

309



MED: **705/5**
A 627 m
2004

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
 FACULTAD DE MEDICINA
 INVENTARIO: 05 20 02 50
 30 10 02
 02 02 02

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MEDICA

I. INTRODUCCIÓN.

Pág.

COMPLEJO HOSPITALARIO "VIEDMA"
MEDICINA FAMILIAR

1.1. Problema	1
1.2. Justificación	3
1.3. Planteamiento del problema	4
1.4. Objetivos	4
1.4.1. Objetivo general	4
1.4.2. Objetivos específicos	5

MAGNITUD DE LA DEPRESION Y SU RELACION CON LA
DEPENDENCIA FÍSICA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR
EN DOS POBLACIONES DE LA CIUDAD DE
COCHABAMBA

2.3. Muestra	6
2.3.1. Criterios de inclusión	6
2.3.2. Criterios de exclusión	7
2.4. Variables	7
2.5. Material y métodos	7
2.5.1. Procesamiento de la información	7
2.5.2. Instrumentos	9

III. MARCO TEORICO

3.1. El adulto mayor	9
3.2. Envejecimiento y depresión	10
3.3. Depresión	12
3.3.1. Episodio depresivo mayor	12
3.3.2. Trastorno depresivo	14
3.4. Realidad nacional	15
3.4.1. Idioma	16
3.4.2. Migración	16
3.4.3. Situación familiar	16
3.4.4. Situación del adulto de vejez	17
3.4.5. Situación laboral	17
3.4.6. Situación de vejez	19

TUTORA Dr.: Miguel Villarroel

AUTORA Dra.: Marlene Antezana Soria Galvarro

COCHABAMBA BOLIVIA

2003 - 2004

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN.	
1.1. Problema y su importancia.	1
1.2. Justificación.	3
1.3. Planteamiento del problema.	4
1.4. Objetivos.	4
1.4.1. Objetivo general.	4
1.4.2. Objetivos específicos.	5
II. DISEÑO METODOLOGICO.	
2.1. Enfoque y tipo de investigación.	6
2.2. Universo de estudio.	6
2.3. Muestra	
2.3.1. Criterios de inclusión.	6
2.3.2. Criterios de exclusión.	7
2.4. Variables.	7
2.5. Material y métodos.	7
2.5.1. Procesamiento de la información.	7
2.5.2. Instrumentos.	9
III. MARCO TEORICO	
3.1. El adulto mayor.	9
3.2. Envejecimiento y depresión.	10
3.3. Depresión.	12
3.3.1. Episodio depresivo mayor.	12
3.3.2. Trastorno depresivo mayor.	14
3.4. Realidad nacional.	15
3.4.1. Idioma.	16
3.4.2. Migración	16
3.4.3. Situación familiar.	16
3.4.4. Salud.	17
3.4.5. Situación del seguro de vejez.	17
3.4.6. Situación laboral.	19

3.4.7. Situación económica.	20
3.4.7.1. Previsión social.	20
3.5. Instrumentos de Medicina Familiar.	22
3.5.1. Escala de Depresión de Yesavage.	22
3.5.2. Índice de Barthel.	24
3.5.3. APGAR Familiar.	27
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	
4.1. Resultados.	30
4.2. Discusión.	33
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	
5.1. Conclusiones.	34
5.2. Recomendaciones.	36
VI. TABLAS Y GRAFICOS.	
Tabla y gráfico 1.	37
Nivel de depresión en ancianos domiciliados y residenciados.	
Tabla y gráfico 2.	38
Relación entre niveles de depresión y funcionalidad familiar.	
Tabla y gráfico 3.	38b
Relación entre el estado anímico y el contacto con familiares.	
Tabla y gráfico 4.	39
Relación entre dependencia física con los niveles de depresión.	
Tabla y gráfico 5.	40
Relación entre niveles de depresión y género.	

Tabla y gráfico 6. Niveles de depresión en relación con la edad.	41
Tabla y gráfico 7. Niveles de depresión en relación con patología asociada	42
Tabla y gráfico 8. Relación entre niveles de depresión y escolaridad.	43
Tabla y gráfico 9. Niveles de depresión en relación a la ocupación.	44
Tabla y gráfico 10. Relación del estado civil con niveles de depresión.	45

VII. ANEXOS.

Anexo 1. Formulario	46
Anexo 2. APGAR familiar.	47
Anexo 3. Escala de Depresión de Yesavage.	48
Anexo 4. Índice de Barthel.	49

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

8.1. Libros.	50
8.2. Publicaciones periódicas.	51
8.3. Internet .	52

RESUMEN

FICHA RESUMEN

TÍTULO: Magnitud de los niveles de depresión y su relación con la dependencia y funcionalidad familiar, en dos poblaciones de la ciudad de Cochabamba durante el último trimestre del 2003.

AUTOR: Dra. Marlene L. Antezana S.G.

TUTOR: Dr. Miguel Villarroel

ESPECIALIDAD: Medicina Familiar

AÑO: 2004.

Tenemos como objetivo describir la magnitud de la depresión y la relación que guarda con el grado de dependencia, la funcionalidad familiar y otros factores, comparativamente en dos poblaciones de la ciudad de Cochabamba en el último trimestre del 2003.

El estudio es descriptivo de corte transversal, además de tener un enfoque cuantitativo.

Se aplicaron los instrumentos de medicina familiar: Escala de Depresión de Yesavage, Índice de Barthel y APGAR FAMILIAR.

Los diferentes niveles de depresión que se presentan en los ancianos tiene predominio en los residenciados que a su vez tiene como antecedente disfunción familiar en los hogares de los que provienen, como también viudez, baja escolaridad y casi nada de actividad ocupacional.

Palabras clave: Anciano, Depresión, Funcionalidad familiar, Dependencia física.

CAPITULO I

INTRODUCCION

1.1 Problema y su importancia

Actualmente las sociedades más desarrolladas contemplan el fenómeno sociológico del envejecimiento de la población, fruto de un aumento de la esperanza de vida y de una fecundidad descendente. Uno de los problemas de salud mental más frecuentes en la tercera edad son los cuadros depresivos. Los diferentes estudios epidemiológicos sobre prevalencia de la depresión en población anciana comunitaria revelan una gran disparidad de resultados, oscilando las tasas entre el 5% y el 20 %, cifras que pueden duplicarse entre la población anciana institucionalizada. (Boletín de la escuela de medicina, P. Universidad Católica de Chile, Vol. 29, N° 1-2, 2002).

La importancia de la detección y tratamiento de la depresión en centros residenciales de ancianos radica en que es un problema frecuente y a la vez, infradiagnosticado e intratado, con la consecuente merma en la calidad de vida del que la sufre. Por otra parte, presenta una elevada tasa de residivas, y la falta de un reconocimiento y tratamiento apropiados determinan una morbilidad y mortalidad mayores.

El que habitualmente los ancianos padezcan con más frecuencia problemas somáticos da lugar a un incremento en el uso de fármacos que tienen, en su

mayoría, capacidad depresógena y que inciden en el incremento de las tasas de prevalencia de la depresión. (Jiménez Herrero F. 1988)

Hay que destacar que lo que más influye en la depresión en el anciano es la disminución de salud y aparición de enfermedad, especialmente los trastornos relacionados con la deficiencia de algún sentido o la incontinencia urinaria.

Por otra parte la institucionalización en residencias se asocia a factores que pueden favorecer la aparición de cuadros o síntomas depresivos, y que pueden dar lugar a un incremento de la prevalencia de esta problemática: sentimientos de abandono en la residencia; dificultades económicas o limitación de la posibilidad del uso del dinero; aislamiento o alejamiento de la que hasta entonces había sido su red social habitual, lo cuál conduce a un desarraigo y esfuerzo de adaptación relevantes; cambios significativos en su estilo de vida con incremento del grado de estrés; adaptación obligada a un reglamento y normas que pueden incidir negativamente sobre su intimidad y autonomía y dar lugar a sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción vital; falta de objetivos y actividades; y, finalmente, incremento de las autopercepciones de déficit de salud e incremento de ansiedad ante la muerte. A todo ello habría que unir el que, en muchas ocasiones, los motivos que llevan a la institucionalización es la existencia de una enfermedad crónica que determina una discapacidad importante con pérdida de autonomía, una edad elevada y una falta de apoyo sociofamiliar en algunos casos debido al fallecimiento del cónyuge, lo que también redundaría muy directamente sobre el incremento de las tasas de trastornos depresivos, así como la carga valorativa de carácter negativo que implica el ingreso en centros residenciales. (FLOREZ LOZANO, 1997).