva ley. Las modificaciones se identifican como texto subrayado, en el apartado correspondiente a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector Público.

## **1. MARCO TEORICO**

### **1.1 ANTECEDENTES.**

#### **1.1.1 ESTUDIOS PRECEDENTES.**

En 1988 se realizó un estudio para obtener el diagnóstico de la magnitud de los problemas de salud mental en una submuestra aleatoria poblacional urbana de personas entre 18 a 64 años de la población urbana en México.

Se obtuvo por medio de un cuestionario estandarizado y por medio de la entrevista, así mismo se tomó en cuenta las variables que exploraron la prevalencia de sintomatología que sugiriera la existencia de los siguientes trastornos: depresión, desesperanza, ideación suicida, manía, estados de angustia, obsesiones-compulsiones, crisis epilépticas y sintomatología psicótica.

Para el análisis de la información se manejó el ponderador promedio. La muestra quedó integrada por 888 hombres y 1096 mujeres, lo que dio un total de 1984 personas adultas de 18 a 64 años.

La prevalencia global estimada fue de 16.7 %. Los trastornos depresivos mayores y la depresión neurótica, así como el trastorno obsesivo-compulsivo fueron más frecuentes entre las mujeres. La prevalencia global por género fue de 19.5 % en las mujeres mientras que en los hombres fue de 14.3 %. En los trastornos más severos no hubo



diferencias entre ninguno de los dos géneros.<sup>1</sup>

En 1996 en Instituto Mexicano de Psiquiatría llevó a cabo un estudio en la práctica médica familiar, la cual mostró prevalencias con un rango entre 29 a 51 %, predominando los trastornos depresivos y ansiosos que en sus formas más severas afectan por igual a hombres que mujeres. Comparativamente, las personas mayores de 65 años muestran una prevalencia mayor.

Por otra parte los estudios en la población general han estimado una prevalencia entre el 15 y el 18 % de trastornos psiquiátricos entre la población adulta. Entre los trastornos más severos no se apreciaron diferencias por género, pero sí en las formas depresivas menores que resultaron más frecuentes en las mujeres.

Finalmente, entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados se encontró que las condiciones más frecuentes son los trastornos esquizofrénicos, el retraso mental y otras psicosis orgánicas crónicas. Es frecuente que los familiares los abandonen lo que favorece la tendencia a asilarlos.<sup>2</sup>

De acuerdo con los diferentes estudios llevados a cabo sobre el riesgo de padecer un episodio depresivo (prevalencia) durante el transcurso de la vida, se encontró que éste es casi de 6 % en los hombres y del 12% en las mujeres, éstas buscan ayuda médica con

---

<sup>1</sup>Caraveo Jorge. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población adulta en México. Salud Mental 1996, Volumen 19 (3): P. 14-21.

<sup>2</sup> Caraveo Jorge. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población Mexicana, Estado actual y perspectiva. Salud Mental 1996, Volumen 19 (e1) p. 8-13

mayor frecuencia que los hombres, quienes tratan de dominar por sí solos sus síntomas, y sólo piden ayuda cuando el cuadro clínico ya es muy severo. Se puede presentar un cuadro depresivo a cualquier edad, pero la mayor incidencia y prevalencia se presenta entre los 20 y los 45 años de edad, en los niños es poco frecuente, mientras que en la tercera edad es cada vez más frecuente.

Estudios recientes (1996), provenientes de Inglaterra y de Estados Unidos han demostrado que la depresión suele presentarse en etapas más tempranas, sobre todo en las mujeres con antecedentes familiares de depresión, los estudios en pacientes cuyos familiares tienen una historia de alta incidencia de trastornos depresivos, han llevado a los científicos a concluir que tienen predisposición para presentar ciertos subtipos de estados depresivos, particularmente los que ocurren como episodios recurrentes.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Heintze Ozeredo. La depresión en la práctica diaria. *Rev. Med. Mexicana* 1996. Volumen 132 (4) p. 443-446

## **1.2 FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION.**

### **1.2.1. CONCEPTO.**

Factor de riesgo: Elemento que contribuye a producir en una persona o grupo una vulnerabilidad particular aun suceso no deseado, desagradable o morboso.

### **1.2.2. TIPOS DE RIESGO PARA LA DEPRESION.**

Factores predisponente a la depresión en el anciano.

- Biológicos.
  - Antecedentes familiares.
  - Episodios depresivos previos.
  - Cambios en la neurotransmisión por el envejecimiento.
  - Enfermedades somáticas.
    - Trastornos metabólicos.
    - Trastornos endocrinos.
    - Infecciones
      - Vírales.
      - Bacterianas
    - Cardiovasculares.
    - Pulmonares.
    - Digestivas.

- Genitourinarias.
- Músculo Esqueléticos.
- Neurológicas.
- Otros.
  - Anemia.
  - Deficiencias vitamínicas.
  - Malignidad hematológica o de otro sistema.<sup>4</sup>
- Químicos (fármacos que llegan a producir síntomas depresivos):
  - Antihipertensivos.
  - Analgésicos.
  - Antiparkinsonianos.
  - Cardiovasculares.
  - Hipoglucemiantes.
  - Psicotrópicos.
  - Esteroides.
  - Otros.
    - Cimetidina.
    - Quimioterapéuticos.
    - Alcohol.<sup>5</sup>
- Derivación Sensorial.

---

<sup>4</sup>Levenson y Hall, 1981.

<sup>5</sup> Ibídem, 4

- Pérdida de la función física.
  
- Psicológicos.
  - Conflictos no resueltos (ira, culpa).
  - Pérdida de memoria y demencia.
  - Trastornos de la personalidad.
  - Baja autoestima.
  
- Sociales.
  - Pérdida de familiares y amigos (duelo).
  - Aislamiento.
  - Apatía.
  - Pérdida de empleo.
  - Pérdida de ingreso.
  - Pérdida de apoyos sociales.

### **1.2.3 CRITERIOS O ESCALAS DE MEDICION**

#### **Instrumentos de Evaluación.**

El Objetivo de la evaluación geriátrica puede definirse como un proceso multidisciplinario diagnóstico, diseñado para cuantificar las capacidades y problemas médicos psicosociales y funcionales de un individuo anciano.

Consiste en desarrollar un plan completo para la terapia y la vigilancia a largo plazo. La evaluación funcional multidimensional desempeña un papel clave en geriatría, desde la complejidad de los pacientes ancianos frágiles y sus numerosas necesidades no cubiertas. Además cada vez hay más pruebas de que tal evaluación mejora el resultado de la atención sanitaria en los ancianos.

#### **Escala de Katz.**

La valoración del estado funcional es una medida de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente. Existen escalas para valorar el grado de funcionalidad de un individuo sobre las actividades de la vida diaria (AVD), entre ellas la escala de Katz, instrumento ampliamente utilizado.

Esta escala nos puede brindar hasta cierto grado la determinación de las respuestas al tratamiento y pronóstico de los ancianos y personas enfermas de forma crónica.

"La escala Katz se basa en la evaluación de seis funciones (bañarse, vestirse, aseo personal, desplazarse, continencias y nutrición) y nos permite en un momento determinado describir el nivel funcional del paciente."

La interpretación correcta de puntuaciones requiere de experiencia, pero es posible dar algunas guías generales. Por ejemplo una puntuación máxima de 6 en el índice Katz de actividades de la vida diaria indica que la persona tiene una función básica completa, lo que suele implicar que sería inapropiado el cuidado de enfermería a domicilio. "Una puntuación de 2 suele indicar alimentación y continencias intactas (puesto que la escala es jerárquica en su puntuación), pero afectación de los ítems más avanzados lo que implica necesidad de un cuidador a domicilio para la supervivencia. De modo similar, en la escala de actividades de la vida diaria, una puntuación alta indica independencia y una puntuación baja significa necesidad de asistencia."<sup>6</sup>

### **Escala Folstein.**

La valoración del estado mental puede complementarse con métodos cuantitativos fiables, que resultan útiles para la detección de casos y para el seguimiento de los pacientes en los cuales exista ya un deterioro.

Existen escalas que nos pueden apoyar a la valoración del estado mental, como Mini-

---

<sup>6</sup> Marez Abigail, Depresión en el anciano del INOEZ. P.32

Mental State (MMS), que es un instrumento útil de detección sistemática de los trastornos cognitivos. "Se ha comprobado la validez del MMS en estudio de campo y en el contexto hospitalario, en estudios de individuos mayores de 65 años que vivían en la comunidad, el 45% alcanzó una puntuación mayor de 24 sobre 30 en esta prueba.

Las puntuaciones menores se asocian a delirio o demencia y pueden reflejar también una depresión grave. La sensibilidad y la especificidad de la prueba son adecuadas para la detección de la demencia en la comunidad o en la población hospitalaria.<sup>7</sup>

Sin embargo muchos pacientes sin ningún trastorno diagnosticable presentan puntuaciones bajas aunque no se conocen sus causas, estas puntuaciones no indican necesariamente un diagnóstico médico. En general, los individuos con estudios más bajo obtienen puntuaciones inferiores a la de los que tienen más estudios. La raza y el sexo no parecen influir en las puntuaciones si se controla la variable del nivel de estudio.<sup>8</sup>

### **Examen de Estado Mini-Mental.**

La valoración de la función cognitiva del paciente geriátrico, que permite identificar anomalías o cambios, es a través de una prueba sencilla y simple conocida como examen de estado Mini-Mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

Esta prueba combina preguntas simples y órdenes simples que permiten una puntuación

<sup>7</sup> William B. Averbach, MD. *El Manual Merck de Geriatría*. P 1268-1272

<sup>8</sup> Manasterio I. *Isan The geriatric Depression a. Review of its. Development and utility. International Psychiatry*, 1996, vol. 2, No 1 p103.



máxima de 30 puntos, si toda respuesta es correcta. Además de la puntuación que indica la salud relativa de la función cognitiva, la respuesta revela la capacidad o la incapacidad funcional en un rango completo de funciones mentales, consistentes en orientación, registro de información, atención y cálculo, recuerdo de la información y uso de lenguaje. Este examen de estado Mini-Mental puede practicarse con rapidez, aunque revela mucha información importante que lo hace ideal para su uso con pacientes que están potencialmente deteriorados desde el punto de vista cognitivo. Comparar las respuestas del paciente a lo largo del tiempo, puede ayudar a identificar si el paciente está mejorando, manteniendo la función o se está deteriorando progresivamente.

Las pruebas de funcionamiento mental son una amenaza para las personas cuyas capacidades cognitivas ya están deterioradas. Al valorar la cognición, se dejará siempre a los pacientes la opción de realizar una pregunta para que así sientan que se les deja una sensación de éxito en lugar de frustración o derrota, ya que esto es importante para mantener una ejecución óptima.<sup>9</sup>

### **Escala de Yesavage.**

Se fundamenta en respuestas de tipo SI / NO, en lugar de valorar con distinta puntuación cada ítem, lo que la hace más sencilla para los ancianos. Tiene un total de 30 preguntas.

Originalmente fue diseñada para uso en ancianos en domicilios que no tuviesen

enfermedad física, pero su utilización en ancianos hospitalizados ha demostrado mantener toda su validez.

El anciano intensamente deprimido puede desarrollar tal grado de deterioro cognitivo que parece a simple vista una demencia. El retraimiento y bloqueo mental hace que el anciano pierda el sentido de la orientación y disminuya su rendimiento intelectual.

Durante la entrevista y en la exploración psicológica se observa que el paciente demente no está interesado en el resultado, mientras que el depresivo trata de exagerar y llamar la atención hacia su fracaso o bien rehusa a cooperar.

Las respuestas (casi acierto) son típicas del paciente depresivo, y son una manifestación de su negativismo hacia el hecho de ser explorado.

Los antecedentes de pérdida de memoria son característicos de la demencia pero es tan inusual que el propio paciente se queja espontáneamente de ello, que este hecho debe hacer sospechar la presencia de una depresión.

Hay veces que es imposible distinguir una demencia de una depresión y, por otra parte, muchas demencias de tipo Alzheimer comienzan a raíz de un episodio depresivo. Puede tratarse del fallecimiento del cónyuge o de la muerte de alguien que ha estado cuidando al anciano hasta entonces, esto provocando una reacción depresiva intensa que se manifiesta como tal, y así se diagnostican, transcurrido el tiempo (meses e incluso años) se presenta una auténtica demencia.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Oterciá L. *Enfermedad Mental en el Anciano*, pp.66

### 1.3. DEPRESION.

Es común entre los ancianos la depresión por las diversas pérdidas sufridas (pérdida de salud, ingresos, quizá del cónyuge, de los hijos y sobretodo la pérdida del nivel y papel en la sociedad).

La depresión puede producirse más por enfermedades físicas que por los factores sociales o psicológicos, y la mayoría de los ancianos los aceptarían con mucha más conformidad si se encontrase en plena salud.

La pérdida de la vista y del oído es sobre todo, muy difícil de aceptar y la sensación de tener que depender de otras personas es ciertamente una fuerte causa de depresión. En éste sentido, los pacientes que viven solos son probablemente menos vulnerables a la depresión.

Existe un tipo común en los ancianos: la depresión distímica o neurosis depresiva, cuando existen tres de los siguientes síntomas con un cuadro al menos de 2 años de duración (estado de ánimo deprimido, incapacidad para disfrutar una actividad placentera, empeoramiento por las mañanas, fatiga inhabitual, dificultad de atención y concentración, entrecimiento de la actividad física, sentimiento de culpa, insomnio o hipersomnia, anorexia o voracidad y retraimiento social o ideas de suicidio).

### 1.3.1. CONCEPTO.

" Es un estado emotivo de actividad psicofísica baja que puede ser normal y patológica, que puede variar desde un sentimiento ligero de tristeza, hasta un profundo sentimiento de indiferencia y desesperación".

"La depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, que ocurren como condiciones únicas o con otros estados patológicos".<sup>11</sup>

### 1.3.2. CLASIFICACION.

No existe un acuerdo general del método de clasificar los trastornos depresivos. Por lo que se clasifica de la siguiente manera:

#### a) Según su etiología.

- **Reactiva o exógena (psiconeurosis).** Se basa en factores orgánicos muy probablemente hereditarios, y que se manifiesta mediante alteraciones bioquímicas del organismo. Aparece en respuesta a situaciones estresantes o importantes pérdidas. Las personas que padecen este tipo de depresión son incapaces de cuidar de sí mismas y normalmente responden a psicoterapia.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> De la Fuente Ramón. Papel de la depresión en la patología humana. p. 15.

<sup>12</sup> Kaszkas Newman Dzne. Planes de cuidados en Geriatría p. 253.

- **Endógena (Psicosis).** Es un trastorno afectivo caracterizado por ideas destructivas. Se debe normalmente a una alteración bioquímica en el metabolismo del cerebro, sobre todo una disminución en la secreción de los neurotransmisores de serotonina y dopamina. Esta disminución provoca un enlentecimiento de las respuestas y procesos mentales.
- **Primaria.** Se le llama a la depresión que constituye un elemento esencial o importante de un síndrome, tales como: desórdenes depresivos, ansiosos asociados con algunos eventos cotidianos negativos.
- **Secundaria.** Puede seguir a una lesión enfermedad, en donde si no fuera por esta no hubiera aparecido, tales como lesión craneal, enfermedad de Parkinson, accidente cerebro - vascular, neoplasias y alcoholismo.

#### b) Según los síntomas

- **Depresión Neurótica.** Pertenece a los trastornos de conducta que causan alteraciones de la personalidad y pérdida de intereses e iniciativas. Se observan con bastante frecuencia reacciones histéricas con tendencia a la formatización y las típicas desviaciones de comportamiento psíquicos y social, por excesiva labilidad emotiva y susceptibilidad anormal. Por otro lado una depresión reactiva

suele ser neurótica con ideas delirantes y alucinaciones.

- **Psicótica:** También considerada endógena, con presencia de delirio, alucinaciones y alteración del sentido de la realidad, o bien, con síntomas biológicos severos como pérdida de peso, insomnio, entre otros.<sup>13</sup>
- Por su curso y tiempo de vida.
  - **Unipolar:** Se considera aquella depresión en donde los pacientes presentan únicamente trastornos depresivos (manía o depresión).
  - **Bipolar:** Se refiere aquellos pacientes que presentan trastornos depresivos, pero además manifiestan estados de excitabilidad (manicodepresivos).
- **Trastornos afectivos estacional:** Según los pacientes desarrollan en forma repetida un trastorno depresivo en un mismo momento del año. En algunos casos este ritmo refleja demandas extras que se colocan sobre la persona en una estación particular del año, ya sea en su trabajo o en otros aspectos de la vida.
- **Depresión involutiva:** Se trata de un verdadero déficit mental irreversible, pero tanto en estas formas como en las otras intervienen muchos factores

---

<sup>13</sup> *Ibidem* 10, p. 51-52.

de entusiasmo (apatía, inercia y aislamiento). Tendencia a expresar quejas de síntomas somáticos, insomnio y crisis de llanto.<sup>17</sup> Pérdida gradual y progresiva de las cualidades mentales, pérdida de la memoria para acontecimientos recientes, tendencia a vivir y pensar en función del pasado, con cierta indiferencia hacia el presente; pérdida de la orientación, primero en el tiempo y luego en el espacio; inquietud exagerada por empobrecimiento de la capacidad de juicio.<sup>18</sup>

**Depresión Primaria:** Mayores desórdenes depresivos, desórdenes depresivos recurrentes, distimia, desórdenes depresivos ansiosos, asociados más o menos con algunos eventos cotidianos negativos.<sup>19</sup> (Incapacidad para disfrutar de una actividad placentera "anedonia", empeoramiento por la mañana, fatiga inusual, dificultad de atención y concentración, enlentecimiento de la actividad física, intranquilidad, agitación, sentimiento de culpa, insomnio, anorexia, o voracidad, retraimiento social, ideas de suicidio).<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> Carnevali, Doris I. Tratado de Geriátria y Gerontología p. 326  
<sup>18</sup> Comery, El cuidado del Paciente Geriátrico p.70-71

<sup>19</sup> Ram. J. Gerontol Geriatric p - 68

<sup>20</sup> Ibidem 16 p -54.

**Depresión Secundaria:** (Secundarias para algunas alusiones somáticas. Cardiovascular, endocrino, metabólico, enfermedades virales, ingestión de sustancias psicoactivas).

**Depresión por Trastorno Afectivo Estacional:** Se caracteriza por presencia de fatiga, falta de amor, alteración en el sueño (hipersomnia o insomnio), disminución de la concentración, apatía para realizar rutinas ordinarias, alteraciones de la alimentación, sentimientos de minusvalía, inhibición, periodos de llanto, tristeza, desesperación, pesimismo e ideas suicidas.<sup>21</sup>

**Depresión Neurótica:** Ausencia de ideas delirante y alucinaciones. Alteraciones de la personalidad pérdida del interés e iniciativa, reacciones histéricas y susceptibilidad.<sup>22</sup>

**Depresión Psicótica:** Mantiene delirios, alucinaciones, alteraciones del sentido de la realidad.

**Depresión Bipolar:** Estado de ánimo marcadamente disfórico o disminución del interés para todas o casi todas las actividades habituales mas al menos,

---

<sup>21</sup> Gaceta UNAM. Dirección General de Servicios Médicos Feb. 1999. P.-37.

<sup>22</sup> *Ibidem* 16 p-52



cuatro síntomas asociados durante dos semanas.<sup>23</sup>

**Depresión Unipolar:** Reacción adaptativa inadecuada a un acontecimiento psicosocial estresante conocido. Estado de ánimo deprimido, incapacidad para disfrutar de una actividad placentera fatiga inhabitual, dificultad de atención y concentración, enlentecimiento en la actividad física, intranquilidad, insomnio, anorexia, retraimiento social e ideas de suicidio.<sup>24</sup>

**Depresión involutiva:** (melancolía involutiva): Domina la sintomatología una triada característica: Dificultad de pensamiento, depresión del ánimo y disminución psicomotriz. Aparecen ideas delirantes de tipo hipocondríaco, de ruina, pobreza, culpa o persecución y manifestaciones de irritabilidad y excitación psicomotriz. Existe también agotamiento orgánico, pérdida del apetito y rechazo de alimentos, estreñimiento y vértigo.

---

<sup>23</sup> Ham. J. Richard, Atención Primaria en Gerontología p-406

<sup>24</sup> idem 16 p- 54 -55

### Cuadro Clínico General en el Anciano:

**General:** Fatiga, debilidad, anorexia, pérdida de peso, ansiedad, insomnio, dolor muscular generalizado.

**Cardio Pulmonar:** Dolor precordial, falta de aire, sensación de palpitaciones y mareos.

**Gastrointestinal:** Dolor abdominal y estreñimiento.

**Genitourinario:** Frecuencia, urgencia e incontinencia.

**Músculo Esquelético:** Dolor difuso y específicamente en espalda.

**Neurológico:** Cefalea, trastorno de la memoria, mareo y parestesia.

#### **1.3.4. métodos de diagnóstico.**

**Anamnesis (Historia Clínica):** Debe ser prolongada, suficiente y específica, se debe atender a las manifestaciones intelectuales y de la conducta. La historia debe ser dirigida teniendo en cuenta, todas las fuentes de información, así misma se tomará en cuenta a todas las personas que

convivan con el geriátrico. Otros elementos importantes serán, informes y estudios previos al paciente; historia medicamentosa, idoneidad y seguridad del hogar, presencia y ausencia de otros miembros de la familia y su disponibilidad o capacidad de ayuda, proximidad y acceso de familiares, vecinos, etc., recursos económicos actividades cotidianas del paciente y costumbres del mismo.<sup>25</sup>

**Exploración Física:** El test formal de la función mental (Folstein), actividades de la vida diaria( Katz) y escala de depresión (Yesavage). Sirven para realizar una valoración global.

Además de verificar signos de focalidad y laterización del sistema nervioso central, pares craneales, equilibrio, marcha, potencia muscular, reflejos primitivos (babeo, prensión y reflejo glabellar), función visual y auditiva, exploración cardio vascular, exploración neurológica, postura, atención que presenta, etc.

Además de verificar signos de focalidad y laterización de SNC, pares craneales, equilibrio, marcha, potencia muscular, reflejos primitivos (babeo, prensión y reflejo paladar y glabellar), función visual y auditiva, exploración cardiovascular, exploración neurológica, postura, atención que presenta, etc.

**Estudios de laboratorio:** Para descartar los factores participantes o causales, y en parte, para descartar otros problemas asociados con la mala nutrición (B.H., voluntad de sedimentación globular, electrolitos, glucosa y calcio en suero pruebas de función renal, pruebas de función hepática, pruebas de función tiroidea, pruebas de función pulmonar, gasométricas, coproparasitoscopia.

Pruebas radiológicas.(radiografías. gammagrama, radioisopos).

Resonancia magnética, tomografía computarizada.

La resonancia magnética se considera más rentable en las lesiones microcirculatorias o detección de pequeños infartos.

**Electrocardiograma:** Detecta anomalías del ritmo como la fibrilación auricular, la taquicardia ventricular, bloqueo cardiaco, etc.<sup>26</sup>

**Encefalograma:** Presenta una herramienta potencialmente valiosa para el Dx, ya que el EEG, con registro de sueño en los ancianos deprimidos se complica por las alteraciones de EEG vinculados en el envejecimiento normal y con otras enfermedades diferentes a la depresión.<sup>27</sup>

**Otras pruebas:**

**Prueba de suspensión con dexametasona:** consiste en administrar 1 mg de dexametasona y medir los niveles de cortisol en el suero. Los enfermos de melancolía muestran una liberación precoz de cortisol a comparación de la población no melancólica.

**Prueba de la estimulación con TRH ( Hormona estimulante de la tirotrópina ):** Se ha empleado como medida de la función neuroendócrina de la depresión. La depresión se asocia a una abolición de la respuesta de la hormona estimulante del tiroides ( tirotrópina ) a las infusiones del TRH, obteniéndose los mismos resultados que la dexametasona.

**Disminución de la latencia REM (fase de movimientos oculares rápidos):** Los enfermos con episodios depresivos mayores suelen mostrar el primer

episodio de ensoñación antes que los no deprimidos. La disminución de la latencia REM, constituye una de las características biológicas asociadas a la depresión.<sup>28</sup>

### **1.3.5. TRATAMIENTO:**

Existen varias modalidades terapéuticas disponibles para los ancianos deprimidos. La elección del tratamiento para un paciente individual depende de muchos factores que incluyen el problema primario que causa la depresión, la gravedad de los síntomas, la disponibilidad y practicabilidad de las diversas modalidades terapéuticas y los trastornos subyacentes que pudieran contraindicar una forma específica de tratamiento (por ejemplo: trastornos visuales y auditivos que dificultan la psicoterapia o la cardiopatía grave que impide el uso de ciertos antidepresivos).<sup>29</sup>

### **Modalidades Terapéuticas para la depresión en ancianos.**

Medidas de apoyo:

- Actividades físicas y mentales.

---

<sup>28</sup> *Ibidem* 24 p-413.

<sup>29</sup> *Ibidem* 24 p. 118.

- Información y estímulo.
- Alteraciones ambientales.
- Participación con familiares y amigos.
- Interés y cuidado continuo.

### **Actividades físicas y mentales.**

Los temores de muchos ancianos se expresan como miedo a perder la función y depender de su familia. La promoción de las actividades físicas y mentales es uno de los aspectos fundamentales de la asistencia geriátrica, además de que puede ser aplicado al paciente hospitalizado, al viejo que acude a consulta, a la mujer anciana que se visita en su casa o al matrimonio que vive en su domicilio.<sup>30</sup>

### **Información y estímulo.**

Todos los ancianos con depresión tienen el riesgo de no satisfacer sus necesidades fisiológicas básicas por diversas razones que se relacionan con la naturaleza del deterioro y sus causas. Los problemas específicos pueden variar dependiendo de si el paciente está extremadamente ansioso o deprimido. Para todos estos pacientes, es responsabilidad de la enfermera o el médico, el controlar las actividades de la vida diaria y las tareas de autocuidado y asegurarse de que se satisfagan las necesidades básicas cuando estos pacientes son incapaces de hacerlo por sí mismos. El personal de salud

debe estar preparado para proporcionar cuidados completos que satisfagan las necesidades fisiológicas básicas. Así mismo debe ser capaz de recoger pistas a partir de la conducta del paciente y modificar los enfoques para equiparlos al nivel de necesidad, puede ser que los enfoques tengan que ir más allá de los recordatorios verbales para ayudar al anciano o iniciar tareas de autocuidado, para procurar una aguda más activa con cuidado más completo.<sup>31</sup>

Se han empleado muchos enfoques para agudizar a los ancianos a mantener o mejorar la función cognitiva. La investigación ha sugerido que el ejercicio ayuda a mantener la función cognitiva al ejercicio regular puede ayudar a los ancianos a mantener la función fisiológica normal, incluidos la circulación, la movilidad, la eliminación y el sueño.

#### **Alteraciones Ambientales.**

La estructura ambiental ayuda a promover el cambio de ánimo y el funcionamiento cognitivo. El uso de objetos familiares procedentes del hogar, como: mecedora, fotografías o zapatillas, preferidas ayuden al paciente a reducir las conductas adversas. Los relojes de fácil lectura, los tableros de orientación y una rutina diaria constante ayudan al anciano a recrearse y orientarse. Para aliviar la ansiedad, hay que evitar

---

<sup>31</sup> *Ibidem* 24 p-57



razonar con el paciente sobre discrepancias verbales. En su lugar se dirigirá al paciente hacia áreas de interés que resulten familiares y gratos. Para valorar la depresión y planear el tratamiento de la discapacidad crónica resulta esencial conocer el entorno en el que vive o vivirá la persona y modificarlo de la manera más conveniente.<sup>32</sup>

### **Participación con Familiares y Amigos.**

La naturaleza de los déficit cognitivos y depresivos implica que el paciente, va a ser dependiente de los demás, bien de forma temporal o progresiva, para su cuidado diario. Esta dependencia crea retos no solo para el personal de salud sino también para la familia. Muchas familias van a desarrollar medios únicos y creativos para cuidar del anciano con déficit depresivos. Otras familias van a precisar un gran apoyo, asistencia y formación para aprender a afrontar la multitud de problemas diarios que representa para ellos el desafío como cuidadores. Puede ser necesario mucho apoyo y mucha formación. Se debe tranquilizar a la familia en cuanto a que como los problemas surgen son únicos, habitualmente no existe una respuesta absoluta, correcta o errónea. Se les puede dar ideas, alternativas, sugerencias y ánimo para que intenten adaptar estos enfoques a las necesidades, problemas y capacidades del paciente.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> *Ibidem* 24 p-56

<sup>33</sup> *Ibidem* 24 p-57

### **Interés y cuidado continuo.**

El rol de la familia y demás cuidadores es exigente y la situación puede prolongarse durante años, a menudo con un deterioro y dependencia progresiva del enfermo, como por ejemplo:

Alteraciones del sueño, conducta agresiva o de abuso por parte del paciente, dependencia física del animador, incontinencia e ingratitud. El cuidado del anciano suele recaer en una sola persona, a pesar de que la familia se componga de otros miembros.<sup>34</sup>

Por ello el médico de atención primaria debe familiarizarse y recomendar los servicios más importantes para mejorar la calidad de vida de los pacientes y aliviar al cuidador: programas de asistencia de día, transporte, asistencia legal, tratamiento, ayuda en las tareas del hogar y programas de corta estancia.

### **Psicoterapia Individual y Grupal.**

**Individual:** La terapia individual consiste en la búsqueda del significado de las palabras del paciente y de las emociones que hay tras ellas, lo que se comprueba verbalmente con el paciente. Intervienen una serie de estímulos verbales o

---

<sup>34</sup> *Ibidem* 24 p-57

pasos para dejar que el paciente se centre sólo en las palabras o frases clave de la interacción confusa y el personal de salud valida al paciente pidiéndole una descripción, mayor detalle o claridad.<sup>35</sup>

El personal de salud debe promover tanto el ejercicio como un sentido de paz y tranquilidad, debe buscar ambientes internos y externos que ayuden a estimular sensaciones de tranquilidad y relajación.

**Grupal:** La psicoterapia grupal incorpora técnicas para facilitar la interacción y socialización de grupo. El grupo crea una unidad y un sentido de pertenencia mediante el contacto y la unión de las manos que mantiene juntos a los amigos y las actividades están diseñadas para satisfacer las necesidades de los miembros del grupo, no ideas abstractas o complicadas de un líder orientado.<sup>36</sup>

**Fármacos:**

### Antidepresivos.

**Tratamiento:** El tratamiento de la depresión en los ancianos debe ser integral, es decir, abarcar los aspectos farmacológicos y sociales. El uso de fármacos está

---

<sup>35</sup> *Ibidem* 24 p-56.

<sup>36</sup> *Ibidem* 24 p-57.

*Características de algunos fármacos antidepresivos.*

Fármaco	Nivel de sedación	Actividad anticolinérgica	Dosis usual en el joven, mg/día	Dosis geriátricas recomendadas, mg/día.	Vida Media de eliminación
---------	-------------------	---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------

*Aminas tricíclicas terciarias.*

Amitriptilina	Muy Alto	Muy alta	100 - 300	25 - 150	Intermedia
Doxepina	Alto	Alta	100 - 300	25 - 150	Intermedia
Imipramina	Medio	Media	100 - 300	25 - 150	Larga

*Aminas tricíclicas secundarias.*

Desipramina	Ninguno	Baja	100 - 300	25 - 150	Larga
Protiptilina	Ninguno	Media	20 - 70	5 - 30	Muy larga
Nortriptilina	Bajo	Media	25 - 100	10 - 35	Larga

*Otras aminas.*

Amoxapina	Medio	Media	100 - 300	25 - 150	Intermedia
Maprotilina	Medio	Media	100 - 300	25 - 150	Muy larga.

*Otros fármacos*

Trazodona	Medio	Muy baja	150 - 400	50 - 200	Corta
Fluoxetina	Muy bajo	Muy baja	20 - 80	10 - 40	Muy larga.
Sertralina	Muy bajo	Muy baja	50 - 200	25 - 100	Muy larga.

Nota: En el texto se analizan otros antidepresivos.

Fuente: Basado en Richelson, 1984.

sujeto a las condiciones físicas y severidad del cuadro, señalando

específicamente que a partir de los 65 años debe manejarse con prudencia y habilidad e individualmente. La dosis inicial deberá ser óptima y no máxima y de acuerdo a la tolerancia y respuesta terapéutica. La severidad de la depresión será factor importante para la administración medicamentosa así como la presencia de ansiedad o inhibición.<sup>37</sup>

**Tricíclicos y medicamentos relacionados:** Los tricíclicos son la primera alternativa por su gran poder terapéutico y poco riesgo, a dosis específicas pueden producir efectos relajantes cuando existen problemas de insomnio o en caso de depresión ansiosa o cuando existen elementos obsesivos. Los efectos secundarios de los tricíclicos, como constipación e hipotensión ortóstica que puede originar caídas peligrosas del anciano y su contraindicación en los casos de glaucoma y problemas prostáticos hacen que un buen número de enfermos sea necesario aplicar otro tipo de psicofármacos para el Tx. de la depresión.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> Lozano, Cardoso Arturo. Introducción a la Geriatria P.272.

<sup>38</sup> Calderón, Narvaez Osiferno. Depresión p.181

**Litio:** Se utiliza como complemento de los tranquilizantes mayores o en vez de ellos para dominar la etapa maniaca de la enfermedad maniaco depresiva. Se desconoce su mecanismo exacto de acción, pero los estudios indican que el litio altera menos las funciones de la clorpromacina y, en consecuencia, puede ser preferible para el tratamiento de la manía.<sup>39</sup>

**Metifenidato:** Es un psicoestimulante que no causa los mismos problemas que las anfetaminas, puede utilizarse en el tratamiento de cuadros depresivos, teniendo siempre presente que su efecto es exclusivamente sintomático y no de fondo.<sup>40</sup>

**Inhibidores de la aminomonoxidasa:** Cimentan directamente la concentración de las catecolaminas al inhibir la enzima responsable de su degradación. Debido a su lenta eliminación y, a que se ha reportado que su uso combinado con los triciclicos puede causar efectos desfavorables, cuando haya un cambio de medicación, es conveniente esperar de 8 a 10 días para iniciar un nuevo tratamiento.<sup>41</sup> En los pacientes con historias largas de depresión, característica, acompañada de altos niveles de ansiedad, están indicados los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Como la fenaricina, otranilcipromina, la fenaricina parece más eficaz en personas ancianas que

---

<sup>39</sup> Falcone, Shendan. Farmacología y Terapéutica p-517.

<sup>40</sup> *Ibidem* 33, P-208

<sup>41</sup> *Ibidem* 33 p-217.

en los jóvenes y mejor que la fenelcina y la amitriptilina en el anciano. Esto puede explicarse por la actividad MAO aumentada en el anciano. La fenelcina y la tranilcipromina, parecen ser eficaces en el tratamiento de la depresión en pacientes con demencia.<sup>42</sup>

**Sedantes para la ansiedad o agitación:** Las principales acciones de los sedantes son mitigar la ansiedad, inducir sedación y sueño, relajar los músculos estriados y elevar el umbral de convulsiones.<sup>43</sup> Se utilizan en los tratamientos de los estados de malestar emocional leves o moderados. Son útiles en el tratamiento de las neurosis y en personas normales que reaccionan adversamente al estrés emocional. Todos pueden ocasionar dependencia psicológica y física.<sup>44</sup>

**Psicóticos (parasicosis):** Son sustancias usadas para tratamiento de ancianos, éstas drogas se emplean para controlar ancianos ingobernables con alteración de la conducta, pero no produce mejoría en los trastornos de la memoria.

Las dosis deben ser extremadamente pequeñas, es imperativo vigilar el efecto terapéutico,<sup>45</sup> la mayoría produce un efecto sedante que se aprovecha para aliviar la agitación y conducta agresiva, mejoran los trastornos de

---

<sup>42</sup> South, Eaton, Norman. Tratado de Geriatria p-134-135.

<sup>43</sup> Razvid, Orkneod. Terapeutica Médica p-340.

<sup>44</sup> Loeb. Manual de Farmacología p-347.

<sup>45</sup> Ibidem 17 p-182

pensamiento y facilitan la receptividad del paciente psicótico para la psicoterapia. Bloquean los receptores dopaminérgicos, pero los efectos dependen de las características de la cadena lineal del núcleo.<sup>46</sup>

**Tratamiento Electroconvulsivo (Electrochoque):** El TEC puede ser un tratamiento eficaz en pacientes ancianos con depresión biológica. Sigue siendo el tratamiento de elección en ciertos pacientes debido a los múltiples efectos secundarios de los fármacos antidepresivos y a largo periodo de latencia antes del inicio de sus efectos antidepresivos. Deberá considerarse el TEC en los siguientes casos: residiva de la depresión en pacientes que antes respondieron bien a este tratamiento; Pacientes gravemente deprimidos que están en eminente peligro de muerte y no pueden tolerar la demora de tres a cuatro semanas de la respuesta a los antidepresivos; pacientes suicidas que responden o en ausencia de medio adecuado de control y pacientes que no han respondido a otra forma de tratamiento y que están incapacitados por los efectos de los fármacos.<sup>47</sup> Por lo general es bien tolerada, aunque en ocasiones, provocan confusión y deterioro de la memoria.<sup>48</sup>

---

<sup>46</sup> *Ibidem* 16 p-153

<sup>47</sup> *Ibidem* 37 p-136

<sup>48</sup> Nicholas Conti Gerstein p.72



### 1.3.6. PRONOSTICO DE DEPRESION.

El impacto sobre la vida diaria y por lo tanto el pronóstico de recuperación depende de la duración de los síntomas depresivos antes de iniciar el tratamiento.<sup>49</sup> Ante un episodio aislado de depresión la perspectiva suele ser buena, pero hay que esperar recaídas. Sin embargo no siempre ocurre un segundo o un tercer ataque, una crisis de exaltación en los primeros años de la edad adulta en general, significa que habrá otros ataques mas tarde, es mas problema que las depresiones se presenten a edad avanzada, porque nunca se puede predecir la duración de un ataque dado, ya que hay grandes variaciones de una persona a otra, e incluso el mismo individuo puede tener periodos cortos y largos de excitación y depresión.

Cuando en los periodos depresivos hay un fuerte elemento de nudo, angustia e hipocondría, la enfermedad puede durar muchos años de manera semejante, la situación puede volverse crónica sobre todo en individuos de edad avanzada, si se asocian a cambios cerebrales orgánicos, como arteriosclerosis, los tratamientos modernos han acordado la duración de los episodios tanto de excitación como de depresión. Por ello cuando la depresión se interrumpe desde el principio, la respuesta al tratamiento es favorable. Para los pacientes deprimidos el bienestar y la calidad de vida se relacionan

---

<sup>49</sup> *Ibidem* 17 p-326

con la disponibilidad de servicio y de apoyo.<sup>50</sup>

Recientes estudios revelan que el pronóstico es menos favorable si los factores precipitantes se relacionan con una pérdida real que se tienen que ver con experiencias endógenas, un rasgo muy notable de la psicosis maniaco depresiva es el hecho de que incluso después de varios ataques rara vez se alteran las capacidades intelectuales en los intervalos normales, el individuo y generalmente pueden reanudar su ocupación habitual y vivir en forma completa normal.

#### **1.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.**

##### **1.4.1. CONCEPTO DE INTERVENCIONES.**

Son actividades específicas que la enfermera planea y realiza,<sup>51</sup> a fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente,<sup>52</sup> así como prevenir, predecir respuestas, sopesar riesgos y beneficios.<sup>53</sup>

---

50 *Ibidem* 17 p- 326.

51 Murray Atkinson. Proceso de atención de enfermería. Ed. Interamericana, ed. 5. México D. F. 1996. p.79.

52 Iyer W. Patricia. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Ed. Interamericana, ed. 2. México D. F. p. 236

53 Alfaro, Rosalinda. El pensamiento crítico en enfermería. Ed. Masson. Ed. Barcelona, España, 1997. p. 136

#### 1.4.2. INTERVENCIONES GENERALES DE ENFERMERIA.

Las Enfermeras ocupan una posición única para ayudar a los ancianos a adaptarse al envejecimiento para alcanzar "La Celebración de la Vida". La Enfermería puede ayudar a los ancianos a mantener su autonomía, a tener alta su autoestima, a conservar los sistemas de apoyo, a adaptarse a los cambios y a aceptar la muerte. Las enfermeras pueden utilizar sus conocimientos sobre las necesidades y problemas de salud de los ancianos, para identificar los problemas reales y potenciales y diseñar las actuaciones que disminuyan el impacto de estos problemas. Pueden ayudar de varias formas a los ancianos a adaptarse a una amplia gama de cambios como son: Escuchando un enfoque terapéutico. Por el contacto recordando, dando orientación sobre la realidad o mediante terapia ocupacional.<sup>54</sup>

Por último y quizás sea lo más importante las enfermeras pueden ayudar a los ancianos a través del acto de atender, lo cual significa compartir el regalo del tiempo y utilizar este tiempo para infundir el sentido de importancia y el valor del trabajo.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> *Ibidem* 17 p-327

<sup>55</sup> Carrol Mary. Cuidado de enfermería individualizados en el anciano. p.134-135.

Frente al anciano con un proceso depresivo es preciso valorar las características restantes por mínimas que sean en lugar de concentrarse en sus incapacidades. Sobre estas capacidades todavía presentes deben fundamentarse las tentativas de educación funcional, de la adaptación social y de la participación de sus cuidados, para conseguir la mejor calidad de vida posible para aquel individuo; Aptitud adoptada por los profesionales de Enfermería estará encaminada a salvaguardar la dignidad del anciano en cualquier estadio de su enfermedad.<sup>56</sup>

**Será preciso por lo tanto:**

**1.- Crear un entorno seguro y estable para el anciano:**

- a) Evitando al máximo todas aquellas actuaciones con y para el anciano, y las situaciones que este pueda interpretar como agresiones tanto por sobre estimulación ambiental, como por violación de su espacio personal y de su derecho a su intimidad.
  
- b) Proporcionando Claves ambientales para su orientación". La desorientación psíquica pueden reducirse si hay objetos familiares (fotografías, recuerdos personales o relojes de pared) en el entorno. Hechos como poner una determinada canción o encender una pequeña luz pueden ser un indicador o estímulo para empezar una nueva actividad.
  
- c) Programando actividades y cuidados de forma que se mantengan rutinas en el tiempo y espacio. Estas rutinas proporcionarán al anciano orientación, seguridad y

tranquilidad.

d) Restringir las actividades físicas solo cuando sea estrictamente necesario para la seguridad física del anciano; Aún así, deberá explicársele la razón de ésta restricción y hacerla durar el mínimo tiempo posible. Es evidente que la desorientación, la falta de memoria y la confusión pueden contribuir a las caídas y lesiones, sin embargo la restricción de la actividad física, como sustantivo de los cuidados o atención no sólo es poco ético, sino que atenta contra la dignidad que merece toda persona.

e) Evitar el uso de útiles dañinos (los utensilios de cocina, escalera mecánicas) y propiciar al extremo las medidas de seguridad (barandillas, suelos antideslizantes, etc.).<sup>57</sup>

## **2.- Fomentar las Capacidades Individuales para el Autocuidado:**

a) Valorar la capacidad restante, determinando la fase de evolución en que el anciano se encuentre( inicial, intermedia, avanzada) y el nivel de destreza que aún posea. Ello permitirá a Enfermería formular objetivos realistas con respecto a las capacidades de autocuidado.

b) Determinar el modo de atención mas adecuado (soporte, ayuda o suplencia), según su

---

<sup>57</sup> Ibidem 17 p-127.

grado de dependencia para la satisfacción de sus necesidades, teniendo en cuenta que la posibilidad de compensación de cualquier déficit, incapacidad o minusvalía, permite a los ancianos mantener su dignidad y participar en las actividades diarias.

- c) Destinar el tiempo necesario para la realización de las actividades cotidianas y los procedimientos necesarios para el autocuidado del anciano. Este tiempo será seguramente mas largo de lo habitual en ancianos sanos, debido a las dificultades de psicomotricidad que acompañan al paciente. El nivel de ayuda que se presente debe estar en función más de las necesidades del propio anciano, que de las necesidades organizativas de la institución o del propio cuidador.<sup>58</sup>

### **3.- Permitir e interpretar la demanda:**

- a) Dar tiempo necesario para la comunicación del paciente, prestando especial atención a las demandas de ayuda no verbalizadas o las manifestaciones del anciano que suelen ser en ocasiones, más significativas que las verbales (expresiones faciales, gestos, muecas, etc.).
- b) No exigir respuestas inmediatas o tardías si éstas no se producen de forma espontánea, ya que sólo serviría para aumentar el nivel de angustia.

Los mensajes transmitidos por el profesional, que en ocasiones deben ser órdenes, serán

concisos y concretos, expresando un tema concreto. Debe darse al anciano tiempo para asimilarlos. Es fundamental la coherencia entre el mensaje verbal y el no verbal que se transmite. En ningún caso será justificable el uso de jerga infantil, ya que atenta contra la consideración de la persona.<sup>59</sup>

#### **4.- Establecer sistemas de soporte familiar.**

Dar soporte a la familia ya que el proceso de demencia en uno de sus miembros presenta un importante reto para la estabilidad a la familia, creando una situación de desorientación y falta de conocimientos para el cuidado y forma de tratar a éste anciano. Es una parte inicial, la familia necesita información suficiente para la aceptación realista de la situación de deterioro. En una fase inmediata, la desintegración psíquica del afectado y la presencia de ciertas incapacidades requieren de la familia, actitudes y habilidades específicas. Es una fase aumentada, la demanda de atención del anciano alcanza tales proporciones en el agobio y decaimiento moral de sus allegados se traducen en una incapacidad declarada para el cuidado del paciente.<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> *Ibidem* 17 p-326.

<sup>60</sup> García Misericordia. *Enfermería Geriátrica* p. 89-96.

## OBJETIVOS DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Reducir la susceptibilidad y promover la autoconfianza.
- Reducir la dependencia y aumentar la autoayuda.
- Construir y mantener las habilidades para enfrentarse a situaciones concretas.
- Interiorizar la visión de uno mismo como ser humano y afectivo.<sup>61</sup>

### Pronóstico.

Ante un episodio aislado de depresión la perspectiva suele ser buena pero hay que esperar recaídas. Sin embargo no siempre ocurren un 2º y un 3er ataque, una crisis de exaltación en los primeros años de la edad adulta en general significativa que habrá otros ataques más tarde. Es más problema que las depresiones se presentan a edad avanzada, nunca se puede predecir la probable duración de un ataque dado, ya que hay grandes variaciones de una persona a otra, e incluso el mismo individuo puede tener periodos cortos de excitación y de depresión.

---

<sup>61</sup> *Ibidem* 46 p-130



Cuando en los periodos depresivos hay un fuerte elemento de miedo, angustia e hipocondría, la enfermedad puede durar muchos años. De manera semejante la excitación puede volverse crónica sobre todo en individuos de edad avanzada, si se asocian a cambios orgánicos, como arteriosclerosis, los tratamientos modernos han acortado la duración de los episodios tanto de la excitación como de la depresión. Recientes estudios revelan que el pronóstico es menos favorable si los factores precipitantes se relacionan con una pérdida real, que si tienen que ver con experiencias endógenas, un rasgo muy notable de la psicosis maniaco depresiva es el hecho de que incluso después de varios ataques rara vez se alteran las capacidades intelectuales en los intervalos normales, el individuo generalmente puede reanudar su ocupación habitual y vivir en una forma por completo normal.<sup>62</sup>

#### **1.4.3. INTERVENCIONES ESPECIFICAS DE ENFERMERIA.**

Es el proceso que reconstruye las relaciones sociales rotas luego de muchos años de desempeño de roles establecidos como marido, padre, trabajadores, etc., y que obligan a aprender las obligaciones y derechos de los nuevos roles de viudo, abuelo, jubilado, etc.

---

<sup>62</sup> *Ibidem* 17 p-327

### 1.4.3.1. TERAPIAS DE RESOCIALIZACION

La resocialización reincorpora técnicas para facilitar la resocialización y la interacción de grupo. El grupo crea una unidad y un sentido de pertenencia mediante el contacto y la unión de las manos. Se mantiene juntos a los amigos y las actividades están diseñadas para satisfacer las necesidades de los miembros del grupo, no ideas abstractas o complicadas de un líder orientado.<sup>63</sup>

- Actividades físicas y manuales.

Ej: Ejercicio grupal, jardinería, horticultura, trabajos físicos, diversos paseos, caminata y trabajos manuales.

- Actividades sensoriales.

Ej: Comer, beber, fumar, exposición a la música, artes plásticas, cine, gastronomía y visita a museos.

- Actividades psíquicas.

Ej: Bellas artes, pintura, dibujo, escultura, artesanía, cestería, tallado en madera, macramé, cerámica, trabajos manuales sin esfuerzo, fotografía, modelismo, reparaciones y coleccionismo.

- Actividades sociales.

Ej.: grupos de relación, familiares en asociaciones, clubes, hogares, centros recreativos, tertulias, grupos para juegos de salón, cartas, ajedrez, fichas, billar, bailes, fiestas, grupos para intercambio de información, discusión, debate, aficciones, coleccionismo, grupos familiares, periódicos, aniversarios, visitas, celebraciones.

Actividades recreativas.

Ej.: Asistencia a espectáculos, de cualquier tipo, como espectador, cine, teatro, deporte, variedades, lectura, radio, televisión no educacional, viajes, juegos y visitas.

- Actividades deportivas.

Ej.: Natación, gimnasia, marcha, excursionismo, esquí, ciclismo, tenis, fútbol y cachibol.

- Actividades educacionales y culturales.

Ej.: lectura y organización de bibliotecas, de hemerotecas, centros de documentación, escritura y redacción, oratoria, así como cursos, seminarios, conferencias, aprendizaje de lenguas, confección de boletines informativos, visitas a exposiciones y museos, asistencia dirigida a recitales, audiciones musicales, teatros, cineforums, viajes culturales aprendizaje de instrumentos musicales y coros.

- Actividades ecológicas.

Ej.: Paseo por el campo, excursionismo, visitas dirigidas a zonas de interés natural, recopilación de datos medioambientales, jardinería, cría y cuidados de animales, observación de especies geológicas, botánicas o zoológicas, forma grupos ornitológicos, campañas de información pública y servicio voluntario en parques y zonas naturales.

- Actividades espirituales y religiosas.

Ej.: Actividades individuales y colectivas de relación con la divinidad, actos de culto, o postulado, formación a nuevas generaciones, difusión del mensaje, religioso, actividades de solidaridad con los semejantes, ayuda personal material y social.

#### **1.4.3.2. REMINISCENCIA.**

La revisión de vida proporciona una vida para el proceso de recuerdo, divide los recuerdos de una persona en las etapas de la vida, desde los recuerdos más tempranos hasta el presente. Sin embargo difiere del recuerdo espontáneo porque cada etapa de la vida debe curarse, rememorando tanto los episodios dolorosos como los placenteros. Se piensa que el resultado de la reminiscencia provoca menos depresión, menos suicidios,

mayor integración del yo y mayor satisfacción con la vida en general.<sup>64</sup>

Esta puede hacerse en grupo o individual. En grupo las personas se ríen y lloran juntas, ganando bienestar al saber que los demás han experimentado las mismas cosas.

Los recuerdos de una persona desencadenan los de otras, abriendo la puerta a discusiones posteriores.<sup>65</sup>

### **1.4.3.3. ORIENTACION A LA REALIDAD.**

Proceso mediante el cual el individuo capta su ambiente y se sitúa mentalmente en relación a él.

Los elementos básicos son la repetición sistemática y constante de información, actúan acerca del tiempo, ambiente psíquico y su relación consigo mismo.<sup>66</sup>

#### **Medios de Orientación.**

- Calendario.
- Tarjeta de orientación actualizado.
- Cuadros, dibujos, fotografías.

---

64 Ibidem 49 p- 336.

65 Ibidem 49 p-336

56 Ibidem 49 p-347.

- Televisión.
- Periódico.
- Radio.
- Reloj.
- Cartelones con su nombre.
- Hojas de medicamentos.
- Cuestionarios.

#### **1.4.3.4. ESTIMULACION DE LA MEMORIA.**

Es la función psíquica que permite reproducir estado de conciencia, a través de ella podemos fijar, conservar, reproducir, reconocer y localizar dicha capacidad de memoria, busca responder a preguntas del tipo cómo y qué podemos, podemos recordar y porque olvidamos.<sup>67</sup>

Explorar.

Memoria reciente ó a corto plazo: preguntar ¿Dónde vive?, ¿Cuánto tiempo ha vivido?, ¿Qué hizo ayer?, si esta internado, ¿Con quién vino al hospital?, etc.

Memoria inmediata: se logrará repetir al anciano cifras, palabras sencillas, frases u órdenes anotando los resultados o cifras.

Memoria remota: los geriátricos harán un relato cronológico de su vida, ¿Dónde nació?, ¿Fecha de nacimiento?, ¿Si estudió?, etc.<sup>68</sup>

Para reforzar la memoria utilizar:

- Lecturas cortas.
- Enseñanza de autocuidado.
- Identificar objetos.
- Juegos de mesa.
- Pintura y dibujo.
- Escuchar música.
- Realizar sociodramas con:

Integración grupal por secciones.

Charlas en grupo.

- Confianza en el dirigente.
- Fomentar el habla y escuchar.
- Recordar cosas de las cuales podemos sonreír; importantes en el pasado y presente.
- Mantener activos sus sentimientos, mapas, comidas favoritas, películas, música y

casos memorables de otras, épocas.<sup>69</sup>

#### **1.4.3.5. ESTIMULACION SENSORIAL.**

##### **1.4.3.5.1. Musicoterapia.**

La música promueve el ejercicio, la socialización y un sentido de continuidad de las relaciones de la vida.

La música proporciona movilidad a través del golpeteo de los dedos de los pies, las palmaditas en los muslos, las palmadas, el tocar un instrumento, el baile y los talonamientos. Se potencian la comunicación al cantar con los demás y poner nuevas letras a la música. La música puede promover la conexividad al estimular el hecho de compartir acontecimientos pasados o momentos culminantes de la música del pasado y al bailar con los demás en los eventos musicales. La música puede evocar recuerdos placenteros, reducir la ansiedad y desviar la depresión (si se trata de una música con significado).<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> *Ibidem* 49 p-337.

<sup>70</sup> *Ibidem* 49 p-330.



#### 1.4.3.5.2. Terapias por baile .

Es una terapia por movimiento importante. El baile, o moverse al son de la música, puede beneficiar al anciano, física y emocionalmente. Especialmente conveniente para personas ancianas porque pertenecen a una generación para quienes el baile era una parte importante de sus vidas. El baile puede favorecer la flexibilidad, el fortalecimiento muscular, mejorar la función cardiovascular y mejorar la capacidad respiratoria, así como el tacto, la socialización, el sentido de la conexividad y los buenos recuerdos.

#### 1.4.3.5.3 Artes Creativas.

Crean conexiones entre las personas, dan una sensación de autoestima y productividad, a menudo mejoran la movilidad, y ayudan al anciano a centrarse en cosas ajenas a él (trascendencia).<sup>71</sup>

Dentro de éstas se encuentran:

- La biblioterapia que utiliza la literatura, en forma de: historias cortas, poesía o el recuerdo de las historias de cada persona después de leer.
- Terapia por el arte, la cual se usa como un complemento de la psicoterapia ya que ambas emplean el simbolismo.<sup>72</sup>

---

<sup>71</sup> *Ibidem* 49 p-330.

<sup>72</sup> *Ibidem* 49 p-332.

#### **1.4.4. TEORIA Y METODO.**

##### **1.4.4.1. MODELO DE ENFERMERIA SEGUN HENDERSON.**

Virginia Henderson se refiere a los elementos universales que constituyen la vida de los seres vivos, pero con un grado de complejidad creciente. Se pregunta por las actividades indispensables de la vida cotidiana, a las que en los cuidados deben suplir cuando una persona ya no pueda administrarlos por sí misma. Los cuidados de enfermería se presentan en los diferentes medios de vida, como origen en las necesidades del ser humano.<sup>73</sup>

##### **1.4.4.1.1. Concepto.**

Henderson define en términos funcionales, la única función de una enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible.

#### 1.4.4.1.2. Componentes del modelo.

Henderson identifica 14 necesidades básicas en el paciente, que constituye los componentes de la asistencia de enfermería.<sup>74</sup> Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow. De la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia y de la 11 a la 14 con la autorealización.

Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.<sup>75</sup>

1. Respiración normal.
2. Alimentación e hidratación adecuada.
3. Eliminación de los desechos corporales.
4. Movimiento y mantenimiento de posiciones deseadas.
5. Sueño y descanso.
6. Selección de la ropa apropiada.
7. Mantenimiento de la temperatura corporal.
8. Mantenimiento de la higiene corporal y del peinado.
9. Prevención de los peligros ambientales.

---

74 Marrer. Modelos y Teorías en Enfermería p.104

75 Wesley R.L. Teorías y Modelos de Enfermería p.25

10. Comunicación con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus creencias.
12. Trabajar de forma que proporcione sensación de satisfacción.
13. Jugar o participar en varios tipos de actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que permita un desarrollo y salud normales.<sup>76</sup>

#### **1.4.4.1.3. Valoración de las necesidades.**

Virginia Henderson sugiere unos signos claves para la diversidad de las necesidades que pueden servir para descubrir la naturaleza de la ayuda que hay que aportar. En ningún momento reduce estos signos a un sistema de funcionamiento, pero piensan que pueden ayudar a comprender situaciones donde las personas no pueden garantizar una respuesta a sus necesidades.<sup>77</sup>

**Necesidades fisiológicas:** Son las que predominan en la motivación de la conducta humana y dan lugar a los mecanismos que conservan la regularización, constante del medio interno de un organismo.<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> *Ibidem* 54 p. 25

<sup>77</sup> *Ibidem* 53 p. 214.

<sup>78</sup> Brunner Enfermería Médica Quirúrgica p.15

**Necesidades de seguridad:** Una necesidad básica del ser humano es la de sentirse seguro, a gusto y aceptado en cualquier situación posible. Sufrir una enfermedad en la casa o ser llevado a un hospital son situaciones que producen temor y ansiedad.<sup>79</sup>

**Necesidad de autoestima:** El hombre es por naturaleza un ser social, que aborrece el aislamiento. La insatisfacción de las necesidades de autoestima se manifiesta en una actitud dependiente y de falta de confianza, capacidad y competencia.<sup>80</sup> La enfermedad representa una amenaza a la autoestima y a la autoimagen de la persona.<sup>81</sup>

**Necesidad de afecto y pertenencia:** Toda persona enferma o sana, desea la compañía y la aceptación de otras. Un enfermo quiere y necesita estar con sus familiares o amigos.<sup>82</sup>

**Necesidades de autorealización:** Los adultos logran la realización personal a lo largo de su vida. La realización quizá no sea posible para personas que viven en ambientes de pobreza o privación emocional. Para cumplir estas necesidades requiere que las personas se expresen en forma creativa y se sientan útiles.<sup>83</sup>

---

79 King. *Teorías de Enfermería* p. 7

80 *Ibidem*: 58 p-16

81 *Ibidem*: 58 p- 8

82 *Ibidem*: 58 p-16

83 *Ibidem*: 58 p -16 -17

### **Ejemplos de algunas necesidades según Henderson:**

- Alteración en la respiración relacionada a obstrucción o memoria.
- Alteración en la nutrición relacionada a hábitos de comida, falta de motivación para el cambio o falta de conocimiento.
- Inadecuada eliminación relacionada a falta de ejercicio, ingestión inadecuada de líquido o carencia de fibra en la dieta.
- Deterioro en la movilidad (movimiento y postura) relacionada a pierna derecha fracturada, ataque cerebral o debilidad.
- Inadecuado sueño y descanso relacionado a ansiedad por la hospitalización, dolor o hambre.
- Incapacidad para vestirse y desvestirse relacionada a confusión, quemaduras en el brazo o mano o falta de interés.

### **Necesidades de Autoestima.**

- Autoestima disminuida, relacionada a divorcio o desempeño.

### **Necesidades de Seguridad física.**

- Seguridad disminuida relacionada a tapetes flojos o calor, e iluminación inadecuada.<sup>84</sup>

#### **1.4.4.1.4. Diagnóstico de Enfermería Según Henderson.**

De acuerdo con Henderson, el proceso para determinar el diagnóstico de enfermería debe incluir los elementos siguientes: una situación con uno o más pacientes; la obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos; un esquema conceptual de enfermería; un interés o problema de salud existente o potencial; una causa, condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención dentro del dominio profesional de enfermería. La enfermera necesita valorar estos cambios y adaptar los diagnósticos de enfermería puede cambiar de ansiedad por una intervención quirúrgicamente inminente a "temor con relación a la posibilidad de cáncer". El proceso para determinar el diagnóstico de enfermería incluye la valoración y la fase de análisis / síntesis. Estos lineamientos continúan con identificación de los problemas del paciente, la reducción del enunciado de diagnóstico, la conformación y el ordenamiento de los diagnósticos de acuerdo a la prioridad.<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup> Grifith Christmas. Proceso de atención de enfermería p - 157.

<sup>85</sup> Bédou 04. p.-147-148.

#### **1.4.5. El proceso de enfermería.**

Hace hincapié en la relación recíproca entre el paciente y la enfermera. A ambos les afecta lo que el otro diga o haga. Por lo que los enfermeros se desarrollan como pensadores lógicos y no como simples ejecutores de las órdenes del médico y además de la importancia de la crítica de la participación con el paciente.

El objetivo general ha sido encontrar un principio organizativo de la enfermería profesional y una función diferente. Pueden controlarse los fenómenos de la enfermería, y mediante el control pueden producirse los resultados, además se emplea un proceso de investigación y de la metodología científica para su análisis.<sup>86</sup>

**Enfermería:** Es una profesión independiente que funciona de una manera autónoma. La función de la enfermería profesional se conceptualiza como la averiguación y la atención a las necesidades de ayuda inmediatas del paciente.<sup>87</sup>

**Elementos básicos del proceso de enfermería:** (1) La conducta del paciente, (2) La reacción de la enfermera y (3) Las acciones de enfermería que se establecen para el beneficio del paciente.

---

<sup>86</sup> *Íbidem* 54 p-342-343.

<sup>87</sup> *Íbidem* 54. P. 343.



Es responsabilidad de la enfermera velar porque las necesidades de ayuda del paciente sean satisfechas, bien sea de una manera directa por su propia actividad, o indirecta pidiendo ayuda a otros.

Cuando la enfermera actúa se produce un proceso de acción, este proceso de acción de la enfermera en el contacto con el paciente se denomina proceso de enfermería. El proceso de enfermería puede ser automático o deliberado. Las acciones automáticas de enfermería son aquellas que no se relacionan con la averiguación y la satisfacción de las necesidades de ayuda del paciente. Las acciones deliberadas de enfermería son las que se realizan para identificar y satisfacer las necesidades de ayuda inmediatas del paciente y con ello, cumplir la función de la enfermería profesional.

**Disciplina del proceso (con tres requerimientos específicos):** (1) El enfermero debe expresar al paciente alguno o todos los aspectos contenidos en su reacción ante la conducta del paciente, (2) El enfermero debe aclarar verbalmente que los aspectos expresados pertenecen al enfermero, utilizando el pronombre personal (un mensaje del yo), (3) El enfermero debe interrogar al paciente sobre los aspectos expresados, intentando verificar o corregir sus percepciones, pensamientos o sentimientos (reacción).

El proceso de enfermería se centra en todo contacto inmediato enfermera - paciente. La observación de las conductas verbales y no verbales del paciente proporciona los datos para determinar el nivel de sufrimiento del paciente cuando se emplea la disciplina del proceso. Después de ello la enfermera emprende acciones para satisfacer las necesidades

de ayuda del paciente. Finalmente, la enfermera investiga las nuevas observaciones para aprender que acciones ayuda al sufrimiento (evaluación). Si el sufrimiento no se alivia, el proceso comienza de nuevo.<sup>88</sup>

---

<sup>88</sup> *Ibidem* 34 p. 344-346.

## 2. MATERIAL Y METODO.

### Tipo de Diseño:

Se plantea un estudio Observacional (tamizaje) para identificar los riesgos a depresión en los ancianos. De igual forma se propone como corte transversal ya que se hará una sola medición (ANTES) para que sirva éste sondeo, de base para plantear las intervenciones. Se plantea como estudio descriptivo ya que estudia una sola población.

Universo: Se incluye a toda la población mayor de 60 años que radica en San Luis Tlaxiatalmalco. (SPAPS).

Población: Personas de 60 años cuyo domicilio se ubica en los módulos “C” y “D” designado por la SPAPS.

Muestra: Se entregó mediante “barrido de la Zona” una muestra de 103 personas mayores de 60 años a quienes se entrevistará para aplicar escalas de

valoración de Yesavage (depresión geriátrica), Katz (actividades de la vida diaria), y Folstein (escala de estado mental).

Criterios de Inclusión:

1. Personas de 60 años o más que radiquen en el modulo "C" y "D", designado por la SPAPS.
2. Personas con disponibilidad para ser entrevistado.
3. Personas que el día de la entrevista se encuentren en su hogar.

Criterios de Exclusión:

1. Personas menores de 60 años que radiquen en el modulo "C" y "D", designado por la SPAPS.
2. Personas sin disponibilidad para ser entrevistado.
3. Personas que el día de la entrevista no se encuentren en su hogar.
4. Personas que no residan dentro del módulo "C" y "D" designado por la SPAPS.

Criterios de Eliminación:

Ninguno.

## PROCESO ESTADISTICO DE DATOS.

Recolección:- Mediante encuesta visitando al adulto en su casa (barrido de zona) se realiza entrevista directa para aplicar instrumentos. (Se anexan escalas).

Clasificación.- Se hará atendiendo a los indicados incluidos en cada escala.

Recuento: Se hará con el método de paloteo, aún cuando se trató de 100 ó más casos y de 10 ó más variables.

Presentación: Se hará mediante cuadro y gráficas (13 cuadros y 13 gráficas).

Análisis. Se utiliza el análisis porcentual.

**“DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DE LOS PASANTES ASIGNADOS AL SUBPROYECTO I”**

- 1. Recorrido y mapeo para ubicar unidades de observación.**
- 2. Concertación y calendarización de entrevistas inicial para aplicación de Instrumento de Tamizaje.**
- 3. Clasificación e identificación de casos de estudios (ancianos deprimidos).**

**Nota: Elaboración de un reporte a partir del tamizaje general con fines de trabajo recepcional.**

- 4. Referencia con la enfermera especialista en ancianos para Valoración Clínica con el Modelo de Henderson.**

**NOTA: Se propone estudiar el 100% de los casos del Módulo “C” y “D”**

**ORGANIZACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN:**

**Investigadora Responsable: Lic. Rosa Elia Mendoza Pérez,<sup>1</sup>**

**Investigadora Adjunta: Enf. Esp. Virginia Reyes Audifred.**

**SAPS - ENEO - UNAM.**

**Colaboradores: P.S.S. Morales Cruz Hilda.**

**P.S.S. Ramírez Valdez Miguel Angel.**

**P.S.S. Rubio Martínez Ma. del Refugio.**

**Consultores. Luz María Alejandra Rosales López.**

**Especialidad de Enfermería del Anciano.**

**Dra. Ana Luisa Sosa.**

**Fac. de Medicina Dpto. de Salud Mental.**

**Mtra. Hildelisa Sierra Torrescano.**

**Profra. ENEO - UNAM.**

## **PRESUPUESTO.**

Hojas Blancas.	\$	100.
Hojas para computadora.	\$	100.
Fotocopias (papelería).	\$	300
Computadora.	\$	100
Disquetes.	\$	100
Lápices.	\$	50
Plumas.	\$	70
Goma.	\$	50
Calculadora.	\$	50
Engrapadora.	\$	100
Viáticos investigadores.	\$	10 000
Fichas de trabajo.	\$	100
<b>Gasto Total Global.</b>	<b>\$</b>	<b>11, 120.</b>



VARIABLES DE ESTUDIO.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES.
ESTADO DE MEMORIA	FECHA	DIA, MES, AÑO
	LUGAR	ENTORNO, ESTADO, PAIS.
	RENOCIMIENTO DE OBJETO PROCESOS COGNITIVOS.	MENCIONAR 3 OBJETOS REALIZAR UNA OPERACION (MULTIPLICAR).
	MEMORIA DE OBJETOS.	REPETIR OBJETOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE.
	IDENTIFICACION DE OBJETOS.	MOSTRAR 3 OBJETOS Y DECIR SU NOMBRE.
	LENGUAJE.	REPETIR UN TRABA LENGUAS.
	SEGUIMIENTO DE ORDENES.	DAR INDICACIONES PARA LA REALIZACION DE ALGUNA. ACTIVIDAD SENCILLA.
	LECTURA. ESCRITURA. REPRODUCCION GRAFICA	LEER UN PARRAFO. DICTAR UNA FRASE. DIBUJAR 2 FIGURAS GEOMETRICAS.
SIGNOS Y SINTOMAS DE DEPRESION.	SATISFACCION DE VIDA	SI - NO.
	PRESENCIA DE INTERESES EN LA VIDA.	SI - NO.
	PLENITUD DE VIDA.	SI - NO.
	HOSTILIDAD.	SI - NO.

	ESPERANZAS EN EL FUTURO.	SI - NO.
	ESPECTATIVAS.	SI - NO.
	ESTADO ANIMICO.	SI - NO.
	ANSIEDAD.	SI - NO.
	BUEN HUMOR PERMANENTE.	SI - NO.
	DESAMPARO.	SI - NO.
	NERVIOSISMO INTRANQUILIDAD.	SI - NO.
	RETRAIMIENTO.	SI - NO.
	FUTURO INCIERTO.	SI - NO.
	PROBLEMAS DE MEMORIA.	SI - NO.
	VALOR DE LA VIDA.	SI - NO.
	TRISTEZA.	SI - NO.
	RECHAZO SOCIAL.	SI - NO.
	AISLAMIENTO.	SI - NO.
	ANGUSTIA/FRUSTRA_CION POR EL PASADO.	SI - NO.
	EMOCION POR LA VIDA.	SI - NO.
	INICIATIVA EN NUEVOS PROYECTOS.	SI - NO.
	VITALIDAD Y	SI - NO.

<p>FUNCIONALIDAD PSICOMOTRIZ PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.</p>	ENERGIA.	
	DESESPERACION.	SI - NO.
	ENOJO FACILMENTE.	SI - NO.
	LLANTO FRECUENTE.	SI - NO.
	DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE.	SI - NO.
	AUTOESTIMA.	SI - NO.
	AISLAMIENTO SOCIAL.	SI - NO.
	AUTONOMIA.	SI - NO.
	MIEDO.	SI - NO.
	ENTUSIASMO.	SI - NO.
	LUCIDEZ MENTAL.	SI - NO.
	BEBER DE UNA TAZA	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.
	ALIMENTARSE.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.
	VESTIRSE PARTE SUPERIOR.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.
	VESTIRSE PARTE INFERIOR.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.
COLOCARSE UNA PROTESIS.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.	
ARREGLO PERSONAL.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.	
ASEO Y BAÑO.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.	

	CONTROL DE MICCION.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.
	CONTROL DE EVACUACION.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.
	SENTARSE Y LEVANTARSE DE UNA SILLA.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.
	ENTRAR Y SALIR DE TINA O REGADERA. SENTARSE Y LEVANTARSE DEL WC.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.
	CAMINAR 20 MTS. PLANOS.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.
	SUBIR O BAJAR 15 O 20 ESCALONES.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.
	CAPACIDAD PARA MANIOBRAR SILLA DE RUEDAS.	SOLO, AYUDA, INCAPAZ.

### 3. RESULTADOS:

Para monitorear la presencia de riesgos a depresión estudiada a los adultos mayores de los módulos "C" y "D" de la comunidad de San Luis Tlaxialtamalco. Se entrevistaron a los 100 adultos mayores aplicándose las escalas de Folstein, Yesavege y Katz, de las cuales los hallazgos relevantes fueron los siguientes:

1. En relación a la clasificación por grupos de edad, el 30% tiene una edad promedio de 60 a 64 años, correspondiendo en el mismo porcentaje a las mujeres.
2. De los adultos mayores encuestados el 60.8% son originarios de Xochimilco, D.F.; con el mismo porcentaje se representa a las mujeres.
3. En cuanto al nivel de escolaridad el 54.1% de los adultos mayores tienen primaria incompleta, según sexo, el 42.7% corresponde a las mujeres.
4. Tomando en cuenta el estado civil de los adultos mayores valorados, solo el 34.9% son casados, representando el mismo porcentaje al sexo femenino.

5. En cuanto a la ocupación que desempeñan los adultos mayores, el 53.4% se dedica al hogar. El 49.5% corresponde a las mujeres.
  
6. La dependencia económica de los adultos mayores está dada por los hijos en un 26.2%, según sexo, el mismo porcentaje corresponde a las mujeres.
  
7. Las enfermedades frecuentes clasificadas por aparatos y sistemas en los adultos mayores son las cardiovasculares en un 43.6%, músculo esquelético con un 31%, endocrino en un 23.3% y órganos de los sentidos en un 20.3%. Representando los porcentaje al sexo femenino.
  
8. En relación a las enfermedades que presentan los adultos mayores, se presentan por orden de importancia: 31% Hipertensión Arterial; 19.4% Diabetes Mellitus; 17.4% Afectación del Sentido de la Vista; 10.67% Dolor Músculo Esquelético. El 18.4% no presentan patologías, siendo representativos del sexo femenino todos los porcentajes.
  
9. En cuanto al nivel de independencia el 99.1% de los adultos mayores valorados son independientes en actividades de la vida diaria. El 74.7% corresponde al sexo femenino.

10.En relación a depresión; 27% de los adultos mayores presentan depresión leve; se destaca que el 11.6% presenta depresión grave. El 38.6% corresponden a mujeres de los casos de depresión grave.

11.En relación a los indicadores de satisfacción de los adultos mayores; el 26.2% de las mujeres, considera que su situación es desesperante; el 24.2% manifiesta ganas de llorar; el 23.3% sentimiento de vacío y preocupación por el futuro; el 22.3% desánimo y tristeza y se compara con otros; el 21.3% refiere resentimiento, preocupación por el pasado y lucidez mental; y el 20.3% tiene problemas de memoria, intranquilidad y nerviosismo, problemas para concentrarse y molestia por cosas sin importancia.

12.En relación a los indicadores de satisfacción en los adultos mayores que presentan depresión, se tiene por orden de importancia lo siguiente: con 33% con tendencia a llorar, 32% resentimiento; 31% Estado mental; 29.1% sentimiento de vacío y preocupación por el futuro; 28.1% preocupación por el pasado, situación desesperante, comparación con otros; 27.1% desánimo y tristeza; 26.2% inactividad, intranquilidad y nerviosismo, falta de emotividad, problemas de memoria; 25.2% Molestias por cosas sin importancia; falta de autoestima y dificultad para iniciar nuevos proyectos; 22.3% abandono de intereses y actividades; y con el 21.3% desamparo y problemas para concentrarse.

POBLACION GENERAL DE ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO CLASIFICADOS  
 POR RANGO DE EDAD Y SEXO DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO,  
 MEXICO, D.F. MODULO "C" y "D". 1999.

CUADRO 1

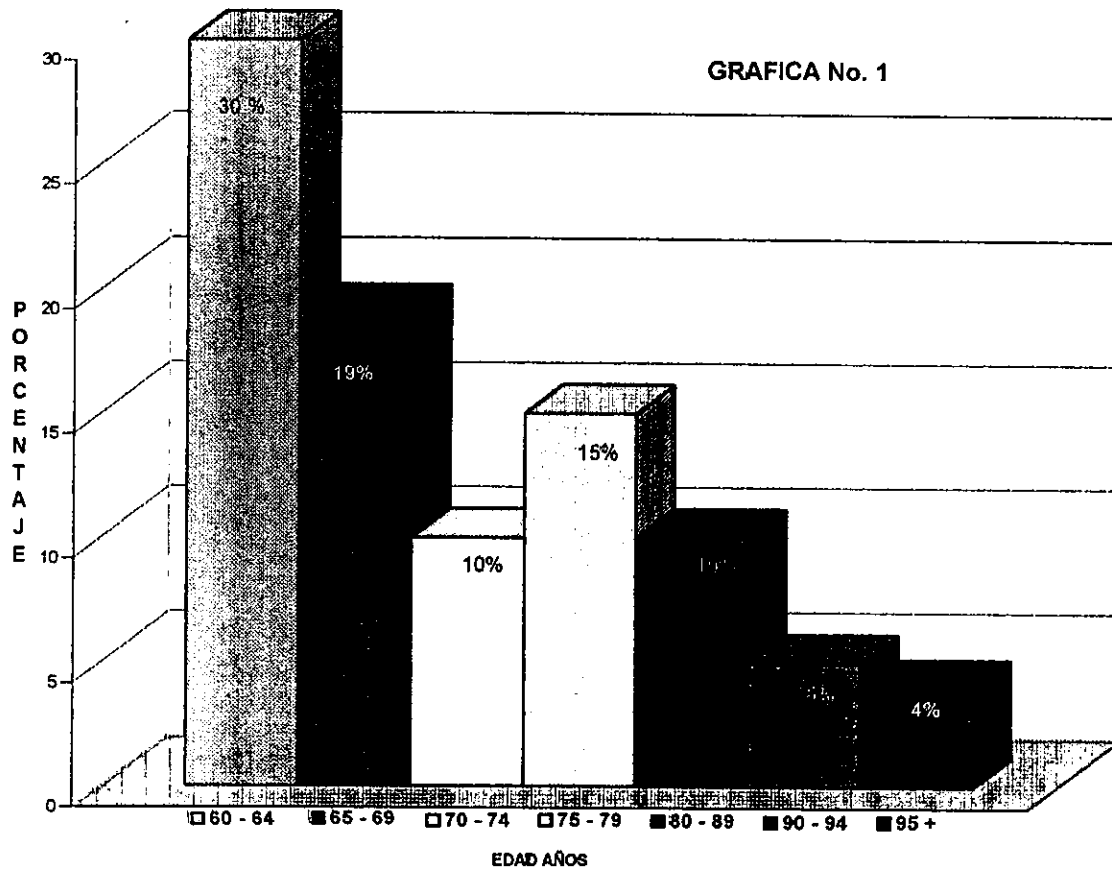
EDAD	SEXO		Fo.	%
	F	M		
60-64	33	0	33	33
65-69	14	5	19	19
70-74	7	3	10	10
75-79	7	8	15	15
80-84	8	2	10	10
85-89	4	3	7	7
90-94	2	3	5	5
95-(+)	2	2	4	4
TOTAL	77	26	103	100

FUENTE: Datos por Morales C. H; Ramírez V. M.A; Rubio Mtz. M.R; P.S.S de la ENEO-UNAM, con Sede en la SPAPS. San Luis Tlaxialtemalco.

DESCRIPCION: En relación a la clasificación de grupos de edad, el 30 % tiene una edad promedio de 60 años a 64 años, correspondiendo al mismo porcentaje a las mujeres



POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES CLASIFICADOS POR RANGO DE EDAD, QUE RESIDEN EN LA COMUNIDAD DE SAN LUIS  
TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO.  
MÉXICO, D.F. MÓDULO C y D, 1999



FUENTE: IBIDEM DEL CUADRO 1

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA  
COMUNIDAD DEL MODULO "C" y "D", SAN LUIS TLAXIALTEMALCO  
MEXICO, D.F. 1999.

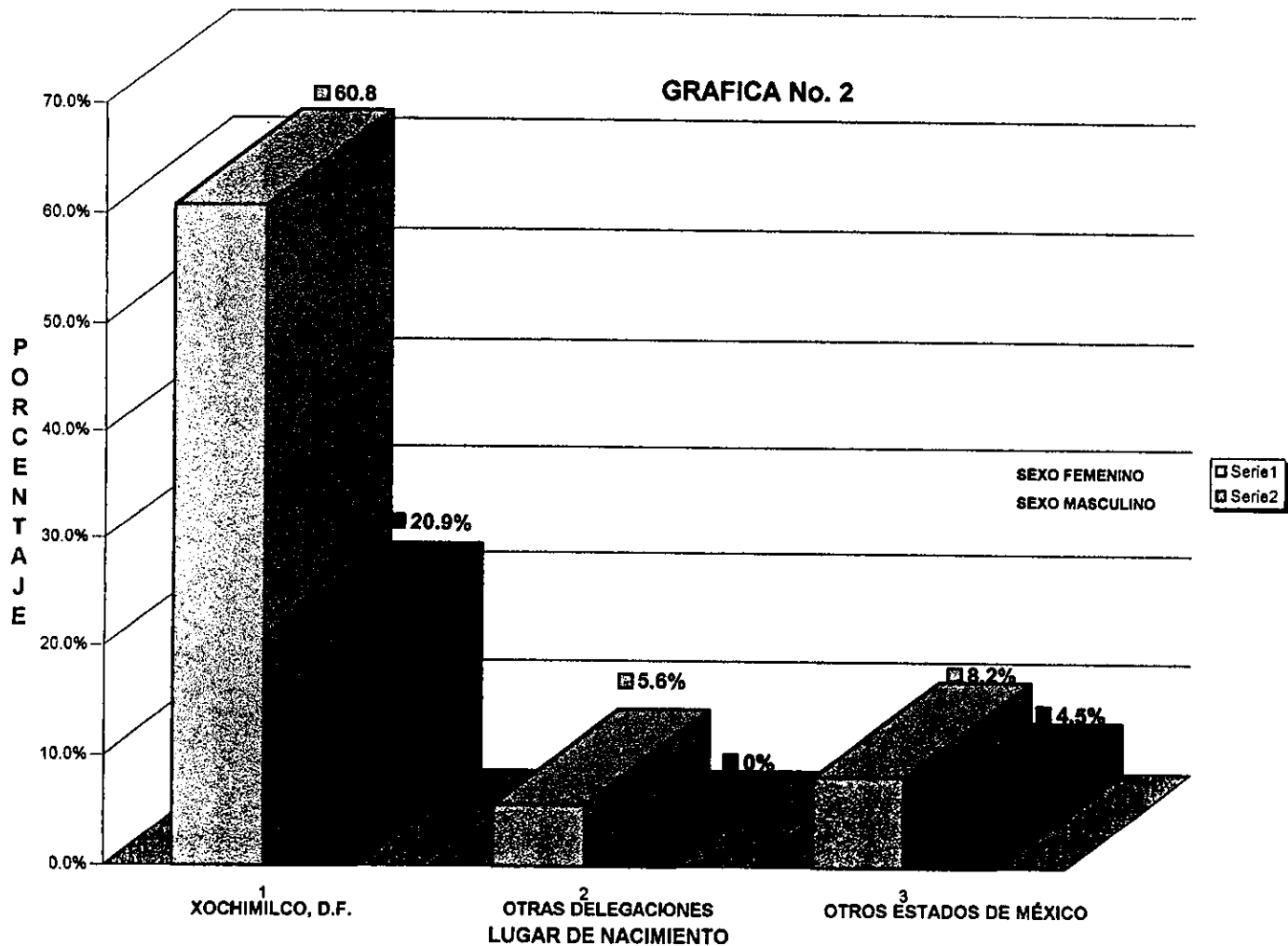
CUADRO 2

LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO			
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
IZTAPALAPA	3	2,9	0	0	3	2,93
XOCHIMILCO	62	60,8	21	20,9	83	80,59
TULYEHUALCO	1	0,9	0	0	1	0,97
COYOACAN	1	0,9	0	0	1	0,97
CUAUTEMOC	1	0,9	0	0	1	1,94
ESTADO DE MEXICO	1	0,9	1	0,9	2	0,97
QUERETARO	1	0,9	0	0	1	1,94
PUEBLA	1	0,9	1	0,9	2	0,97
GUERRERO	1	0,9	0	0	1	0,97
VERACRUZ	1	0,9	1	0,9	2	1,94
GUANAJUATO	1	0,9	0	0	1	0,97
PACHUCA, HGO.	2	1,9	0	0	2	1,94
(TAMPICO)						
NVO. LEON.	0	0	1	0,9	2	1,94
JALISCO	1	0,9	1	0,9	2	1,94
TOTAL	77	74,6	26	25,4	103	100

FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION : De los adultos mayores encuestados el 60.8 % son originarios de Xochimilco, D.F., con el mismo porcentaje se representa a las mujeres

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DEL MÓDULO C Y D,  
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MÉXICO, D.F. 1999.



NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTE DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, X MEXICO, D.F. MODULO "C" y "D". 1999.

CUADRO 3

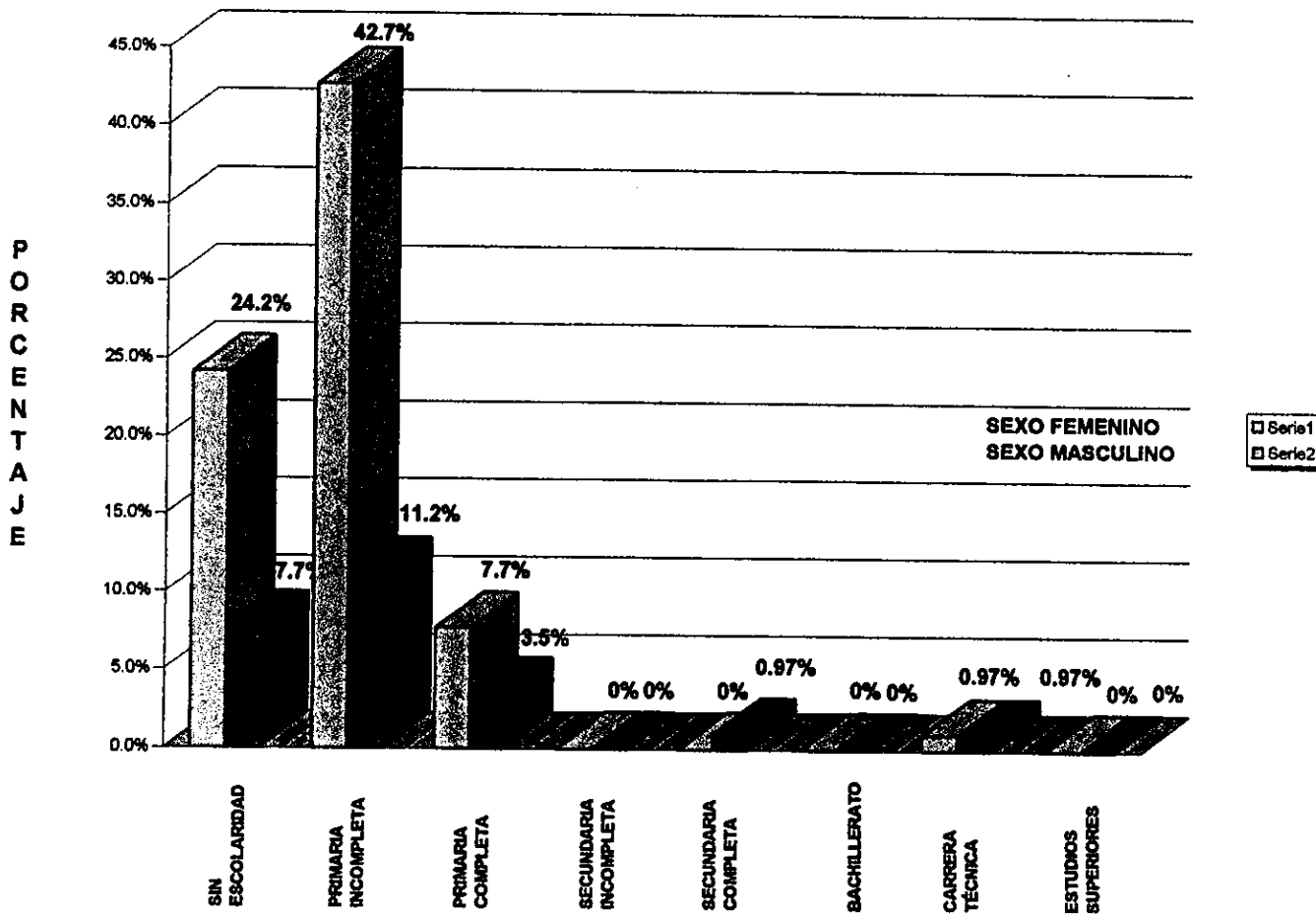
ESCOLARIDAD	SEXO				TOTAL	
	F	%	M	%	Fx	%
1.- SIN ESCOLARIDAD	25	24,2	8	7,7	33	32
2.- PRIMARIA INCOMPLETA	43	42,7	12	11,4	55	54,1
3.- PRIMARIA CONCLUIDA.	8	7,7	4	3,6	12	11,3
4.- SECUNDARIA INCOMPLETA.	0	0	0	0	0	0
5.- SECUNDARIA CONCLUIDA.	0	0	1	0,9	1	0,9
6.- BACHILLERATO INCOMPLETO.	0	0	0	0	0	0
7.- BACHILLERATO CONCLUIDO.	0	0	0	0	0	0
8.- CARRERA TECNICA.	1	0,9	1	0,9	2	1,9
9.- ESTUDIOS SUPERIORES.	0	0	0	0	0	0
TOTAL.	77	75,5	26	24,5	103	100

FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION: En cuanto al nivel de escolaridad el 54.1% de los adultos mayores tienen primaria incompleta según sexo

# NIVEL DE ESCOLARIDAD PRESENTE EN ADULTOS MAYORES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MEXICO D.F. 1999

## GRAFICA 3



ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO, DE LA COMUNIDAD DEL MODULO "C" y "D", DE SAN TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MEXICO, D.F. 1999.

CUADRO 4

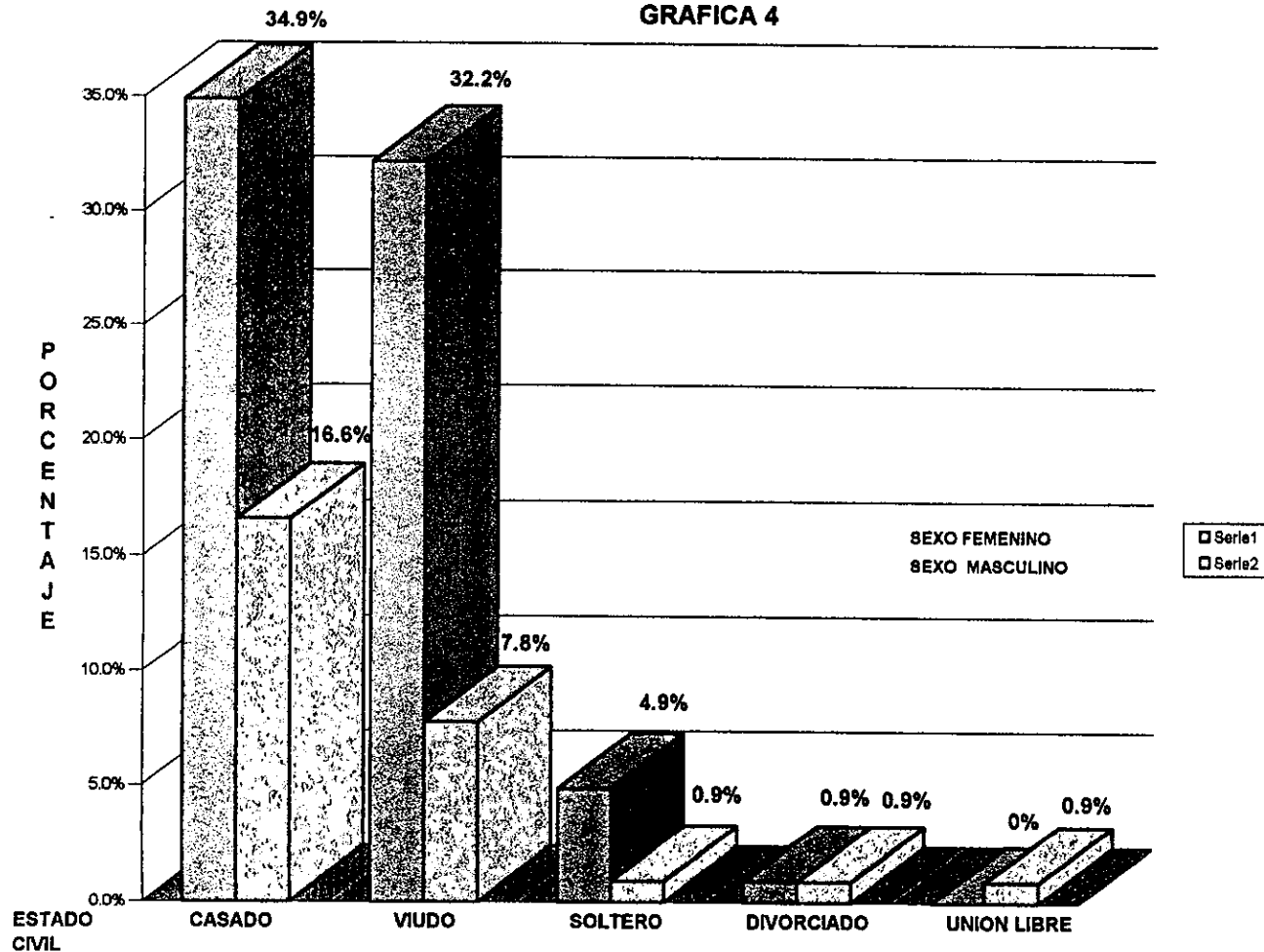
ESTADO CIVIL	SEXO				Fo	%
	FEMENINO		MASCULINO			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
CASADO	36	34,9	17	16,6	53	51,4
SOLTERO	5	4,9	1	0,9	6	5,82
VIUDO	33	32,2	8	7,8	41	39,8
DIVORCIADO	1	0,9	1	0,9	2	1,94
UNION LIBRE	0	0	1	0,9	1	0,98
TOTAL	75	72,9	28	27,1	103	100

FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION: Tomando en cuenta el estado civil de los adultos mayores valorados, solo el 34.9% son casados, representando el mismo porcentaje al sexo femenino.

**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS MAYORES, EN ESTUDIO DE LA COMUNIDAD DEL MÓDULO C Y D,  
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MEXICO, D.F. 1999.**

**GRAFICA 4**



OCUPACIONES QUE DESEMPEÑAN LOS ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO DEL MODULO "C" y "D", DE LA CO DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MEXICO, D.F. 1999.

CUADRO 5

OCUPACION	FEMENINO		MASCULINO		Fo	%
	Fo	%	Fo	%		
HOGAR	51	49,5	4	3,9	55	53,4
FLORICULTOR	3	2,9	7	6,8	10	9,7
HORTICULTOR	0	0	6	5,8	6	5,8
COMERCIANTE	15	14,6	2	1,9	17	16,5
PENSIONADO	5	4,9	9	8,8	14	13,7
OBRAERO	0	0	1	0,9	1	0,9
TOTAL	74	71,9	29	28,1	103	100

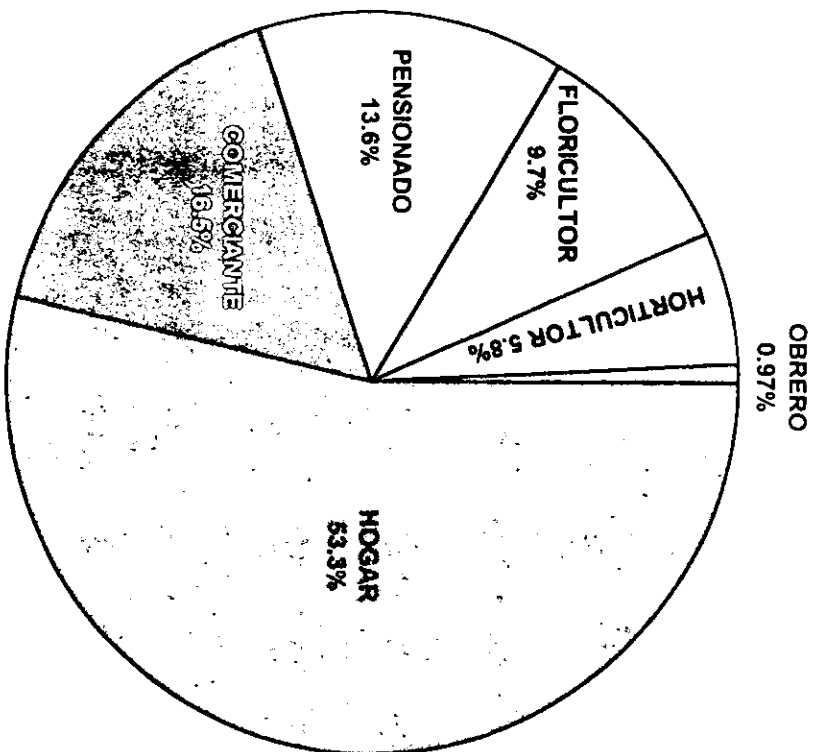
FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION : En cuanto a la ocupación que desempeñan los adultos mayores, el 53.4 % se dedica al hogar. corresponde a las mujeres.



PRINCIPALES OCUPACIONES COMO MEDIO DE SUBSISTENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DE  
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MÉXICO, D.F. 1999.

GRAFICA 5



DEPENDENCIA ECONOMICA DE LOS ADULTOS MAYORES EN ESTUDIO DEL MODULO "C" y "D"  
DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MEXICO, D.F. 1999.

CUADRO 6

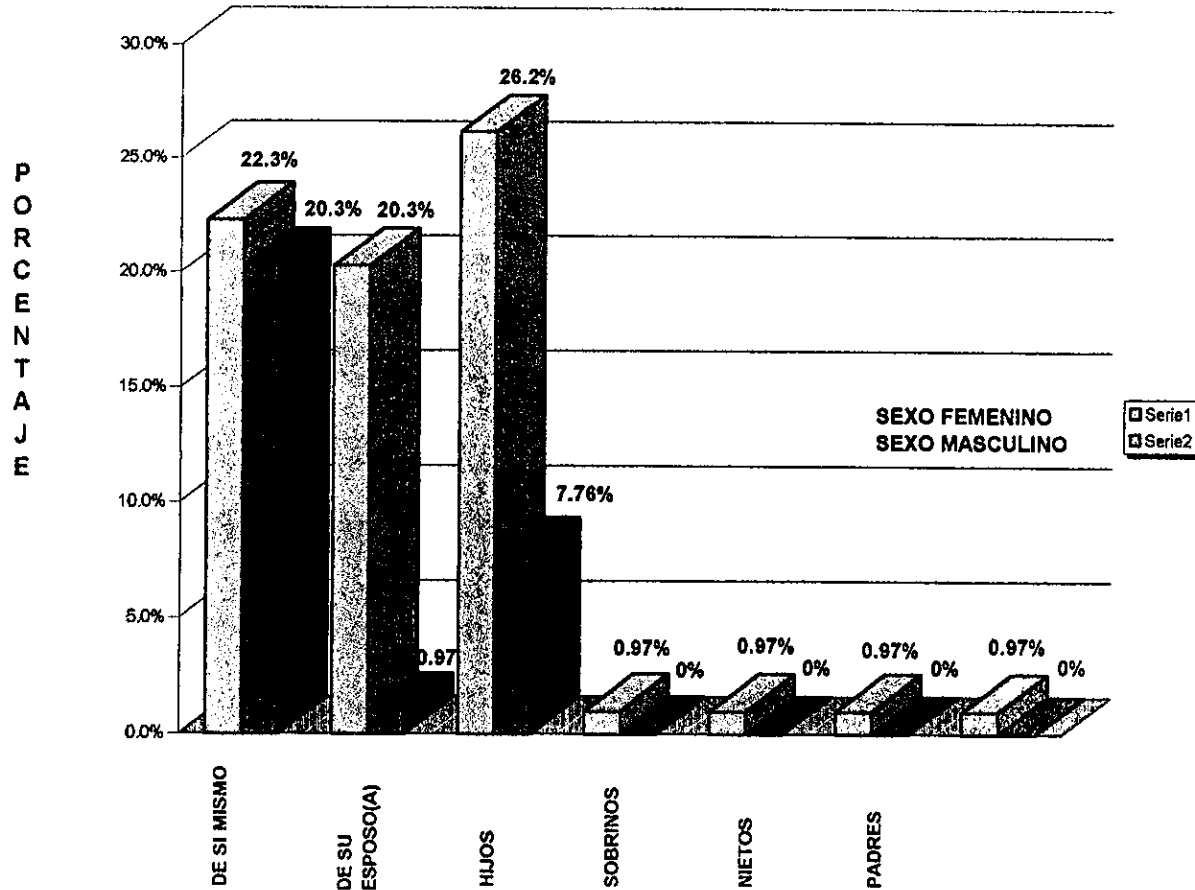
DEPENDENCIA ECONOMICA	FEMENINO		MASCULINO		Fo	%
	Fo	%	Fo	%		
DE SI MISMA	23	22.3	21	20.3	44	42.6
DE SU ESPOSO (a)	21	20.3	1	0.97	22	21.27
HIJOS	25	24.27	8	7.76	33	32.03
SOBRINOS	1	0.97	0	0	1	0.97
NIETOS	1	0.97	0	0	1	0.97
PADRES	1	0.97	0	0	1	0.97
(del encuestado)	1	0.97	0	0	1	0.97
YERNOS.	1	0.97	0	0	1	0.97
TOTAL.	73		30		103	100

FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION: La dependencia económica de los adultos mayores está dado por los hijos en un 26.2 %, según sexo, el mismo porcentaje corresponde a las mujeres.

NIVEL DE DEPENDENCIA ECONÓMICA ENCONTRADA EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MÉXICO, D.F. 1999.

GRAFICA 6



ENFERMEDADES MAS FRECUENTES DE LA POBLACION DE ADULTOS  
MAYORES VALORADOS, PERTENECIENTES A LOS MODULOS "C" y "D"  
DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLALTEMALCO, XOCHIMILCO,  
MEXICO, D.F. 1999.

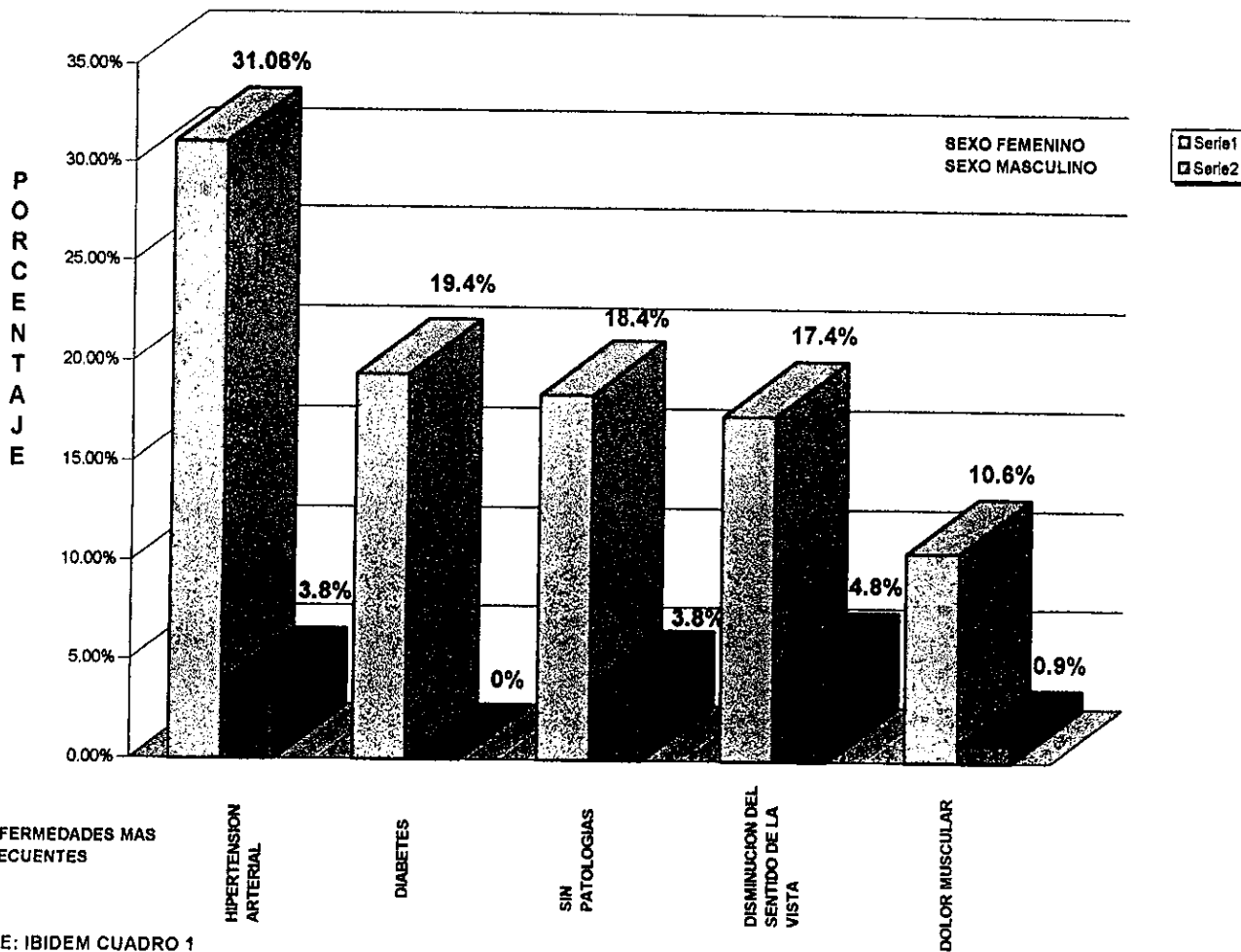
CUADRO 7

ENFERMEDADES MAS FRECUENTES	FEMENINO		MASCULINO			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SIN PATOLOGIAS	19	18.4	4	3.8	23	22.21
I.V.U.	2	1.94	0	0.0	2	1.94
HIPERTENSION ARTERIAL	32	21.06	4	3.8	36	34.86
ARTRITIS REUMATOIDE	10	9.70	5	4.85	15	19.41
DIABETES	20	19.41	0	0.0	20	6.90
I.V.R.	7	6.9	0	0.0	7	.97
NEUMONIA	1	0.97	0	0.0	1	.97
ALCOHOLISMO	1	0.97	0	0.0	1	.97
I.G.I.	1	0.97	0	0.0	1	.97
CEFALEAS	1	0.97	0	0.0	1	1.94
COLESTEROL	2	1.94	0	0.0	2	1.94
HERPES NERVIOSO	2	1.94	0	0.0	2	22.27
DISMINUCION DE S. VISTA	18	17.47	5	4.8	23	11.64
DOLOR MUSCULAR	11	10.67	1	0.97	12	1.94
AMPUTACION DE M. INF.	1	0.97	1	0.97	2	1.94
PARALISIS FACIAL	2	1.94	0	0.0	2	.97
GLAUCOMA DIABETICO	1	0.97	0	0.0	1	.97
CARDIOPATIA	3	2.91	1	0.97	4	3.88
INCONTINENCIA URINARIA	1	0.97	0	0.0	1	.97
INFARTO AGUDO DEL MOCARDIO	1	0.97	2	1.94	3	2.91
PROBLEMAS DE CIRCULACION S.	2	1.94	0	0.0	2	1.94
VARICES	1	0.97	0	0.0	1	.97
OSTEOPOROSIS	3	2.91	1	0.97	4	3.88
ESCOLIOSIS	3	2.91	0	0.0	3	2.91
EMBOLIA	3	2.91	0	0.0	3	2.91
GASTRITIS.	2	1.94	1	0.97	3	2.91
GOTA	1	0.97	0	0.0	1	.97
OBESIDAD	1	0.97	0	0.0	1	.97
PARKINSON	0	0.0	1	0.97	1	.97
CATARATA	1	0.97	3	2.91	4	3.88
Fx DE MIEMBRO INFERIOR	3	2.91	0	0.0	3	2.91
MIGRAÑA	1	0.97	0	0.0	1	.97
VITILICO	2	1.94	0	0.0	2	1.94
ASMA	1	0.97	0	0.0	1	.97
BOCIO	1	0.97	0	0.0	1	.97
HIPOTENSION	2	1.94	0	0.0	2	1.94
ANGINA DE PECHO	0	0.0	1	0.97	1	.97
PROBLEMAS RENALES NO ESP.	0	0.0	1	0.97	1	.97
PERDIDA DE OJO POR ACCIDENTE	1	0.97	1	0.97	2	1.94
TROMBOSIS COLATERAL	1	0.97	0	0.0	1	.97

FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION: Las enfermedades frecuentes clasificadas por aparatos y sistemas son las cardio vasculares en un 43.6%, musculoesquelético en un 31%, endócrino en un 23.3% y órganos de los sentidos en un 20.3%, correspondiendo estos a las mujeres.

**ENFERMEDADES MAS FRECUENTES DE LA POBLACION DE ADULTOS MAYORES VALORADOS,  
PERTENECIENTES AL MÓDULO C Y D, DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO,  
XOCHIMILCO, MÉXICO, D.F. 1999**  
**GRAFICA 7**



ENFERMEDADES MAS FRECUENTES, CLASIFICADA POR APARTADOS Y SISTEMAS, DE LOS ADULTOS MAYORES VALORADOS; RESIDENTES EN EL MODULO "C" y "D", DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, MEXICO, D.F. 1999.

CUADRO 8

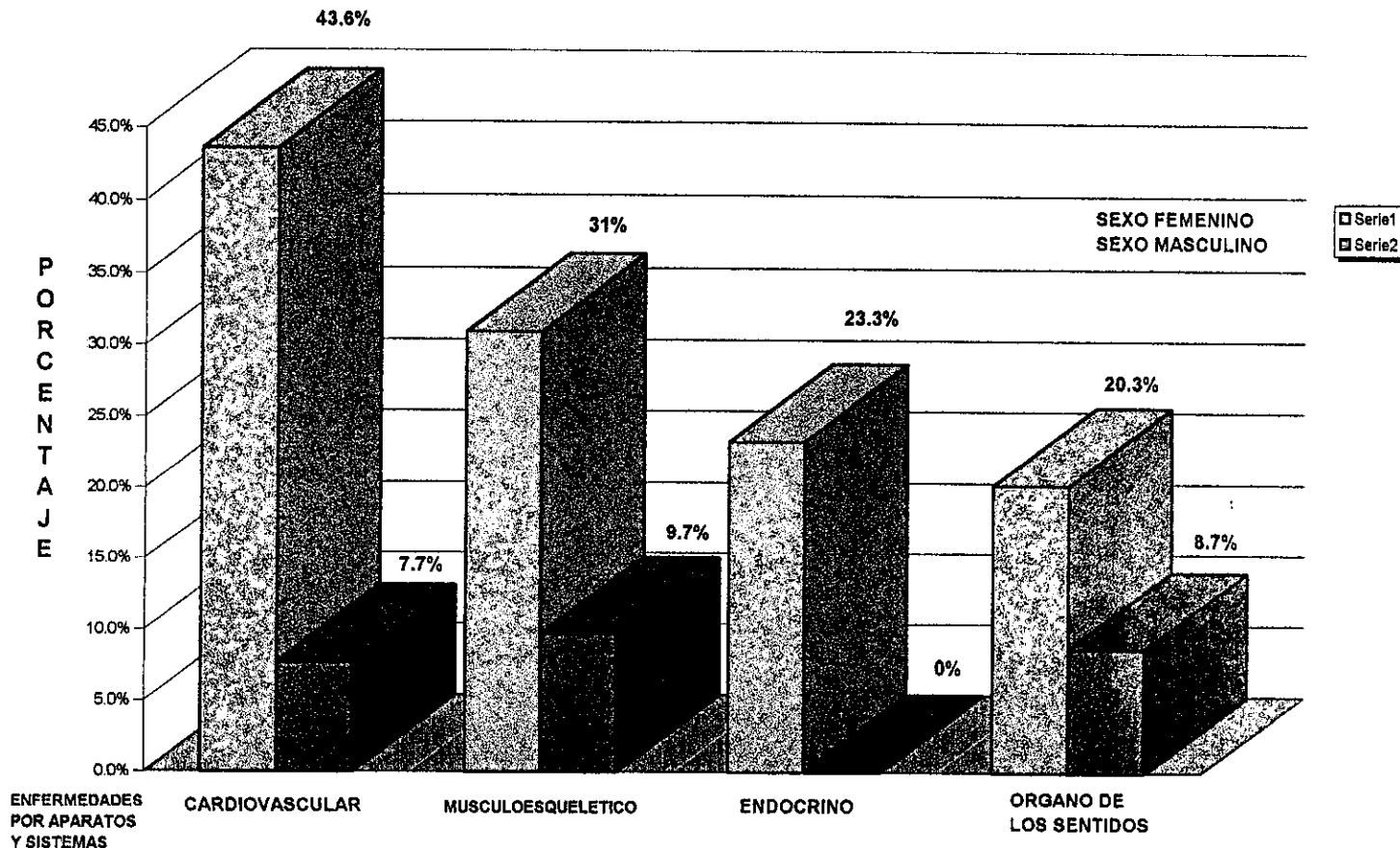
ENFERMEDADES MAS FRECUENTES	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SIN PATOLOGIAS	19	18.4	4	3.8	23	22.2
GENITOURINARIO	3	2.9	2	1.9	5	4.8
CARDIOVASCULAR	45	43.6*	8	7.7	53	51.3
MUSCULO ESQUELETICO	32	31.0*	10	9.7	42	40.7
ENDOCRINO	24	23.3*	0	0.0	24	23.3
RESPIRATORIO	10	9.7	0	0.0	10	9.7
ALCOHOLISMO	1	0.9	0	0.0	1	.9
GASTROINTESTINAL	3	4.8	1	0.9	4	3.88
NERVIOSO	5	4.8	1	0.9	6	5.7
ORGANO DE LOS SENTIDOS	21	20.3	9	8.7	30	29.0
INMUNOLOGIA	0	0.0	1	0.9	1	.9

FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION: En relación a las enfermedades generales se presentan por orden de importancia: 31 % hipertensión arterial; 19.4 % diabetes mellitus; 17.4 % afectación de sentido de la vista; 10.6% dolor musculoesquelético. El 18.4% no presentan patologías

**ENFERMEDADES MAS FRECUENTES POR APARATOS Y SISTEMAS, DE LOS LOS ADULTOS MAYORES VALORADOS, RESIDENTES EN EL MÓDULO C y D, SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MÉXICO, D.F., 1999**

**GRAFICA 8**



NIVEL DE INDEPENDENCIA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA  
DIARIAS DE LOS ADULTOS MAYORES QUE RESIDEN EN LA  
COMUNIDAD DEL MODULO "C" y "D", DE SAN LUIS  
TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MEXICO, D.F. 1999

CUADRO 9

NIVEL DE LA INDEPENDENCIA.	SEXO				Fo	%
	FEMENINO		MASCULINO			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
INDEPENDIENTE	76	73.8	26	25.3	102	99
INTERDEPENDIENTE	0	0.0	0	0.0	0	0.0
DEPENDIENTE	1	0.9	0	0.0	1	0.9
TOTAL	77	74.7	26	25.3	103	100

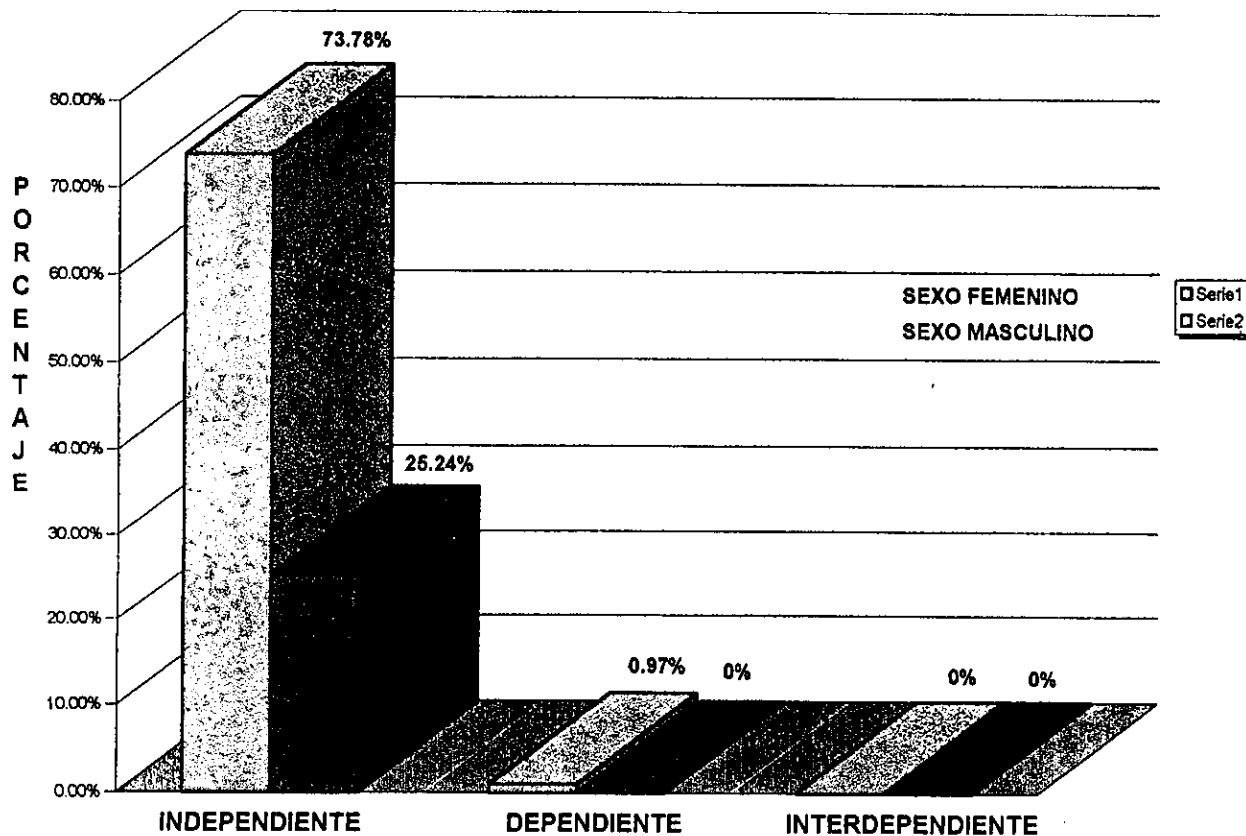
FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION: En cuanto al nivel de independencia el 99.1 % de los adultos mayores valorados son independientes en actividades de la vida diaria. El 74.7% corresponde al sexo femenino.



**NIVEL DE INDEPENDENCIA EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LOS GERIATRICOS DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MÉXICO, D.F. 1999.**

**GRAFICA 9**



VALORACION GERIATRICA SOBRE DEPRESION REALIZADA A LOS  
ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL MODULO "C" y "D" DE  
SAN LUIS TLAXIALTLEMALCO, XOCHIMILCO, MEXICO, D.F. 1999.

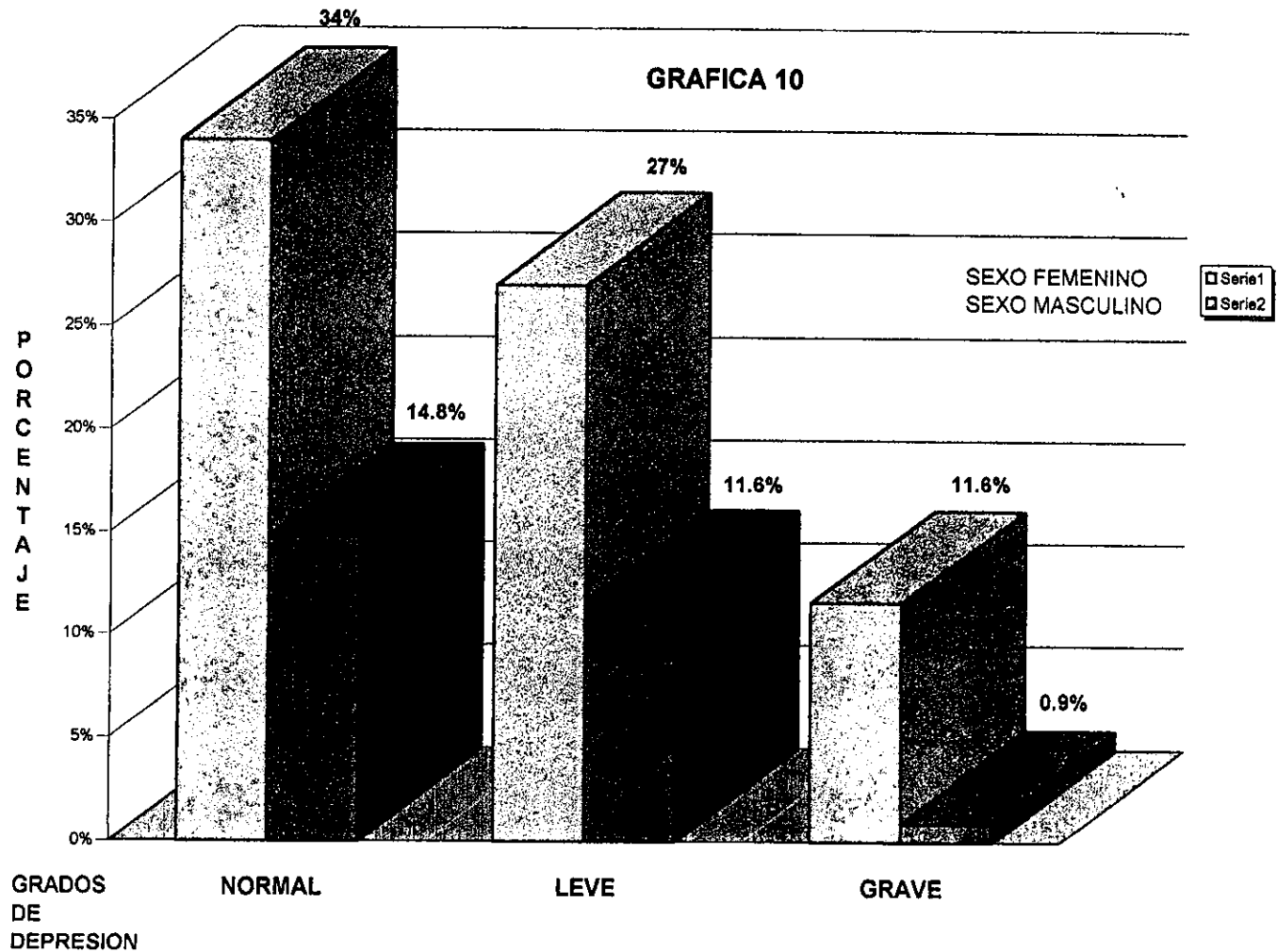
CUADRO 10

GRADO DE	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO			
DEPRESION	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
NORMAL	35	34	15	14.8	50	48.8
LEVE	28	27	12	11.6	40	38.6
GRAVE	12	11.6	1	0.9	13	12.6
TOTAL.	75	72.7	28	27.3	103	100

FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION: En relación a depresión; 27% de los adultos mayores presentan depresión leve; se destaca que el 11.6% presenta depresión grave. El 38.6% corresponden a mujeres de los casos de depresión grave.

**VALORACIÓN GERIÁTRICA SOBRE DEPRESIÓN REALIZADA A LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN EL MÓDULO C Y D DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MÉXICO, D.F. 1999**



INDICADORES DE SATISFACCION VALORADOS CON ESCALA DE YESAVAGE (GDS) DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DEL MODULO "C" y "D", SAN LUISTLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MEXICO, D.F. 1999.

CUADRO 11

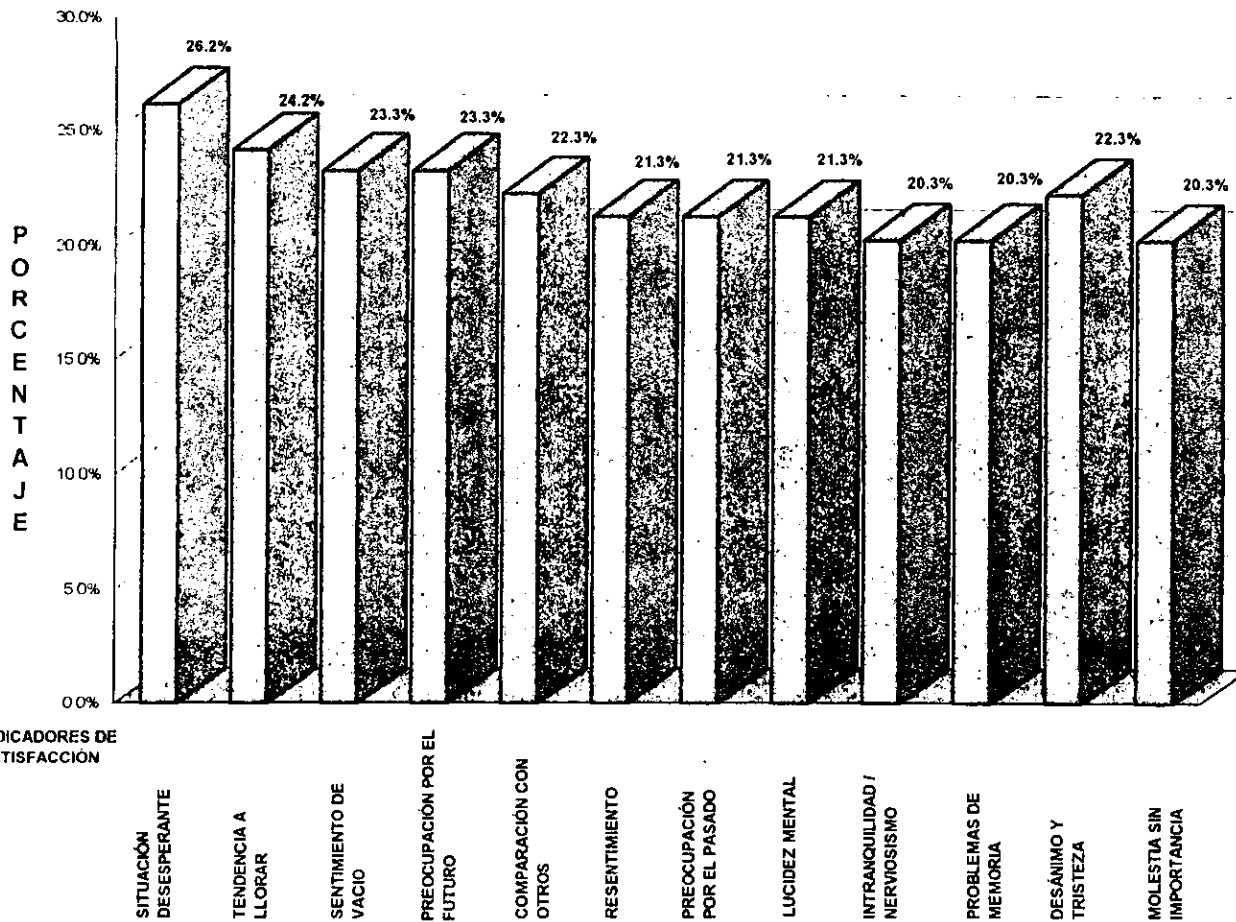
INDICADORES DE SATISFACCION	FEMENINO		MASCULINO		Fo	%
	Fo	%	Fo	%		
SATISFACCION DE VIDA	8	7.7	1	3.8	9	8.67
ABANDONO DE INTERESES Y ACTIVIDADES.	17	16.5	4	6.7	21	20.3
SENTIMIENTO DE VACIO	24	23.3*	7	8.7	31	30
INACTIVIDAD (aburrimiento).	20	19.4	9	1.9	29	28.1
ESPERANZA EN EL FUTURO	7	6.7	2	7.7	9	8.6
RESENTIMIENTO	22	21.3*	8	0.96	30	29.0
BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	11	10.6	1	6.7	12	11.56
MIEDO A QUE LE SUCEDA ALGO	16	15.5	7	0.9	27	26.1
ACTITUD HACIA LA VIDA	12	11.6	1	6.7	12	11.56
DESAMPARO	20	19.4	7	5.8	27	26.1
INTRANQUILIDAD Y NERVIOSISMO	21	20.3*	6	6.7	27	26.1
FALTA DE EMOTIVIDAD	19	18.4	7	7.6	26	25.1
PREOCUPACION POR EL FUTURO	24	23.3*	8	7.6	32	30.9
PROBLEMAS DE MEMORA	21	20.3*	8	3.8	29	27.9
DESEO DE VIVIR	9	8.7	4	7.6	13	12.5
DESANIMO Y TRISTEZA	23	22.3	8	4.8	31	29.9
FALTA DE AUTOESTIMA	20	19.4	5	5.8	25	24.2
PREOCUPACION POR EL PASADO	22	21.3*	6	4.7	28	27.1
ENFOQUE HACIA LA VIDA	14	13.5	5	6.7	19	12.2
DIFICULTAD PARA INICIAR NVOS. PROYECTOS	20	19.4	7	1.9	27	26.1
VITALIDAD	14	13.5	2	7.6	16	11.4
SITUACION DESESPERANTE	27	26.2*	8	6.7	35	33.8
COMPARACION CON OTROS	23	22.3*	7	6.7	30	29
MOLESTIAS POR COSAS SIN IMPORTANCIA	21	20.3	7	6.7	28	27
GANAS DE LLORAR	25	24.2*	7	6.7	32	30.9
PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE	21	20.3*	7	0.96	28	27
DISFRUTA LEVANTARSE POR LAS MAÑANAS	4	3.8	1	8.7	5	4.76
EVITA REUNIONES SOCIALES	15	14.5	9	1.9	24	23.2
DIFICULTAD PARA TOMAS DECISIONES	10	9.7	2	1.9	12	11.6
LUCIDEZ MENTAL	22	21.3*	5	4.7	27	26

FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION: En relación a depresión; 27% de los adultos mayores presentan depresión leve; se destaca que el 11.6% presenta depresión grave. El 38.6% corresponde a las mujeres de los casos de depresión grave.

INDICADORES DE SATISFACCIÓN VALORADOS CON ESCALA DE YESAVAGE (GDS), DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DEL MÓDULO C Y D DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, MÉXICO, D.F. 1999

GRAFICA 11



INDICADORES ESPECIFICOS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE PRESENTARON DEPRESION GRAVE Y LEVE, VALORADO EN LA ESCALA DE YASEVAGE (GSD), DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MEXICO, D.F. 1999.

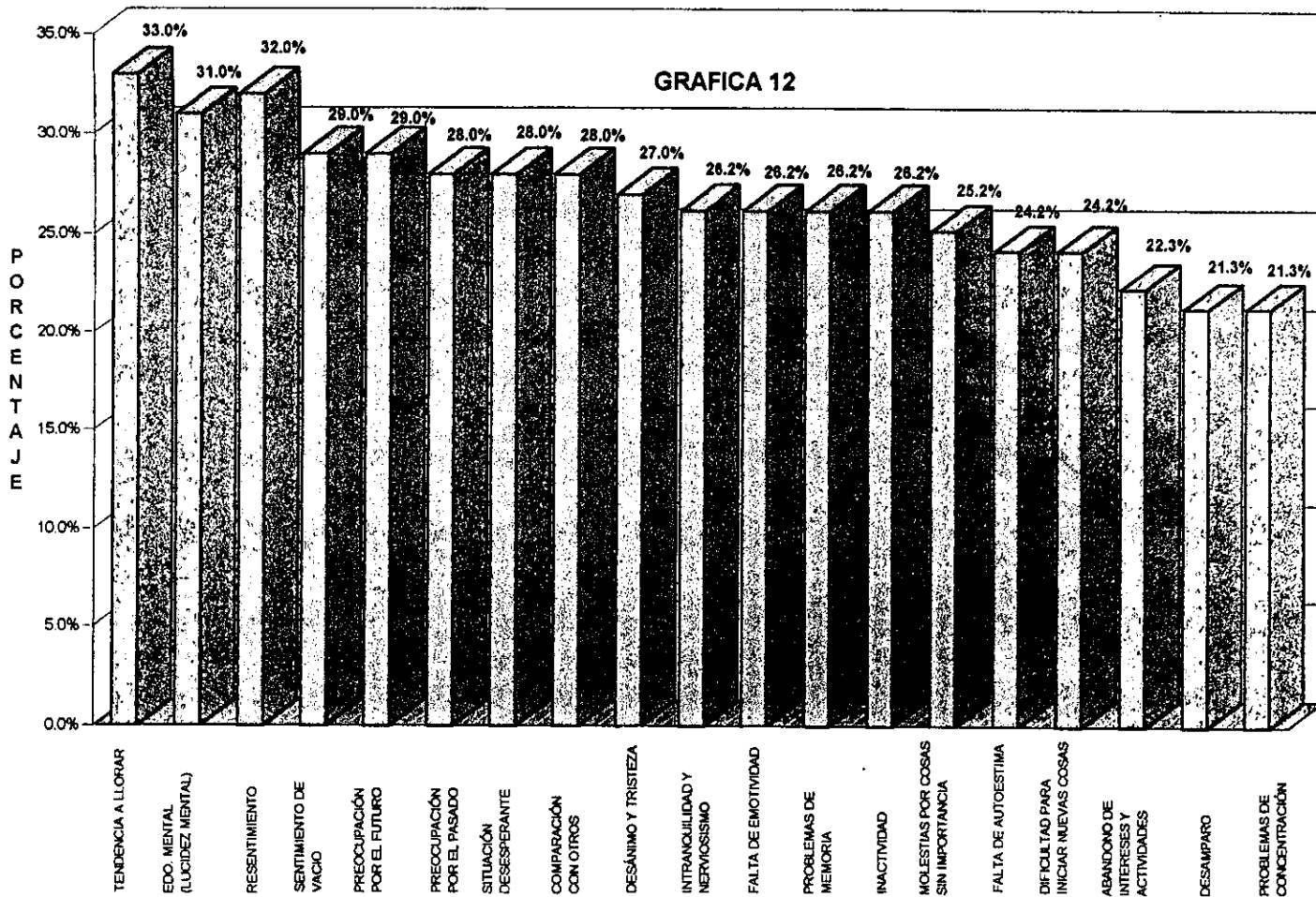
CUADRO 12

INDICADORES DE SATISFACCION	FEMENINO		MASCULINO		Fo	%
	Fo	%	Fo	%		
SATISFACCION DE VIDA	7	6.7	1	0.9	8	7.6
ABANDONO DE INTERESES Y ACTIVIDADES.	23	23.3*	7	6.7	30	29
SENTIMIENTO DE VACIO	30	29.1*	9	8.7	39	37.8
INACTIVIDAD (aburrimiento).	27	26.1*	10	9.7	37	35.9
ESPERANZA EN EL FUTURO	7	6.7	4	3.8	11	10.5
RESENTIMIENTO	33	32*	12	11.6	45	43.6
BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	12	11.6	1	0.9	13	12.5
MIEDO A QUE LE SUCEDA ALGO	21	19.4	9	8.7	30	28.1
ACTITUD HACIA LA VIDA	14	13.5	2	1.9	16	15.4
DESAMPARO	22	21.3*	9	8.7	31	30
INTRANQUILIDAD Y NERVIOSISMO	27	26.2*	7	6.7	34	32.9
FALTA DE EMOTIVIDAD	27	26.2*	11	10.6	38	36.8
PREOCUPACION POR EL FUTURO	30	29.1*	14	12.6	43	41.7
PROBLEMAS DE MEMORIA	27	26.2*	10	9.7	37	35.9
DESEO DE VIVIR	8	7.7	4	3.8	12	11.5
DESANIMO Y TRISTEZA	28	27.1*	10	9.7	38	36.8
FALTA DE AUTOESTIMA	25	24.2*	10	9.7	35	33.9
PREOCUPACION POR EL PASADO	29	28.1*	7	6.7	36	34.
ENFOQUE HACIA LA VIDA	15	14.5	6	5.8	21	20.3
DIFICULTAD PARA INICIAR NVOS. PROYECTOS	25	24.2*	9	8.7	34	32.9
VITALIDAD	19	18.4	3	2.9	22	21.3
SITUACION DESESPERANTE	29	28.1*	10	9.7	39	37.8
COMPARACION CON OTROS	29	28.1*	10	9.7	39	37.8
MOLESTIAS POR COSAS SIN IMPORTANCIA	26	25.2*	9	8.7	35	33.9
GANAS DE LLORAR	34	33*	8	7.7	42	40.7
PROBLEMAS PARA CONCENTRARSE	22	21,3*	11	10.6	33	31.9
DISFRUTA LEVANTARSE POR LAS MAÑANAS	5	4.8	2	1.9	7	6.7
EVITA REUNIONES SOCIALES	19	18.4	4	13.5	33	31.9
DIFICULTAD PARA TOMAS DECISIONES	11	10.6	3	2.9	14	13.5
LUCIDEZ MENTAL	32	31.0	7	6.7	39	37.7

FUENTE: Idem cuadro 1.

DESCRIPCION: En relación a los indicadores de satisfacción en los adultos mayores que presentan de presión, se tiene por orden de importancia lo siguiente: con 33% con tendencia a llorar 32% resentimiento; 31% tado mental; 29.1% sentimiento de vacío y preocupación por el futuro; 28.1% preocupación por el pasado, situación desesperante, comparación con otros; 27.1% desánimo y tristeza; 26.2% inactividad, intranquilidad y nerviosismo, falta de emotividad, problemas de memoria; 25.2% Molestia por cosas sin importancia; falta de autoestima y dificultad para iniciar nuevos proyectos; 22.3 % abandono de intereses y actividades; y el 21.3% desamparo y problemas para concentrarse.

**INDICADORES ESPECÍFICOS EN LOS ADULTOS DEL SEXO FEMENINO QUE PRESENTARON DEPRESIÓN GRAVE Y LEVE, VALORADO EN LA ESCALA DE YESAVAGE (GDS), DE LA COMUNIDAD DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO, MÉXICO, D.F. 1999**



#### 4. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Se tiene que en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, módulos C y D, la edad promedio de los adultos mayores es de 60 a 64 años, dicha población que reside en esta comunidad son originarios de Xochimilco D. F.

Se destaca que los adultos mayores son mujeres. Por otra parte el nivel de escolaridad es Primaria Incompleta.

Con relación a las actividades de la vida diaria las realizan de manera independiente, dedicándose al hogar.

La dependencia económica de los adultos mayores es dada por los hijos.

En cuanto a las enfermedades existentes en la población por aparatos y sistemas son las cardiovasculares, músculo-esqueléticas, endócrinas y órganos de los sentidos. Por otra parte las enfermedades por orden de importancia son: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, afectación del sentido de la vista y dolor músculo-esquelético.

Los adultos mayores del sexo femenino consideran que su situación es desesperante, manifiesta ganas de llorar, presentan sentimiento de vacío y preocupación por el futuro, resentimiento, así mismo desánimo, tristeza se compara con otros, refiere preocupación por el pasado y lucidez mental; tiene problemas de memoria, intranquilidad y nerviosismo, problemas para concentrarse y molestias por cosas sin importancia, falta de autoestima y dificultad para iniciar nuevos proyectos, abandono de intereses y actividades, desamparo.

Por lo anterior en los adultos mayores existe un alto riesgo a Depresión ( Depresión leve).



Por lo tanto se sugiere diseñar programas de intervenciones de enfermería en pacientes deprimidos basándose en el modelo de Henderson a través de terapias tales como reminiscencia, resocialización, estimulación de la memoria y estimulación sensorial, con la finalidad de ayudar al adulto mayor a potencializar sus habilidades físicas y mentales hasta sus últimos años de vida.

Considerando los siguientes aspectos:

Que los programas vayan enfocados a la promoción, prevención y autocuidado, así mismo encaminados a disminuir y erradicar dichos problemas, realizándose por prioridades; respetando su cultura, su forma de ser y de pensar, de acuerdo a su nivel de escolaridad y así lograr un nivel de comprensión adecuado, fomentando la planeación de sus actividades, para dar paso a otras fuera del hogar, facilitando con ello la interacción con personas de su misma edad; así mismo contar con el apoyo de instituciones gubernamentales y de la tercera edad en la realización de actividades.

Promover que las actividades manuales sean remuneradas económicamente. Que los programas sean continuos y permanentes.

Sobre todo, creemos que al realizar dichos programas se puede lograr mejorar el ambiente familiar y social entorno al anciano.

La población mundial y nacional envejece de tal manera, que la creciente esperanza de vida permite suponer que el contacto intergeneracional puede ser cada vez mayor, conviviendo los muy jóvenes con los muy viejos. Ello debe constituir un reto para los

gobiernos que deberán proyectar iniciativas para servir a un sector usuario cada vez más amplio. La prolongación de la vida significa un mayor riesgo de la misma, impuestos por una sociedad que no reposa, como consecuencia, se incrementa el uso de los servicios de salud con especialización en geriatría. Además será necesario aprender a envejecer, ya que, así como existe la pedagogía misma, que prepara a los niños para que construyan sus vidas hacia el futuro, la "geriagogía" capacitaría a quienes envejecen sobre la base de una perspectiva desde el pasado.

Una "geriagogía" previsorá sería la mejor escuela para enseñar que, si bien la vida cambia, no impone necesariamente limitaciones y aún en las últimas etapas del ciclo vital, pueden preverse como ricas en experiencias y socialmente constructivas.

## 5. GLOSARIO DE TERMINOS

**AFASIA:** Trastorno neurológico que se caracteriza por defecto o ausencia de la función del lenguaje como consecuencia de una lesión en determinadas áreas de la corteza cerebral. La deficiencia puede ser sensorial o receptiva, en cuyo caso el lenguaje no se comprende, o expresiva o motora en cuyo caso las palabras no pueden formarse o expresarse.

**AISLAMIENTO:** Temor de interrelacionarse con otro individuo.

**ALOPSICOSIS:** Alteración de los poderes de percepción.

**ALOPSIQUICO:** Perteneciente a procesos mentales en relación con el ambiente externo.

**ALUCINACION:** Percepción falsa sin relación con la realidad y no se explica por ningún estímulo exterior. Puede ser visual, auditiva u olfatoria. Es posible que el juicio esté deteriorado y el paciente no sea capaz de distinguir entre lo real y lo imaginario.

**ANGUSTIA:** Congoja, aflicción. Sensación constrictiva en la región precordial o en la epigástrica, con dificultad respiratoria y tristeza.

**ANHEDONIA:** Falta de placer en actos que normalmente son agradables. Incapacidad para experimentar placer o satisfacción por los actos que normalmente son agradables.

**ANSIEDAD:** Estado o sensación de aprensión, desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la presión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse.

**ANTIPSIKOTICOS:** Dícese de los fármacos utilizados para reducir la psicosis. Fármaco eficaz para contrarrestar ciertas perturbaciones mentales.

**APRAXIA:** Incapacidad para llevar a cabo movimientos con un propósito, aunque no hay deterioro sensitivo ni motor. Incapacidad para utilizar adecuadamente los objetos.

**ATAXIA:** Coordinación muscular defectuosa, en particular la manifestada cuando se intentan movimientos musculares voluntarios.

**AUTOCUIDADO:** Incluye acciones dirigidas hacia la propia persona y hacia el medio ambiente, con el propósito de regular el funcionamiento y bienestar propios.

**AUTOESTIMA:** Evaluación o visión de la propia persona, que se considera generalmente que influye sobre los sentimientos y las conductas. Valoración personal.

**AUTONOMIA:** Funcionar de manera independiente.

**CAQUEXIA:** Deterioro general del estado de salud con mal nutrición, debilidad y emaciación. ( Estado de ser extremadamente delgado ) que por lo general se asocia con enfermedades consuntivas ( desgastarse ) que causan deprivación grave.

**CATECOLAMINAS:** Denominación global para las aminas aromáticas, elevan la noradrenalina y dopamina ( catecolaminas primarias ) y aumentan la adrenalina (catecolaminas secundarias ), así como sus derivados.

**COLERA:** Estado mental temperamental, con comportamiento fogoso, fácilmente encolerizable y en ocasiones irascible.

**CONCENTRACION:** Fijación de la mente en un tema para excluir todos los otros pensamientos.

**DELIRIO:** Estado de extrema excitación o entusiasmo exagerado. Trastorno mental orgánico agudo caracterizado por confusión, desorientación, inquietud, disminución en el nivel de conciencia, incoherencia, temor, ansiedad, excitación, generalmente ilusiones y alucinaciones de tipo visual se debe a alteraciones de las funciones cerebrales que pueden ser motivadas a su vez por múltiples trastornos metabólicos.

**DEMENCIA:** Trastorno mental orgánico progresivo caracterizado por desintegración

crónica de la personalidad, confusión, desorientación, estupor, deterioro de la capacidad y función intelectual y del control de la memoria, el juicio y los impulsos.

**DEPENDENCIA:** Estrecha e íntima ligazón de una persona, cosa o estado, a otra persona.

**DEPRESION:** Estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento y baja autoestima, vacío y desesperanza que no responden a una causa real explicable. Las manifestaciones van desde una falta ligera de motivación e incapacidad de concentración, hasta alteraciones fisiológicas graves de las funciones corporales y pueden corresponder a diferentes síntomas de diversas enfermedades físicas y mentales, un complejo síndrome asociado con una enfermedad en particular o trastorno mental específico.

**DISFASIA:** Deterioro del lenguaje como resultado de una lesión cerebral.

**DISFORIA:** Sensación exagerada de depresión e inquietud sin causa aparente; ánimo de insatisfacción general, desagrado, inquietud general, molestia, infelicidad.

**DISTIMIA:** Forma leve crónica de depresión que ha estado presente durante cuando menos 2 años. Se produce con una frecuencia 2 veces mayor en la mujer que en el varón.

**DOLOR:** Sensación desagradable producida por estímulos de diversos tipos aplicados

sobre terminaciones nerviosas libres distribuidas por todo el cuerpo. En general, se considera un mecanismo protector del organismo, como signo de alarma, o para provocar una reacción refleja destinada a evitar estímulos perjudiciales.

**DUELO:** Demostraciones de sentimiento por la muerte de una persona.

**ELECTROSHOCK:** Terapia psiquiátrica mediante electrospasmos, producidos por electroshock, propiamente dichos.

**ESTRES:** Estado en que aumenta la actividad endocrina y vegetativa, con excitación difusa del simpático y síntomas del síndrome general de adaptación, como respuesta reactiva del organismo a estímulos que representan un ataque a su integridad (frio, toxinas bacterianas y otras, tensión laboral, etc. ).

**FRUSTRACION::** Estado que resulta por obstaculizar o evitar actos, que si se llevaran a cabo, brindarían satisfacción o gratificación de las necesidades físicas o de personalidad.

**GERIAGOGIA:** Rama de la gerontología que se encarga de preparar y enseñar al anciano a mejorar su calidad de vida.

**GERIATRIA:** Estudio de todos los aspectos del envejecimiento, incluyendo problemas fisiológicos, patológicos, psicológicos, económicos y socioecológicos.

**GERONTOLOGIA:** Estudio del proceso del envejecimiento y las enfermedades relacionadas con la edad en el ser humano.

**HIPERSOMNIA:** Sueño excesivamente profundo o prolongado seguido de estado confusional al despertar, las causas psíquicas predominan sobre las físicas. Somnolencia extrema que suele acompañarse de letárgica. Alteración caracterizada por largos periodos de sueño profundo.

**HISTERIA:** Estado general de tensión o excitación de una persona o grupo de personas, que se caracteriza por miedo y pérdida temporal del control sobre las emociones.

**HOLISTICO:** Estado integrado de salud o integración de cuerpo, mente, espíritu y ambiente de un paciente. Así mismo vivir e integrar estos aspectos de la persona.

**HOSTILIDAD:** Tendencia de un organismo a amenazar con daños a otro organismo o así mismo. Puede expresarse de una forma activa o pasiva. Casi siempre es un síntoma de depresión.

**INVOLUCION:** Conjunto de alteraciones regresivas que se producen en la edad avanzada y conducen a la progresiva degeneración de los tejidos y órganos.

**MALHUMOR:** Estado de ánimo patológico en las afecciones cerebrales orgánicas.



**MANIA:** Trastorno mental caracterizado por excitación excesiva. Forma de psicosis caracterizada por sentimientos exaltados, delirios de grandeza, elevación del ánimo, hiperactividad psicomotora y producción excesiva de ideas.

**MEMORIA:** Registro mental, retención y recuerdo de experiencias pasadas, conocimientos, ideas, sensaciones y pensamientos. Reservorio de todas las experiencias y conocimientos pasados que puede recordarse a voluntad.

**MIEDO:** Perturbación angustiosa del ánimo.

**NEUROSIS:** Respuesta ineficaz a la ansiedad o los conflictos internos utilizando mecanismos defensivos inconscientes.

**PARESTESIA:** Sensación de entumecimiento, hormigueo o cosquilleo, aumento de la sensibilidad.

**PSICOSIS:** Trastorno mental grave de origen orgánico o emocional que se caracteriza por una alteración o desorganización extrema de la personalidad y que se acompaña con frecuencia de depresión grave, agitación, conducta agresiva, ilusiones, delirios y alucinaciones, que alteran de tal forma la percepción la línea de pensamiento, las respuestas emocionales y la orientación personal, que el individuo pierde el contacto de la realidad, es incapaz de realizar una actividad social normal habitual y que normalmente requiere hospitalización.

**PSICOTERAPIA:** Método de tratamiento de enfermedades, en especial trastornos nerviosos, por medios mentales en lugar de físicos.

**RECIDIVA:** Reaparición de una enfermedad tiempo después de haberla considerada como curada. El término es aplicado sobre todo a las neoplasias que vuelven a aparecer después de un tratamiento quirúrgico, radioterápico o quimioterápico.

**REHABILITACION:** Medidas para la recuperación de personas que sufren marginación o inadaptación social, mental (psíquica) o física (disminuidos) con el fin de que desarrollen una vida laboral y personal normal.

**REMINISCENCIA:** Tipo de terapéutica con charla que ayuda a los pacientes de edad adulta mayor y que han experimentado pérdidas. La reminiscencia ayuda a repasar y destacar los componentes de su pasado que tienen significado.

**RETRAIMIENTO:** Condición personal de reserva y poca comunicación. Aficionado a la soledad.

**SEDANTE:** Fármaco que se encarga de la reducción de la intranquilidad psíquica y la motora.

**SUICIDIO:** Fin voluntario de la vida, causado por uno mismo. Se considera que los

mecanismos más frecuentes son la precipitación ( en medio urbano ).

**TEMORES:** Angustia frente a sucesos futuros, que va acompañada de trastornos vegetativos, como palidez, trastornos cardiacos, respiratorios y molestias gastrointestinales.

**TERTULIO:** Reunión habitual de personas que se juntan por recreo, para conversar amigablemente o para distraerse.

**TRASTORNO:** Alteración del estado de ánimo habitual; puede presentarse dentro de los límites de la normalidad o puede ser muy intenso en las enfermedades cerebrales orgánicas difusas, en el síndrome de la transición, en la epilepsia y otros trastornos.

**TRISTEZA:** Sentimiento emocional normal de deyección o melancolía. Resulta de un acontecimiento o situación infeliz que justifica un cambio en el estado emocional.

## **6. APENDICES Y ANEXOS.**

**RELACIÓN DE GERIÁTRICOS QUE RESIDEN EN SAN LUIS TLAXIALTEMALCO  
A LOS CUALES SE LES APLICO LAS EVALUACIONES DE FOLSTEIN, KATZ Y YESAVAGE.**

NOMBRE	Mod.	Edad	Sexo	DOMICILIO	F	K	Y
1. AGUILAR MEDINA MARIA	C	82	F	AÑO JUAREZ N°. 66	22	103	17
2. AGUILAR NIETO ANGEL	D	76	M	AÑO DE JUAREZ N°. 96	27	18	8
3. ANGELES FLORES MARIA	D	60	F	AÑO DE JUAREZ N°. 10	10	15	86
4. AVELINO RUFINO EMILIANO	D	76	M	TULIPAN N°. 9	30	106	4
5. AVILA COAXOSPA AURA	C	82	F	OLIVO N°. 5	28	103	6
6. BALANZARIO BARRERA AGUSTINA	C	60	F	MAGDALENA MORENO N°. 13	23	103	23
7. BARRERA C. TERESA	C	60	F	CDA H ORTENSIA N°. 161	24	103	19
8. BARRERA LOURDES MANUELA	C	75	F	FLORICULTOR N°. 7	26	106	7
9. BARRERA M. ENEDINA	C	80	F	HORTICULTOR N°. 17	19	108	22
10. BARRERA VDA. DE PEREZ PASCUALA	D	96	F	HORTICULTOR N°. 23	23	108	12
11. BELTRAN GUTIERREZ CATALINA	D	60	F	TULIPAN N°. 24	23	108	20
12. BENITEZ ALCANTARA ELIGIO	D	95	M	FLORICULTOR S-N	12	96	15
13. CABELLO MARTINEZ CELIA	D	61	F	AV. AÑO DE JUAREZ S-N	26	108	05
14. CABELLO MARTINEZ CONSUELO	D	76	F	CAMELIA N°. 2	25	108	18
15. CABELLO MARTINEZ SUSANO	D	77	M	FLORICULTOR N°. 29	29	108	10
16. CABELLO VARGAS IGNACIA	C	67	F	MAGDALENA MORENO N°. 4	24	108	06
17. CABRERA XOLALPA FORTUNATO	C	87	M	MAGDALENA MORENO N°. 18	24	98	11
18. CALZADA RAMIREZ ANDREA	C	79	F	HIDALGO N°. 39	24	103	26
19. CAMACHO FELIPA	C	73	F	CEA. ROSAL S-N	28	106	16
20. CASTILLO CONCEPCION	D	90	F	FLORICULTOR N°. 8B			
21. CASTILLO LOPEZ FIDEL	C	98	M	TONACATEPEL S-N	24	82	20
22. CASTRO XOLALPA MODESTA		93	F	VIRGINIA RIVERA N°. 9	15	99	15
23. COAXOSPA CABRERA JOSE	C	76	M	HORTICULTOR N°. 13	28	108	06
24. COAXOSPA CABRERA MARGARITA	C	63	F	HIDALGO N°. 10	23	88	10
25. COAXOSPA CABRERA PEDRO	C	70	M	HORTICULTOR N°. 17	14	108	09
26. COAXOSPA CABRERA PEDRO	D	70	M	HORTICULTOR N°. 17	14	108	9
27. COAXOSPA XOLALPA GUADALUPE	C	65	F	16 DE SEPTIEMBRE N°. 1	25	106	09
28. COAXOSPA XOLALPA PEDRO	C	75	M	FLORICULTOR N°. 18	15	99	21
29. CRUZ BELTRAN EULOGIA	C	60	F	HORTICULTOR N°. 17	25	108	26
30. CRUZ CASTRO CONCEPCION	C	62	F	HORTICULTOR N°. 8	28	108	02
31. CRUZ MARTINEZ CRECENCIA	C	78	F	CDA. HUERTO N°. 9	25	78	18
32. CRUZ MORENO MARGARITA	D	72	F	FLORICULTOR N°. 12	22	108	11
33. CRUZ MUÑOZ	C	70	M	TULIPAN N°. 9	16	108	05
34. CHAVEZ BOJORJEZ MAURA	C	63	F	ACUEXCOMATL N°. 16	24	98	21
35. DELA ROSA ROMERO GUADALUPE	C	75	F	16 DE SEPTIEMBRE N°. 10	19	108	26
36. ENRIQUE BENITEZ LUIS	D	78	M	ZONA CHINAMPERA MOD. -C	26	100	07
37. ESCOBAR PERALTA SIL VIA	D	60	F	2° PRIV. DE AÑO DE JUAREZ N°. 2	27	108	01
38. ESPINOZA COAXOSPA EDUARDO	C	74	M	ACUEXCOMATL N°. 16 - 7	27	108	09
39. ESPINOZA CRUZ ARCADIA	C	80	F	MAGDALENA MORENO N°. 9	24	80	16
40. ESPINOZA JIMENEZ ROSA	C	68	F	HIDALGO N°. 5	22	108	03
41. ESPINOZA MARTINEZ CELIA	C	68	F	16 DE SEPTIEMBRE N°. 7	28	108	05
42. ESPINOZA MARTINEZ M°. GUADALUPE	C	67	F	CION. MEXICO 70 N°. 8	26	108	20
43. ESPINOZA XOLALPA ALBINO	C	94	M	HORTICULTOR N°. 5	24	83	07
44. FLORES CASTRO DAVID	C	69	M	16 DE SEPTIEMBRE N°. 11	22	108	15
45. FLORES CASTRO GUILLERMINA	D	64	F	AÑO DE JUAREZ S/N	26	108	3
46. FLORES ESPINOZA JOSEFINA	D	60	F	ZONA CHINAMPERA MOD.-D	25	108	16
47. FLORES GONZALEZ JOSEFINA	D	63	F	2° PRIV. AV. JUAREZ N°. 63	25	108	17
48. FUENTES FLORES GONZALO	D	85	M	FLORICULTOR N°. 18	20	108	13
49. GALICIA FLORES ALBERTA	C	70	F	16 DE SEPTIEMBRE N°. 11	23	108	09
50. GONZALEZ SANCHEZ MARTHA	C	60	F	CUAUHTEMOC N°. 1	24	108	03
51. GUADARRAMA BARRERA RAFAELA	D	64	F	CAMELIA N°. 32	25	108	09

52. GUERRERO SALVADOR BRIGIDA	D	66	F	AÑO DE JUAREZ N°. 67	23	108	02
53. HERNANDEZ FLORES EZEQUIEL	C	94	M	FLORICULTOR N°. 4	23	103	10
54. HERNANDEZ NIEVA ALFONSO	D	77	M	FLORICULTOR N°. 4 BIS	25	108	15
55. JIMENEZ BARRERA AMELIA	C	62	F	16 DE SEPTIEMBRE N°. 3	26	86	07
56. JIMENEZ LADISNAO	C	95		CDA. HORTENCIA N°. 3	17	89	13
57. JIMENEZ MARTINEZ SILVESTRE	D	84	M	CJON. AHUEHUETE N°. 2	22	73	28
58. JIMENEZ NIETO CARMEN	D	65	F	FLORICULTOR N°. 12	26	108	7
59. JIMENEZ SALAZAR CARMEN	D	66	F	FLORICULTOR N°. 12	23	90	12
60. JIMENEZ XOLALPA EUSTOLIA	D	64		TULIPAN N°. 17	26	108	03
61. LIMON HERRERA JUANA	C	61	F	CDA. 16 DE SEPTIEMBRE N°. 4	24	108	06
62. LOPEZ CABRERA JUANA	D	63	F	CAMELIA N°. 33	25	108	24
63. LOPEZ ESPINOZA DOLORES	C	82	F	HORTICULTOR N°. 13	25	103	09
64. LUNA VDA. DE DURAN PETRA	C	84	F	CDA. DEL ROSAL N°. 5	21	103	08
65. MANCERA COAXOSPA JULIA	C	77	F	CJON. MEXICO 70 N°. 14	20	108	11
66. MANCERA COAXOSPA LUISA	C	68	F	CDA. DEL HUERTO N°. 3	17	103	21
67. MANCERA XOLALPA SIVESTRE	D	81	M	CAMELIA N°. 2	18	108	09
68. MANDIOLA RAMIREZ TERESA	D	65	F	CJON. DE AHUEHUETE N°. 5	21	108	12
69. MARTINEZ ESPINOZA ANGELA		87	F	CDA. HORTENSIA N°. 1	21	85	23
70. MARTINEZ RAMIREZ IRENE		60	F	HORTENSIA N°. 4	16	108	17
71. MOLINA MARIA VDA. DE MEDINA	D	81	F	AV. AÑO DE JUAREZ N°. 34	26	108	10
72. MORALES CASTRO ENRIQUE	D	78	M	AÑO DE JUAREZ N°. 35	25	108	06
73. MORALES COAXOSPA MARTHA	C	60	F	GUADALUPE Y RAMIREZ N°. 3	26	108	05
74. PERALTA ROSA	D	67	F	AV. 5 DE MAYO CONO.	26	103	12
75. RAMIREZ GILBERTO	C	68	M	CDA. DEL ROSAL N°. 26	28	108	06
76. REYES CABRERA REVERIANO	C	65	M	AV. AÑO DE JUAREZ N°. 66	26	108	03
77. RIVAS MENDOZA MARIA LUISA	D	63	F	AV. AÑO DE JUAREZ S-N	30	108	03
78. ROBLES JIMENEZ SOFIA	C	85	F	ACUEXCOMATL N°. 47	19	108	19
79. ROBLES SANCHEZ MARGARITA	D	62	F	TULIPAN N°. 2-22	19	108	15
80. ROBLES SANCHEZ CANDELARIA	D	68	F	CJON. DE AHUEHUETE N°. 9	19	93	10
81. ROBLES SANCHEZ GUMERZINDO	D	68	M	CAMELIA N°. 32	25	108	15
82. RODRIGUEZ GAMA HERMINIA	C	60	F	AV. AÑO DE JUAREZ S-N	30	108	08
83. ROMERO FLORES FLORENCIA	C	69	F	HIDALGO N°. 10	23	108	18
84. ROMERO FLORES PONCIANO	C	65	M	HIDALGO N°. 10	25	108	18
85. ROMERO NORIEGA LEONOR	D	85	F	AGRICULTOR N°. 22 A	28	108	03
86. SALAZAR CRUZ RUTH	D	73	F	AGRICULTOR N°. 12	23	108	03
87. SALAZAR ROBLES AMPARO	D	71	F	FLORICULTOR N°. 4	23	73	11
88. SALAZAR ROBLES ANA MARIA	D	64	F	HORTENSIA N°. 2	19	108	10
89. SALINAS GRANADOS EMILIA	D	72	F	FLORICULTOR N°. 4 BIS	19	108	13
90. SANCHEZ TELLEZ RAQUEL	C	76	F	2° CDA. DE GPE. Y RAMIREZ N°. 2	22	98	22
91. SANCHEZ XOLALPA PEDRO	D	85	M	TULIPAN N°. 14	20	108	14
92. SERRALDE GARCIA GREGORIA	D	81	F	CUACONTLE S-N	20	98	18
93. SERRALDE MARTINEZ JUANA	C	68	F	16 DE SEPTIEMBRE N°. 45	21	98	06
94. TAPIA GARCIA FRANCISCA	D	68	F	TULIPAN N°. 15	26	108	04
95. TENIERS SANCHEZ DOLORES	C	79	F	ACUEXCOMATL N°. 18	17	108	21
96. TOMAS TOLENTINO REINALDA	C	89	F	GUADALUPE Y RAMIREZ N°. 1	12	108	14
97. VALENCIA GARCIA FIGENIA	C	69	F	2° CDA. DE GPE. Y RAMIREZ S-N	09	108	12
98. VILLAMAR DE LA PEÑA PETRA	D	62	F	AV. CUACONTLE S-N	26	100	11
99. XOLALPA CASTRO JULIAN	D	91	M	CAMELIA N°. 12	96	103	04
100. XOLALPA CRUZ GUILLERMINA	C	71	F	HORTICULTOR N°. 12	25	103	06
101. XOLALPA CUAXOSPA FERMINA	D	60	F	CJON. DE AHUEHUETE N°. 7	27	108	04
102. XOLALPA FLORES SOCORRO	C	61	F	FLORICULTOR N°. 5	23	103	28
103. XOLALPA MACARIA	C	61	F	CJON. MEXICO 70 N°. 7	26	108	05



## ATENCIÓN Y CÁLCULO

5

( )

Pida al sujeto: Reste de 4 en 4, a partir del 40. Fíjese bien, se trata de contar para atrás, restando 4 cada vez por ejem:  $40-4=36$ ,  $36-4=32$ . Continúe hasta que yo le diga que se detenga. Deténgalo después de 5 sustracciones (no proporcione ayuda.)

28

( )

24

( )

20

( )

16

( )

12

( )

## EVOCACIÓN

3

( )

Pida al sujeto: Repita las tres palabras que le pedí que recordara.

Flor

( )

Coche

( )

Nariz

( )

## LENGUAJE

2

( )

Nombrar: Muestre al sujeto un reloj y pregúntele ¿Cómo se llama esto? Repita lo mismo con una moneda.

reloj

( )

moneda

( )

1

( )

Repetición: Diga al sujeto la siguiente instrucción: Le voy a decir una oración repítala después de mí (diga lenta y claramente): No voy si tú no llegas temprano. (sólo un ensayo)

( )

3

( )

Comprensión: Coloque una hoja de papel sobre el escritorio y pida al sujeto: Tome la hoja de papel con su mano derecha, después dóblela y tírela al piso (de un punto por cada paso correctamente ejecutado tome la hoja de papel

Con su mano derecha

( )

dóblela

( )

Tírela al piso

( )

1

( )

Lectura: Muestre al sujeto la instrucción escrita: Cierre sus ojos, incluida la instrucción escrita. Pídale: Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda).

( )

1

( )

Escritura: Presente al sujeto el reverso de la hoja en la que se encuentra la instrucción escrita. Pídale: Escriba en este espacio, un pensamiento que sea una oración con sentido que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda).

( )

1

( )

Contra del modelo: Muestre al sujeto el modelo de los dos pentágonos cruzados, (Incluido al reverso de la misma hoja). Pida al sujeto: Copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja. Debe haber 10 ángulos, y dos intersecciones. (No tome en cuenta temblor ni rotación).



### ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA.

1. ¿Esta usted satisfecho con su vida?	No	Si
2. ¿Ha abandonado usted, muchos de sus intereses y actividades	No	Si
3. ¿Siente usted que su vida ésta vacia?	No	Si
4. ¿ Se aburre usted con frecuencia?	No	Si
5. ¿ Tiene usted esperanza en el futuro?	No	Si
6. ¿ Esta usted molesto por pesamientos que no puede alejar de su mente?	No	Si
7. ¿ Estad usted molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	No	Si
8. ¿ Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a suceder?	No	Si
9. ¿ Se siente usted contento la mayor parte del tiempo?	No	Si
10.¿ Se siente usted frecuentemente desamparado?	No	Si
11.¿ Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia.?	No	Si
12.¿ Prefiere usted quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	No	Si
13.¿ Se preocupa usted frecuentemente desamparado?	No	Si
14.¿Se siente usted intranquilo y nervioso con frecuencia?	No	Si
15.¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	No	Si
16.¿Se siente usted desanimado y triste con frecuencia?	No	Si
17.¿Se siente usted que nadie lo aprecia?	No	Si
18.¿ Se preocupa usted mucho por el pasado?	No	Si
19.¿Cree uste que la vida es muy emocionante?	No	Si
20.¿Le es dificil a usted comenzar nuevos proyectos?	No	Si
21.¿Se siente usted lleno de energia?	No	Si
22.¿Siente usted que su situación es desesperante?	No	Si
23.¿Cree usted que los demás están mejor que usted?	No	Si
24.¿Se molesta con frecuencia por cosas, sin importancia?	No	Si
25.¿Tiene usted ganas de llorar con frecuencia?	No	Si
26.¿Tiene usted problemas para concentrarse?	No	Si
27.¿Disfruta usted al levantarse por las mañanas?	No	Si
28.¿Prefiere usted evitar las reuniones sociales.?	No	Si
29.¿Es fácil para usted tomar decisiones.?	No	Si
30.¿ Está su mente tan clara como solía estar antes.?	No	Si

## INDICE DE KATZ. EVALUACION DE ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA.

### 1 BAÑO: ESPONJA REGADERA O TINA.

No recibe asistencia, (puede entrar y salir de la tina por el mismo si la tina es su medio usual de baño)

Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo como espalda o piernas)

Que reciba asistencia durante el baño en mas de una parte

### 2 VESTIDO : Que pueda tomar del closet o de los cajones la ropa, incluyendo la ropa interior, vestido y que se pueda abrochar

Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia.

Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrochar zapatos.

Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse

### 3 IR AL BAÑO: Ir al baño, limpiarse y arreglar su ropa.

Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda manejar por si mismo el pañal o cómodo vaciándolo el mismo

Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y arreglar su ropa o en el uso del pañal o cómodo.

Que no vaya al baño.

### 4 TRANSFERENCIAS

Que se mueva dentro fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un objeto de soporte)

Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia.

Que no pueda salir de la cama.

### 5 CONTINENCIA

Control total de esfinteres.

Que tenga accidentes ocasionales.

Necesita ayuda para la supervisión del control de esfinter, utilizar sonda o incontinente.

### 6 ALIMENTACION

Que se alimente por si solo sin asistencia alguna

Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla

Que reciba asistencia en alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parental.

### CALIFICACION KATZ:

1. INDEPENDENCIA EN ALIMENTACION, CONTINENCIA, TRANSFERENCIAS, IR AL BAÑO, VESTIRSE, BAÑARSE
2. INDEPENDENCIA EN TODAS LAS FUNCIONES MENOS UNA.
3. INDEPENDIENTE EN TODO MENOS BAÑARSE Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
4. INDEPENDENCIA EN TODO MENOS BAÑARSE, VESTIRSE Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
5. DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO IR AL BAÑO Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
6. DEPENDENCIA EN EL BAÑO, VESTIDO, IR AL BAÑO, TRANSFERENCIA Y OTRA FUNCION ADICIONAL.
7. DEPENDIENTE TOTAL EN LAS SEIS FUNCIONES.
8. DEPENDENCIA EN DOS FUNCIONES PERO QUE NO CLASIFICAN EN C,D,E,F.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.  
98 - 99.

ACTIVIDADES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	PERIODOS DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	MAYO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
	Marco teórico.	*	*	*	*				
Planteamiento problema				*					
Metodología			*	*					
Recolección de datos			*	*	*	*			
Primera revisión			*						
Procesamiento de datos							*		
Análisis							*		
Segunda revisión de datos							*		
Entrega de Prot. de Inv.								*	
Presentación final tesis									*

# ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

## 7. BIBLIOGRAFIA.

- ALFARO, ROSALINDA. El pensamiento Crítica en Enfermería. Ed. Masson. Barcelona, España, 1997.
- A.S. STAAB, L.C. HODGES. Enfermería gerontológica Interamericana. México 1998.
- BRUNER. Enfermería Médico Quirúrgica. Ed. Interamericana. 7ª edición. México 1994.
- BURNS, E.M. Enfermería Geriátrica. Ed. Morata. Madrid 1980.
- CALDERON NARVAEZ, GUILLERMO. Depresión. Ed. Trillas 4ª edición. México 1990.
- CARAVEO ANDUAGA, JORGE. "La Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en la Población Mexicana. Estado Actual y Perspectivas". Salud Mental 1996; vol 19 (S1).
- CARAVEO ANDUAGA, JORGE. "La Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en la Población Urbana Adulta en México". Salud Mental 1996; vol 132 (4).
- CARNEVALI, DORIS L. Tratado de geriatría y gerontología. Ed. Interamericana. 2ª edición. México 1989.

- CARROLL, MARY. Cuidados de Enfermería Individualizados en el Anciano. Ed. Doyma. México 1990.
  
- COLLIERE, MARIE FRANCOISE. Promover la Vida. Ed. Interamericana. Madrid 1993.
  
- COWDRY. El Cuidado del Paciente Geriátrico. Ed. Prensa Médica Mexicana. México 1992.
  
- DE LA FUENTE, RAMON. "Acerca de la Salud Mental". Salud Mental 1882 S (3).
  
- DE LA FUENTE RAMON. "Papel de la Depresión en la Patología Humana". Salud Mental 1983.S (10).
  
- Diccionario De Medicina. Ed. Océano Mosby. Barcelona, España 1993.
  
- FALCONER, SHERIDAN. Farmacología y Terapéutica. Ed. Interamericana. 3ª edición. México 1981.
  
- Gaceta UNAM. Dirección General de Servicios Médicos. Febrero 1999.
  
- GARCIA, LADISNAO. Enfermedad Mental en el Anciano. Ed. Díaz de Santos. España, Madrid 1993.

- GARCIA, MISERICORDIA. Enfermería Geriátrica. Ed. Salvat. Barcelona, España 1993.
- Gran Diccionario Enciclopédico. Ed. Programa Educativo Visual. Colombia 1992.
- GRIFFITH, CHRISTENSEN. Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Manual Moderno. México 1986.
- GUTIERREZ, E. "Actitud De la Comunidad hacia la Enfermedad Mental". Tesis Profesional, UNAM. México 1993.
- HAM, J. RICHARD. Atención Primaria en Geriatria. Ed. Doyma. España, Madrid 1995.
- HEINZE, MARTIN GERARDO. "La Depresión en la Práctica Diaria". Gac. Méd. Mex. 1996; vol. 132 (4).
- IYER W. PATRICIA. Proceso de enfermería y Diagnostico de enfermería. Ed. Interamericana. ed. 2. México D.F. ,1988.
- KASCHAK, NEUMAN DIANE. Planes de Cuidados en Geriatria. Ed. Doyma. Barcelona 1990.

- KING. Técnicas de Enfermería. Ed. Interamericana, 3ª edición. México 1990.
  
- LATIRGE, M.T. "Una Aproximación al Diagnóstico del Estado de Salud Mental en México". Revista Mexicana de Psicología, 1 (1), 1985.
  
- LEVESON Y HALL. Geriatría. Ed. Interamericana. México 1981
  
- LOEB. Manual de Farmacología. Ed. Limusa. México 1986.
  
- LOZANO, CARDOSO ARTURO. Introducción a la Geriatría. Ed. Méndez. México 1992.
  
- MARES, ABIGAIL. "Depresión en ancianos del INNSZ". México D. F. 1997.
  
- MARRINER. Modelos y Teorías de Enfermería. Ed. Doyma 3ª edición. México 1995.
  
- MONOTORIO, IZAM. The Geriatric Depression Areview of it's developement and utility. International Pslycho-geriatrics 1996, vol. 2 (1).
  
- MURRAY –ATKINSON. Proceso de atención de enfermería. Ed. Interamericana ed. 5. México D.F. , 1988.
  
- National Institute of Mental HealthÑ Un Published Data 1992.

- NICHOLAS, CONI. Geriatría. Ed. Manual Moderno. México 1990.
  
- NICHOLA, DEPRIETRO. Geriatría. Ed. Manual Moderno, 3ª edición. México 1985.
  
- ROM, J. Gerontot Geriatric 1996
  
- RONALD, GIRWOOD H. Terapéutica Médica. Ed. Manual Moderno, 15ª edición. México D. F. 1992.
  
- SALGADO, ALBERTO. Manual de Geriatría. Ed. Salvat. México D. F. 1990.
  
- SMITH - ESTON, NORMAN. Tratado de Geriatría. Ed. Pediátrica. Barcelona 1993.
  
- TABER'S. Diccionario Médico Enciclopédico. Ed. Manual Moderno. México D. F. 1997.
  
- VILLASEÑOR BAYARDO, SERGIO JAVIER. "Análisis Estadístico de la Auicola Semántica en una Población Psiquiátrica Mexicana". Repoerte Preliminar 1990.
  
- Wesley, R. L. Teorías y Modelos de Enfermería. Ed. Interamericana. México 1997.
  
- William, B. ABRA M. D. El Manual Merck de Geriatría. Ed. Doyma 1ª edición. Barcelona, España 1999.