

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA



DEPENDENCIA, DEPRESION Y FACTORES SOCIOFAMILIARES EN EL PACIENTE ANCIANO

AUTOR: Dra. Jenny Marcela Luizaga López
Residente III Medicina Familiar - CNS/UMSS

TUTORES: Dr. Msc. Henry Solís Fuentes
Jefe de Enseñanza Medicina Familiar - CNS/UMSS
Prof. Dr. Rafael Bustos Saldaña
Jefe de Educación e Investigación en Salud IMSS-México

COCHABAMBA- BOLIVIA

MARZO 2005

TABLA DE CONTENIDOS:

☒ Resumen	
☒ Introducción	1
☒ Planteamiento del problema	2
☒ Justificación	2
☒ Marco Teórico	2
☒ Objetivo General	8
☒ Objetivos Especificos	8
☒ Hipótesis	8
☒ Metodología	9
☒ Resultados	10
☒ Discusión	13
☒ Conclusiones	15
☒ Recomendaciones	16
☒ Bibliografía	17
☒ Anexos	18

RESUMEN

DEPENDENCIA, DEPRESION Y RIESGO SOCIOFAMILIAR DEL PACIENTE ANCIANO

Autor: *Dra. Jenny Marcela Luizaga López*
Residente III Medicina Familiar

Tutores: *Dr. Msc. Henry Solís Fuentes (Bolivia)*
Dr. Rafael Bustos Saldaña (México)

Quién trabaja a diario con ancianos puede notar fácilmente que esta población es capaz de desarrollar una serie de conductas que asombraría a más de un incauto. La realidad clínica nos señala que, a diferencia de la valoración sociocultural predominante en nuestra sociedad occidental, el anciano es capaz de adaptarse progresivamente a medida que la situación así lo demanda, debiendo - al igual que todo ser humano - contar con un contexto biopsicosocial que se lo facilite.

Es un hecho que el riesgo de discapacidad aumenta con la edad, y sus consecuencias Va aun más allá de la **dependencia** física, la **depresión**, pues afecta **al individuo, a la familia y al grupo social.**

En las últimas décadas la proporción de la población geriátrica en el mundo ha ido en aumento. El Bolivia cuenta con un 5% población entre 65 a 98 años, es decir para 2001 se tenían un total de 405 745 personas ancianas de con una relación 1,7 entre varón y mujer

El estudio es de corte transversal, descriptivo, analítico sobre la población incluida mediante la realización de la aplicación de los instrumentos en el periodo de tiempo entre septiembre de 2004 a Enero 2005, aplicando: la Escala de dependencia de Barthel, Escala de Valoración Sociofamiliar y la escala de depresión geriátrica de Yasavage.

Pretende evaluar las características de un grupo de ancianos, analizando el nivel de dependencia, las características de la depresión, el riesgo sociofamiliar según la asociación de: Situación Familiar, Situación económica, Vivienda, relación Social y Apoyo de la red Social, además de establecer el nivel de dependencia con la depresión

De esta manera se evidenció que las personas ancianas de acuerdo al sexo correspondieron el 62% al genero femenino y 38% al genero masculino. De total de pacientes ancianos se encontraban distribuidas con mayor frecuencia entre los 65 y 75 años (59%), resultado similar con la estadística nacional

A su vez se evaluó la *dependencia grave* se encuentra distribuida en todos los grupos etéreos estudiados correspondiendo al 10% en el genero femenino y no así en el masculino que mostró 0%. Aunque si analizamos la *dependencia leve* se encuentra en una proporción de 53% en mujeres y 54% en varones, y haciendo análisis de la dependencia se observa que el 72% de mujeres y el 70% de varones presenta algún grado de dependencia

Al evaluar el área afectiva los porcentajes de depresión global y depresión establecida de 55% de las mujeres ancianas y 48% de varones presentan depresión moderada a severa siendo el grupo etéreo mas afectado el de 65 a 70 años para ambos grupos .Si bien estos valores no difieren mucho de los encontrados en otros estudios ,son bastante altos

En el presente estudio el riesgo sociofamiliar moderado (45%)y el alto riesgo sociofamiliar(8%) alcanzan 53% en el genero masculino y 69% para el genero femenino, y dentro de este contexto se evaluó la situación sociofamiliar relacionando con la dependencia grave a moderada donde se verifico que el 54% de los ancianos con dependencia moderada a grave viven solos con hijos próximos; en relación a la situación económica 54% subsiste con un salario mínimo y/o inferior a este; las condiciones de la vivienda si bien el 71% cuenta con servicios básicos el 27% de las viviendas cuenta con barreras arquitectónicas; la relación social en estos pacientes el 35% tiene una red social (hijos, vecinos) pero el 54% no sale de su domicilio; en cuanto al apoyo social que reciben el 72% cuenta con apoyo familiar pero el 18% vive solo . Todo esto conlleva a que el anciano no tenga condiciones de vida saludable, el deterioro progresivo de su salud y por tanto aumente la morbimortalidad de los mismos.

Haciendo además un análisis del riesgo sociofamiliar de acuerdo a la procedencia, el 50% de los ancianos proceden del interior del país, esto debido a que Cochabamba es un punto de referencia para varias patologías propias de este grupo etéreo (HTA, Eritrositosis secundaria, enfermedades cardiacas, etc.) así como las condiciones geográficas y climatológicas favorables que condiciona dicho fenómeno de inmigración.

Finalmente haciendo una relación de la dependencia del paciente anciano con la depresión se observo que aun en grados bajos de dependencia e incluso independencia el 23 % de mujeres ancianas presenta depresión severa, aunque este fenómeno varía en el género masculino donde el 35% tiene depresión moderada.

Revisando los aspectos de la definición uno por uno, la asistencia al anciano debe estar, en primer lugar, integrada. Esto supone que debe estar incluida en el sistema sanitario general evitando marginación en el uso de recursos. Debe ser asimismo integral, recogiendo todos los aspectos médicos, funcionales, psíquicos y sociales que intervienen directamente en el estado de salud del anciano. Es el médico de familia el responsable del cuidado del anciano en la comunidad. Por otra parte el médico de familia realizará actividades de educación y promoción de la salud, actividades preventivas como campañas de vacunación y seguimientos de patologías crónicas.

Es así, que si bien es cierto no se puede corregir los problemas socioeconómicos que aquejan a la población general, podemos implantar **programas y políticas nacionales** enfocadas a detectar y corregir los problemas del paciente anciano, a educar a sus familias y a concientizar a la población que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad y que la vejez no es excusa para no ofrecer calidad de vida a este grupo humano cuyo número aumenta de manera progresiva con los años.