DEPRESION EN UN GRUPO DE ANCIANAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE VIDA DE LA TERCERA EDAD "EL CARMEN VIEJO MUELLE" EN PUERTO COLOMBIA.

4030765

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
HEMEROTECA
BARRANQUILLA

SISTEMATIZADO
HEMEROTECA

DEPRESION EN UN GRUPO DE ANCIANAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE VIDA DE LA TERCERA EDAD "EL CARMEN VIEJO MUELLE" EN PUERTO COLOMBIA.

LEIKYS DEL CARMEN ALMEIDA SARMIENTO
GLADYS VIVIANA BERMUDEZ FLOREZ
MARIEN PAOLA GARCIA MARIN
YULLY ESTHER GONZALEZ MUÑOZ

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2001

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA
No INVENTARIO 4030765
PRECIO
FECHA 01 - 10 - 2008
CANJE DONACION

DEPRESION EN UN GRUPO DE ANCIANAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE VIDA DE LA TERCERA EDAD "EL CARMEN VIEJO MUELLE" EN PUERTO COLOMBIA.

LEIKYS DEL CARMEN ALMEIDA SARMIENTO
GLADYS VIVIANA BERMUDEZ FLOREZ
MARIEN PAOLA GARCIA MARIN
YULLY ESTHER GONZALEZ MUÑOZ

Informe final presentado al Comité de Investigación del Programa de Psicología.

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2001

NOTA DE ACEPTACION

Números: 4.7.

Letras: Cuatro, siete.

Martha Gonzalez
Jurado

Jurado

Jurado

Tutor

Barranquilla, Agosto del 2001

Doy gracias a Dios por permitir lograr esta meta tan importante en mi vida, dedicó este título a mis padres Gustavo y Editrudis, a mis hermanas Mileydis y Juana Iris, como a todas aquellas personas que siempre me brindan su apoyo incondicional.

Leykis Del Carmen

A Dios por brindarme sabiduría y ayudarme a lograr esta meta tan anhelada.

A mis padres y a mi hermana con amor y agradecimiento por su confianza, consejos y apoyo incondicional.

A mi familia y amigos por su cariño y compañía permanente.

Gladys Viviana

A Dios, fuente principal de vida quien me brindó la sabiduría para sacar adelante esta meta.

A mis padres Germán y Leticia, quienes desde niña me impulsaron para superarme, creyendo siempre en mí.

A Jair, quien con su amor me brindó apoyo y fortaleza.

A mis hermanos Germán e Irina, quienes siempre me animaron y confiaron en mis facultades.

A mi familia y a todas las personas que de una u otra forma me ayudaron a alcanzar este triunfo.

Marien Paola

Gracias a Dios por estar presente en cada momento de mi vida, en especial durante esta investigación.

A mi abuela, mi madre y hermanos por su amor, confianza y aliento constante.

A toda mi familia por el tiempo que sacrifique y que no pude compartir con ellos.

Yully Esther

AGRADECIMIENTOS

A nuestra asesora Doctora MARGARITA CARDEÑO por su apoyo y motivación a lo largo de esta investigación.

A la comunidad de Puerto Colombia en especial a Thalía, al Centro de Vida de la Tercera Edad "El Carmen Viejo Muelle", a su coordinadora Doctora ASTRID, y a su Presidente señor MARCELIANO por su cariño y colaboración incondicional.

A la Doctora ANAHEL HERNANDEZ y al licenciado OMAR CABARCAS, quienes con su orientación, permitieron terminar satisfactoriamente este trabajo.

Al Comité de Investigación de la Facultad de Psicología, a la Doctora PATRICIA RUIZ Y al Doctor VICTOR OVALLE, quienes con su conocimiento enriquecieron este proceso investigativo.

A la Universidad Simón Bolívar, en especial a la Facultad de Psicología, quienes a lo largo de nuestra carrera nos brindaron las bases para lograr esta meta.

Leykis, Gladys, Marien y Yully

CONTENIDO

	Págs
INTRODUCCION	
2. JUSTIFICACION	16
3. MARCO TEORICO	19
3.1. DEPRESION	19
3.1.1. Tipos de Depresión	21
3.1.2. Factores que inciden en la depresión	23
3.2. VEJEZ	31
3.2.1. Cambios Físicos en la vejez	32
3.2.2. Enfoque acerca de la "Vejez Exitosa"	35
3.2.3. Aspecto de la muerte en la vejez	36
3.3. ENVEJECIMIENTO Y DEPRESION	41
3.4. ESTADO SOCIAL DEL ANCIANO EN COLOMBIA	42
3.5. CULTURA PORTEÑA	45
3.5.1. Generalidades de la Comunidad	45
3.5.2. Estructura Social	46
3.5.3. Fiestas Populares	46
3.5.4. Costumbres tradicionales de Puerto Colombia	47
3.5.5. Manifestaciones actuales del folklore de Puerto Colombia	47

3.5.6. Subsistencia socioeconómica del municipio de Puerto Colombia 48

3.5.7. Aspectos Económicos 48

3.5.8. Actividades Productivas 49

4. PREGUNTA PROBLEMA 51

5. OBJETIVOS 52

5.1. OBJETIVO GENERAL 52

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS 52

6. DEFINICION DE VARIABLES 53

6.1. DEFINICION CONCEPTUAL 53

6.2. DEFINICION OPERACIONAL 53

7. METODO 54

7.1. TIPO DE ESTUDIO 54

7.2. POBLACION 54

7.3. MUESTREO 55

7.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS 55

7.5. PROCEDIMIENTO 56

8. RESULTADOS 59

CONCLUSIONES 70

RECOMENDACIONES 72

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

	Págs
Anexo A. Escala de Depresión Geriátrica	76
Anexo B. Hoja de Vida	77

LISTA DE TABLAS

	Págs
Tabla No. 1. Ancianas con depresión	78
Tabla No. 2. Ancianas con depresión severa (2 ancianas)	81
Tabla No. 3 Ancianas con depresión moderada (16 ancianas)	82
Tabla No. 4 Factores que inciden en la depresión	83
Tabla No. 5 Factores que inciden en la depresión moderada	84
Tabla No. 6 Factores que inciden en la depresión severa	85

INTRODUCCION

La depresión es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desgano, falta de energía para llevar a cabo cualquier actividad, pensamiento de culpa o de inutilidad excesivos. Estos síntomas provocan malestar en la persona que los padece e interfieren en el desarrollo normal de su vida cotidiana (Tierno Jiménez Bernabé 1998).

La vejez es un proceso lleno de sabiduría de plenitud que se da a partir de los 60 años (Erikson 1978)Dentro de este proceso se presentan cambios tanto internos como externos, que pueden generar fácilmente una depresión en aquellas personas que no cuentan con la preparación, estímulo y recursos suficientes para entenderlos y afrontarlos, debido a que, aún siendo un problema difícil, generalmente se encuentran solas, en el olvido y sin la ayuda necesaria por parte de sus familiares.

La situación del anciano en Colombia es pésima, actualmente esta población alcanza diversas enfermedades como (cardiopatías, demencias, hipertensión, entre otras), que pueden desencadenar una depresión, no obstante son pocas las

personas que cuentan con asistencia médica, con una pensión o un tratamiento optimo. (Periódico El Tiempo, Martes 5 de Octubre de 1999).

A partir de lo anterior, el objetivo de esta investigación fue describir como se presenta la depresión y en que niveles, en un grupo de ancianas que asisten al Centro de Vida de la Tercera Edad "El Carmen Viejo Muelle" en Puerto Colombia, la cual fue escogida por su alta disposición para participar en esta clase de estudio. .

Para esta investigación se llevó a cabo un tipo de estudio descriptivo analítico, con un muestreo no aleatorio intencional. Para lograr los objetivos propuestos las investigadoras emplearon la escala de depresión geriátrica de Yesavage 1983, reforzada con las hojas de vida de los sujetos seleccionados para la investigación, también se toman como referencia investigaciones que acerca del tema han realizado autores como: Erik Erickson, Meison Stephen, entre otros.

Por último, se busca fomentar la investigación de depresión en el anciano en Barranquilla y crear nuevas expectativas con el objetivo de continuar ampliando espacios de desarrollo en el anciano y contribuir de tal forma, que tenga acceso a un mejor estilo de vida y una vejez sana a través del apoyo de sus familiares o personas cercanas, como también la importancia de un consejo o ayuda especializada que le permitan un mejor manejo de las situaciones que se le presentan, y por tanto un alto grado de funcionalidad, mayor bienestar y felicidad.

2. JUSTIFICACION

En Colombia el reciente estudio de salud mental (II Estudio Nacional de Salud Mental, Torres y Montoya I. D. Minsalud 1998) arroja una taza del 19.6% de prevalencia para depresión, es decir, uno de cada cinco colombiano se ha deprimido o se deprimirán en algún momento de su existencia, con el grave costo personal, familiar y social que esto conlleva.

En la actualidad, más de mil millones de personas de la edad adulta tardía habitan nuestro planeta. En Colombia se calcula que en 1993 habían dos millones dieciséis mil trescientos treinta y cuatro (2.016.334) personas mayores de 60 años, es decir, un 6.1% del total de la población, de las cuales 592.402 personas, más la cuarta parte de esta población, no cuentan con recursos necesarios para subsistir. (DANE, 1993).

Además, se sabe que la mayoría de los individuos pertenecientes a la tercera edad sufre de algún tipo de abandono social y muy pocos viejos tienen acceso a la seguridad social. La cifra no alcanza al 1% en todo el territorio nacional. "La tercera edad no es una enfermedad, no es un concepto abstracto, sino concreto.

Tiene problemas específicos, pero también capacidades y recursos de compensación positivas. El anciano es capaz de trabajar, divertirse, sentir placer, satisfacción y sobre todo, de pertenecer a una comunidad y ser útil a esta".

La depresión en ancianos es un material de trabajo interesante ya que es una enfermedad que esta abarcando a toda la comunidad, esto se presenta porque los individuos muchas veces no encuentran formas adecuadas para ajustarse a los cambios externos e internos y otras situaciones nuevas que trae consigo la vejez, no se da la preparación previa y necesaria para afrontar esta etapa.

Es importante detectar a tiempo y adecuadamente la depresión en ancianos, pues se tiende a confundir con otros estados frecuentes como demencia, hipotiroidismo o problema neurodegenerativo. Entre 19% y 30% de los ancianos presentan síntomas depresivos pero sólo el 1% de los afectados reciben un apropiado manejo (DANE, 1993). Además la situación del anciano en Colombia es pésima, son muy pocos los privilegios con asistencia medica o pensión mensual que les garanticen el sustento diario situación que pueden generar fácilmente una depresión, ante lo cual también existe negligencia médica en vista de que las asesorías y terapias psicológicas en los ancianos se considera una pérdida de tiempo, lo que genera un error más, ya que ellos también necesitan la oportunidad de expresar sus reacciones ante la variedad de cambios y recibir la ayuda o consejo especializado para un mayor conocimiento y manejo de la situación.

El quehacer de la psicología pareciera que el trabajo con personas de la tercera edad no tuviera la misma importancia que la labor realizada con individuos de otras edades; la vejez comienza a preocupar, a los psicólogos sólo en las últimas décadas, estos profesionales no deben olvidar que desde su campo de trabajo es mucho lo que puede hacerse por el anciano, por darle un sentido real a su existencia, por brindarles lo que en el devenir del mundo se ha olvidado de nuestros tiempos, dignidad, respeto y bienestar.

Con esta investigación se pretende crear expectativas en estudiantes y profesores con el objetivo de que sigan esta línea de investigación para que surjan nuevos aportes y así ampliar los horizontes terapéuticos y los espacios de desarrollo ocupacional en el anciano. Así mismo se busca que la comunidad conozca esta enfermedad y tome conciencia que estas personas de edad adulta tardía requieran del apoyo, amor y cuidado de quienes le rodean para gozar de una vejez sana donde pueda brindar sus conocimientos, habilidades y adquirir un alto grado de funcionalidad, mayor bienestar y felicidad.

3. MARCO TEORICO

3.1. DEPRESION

Es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desgano, falta de energía para llevar a cabo cualquier actividad, pensamientos de culpa o de inutilidad excesivas. Estos síntomas provocan malestar en la persona que los padece e interfiere en el desarrollo normal de su vida cotidiana (Tierno J. Bernabé 1998).

La depresión es una de las mayores dificultades que afrontan los médicos, psicólogos y psiquiatras que atienden la población anciana, el poder detectar y tratar adecuadamente los pacientes que presentan trastornos del afecto dado que su sintomatología es muy heterogénea y le puede llevar a falsos diagnósticos y por ende el fracaso terapéutico.

En el anciano es frecuente encontrar una "depresión enmascarada"; en donde los trastornos, somáticos ocupan un primer plano disimulando la presencia de

síntomas psicológicos, algunos de los criterios que identifican este trastorno son los siguientes:

En el fondo depresivo; siempre hay hastío de la vida, desesperanza, abatimiento, tristeza solapada, preocupación excesiva, susceptibilidad, hostilidad, visión del mundo pesimista y desesperanzado. Otros síntomas: insomnio, intranquilidad, aislamiento, no disfrutar de las cosas y mal humor.

Algunos de los síntomas orgánicos suelen ser difusos, con frecuencia existen antecedentes familiares o personales de otros estados similares o depresión clara. Frecuentemente el enfermo presenta una personalidad de tipo melancólico.

La causa de la depresión no asociada a otra enfermedad varían. Las teorías que sugieren la interacción de variables psicológicas y biológicas han ganado importancia (Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos 1981).

Se piensa que la interacción de los factores cambian de un sujeto a otro en razón de las diferencias en su constitución genética y su historia vital.

La vulnerabilidad atañe a la depresión: se considera que un sujeto puede tener una disponibilidad hacia la depresión biológicamente severa o moderada determinada congénitamente atravesando diferentes antesalas para el desarrollo del desajuste. Esto explica porque las personas que atraviesan similares

experiencias traumáticas tienen respuestas diferentes; unos se deprimen y otros no.

Si se desarrolla o no la depresión, ésta depende de la capacidad personal y orgánica para adaptarse a los estresores internos y externos. Algunos sugieren que un trauma emocional severo crónico puede alterar los sistema biológicos subyacentes (nervioso y/o endocrino).

Además estas teorías sugerirían que el riesgo de depresión varía en razón de la susceptibilidad genética y del estado biológico por una parte y los estresores ambientales y habilidades propias por otra. De este modo el individuo puede ser biológicamente vulnerable a la depresión pero en ausencia de estresores severos o en presencia de un alto nivel de habilidades adaptativas el desajuste no se instaurará paulatinamente estos estudios van concediendo mayor importancia y atención a la edad.

Los estudios sobre los ancianos que muestran cambios con algún modelo de desajuste depresivo pueden añadir información sobre los factores que influyen en el agravamiento el alivio y el desajuste.

3.1.1. Tipos de depresión

- Depresión Moderada: Es una reacción psicológica explicable por los altibajos de la vida, corresponde a períodos breves de depresión que aunque no duran el

tiempo suficiente para que los considere enfermedad depresiva de acuerdo con los criterios habituales, si acarrean, con el tiempo problemas significativos para la vida diaria. (Stephen Meison, 1977).

En los casos más extremos, este patrón de perturbaciones del estado de ánimo puede conducir a graves, aunque impulsivos intentos de autoagresión que, desde luego, puede ser fatales, pero que también causa dificultades en las relaciones humanas.

- Depresión Severa: Es la categoría más grave de depresión, puede ser puntual o bien presentarse de una manera ciclica o recurrente apareciendo cada pocos años no suele obedecer a causas concretas. Sin embargo, también puede darse el caso de que responda a un episodio traumático de la vida del paciente o a unos momentos de especial conflictividad en su existencia presente, en cualquier caso el paciente se ve imposibilitado para llevar una actividad normal (Pérez Galdos Barcelona 2.000).

- Características típicas de un individuo que atraviesa por una depresión severa:

- Sentimientos: Deprimido, triste, melancólico, aburrido.
- Pensamientos: Expresiones desesperanzadas, autocompasión, culpa, desinterés, ideas de suicidio y muerte, dificultad de pensamiento y concentración.

- Conducta: Alejamiento del medio socia, hipoactividad, irritabilidad.
- Físico: insomnio, pérdida del apetito, pérdida de peso, fatiga, reducción del impulso sexual.
- Funcional: Dificultad para llevar a cabo tareas cotidianas.

3.1.2. Factores que inciden en la depresión: Uno de los factores de riesgo para la depresión es, sencillamente, ser mujer. Las mujeres son por lo menos dos veces más propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres. Una explicación que sugieren los investigadores interesados en el apoyo social y sus efectos en la salud es que, en tanto que las mujeres en general reciben más apoyo social que los hombres, también se espera que ofrezcan más apoyo (Shummaker y Hill, 1991) ya que el hecho de dar este apoyo con frecuencia, las involucra en los problemas y causantes de estrés que experimentan otras personas, las mujeres quizás experimenten más estrés que los hombres; debido a su papel como personas que ofrecen apoyo a los demás (Paykel, 1991).

- El Estado Civil pasado y actual también se relaciona con el riesgo relativo de depresión; es necesario tener cuidado al hacer suposiciones sobre la causalidad en la relación entre la depresión y el estado civil. Es probable que un matrimonio termine su relación por la dificultades que ambos cónyuges enfrentan por el estado deprimido de uno de ellos o que el rompimiento en sí sea un factor de riesgo para la depresión debido a la pérdida de un lazo social estrecho. Es muy probable que las características personales (depresión) y el estrés del entorno y la

pérdida (divorcio o viudez) tengan efectos recíprocos (Henderson, 1977; Bruce y otros, 1990).

- Viudez: Sobrevivir a un cónyuge. La viudez, es una carga que las mujeres tienen más posibilidad de sobrellevar que los hombres, no sólo porque las mujeres tienden a vivir más que ellos sino porque los esposos tienden a ser más viejos que ellas.

- Ajustarse a la muerte de un cónyuge: El cónyuge sobreviviente de un largo matrimonio encara un sin número de problemas emocionales y prácticos. Un buen matrimonio deja un creciente vacío emocional: la pérdida de un amante, un confidente, un buen amigo y una compañía segura.

Por una parte el sobreviviente ya no tiene el rol de cónyuge. Esto puede tener particulares dificultades para las mujeres que han estructurado sus vidas alrededor del cuidado hacia su esposo y de disfrutar su compañía. Sin embargo, también afecta a las personas trabajadoras de ambos sexos que ya no cuentan con un compañero al llegar a casa y a los jubilados que ya no tienen con quien hablar o discutir. La vida social también cambia; por lo general, los amigos y la familia dejan de lado al sobreviviente casi de inmediato, pues deben regresar a sus propias vidas y las personas que han enviudado debe asumir la carga de una estructura de vida completamente nueva. Los amigos casados no se sienten bien ante la idea de que lo mismo podría pasarles y pueden evitar al cónyuge sobreviviente cuando más lo necesita; quienes enviudan ven a los amigos con

más frecuencia que los casados, después que ha transcurrido poco tiempo (D. Field y Minkler, 1988).

Las personas de uno y otro sexo que enviudan tienen altos índices de enfermedades mentales; en especial depresión, respeto a las personas casadas (Balkwell, 1981). Las mujeres con mayor probabilidad de necesitar asesoría seis meses después de la muerte de sus esposos son aquella que tienen pocos amigos, no se siente cerca de sus hijos y han sufrido alguna discapacidad reciente (Goldeberg, Comstock y Harlow, 1988). Un problema importante para ambos sexos es la dificultad económica. Cuando el esposo ha sido el soporte económico del hogar, su viuda queda privada de esos ingresos; en el caso de un hombre viudo, este tiene que comprar mucho de los servicios que le brindaba su esposa; cuando ambos esposos han sido empleados, la perdida de un ingreso puede ser un golpe serio (O. Bryant y Morgan, 1989). Como en cualquier crisis de la vida, la viudez afecta a los individuos en forma diferente dependiendo de la personalidad y circunstancias. Se necesita tiempo para mitigar el dolor por la perdida de un ser querido, pero las personas pueden prepararse mejor para la viudez si comienza a desarrollar temprano un fuerte sentido de su propia identidad y un sólido nivel de autosuficiencia.

- Vivir como Viuda. Las personas que mejor se ajustan a la viudez son aquellas que se mantienen ocupadas, desarrollan nuevos roles (como tomar un nuevo empleo o realizar un trabajo voluntario) o se sumergen más profundamente en

sus actividades. Ven a los amigos a menudo y participan en programas de comunidad como grupos de apoyo para viudas (Balkwell 1981).

La mayoría de las viudas no pertenecen a organizaciones; se apoyan en sus propios sistemas informales. Quienes se encuentra más solas, tienen pocos hijos o no tienen ninguno, presentan una salud deficiente, perdieron a sus esposos de manera repentina o inesperadas, han sido viudas por menos de seis años o tienen pocos amigos o actividades sociales (Lopata, Heinemann y Baum, 1982).

- **Nivel Educativo:** Los individuos que están en contacto con un medio intelectualmente estimulante mantienen al envejecer un nivel de habilidades cognoscitivas superior al de quienes no han tenido acceso a un ambiente semejante. Los contactos con la familia, amigos, grupos sociales o el trabajo, las actividades interesantes que proporcionan una variedad de experiencias en diferentes escenarios, así como la oportunidad de tener acceso a libros, revistas, arte o televisión, son elementos que ayudan a mantener la capacidad cognoscitiva. Una persona aislada, con pocos contactos interpersonales significativos, generalmente se divorcia de la interacción social, lo que hace probable el deterioro en la capacidad mental: (Perlmutter, 1987).

De hecho, para el funcionamiento intelectual el nivel educativo es tan importante como la edad. Es más probable que quienes tienen mejor posición y educación mantengan un interés activo en el aprendizaje y sigan participando en las actividades que les resultan gratificantes. Además, también tienen más

oportunidades y recursos para participar, por lo que manifiestan menos señales de deterioro mental en la vejez (Amster y Krauss, 1974).

El mantenimiento de las capacidades intelectuales en la edad avanzada dependen en parte de lo que la gente espera que suceda (Lachman y Jelalian, 1984). Quienes creen que se están volviendo seniles, independientemente de que sea cierto o no quienes creen que no pueden recordar o aprender, y quienes hacen poco esfuerzo por encontrar estímulos intelectuales pueden encontrar que sus expectativas se convierten en un ejemplo de la profecía que se cumple ella misma (Perlmutter, 1987).

- La Salud en la vejez: La mayoría de las personas de más de 65 años de edad no tienen que limitar ninguna actividad importante por razones de salud. Solo a partir de los 85 años, más la mitad de la población reporta tales limitaciones y la mayoría no necesitan ayuda para actividades cotidianas como comer, vestirse, bañarse, cocinar, ir de compras o hacer los quehaceres domésticos. Las limitaciones sobre lo que pueden hacer los individuos aumentan con la edad; sin embargo, son más comunes entre las mujeres, los grupos minoritarios y las personas de bajos ingresos (U.S. Bureau of the census, 1992).

La mayoría de las personas de edad avanzada están bien de salud. Sin embargo, las condiciones medicas crónicas se vuelven más frecuentes con la edad y pueden ocasionar incapacidad. La mayoría de las personas de edad avanzada tienen al menos una condición crónica, pero cuando esta no se severa puede

manejarse para que no interfiera con la vida diaria. Las condiciones crónicas más comunes son artritis, hipertensión, sordera, enfermedades del corazón, deterioro ortopédico, cataratas y diabetes (AARP, 1992). Las fracturas de caderas son un peligro particular para las personas de edad avanzada, sobre todo en las mujeres; una mujer de más de 65 años tiene una probabilidad entre cinco de sufrir una fractura de cadera (J.E. Brody, 1992).

- Ingresos Económicos: En Colombia se calcula que en 1993 habían 2.016.334 personas mayores de 60 años, es decir, un 6.1% del total de la población, de las cuales 592.402, más de la cuarta parte de esta población, no cuenta con recursos necesarios para subsistir. Además se sabe que la mayoría de los individuos pertenecientes a la tercera edad sufre de algún tipo de abandonos social y muy pocos viejos tienen acceso a la seguridad social; la cifra no alcanza al 1% de todo el territorio nacional (reportaje periódico El Tiempo, del día martes 5 de Octubre de 1999).

- Lugar de Vivienda: Casi el 95% de personas de edad avanzada viven en comunidad. Alrededor de las dos terceras partes de éstas viven en familia, la mayoría con el cónyuge, el resto con los hijos u otros con parientes; la otra tercera parte son personas que viven solas o sin parientes. La probabilidad de vivir solas aumenta con la edad, y es más común en las mujeres que en los hombres. Las personas de edad avanzada que viven solas están en un riesgo especial. Casi el 80% son mujeres, el 80% son viudas y casi el 50% no tienen hijos o ninguno que viva cerca. Son más viejos y más pobres en promedio que los ancianos que

viven con otra persona. También tienen mayor probabilidad de estar deprimido y de preocuparse por el futuro; incluso cerca del 90% valoran su independencia y prefieren mantenerla (U.S. Bureau of the census, 1992).

- Vivir Independientemente: La mayoría de las personas de edad avanzada desean vivir en la comunidad. Aquellas que lo hacen, reportan niveles más altos de bienestar que quienes están en instituciones, incluso si su salud; es casi la misma (Chappell y Pennig, 1979). Pero el lugar de vivienda puede volverse un problema importante a medida que las personas envejecen. Un anciano puede llegar a estar demasiado enfermo para dar paseos. Un vecindario puede deteriorarse y las personas de edad avanzada y visión deficiente pueden volverse presa de delincuentes jóvenes. La incapacidad física o mental, puede impedirle que vivan solas, y puedan componérselas (E. M. Brody, 1978; Lawton, 1981).

Muchos ancianos no necesitan o no quieren tener su vida totalmente manejada por otros, pero presentan un deterioro que hace muy duro, si no imposible, ser autosuficiente. Las personas de edad avanzada comúnmente quieren vivir en un vecindario familiar, para ser independiente, tener privacidad, sentirse seguras, y para tener algunos contactos sociales (E. M. Brody, 1978; Lawton, 1981). La mayoría de las personas de edad avanzada no necesitan mucha ayuda, pero aquellos que sí la necesitan pueden por lo general conseguir bastante de una persona de tal modo que puedan permanecer en la comunidad (Chappel, 1991).

- Presencia o ausencia de hijos: La crianza y educación de los hijos es una de las tareas más difíciles que pueda realizar una persona; para hacer bien el papel de madre, se necesita que desde niñas nos hayan querido, que nuestras parejas se responsabilice a la par y tener recursos suficientes para las necesidades de la familia; por tal razón no todos los niños reciben el cuidado y el cariño que necesitan; no es de extrañar que muchas mujeres se deprimen con tanta responsabilidad y tan poco apoyo. Además están las exigencias sociales en donde a las mujeres se les inculca que sólo teniendo hijos se pueden realizar por lo que nunca se hacen el cuestionamiento, si de verdad quieren tenerlos, cuantos y cuando y se limita para elegir otras cosas que también nos podrían proporcionar satisfacción o por el contrario existen mujeres que se sentirían realizadas teniendo hijos, pero, que por uno u otro motivo no lograron cumplir esa meta llegan a sentirse desdichadas y por ende a deprimirse (una guía sobre depresión, editorial Pax México 1997).

Muchos padres sostienen que una de las ventajas de tener hijos es asegurar atención y compañía para su vejez. Sin embargo, tener hijos no es una garantía de ello; un factor más importante es la presencia de un cónyuge. Las personas casadas tienen menos posibilidades que las solteras de quedar incluidas en el servicio de seguridad social; la presencia o ausencia de hijos no parece marcar demasiada diferencia (Johnson y Catalano, 1981).

Las personas de edad avanzada sin hijos no son más solicitarías ni negativas respecto a sus vidas y tampoco temen más a la muerte que quienes tienen hijos

(Johnson y Catalano, 1981; Keioth, 1983; Rempel, 1985). No obstante, las madres viudas tienen una moral más alta que las viudas sin hijos (O´Bryant, 1988) y algunas mujeres ancianas expresan remordimiento por no haber tenido hijos; parece ser que mayor edad, más intenso es su arrepentimiento (Alexander, Rubinstein, goodman y Luborsky, 1992).

3.2. VEJEZ

La vejez es un proceso lleno de sabiduría de plenitud que se da a partir de los 60 años (Erikson 1978). Este autor asume una perspectiva más social ante el desarrollo de la personalidad la cual sigue desarrollándose a lo largo de la existencia.

Erikson describe ocho etapas psicosociales del desarrollo por las que pasa un individuo, cada una de estas fases tiene su contraparte en la evolución filogenética del hombre y en el desarrollo de la personalidad. Es importante conocerla porque debido a la manera como transcurre cada aspecto de la vida y se maneje o resuelva de la mejor manera la aceptación de la vejez y de una futura muerte será menos frustante y a medida que resuelve cada dilema, el individuo puede pasar de una fase a la otra, ya que a medida que el individuo procrea y asegura el desarrollo de la nueva generación, adquiere una perspectiva más cabal de su propio ciclo, genera un sentido de la integridad. Su sentido de confianza alcanza su grado más pleno como "seguridad con respecto a la integridad de otro". La última etapa presentada por Erikson describe mejor algunos cambios y aspecto

que da en la edad adulta tardía o vejez por tal recibe el nombre de integridad versus desesperación. Erikson considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida con el fin de aceptar su muerte próxima. Lucha por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente. Las personas han tenido éxito en esta tarea integradora final ganan un sentido amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro. La virtud que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría. La sabiduría, según Erikson, incluye aceptar la vida que uno ha vivido, sin arrepentimientos importantes sobre lo que pudo haber sido o lo que uno, debería haber hecho de manera diferente.

3.2.1. Cambios Físicos en la vejez: Los cambios físicos que se presentan al envejecer tienen gran variabilidad con respecto a la edad de comienzo, a la estructura examinada, el sexo del individuo y a su estilo de vida. En algunas personas pueden manifestarse en forma más temprana que en otras (Gómez José Fernando 1995).

Los cambios que tienen lugar solo en la cara incluyen los siguientes: las arrugas son una constante del envejecimiento van estrechamente ligados a la mímica facial, comienzan en la frente, luego aparecen alrededor de los ojos, posteriormente alrededor de la boca hasta extenderse por toda la cara; la piel puede colgar por la disminución de grasa y masa muscular se torna pálida y ajada,

toma una textura como de pergamino y pierde elasticidad, se tornan más frecuentes los lunares y verrugas, se afloja la barbilla, se alarga la nariz, los ojos se humedecen y emergen pelos de orejas y nariz. Además mientras así se descalabra el rostro, el resto de la persona tampoco se mantiene muy bien. Los hombros se redondean, es probable que se produzcan temblores generales y temblores de manos, brazos y cabeza, las venas varices de las piernas se destacan, el pelo de la cabeza se torna blanco y se hace más delgado y brota en nuevos lugares (sobre la barbilla en la mujer).

Con los años aumentan las pecas y las manchas. Los huesos se endurecen y el peso de alguno de ellos como las costillas se reduce, mientras que el esternón aumenta, aunque en términos generales el sistema óseo pierde peso debido a la disminución de su masa. En la minoría de las mujeres la composición química de los huesos cambia, ocasionando una mayor posibilidad de fracturas, este adelgazamiento de los huesos puede ocasionar una "joroba de viuda" en la nuca. En las mujeres también es notable la pérdida del tejido celular subcutáneo en antebrazos y piernas.

A nivel de estructura corporal hay una disminución de la estatura, la pérdida total promedio es cerca de 4.9 cms en las mujeres; el tronco se torna más pequeño y tal como consecuencia un aparente aumento de la amplitud de los brazos, puesto que los huesos largos no sufren alteraciones en su longitud con el envejecimiento. Otro de los cambios importantes en el envejecimiento es la disminución de peso corporal por lo general se gana hasta los 50 años y a partir de ahí se inicia una

disminución aproximada de una por año esto se debe a la disminución de peso de algunas estructuras como el músculo esquelético, el hígado y el riñón.

En cuanto al sistema digestivo, este permanece relativamente eficiente: los músculos lisos de los órganos internos continúan funcionando bien y el hígado y la vesícula retienen bien sin embargo cuando se presenta obesidad se afecta el sistema circulatorio, los riñones, y el metabolismo se hace más lento, esto contribuye también a desordenes degenerativos y tiende a cortar la vida.

Todos los órganos y sistemas corporales son más susceptibles a sufrir enfermedades pero el cambio más serio afecta el corazón que después de los 55 años su peso aumenta o no cambia, su ritmo se vuelve más lento y más irregular, se forman depósito de grasa alrededor que interfiere con su funcionalidad y se eleva la presión sanguínea. También hay un cambio en el cerebro que pierde peso en forma significativa y se torna menos eficiente. Así mismo hay una gran cantidad de variaciones individuales en las capacidades sensoriales y psicomotoras.

Con respecto al sueño, las ancianas duermen menos, sueñan menos y tienen menos períodos de sueño profundo.

Estos cambios son la norma de lo que la edad trae consigo; estos casos les ocurrirán a las personas relativamente sanas y son los que de ordinario se

consideran como signos o síntomas de la senectud (L. Rappoport,. La personalidad desde los 26 hasta la ancianidad, Edic Paidos, 1977).

3.2.2. Enfoque acerca de la "Vejez Exitosa": Hay más de una manera de envejecer bien, y los patrones que siguen las personas varían con las circunstancias de la vida y con la personalidad. A continuación se verán dos patrones contrastantes de vejez exitosa, los cuales son:

1. La teoría del retiro: Considera el envejecimiento como un proceso de alejamiento mutuo. Considera como normal, universal y necesario para la vejez exitosa un patrón por medio del cuál las personas de edad avanzada voluntariamente corten sus actividades y compromisos, aunque la sociedad fomenta esto al presionar a las personas para que se retire. Una mayor preocupación por si mismo y una menor inversión emocional en los demás se consideran, también normales. Esta disminución de la interacción social teóricamente ayuda a las personas de edad avanzada a mantener su equilibrio y beneficia tanto al individuo como a la sociedad. Esta teoría predice que a medida que las personas se retiran, su moral se mantiene en alto.

2. La teoría de la actividad: sostiene que cuanto más activas permanezcan las personas de edad avanzada, mejor envejecen. En este patrón, los individuos que envejecen con éxito actúan como personas de edad intermedia, manteniendo tantas actividades como sea posible y encontrando sustitutas para las actividades como sea posible y encontrando sus títulos para las actividades perdidas debido a

la jubilación o la muerte del cónyuge o de amigos. Según esta percepción, los roles de una persona (trabajador, cónyuge, padre), son la principal fuente de satisfacción en la vida; cuanto mayor sea la pérdida de los roles a causa de la jubilación, viudez, distancia de los hijos, enfermedad u otras, menos satisfecha estará la persona (Lemon, Bengson y Peterson 1972).

3.2.3. Aspecto de la muerte en la vejez: Existe por lo menos, tres aspectos en la muerte, los cuales son:

1. **La muerte biológica:** Se considera como la terminación de los procesos corporales. Se puede decir que una persona ha muerto cuando el corazón deja de latir por un tiempo significativo o cuando se detiene la actividad eléctrica del cerebro, indicada por la ausencia de ondas cerebrales y el organismo humano deja de operar como una unidad mente – cuerpo autosuficiente.

2. **La muerte sociológica:** Es el hecho de que el paciente sea abandonado por los demás. Esto puede ocurrir semanas antes de la terminación si se deja al paciente morir solo, lo que sucede cuando las familias abandonan a los viejos en los asilos donde muchos viven por años como si estuvieran muertos.

3. **La muerte psíquica:** Ocurre cuando el paciente acepta la muerte y retrocede hacia el mismo. Con frecuencia esto sucede mucho antes de la muerte biológica. La aceptación psíquica de la muerte puede de hecho ocasionar la

muerte de una persona por el poder de la sugestión, toda vez que ha perdido el deseo de vivir (Desarrollo Humano de Philip Rice, página 648, 1997).

- **Afrontar la muerte:** En general, la gente de mayor edad está menos ansiosa ante la muerte que las personas de mediana edad (Bengtson, Cuellar y Pagan, 1975). A través de los años, cuando se pierden amigos y parientes, las personas reorganizan en forma gradual, sus pensamientos y sentimientos para aceptar su propia mortalidad. Además los problemas físicos y algunos de los otros problemas propios de una edad avanzada puede disminuir el placer de vivir. Quienes sienten que sus vidas han sido significativas suelen ser más capaces de aceptar la posibilidad de morir que quienes aún se sorprenden al pensar que no han vivido del todo (Duiskin, Febrero de 1986).

- **Etapas de Morir:** Elizabeth Kübler – Ross. La doctora Kübler – Ross (1969 – 1970) describió cinco etapas en términos de la proximidad a la muerte: 1º. La negación, es el rechazo a aceptar la realidad de lo que esta sucediendo; 2ª. Ira; 3. Búsqueda de tiempo extra; 4ª . Depresión y 5º. Aceptación final. Aunque las emociones que Kübler- Ross describe suelen ocurrir, no todas las personas pasan las cinco etapas y la gente puede ir a través de ellas en secuencia diferentes. Una persona puede ir y venir entre la ira y la depresión, por ejemplos, pueden sentir ambas al mismo tiempo.

Morir, como vivir, es una experiencia individual, para algunas personas, la negación o la ira pueden ser una forma más saludable de encarar la muerte que

una aceptación tranquila. De ese modo, la descripción de Kübler – Ross es útil en la medida en que ayuda a entender los sentimientos de aquellos que llegan al final de su vida, y no debe considerarse como un modelo o un criterio para lograr "una buena muerte".

- **Afiliación, luto y duelo:** La afiliación es el hecho objetivo de la pérdida: el cambio en el estatus del sobreviviente. El luto se refiere a la conducta del doliente y de la comunidad después de una muerte. El duelo es la respuesta emocional del doliente, la cual se puede expresar en muchas formas que van desde la rabia hasta una sensación de vacío.

- **Reacción al Duelo:** Las reacciones al duelo se presentan en cuatro niveles:

1. **Reacciones Físicas:** El duelo es acompañado por una amplia gama de reacciones físicas que pueden incluir al insomnio, la falta de apetito o el comer en exceso, las molestias estomacales, constipación o diarrea, fatiga, dolores de cabeza, insuficiencia respiratoria, sudoración excesiva y mareos. El estrés provocado por el duelo disminuye la afectividad inmunológica y por ende la resistencia a las infecciones y enfermedades (Norris y Murrrell, 1987).

2. **Reacciones emocionales:** Las reacciones emocionales al duelo, incluyen la depresión, abatimiento, llanto, conmoción e incredulidad, enojo, ansiedad, irritabilidad, preocupación y pensamiento del fallecido, sentimientos de

desamparo, dificultad para concentrarse, olvidos, apatía, indecisión y aislamiento o sentimientos de soledad (Lerea y Limauro, 1982).

3. **Reacciones Intelectuales:** Incluyen los esfuerzos por explicar y aceptar las causas de la muerte de la persona y en ocasiones de racionalizar o tratar de comprender las razones de la muerte. Una reacción intelectual común al duelo es la idealización, es decir, el intento por purificar la memoria del fallecido disminuyendo mentalmente sus características negativas.

4. **Reacciones sociológicas:** incluyen los esfuerzos de la familia y los amigos para unirse y compartir la experiencia y ofrécese apoyo y comprensión. Esta reacción incluye los esfuerzos por reorganizar, la vida después de la pérdida: Los reajustes financieros, la reorientación de los roles familiares y comunitarios, el regreso al trabajo, la reanudación de las actividades sociales.

- "El proceso del duelo": Un patrón de tres fases: Usualmente (pero no siempre), el duelo sigue un patrón que se puede predecir con amplitud. La persona afectada acepta la dolorosa realidad de la pérdida, en forma gradual, se separa de la persona fallecida, reajusta su vida sin esa persona y desarrolla nuevos intereses y relaciones. Este "proceso de duelo" generalmente tiene lugar en tres fases aunque, como en las etapas de Kübler – Ross, pueden variar (J.J. Brown y Stoudemire, 1983; Schultz, 1978) las cuales son:

1º. Shock e Incredulidad: La fase inicial puede tardar varias semanas (en especial después de una muerte repentina o inesperada) y corresponde a un estado de shock e incredulidad. Esta sensación puede proteger al doliente de reacciones intensas. Con frecuencia, los sobrevivientes se sienten perdidos, desorientados y confundidos. Cuando la conciencia de la perdida surge, el aturdimiento inicial da paso a sentimientos enormes de tristeza, expresados con frecuencia por llanto reiterado.

2º. Preocupación por los recuerdos de la persona que ha muerto: en esta segunda fase, puede tardar dos meses o más. El sobreviviente trata de afrontar la muerte pero aún no puede aceptarla. El llanto frecuente continúa y es común padecer de insomnio, fatiga y pérdida de apetito. Una mujer viuda puede revivir la muerte de su esposo y toda su relación, repasar todos los detalles en su mente y en su conversación, en una búsqueda obsesiva del significado de su muerte.

3ª. Resolución: La fase final se alcanza cuando la persona afligida recupera el interés en sus actividades diarias; cuando el recuerdo del difunto trae sentimientos de afecto con algo de tristeza y no un dolor agudo y duradero; muchos dolientes sienten renacer su fortaleza y se sienten orgullosos de haberse recuperado.

3.3. ENVEJECIMIENTO Y DEPRESIÓN:

En los pacientes geriátricos es frecuente que coexistan la depresión y las enfermedades físicas. Por lo tanto, no es raro que a menudo las depresiones tratables se pasen por alto en ancianos con enfermedades físicas, y que éstas con frecuencia no se traten en forma óptima cuando dichas personas reciben un diagnóstico. Los signos y síntomas de la depresión son frecuentes entre la población geriátrica (Koenig y Blazer, 1992).

Los cambios por el envejecimiento en el sistema nervioso central, como el aumento en la actividad de la monoaminoaxidasa y menores concentraciones de neurotransmisores, pueden intervenir en cierto grado en el desarrollo de la depresión en el anciano. Las pérdidas son frecuentes en esta edad. Las pérdidas físicas se traducen en un decremento en las capacidades para el cuidado personal, lo que muchas veces deriva en pérdida de la independencia. Las discapacidades sensoriales importantes (en particular visuales y auditivas) pueden ocasionar aislamiento y deprivación sensorial, y ambas circunstancias quizás influya en el desarrollo de la depresión. La pérdida de la memoria y otras funciones intelectuales a menudo se relaciona con depresión en el anciano. Las pérdidas de empleo, ingresos y apoyos sociales (sobre todo, la muerte de familiares y amigos) aumentan con la edad. El duelo suele transformarse en aislamiento y depresión.

Las características más significativa de la depresión en la tercera edad es su pluriformidad (Cohen, 1977), evidentemente se presentan en muchas facetas dificultando su reconocimiento. La depresión debe considerarse como un síndrome que refleja la manifestación clínica común a un grupo de desajustes (Klerman, 1982).

El término depresión puede ser confuso porque se refiere a una variedad de estados desde la tristeza o melancolía, la contrariedad o adversidad normal, hasta la depresión clínica como desorden mental, en otras palabras representa un espectro de estado cuyos límites no siempre son fáciles de establecer (Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos 1982).

En las ancianas, el concepto de depresión resulta aún más confuso, sin embargo en dicha confusión reside la clave para lograr mayor claridad sobre los desajustes depresivos, con independencia de la edad del sujeto en que se produzcan.

3.4. ESTADO SOCIAL DEL ANCIANO EN COLOMBIA

Las condiciones demográficas del envejecimiento tales como el tamaño de la población, la distribución geográfica dentro de un país y la composición con respecto a características como sexo, edad, estado socioeconómico, tienen un importante efecto sobre el nivel de la salud y las necesidades de atención en salud de una población. (Gómez José Fernando 1995).

La morbilidad, mortalidad y la esperanza de vida, son indicadores del nivel de salud y del tipo de atención que recibe la población.

Los ancianos, debido a su creciente vulnerabilidad, se convierten en el grupo que más utilizan los servicios de atención en salud, además son demográficamente heterogéneas y abarcan varios grupos de edad con características diferentes, que cambian rápidamente a medida que aumenta su proporción. (Diana Eugenia Gómez 1995).

En relación a las tendencias demográficas, las proyecciones realizadas por OMS de la población mayor de 60 años, muestran un crecimiento global del 75% entre 1980 y el 2020.

Para el año 1980 en total de 400 millones.
Para el año 2000 un total de 600 millones.
Para el año 2020 un total de 1000 millones.

Se espera un crecimiento notable, especialmente en los grupos de 80 años y más.

El total de la población de las regiones menos desarrolladas aumentará un 95% y la población anciana crecerá cerca del 240%, esto implicará considerables implicaciones sociales y económicas.

El número de habitantes mayores de 60 años sería:

23.5 millones (6.5% del total de la población) en 1980.

42.1 millones (7.8% de la población) en el 2000.

96.6 millones (12.7% de la población) en el 2025.

Los países más envejecidos son: Uruguay, Argentina, Cuba, Chile y Costa Rica

Los países con envejecimiento intermedio son:

Brasil, Colombia y México.

Los países menos envejecidos son: Nicaragua, Guatemala, Ecuador y Bolivia.

La mayor esperanza de vida la tienen los cubanos con 75.2 años en 1990 (Gómez, José Fernando 1995).

Colombia ha experimentado un considerable aumento en la esperanza de vida, de 44 años para los nacidos entre 1937 -1939, pasará a 70 años para los nacidos en el 2000, en el momento la esperanza de vida se encuentra en 69.4 años, los mayores de 60 años representan el 5% del total de la población y se prevé un aumento al 6.8% en el año 2003. (Diana Eugenio Gómez 1995).

La principal razón de este aumentó es el proceso de transición epidemiológia; el cual consiste en los cambios demográficos que suceden en una población al pasar por cuatro etapas diferentes, de 20 a 40 años cada una.

En la última etapa de la transición epidemiológica, se estabilizan las tasas de natalidad y mortalidad y todos aquellos adultos de la etapa anterior sobrepasaran los 60 años, como sucede en la mayoría de los países europeos.

El cambio en las tasas de natalidad y mortalidad, es el principal determinante de la estructura poblacional de una comunidad (Carmen Lucia Curcio 1995).

3.5. CULTURA PORTEÑA

La historia de la vida de un individuo es ante todo, una acomodación a los patrones y normas manejadas tradicionalmente en la comunidad en que vive. Desde el momento del nacimiento, las costumbres dentro de las cuales se inserta el individuo modela su conducta y su experiencia en la vida (Morgan, Charles, Introducción a la Psicología Madrid Aguilar 1972. p. 463).

3.5.1. Generalidades de la Comunidad: el Municipio de Puerto Colombia llamado antiguamente Puerto Cupino en honor a las altas elevaciones de tierra denominadas de igual forma, fue fundada por el ingeniero Francisco Javier Cisnero en el año 1888 fue elevado a la categoría de Municipio en 1906 según Decreto No. 483. Fue un Puerto Marítimo de gran importancia; en la Costa Atlántica se contaba con el cuarto muelle más grande del mundo por medio del cual se realizaron transacciones de gran importancia para el país y el municipio, fue una época de mucho auge para Puerto Colombia que llegó a considerarse una

metrópolis y un pueblo turístico muy reconocido para el departamento, hoy es un lugar casi olvidado por los estamentos oficiales y del Estado.

3.5.2. Estructura Social: Es el conjunto dinámico y significativo de relaciones relativamente estable entre los diversos elementos constitutivos de un todo. La mayoría de los habitantes de Puerto Colombia son pequeños asalariados que viven del producto de su trabajo entre ellos pódemos incluir pescadores, jubilados del Terminal, obreros, albañiles y tenderos.

Dentro de la estructura social encontramos una organización de base quienes luchan por un desarrollo y bienestar comunitario.

La patrona de la población de Puerto Colombia es la Virgen del Carmen que se celebra el día 16 de Julio. Las festividades comienzan el día 7 de Julio y terminan el día 16 de Julio con la solemne procesión de la Virgen. Los habitantes de Puerto Colombia son en un 99% muy devotos.

Puerto Colombia tiene una iglesia católica que lleva por nombre Nuestra Señora del Carmen y en el presente año fue declarado Santuario Mariano debido al número de devotos que posee éste municipio.

3.5.3. Fiestas Populares: Corresponden a los hechos folklóricos de carácter social y cultural en la cual los pueblos expresan la alegría colectiva y la diversión general.

En lo que a Puerto Colombia se refiere, éstas se realiza con los Carnavales de Barranquilla y también con las Fiestas del Mar, a finales de Julio, sin embargo éstas fiestas se han suspendido en los últimos años debido a que han dejado déficit económico a la Alcaldía Municipal organizadora de éstas fiestas.

Las fiestas populares corresponden a una necesidad profunda de los individuos y de los grupos sociales para expresar su alegría, su necesidad económica y su forma social de recreación.

3.5.4. Costumbres tradicionales de Puerto Colombia: Dentro de las costumbres tradicionales tenemos la Cumbiamba, como parte del folklor, los cuales han sido remplazadas por los bazares y ferias por fines económicos, perdiendo toda su autenticidad y valor tradicional.

La comida más tradicional es el pescado, el sancocho de bocachico o de sábalo: actualmente las comidas han variado en la media en que varían las condiciones económicas de cada familia y de la abundancia de productos de consumo.

3.5.5. Manifestaciones actuales del folklore de Puerto Colombia: Actualmente en el municipio de Puerto Colombia se ha venido impulsando el folklore, por medio de la casa de la Cultura, las entidades municipales y demás comités cívicos progresistas; quienes tratan de incentivar a los niños jóvenes y ancianos para que adquieran una formación cultural e impulsen, defiendan y proyecten la imagen cultural de su folklore. Para lograr esto se ha organizado actividades como:

talleres de pintura, de música, de conferencias, existen ya agrupaciones de niños y ancianos cumbiamberos, integrantes de teatro, de danza y bailes populares.

3.5.6. Subsistencia socioeconomica del municipio de Puerto Colombia: La población estimada es de 21.630 habitantes siendo el 0.001% del total de la población.

De las proyecciones realizadas por el DANE y los consultores, se puede concluir que el municipio en el año 2010 va a tener una población de 35.962 habitantes, de los cuales 31.372 estarían ubicados en la cabecera municipal y 4.590 habitantes en el resto, representando el 87.2% área urbana y el 12.8% área rural.

Si se analiza la población por cada quinquenio se puede establecer que el crecimiento entre el año 1999 al año 2005 es de 4.073 habitantes lo que representa el 13.44% de crecimiento y su densidad poblacional es de 420.67 habitantes por Km^2.

3.5.7. Aspectos Económicos: Se considera que la población económicamente activa de Puerto Colombia va desde los 10 años hasta más de 65 años y se calcula en 19.711 personas, según censo DANE 1993; de los cuales 7.936 han trabajado y representan el 40.26% de esta población. El 56.79% de la población económicamente activa se desempeñan como obreros o empleados, el 5.62% son empleadores, el 22.4% trabajan independientemente, el 4.12.% son empleadores

domésticos, el 0.70% trabajan en familia y el 10.35% no tienen información, con relación a la población económicamente activa.

3.5.8. Actividades Productivas

- **Turismo:** Puerto Colombia, como municipio costero posee un invaluable potencial de desarrollo en sus recursos hidrícos, sus costas bañadas por el mar caribe o mar de las antillas, al igual que su corregimiento de Salgar no ha sido bien aprovechada para trazar verdaderas políticas en materia turística.

Actualmente se presenta un turismo social en dos modalidades, una informal representada en las casetas, que están sobre la Playa y otra que es la formal representada en los establecimientos de la Caja de Compensación.

Se destacan destinos turísticos hacia el complejo urbano arquitectónico conformado por el muelle, la casa de la cultura, la Alcaldía y la Iglesia, el sol y el mar en las diferentes playas y el Castillo de Salgar.

- **Pesca:** Las especies más comunes: son Cojinúa, Chivo, Lisa, Jurel y otros, el municipio cuenta con una asociación de pescadores que agrupa a 80 pescadores.

De otra parte se observa una gran potencialidad en sus cuerpos de agua para el desempeño de la pesca artesanal y acuicultura, así como en la pesca en el mar.

- **Minería:** Los suelos del municipio son ricos en rocas calizas los cuales son explotados por empresas privadas como Cementos Caribe, Sello rojo, Canteras Ochoa, utilizando operaciones de extracción a cielo abierto y en gran escala de las cuales se manifiestan quejas por no tener en cuenta la reglamentación para la protección del medio ambiente.

- **Artesanía:** Puerto Colombia, cuenta con una Asociación de Artesanos, cuyos trabajos son elaborados con recursos del medio especialmente conchas marinas, madera, cocos y hojas secas, los productos que más sobresalen son las cerámicas y cestería los cuales son promocionados a través de exposiciones.

- **Comercio:** El municipio de Puerto Colombia importa de Barranquilla todos los insumos necesarios para la subsistencia de la población.

- **Actividad Agrícola y Pecuaria:** El municipio de Puerto Colombia no tiene una vocación agrícola, se destacan en mediana escala las labores de horticultura.

- **Actividades Inmobiliaria:** La actividad inmobiliaria que se representa en el mercado del suelo ha tomado bastante fuerza dentro del municipio, principalmente a través de la parcelación de la zona rural del municipio.

4. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo se presenta la depresión en un grupo de ancianas que asisten al Centro de Vida de la Tercera Edad "El Carmen Viejo Muelle" en Puerto Colombia?.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Describir como se presenta la depresión en un grupo de ancianas que asisten al Centro de Vida de la Tercera Edad "El Carmen Viejo Muelle" en Puerto Colombia.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los aspectos más significativos presentes en las ancianas clasificados con niveles de depresión.

- Registrar la incidencia de los factores asociados a la depresión tales como dependencia económica, estado civil, presencia o ausencia de hijos, escolaridad y estado de salud.

6. DEFINICION DE VARIABLES

6.1. DEFINICION CONCEPTUAL

Depresión: Es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desgano, falta de energía para llevar a cabo cualquier actividad, pensamientos de culpa o de inutilidad excesivas.

Estos síntomas provocan malestar en la persona que los padece e interfieren en el desarrollo normal de su vida cotidiana (Tierno Jiménez – Bernabé 1998).

Vejez: Es un proceso lleno de sabiduría, de plenitud que se da a partir de los 60 años (Erikson 1978).

6.2. DEFINICION OPERACIONAL

Las variables depresión y vejez se operacionalizaron mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, con el objetivo de detectar niveles de depresión en la población evaluada.

7. METODO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio es de tipo descriptivo – analítico, el cual busca describir características o fenómenos que se conocen, sobre los cuales se desea profundizar, y analizar variables utilizando procedimientos estadísticos (Ovalle, Victor. 1997).

En el presente estudio se describe como se dá la depresión en un grupo de ancianas que asisten al Centro de Vida de la Tercera Edad "El Carmen Viejo Muelle" y los factores que inciden en la depresión, tales como: Estado de Salud, dependencia económica, estado civil, escolaridad y presencia o ausencia de hijos.

7.2. POBLACION

La población seleccionada fue un grupo de ancianas que asisten al Centro de Vida de Tercera Edad "El Carmen Viejo Muelle" en Puerto Colombia. Las características por las cuales se eligió la población es: personas sanas, con

ausencia de demencia senil, trastornos neurológicos y enfermedades cerebro – vasculares.

7.3. MUESTREO

Es no aleatorio intencional, debido a que los sujetos fueron seleccionados bajo criterios de conveniencia para la investigación (Ovalle Victor. 1997), como son, ausencia de demencia senil, trastornos neurológicos y enfermedades cerebrovasculares, debido a esto, no todos los individuos tienen la misma posibilidad de ser seleccionados en la muestra; la cual corresponde a un número de 84 ancianas de los cuales 18 presentan niveles de depresión

7.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS

- **Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage):** la cual se valida en pacientes ancianas no demenciadas (Yesasvage y Bink 1983) y se utiliza actualmente en la población anciana en Colombia, con el objetivo de detectar niveles de depresión.

- **Hoja de Vida:** en la cual se recogerán datos importantes del individuo como: escolaridad, estado de salud, número de hijos, dependencia económica, estado civil.

7.5. PROCEDIMIENTO

Inicialmente se constato con la población del Centro de Vida de la Tercera Edad "Carmen Viejo Muelle", debido a que, cumplían los requerimientos apropiados para nuestra investigación, además de que se contaba con su colaboración para llevarla a cabo; luego de establecer una empatía con el grupo, se inicio el proceso de la aplicación del Instrumento en el periodo comprendido de abril 26 hasta junio 14 del 2001, alternándola con otras actividades tales como: Charlas, dinámicas grupales, terapia ocupacional y actividades recreativas.

Para el desarrollo de dicho proceso se utilizaron los días martes y jueves desde las 2: 30 p.m. a 4: 00 p.m. para la aplicación del instrumento se procedió a llamar en orden de lista a las ancianas para conformar cuatro pequeños grupos, en donde cada una de las investigadoras se ubico en un grupo para realizar la prueba a las ancianas de forma individual; se les explicó la Escala de Geriátrica de Depresión de Yesevage la cual consiste de quince (15) preguntas donde tenían que contestar SÍ o NO, según el criterio de cada persona.

Para calificar la pruebas fue necesaria que se dieran respuestas a todas las preguntas correspondientes, seguidamente para obtener el puntaje total, se sumaron todos los aciertos, según los criterios de la escala (se toman en cuenta las respuesta que se encontraban en negrilla y mayúscula), para así identificar si se da la depresión y en que niveles se presentó. Para completar la recolección de la información, se estudiaron las hojas de vida pertenecientes a las ancianas,

realizadas en el Centro de Vida la Tercera Edad "El Carmen Viejo Muelle", con el fin de tener en cuenta aspectos importantes de su vida.

Para llegar a los resultados arrojados por la investigación se utilizó una regla de tres simple, para conocer cada uno de los porcentajes de la población con depresión y sin depresión, cuantas tenían depresión moderada y severa, los aspectos que más influyeron en la depresión y los aspectos más relevantes en cada una de las preguntas de la escala, un ejemplo del método que se empleo fue el siguiente:

Total Ancianas: 84

18 con depresión
66 sin depresión

100% → 84
X → 18

$$X = \frac{100\% \times 18}{84}$$

X = 21%

100% → 84

X → 66

$$X = \frac{100\% \times 66}{84}$$

X = 79%

8. RESULTADOS

Luego de aplicar la prueba encontró que:

n = 66 → 79% no presenta depresión.

n = 18 → 21% presenta depresión

De las cuales:

n = 16 → 88.8% presenta depresión moderada.

n= 2 → 11.1% presenta depresión severa.

(n = Cantidad de ancianos)

ANÁLISIS DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS

Item No. 1

n = 10 → 55.5% están satisfechas con su vida.

n= 8 → 44.4% no están satisfechas con su vida.

El 55.5% de las ancianas con depresión están satisfechas con su vida, el porcentaje muestra que no hay una diferencia significativa entre las personas que están satisfechas y las que no.

Item No. 2

n = 77.7% (14) han disminuido sus intereses o actividades.

n= 22.2% (4) No han disminuido sus intereses o actividades.

El 77.7% de las ancianas con depresión han disminuido mucho sus intereses o actividades. El porcentaje muestra que hay una diferencia significativa entre las personas que han disminuido su interés y en las que no se ha disminuido.

Item No. 3

n = 16 = 88.8% Siente que su vida esta vacía.

n = 2 = 11.1% No siente que su vida está vacía.

Estos resultados muestran que el 88.8% de las personas con depresión sienten que su vida está vacía, lo cual indica que existe una diferencia significativa entre las personas que sienten su vida está vacía y las que no.

Item No. 4

n = 72 = 66.6%= Se sienten aburrido frecuentemente.

n= 6 = 33.3% No se sienten aburrido frecuentemente

El 66.6% de las personas con depresión se sienten aburrido frecuentemente, lo cual indica una diferencia significativa entre las personas que se sienten aburrido y las que no.

Item No. 5

n = 9 = el 50% están de buen ánimo la mayor parte del tiempo.

n = 9 = El 50% no están de buen ánimo la mayor parte del tiempo.

El 50% de la población deprimida están de buen ánimo la mayor parte del tiempo, lo cual indica que no hay una diferencia significativa, entre las personas que están de buen ánimo y las que no lo están.

Item No. 6

n = 11 = 61.1% están preocupados o temen que algo malo les va a pasar.

n = 7 = 38.8% No están preocupados o temen que algo malo les va a pasar.

El 61.1% de la población deprimida están preocupada o temen que algo malo les va a pasar, esto indica que no hay una diferencia significativa, entre las personas que están preocupadas que algo malo les va a pasar y las que no.

Item No. 7.

n = 11 = 61.1% Se sienten feliz la mayor parte del tiempo.

n = 7 = 38.8% No se sienten feliz la mayor parte del tiempo.

El resultado muestra que el 61.1% de la población de anciana deprimida se sienten feliz la mayor parte del tiempo, lo cual indica que no hay una diferencia significativa entre las personas que se sienten feliz la mayor parte del tiempo y las que no.

Item No. 8

n = 12 = 66.6% Se sienten con frecuencia desamparados.

n = 6 = 33.3% No se sienten con frecuencia desamparados.

El 66.6% de las personas deprimidas se sienten desamparadas, que no valen nada, lo cual indica que no hay diferencia significativa entre los grupos.

Item No. 9

n = 8 = 44.4% Prefieren quedarse en casa en vez de salir hacer cosas nuevas.

n = 10 = 55.5% No prefieren quedarse en casa en vez de salir hacer cosas nuevas.

El 44.4% de las personas con depresión prefieren quedarse en casa en vez de salir hacer cosas nuevas, lo cual indica que no hay diferencia significativa entre los dos grupos.

Item No. 10.

n = 12 = 66.6% Dicen tener problemas con su memoria mucho más que otras personas.

n = 6 = 33.3% Dicen no tener problemas con su memoria mucho más que otras personas.

Los resultados muestran que el 66.6% de las personas con depresión dicen tener con su memoria mucho más que otras personas, lo cual indica que hay una diferencia significativa entre los dos grupos.

Item No. 11

n = 18 = 100% creen que es maravilloso estar vivos.

El 100% de las personas con depresión creen que es maravilloso estar vivos, lo cual indica que no existe diferencia significativa en esta categoría.

Item No. 12

n = 7 = 38.8% Se sienten inútiles o despreciables en su situación actual.

n = 11 = 61.1% No se sienten inútiles o despreciables en su situación actual.

El 38.8% de las personas con depresión se sienten inútiles o despreciables en su situación actual, lo cual indica que no hay una diferencia significativa entre los dos grupos diferencia.

Item No. 13.

n = 13 = 72.2% se sienten llenos de energía.

n = 5 = 27.7% No se sienten llenos de energía.

El 72.2% de las personas con depresión se sienten llenos de energía lo cual indica que hay una diferencia significativa entre los dos grupos.

Item No. 14.

n = 11 = 61.1% Se encuentra sin esperanza ante su situación actual.

n = 7 = 38.8% No se encuentra sin esperanza ante su situación actual.

Los resultados muestran que el 61.1% de las personas con depresión se encuentran sin esperanza ante su situación actual, lo cual indica que no hay diferencia significativa entre los dos grupos.

Item No. 15

n = 12 = 66.6% Creen que las otras personas están mejor que ellos.

n = 6 = 33.3% No Creen que las otras personas están mejor que ellos.

El 66.6% de las personas con depresión creen que las otras personas están mejor que ellos lo cual indica una diferencia significativa entre los dos grupos.

De acuerdo a los resultados anteriores se determinó que existen dos ancianas con depresión severa y 16 ancianas con depresión moderada.

ANCIANAS CON NIVELES DE DEPRESIÓN MODERADA:

Estas ancianas presentaron altos puntajes en los siguientes items:

1. Han disminuido o abandonado muchos de sus intereses.
2. Sienten que su vida está vacía.
3. Se sienten aburridas frecuentemente.
4. Están preocupadas o temen que algo malo les vaya a pasar.
5. Se sienten con frecuencia desamparadas o que no valen nada.

6. Dicen tener problemas con su memoria.
7. Se encuentran sin esperanza ante la situación actual.
8. Creen que las otras personas están mejor que ellos.

ANCIANAS CON NIVELES DE DEPRESION SEVERA

Estas ancianas presentaron altos puntajes en los siguientes items:

1. No están satisfechas con su vida.
2. Han disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades.
3. Sienten que su vida esta vacía.
4. Se sienten aburridas frecuentemente.
5. Están preocupadas o temen que algo malo les va a pasar.
6. Se sienten con frecuencia desamparadas que no valen nada.
7. Dicen tener problemas con su memoria mucho más que otras personas.
8. Se sienten inútiles o despreciables en su situación actual.
9. No se sienten llenas de energía.

En las ancianas con depresión severa los siguientes items eran compartidas, una la aceptaba y otra la rechazaba.

1. Están de buen ánimo la mayor parte del tiempo.
2. Se sienten feliz la mayor parte del tiempo.
3. Prefieren quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas.

4. Creen que es maravilloso estar vivos.
5. Se siente llenos de energía.
6. Se encuentran sin esperanza ante su situación actual.
7. Creen que las otras personas están mejor que ellos.

Esto demostró que en la depresión moderada la incidencia de los items evaluados en la escuela de depresión geriátrica de Yesavage fue de 8 items mientras que en la depresión severa, la aparición de tiems fue de 9, más la participación media de los otros items que conforman la escala, es decir solo el 50% de la muestra de ancianas con depresión severa aceptó la incidencia de los items.

FACTORES QUE INCIDEN EN LA DEPRESION

Análisis descriptivo de los resultados:

- **Dependencia económica:** Se encontró que el 77.7% de la muestra depende económicamente de los hijos, el 5.5% del esposo, el 11.2% de empleo temporales (rebusque) y el 5.5% de los hermanos.

Muchos ancianos no desean tener su vida totalmente manejada por otros económicamente, ya que preferirían ser independientes, tiene privacidad, sentirse más seguras y tener algunos contactos sociales (E. M. Brody, 1978; Lawton, 1981).

- **Estado Civil:** Se encontró que el 55.5% de la muestra son viudas, el 33.3% solteras, un 5.5% están casadas y otra 5.5% están divorciadas.

Las personas de uno y otro sexo tienen altos índices de enfermedades mentales en especial depresión respecto a las personas casadas (Balkwell, 1981).

- **Estado de Salud:** Se encontró que el 55% de la muestra tiene buena salud, el 27.7% tiene un estado de salud regular y el 22.2% tiene un mal estado de salud. La mayoría de las personas de más de 65 años de edad no tienen que limitar ninguna actividad importante por razones de salud (V.S. Bureau Of the census /92).

- **Escolaridad:** Se encontró que el 44.4% curso primaria completa, el 11.1% curso hasta cuarto de primaria, otro 11.1% curso hasta segundo de primaria, un 5.55% curso bachillerato y otros y el 27.7% son analfabetas.

- **Presencia o ausencia de hijos:** Se encontró que el 94.44% tienen hijos y el 5.5% no tienen hijos.

Muchos padres sostienen que una de las ventajas de tener hijos es asegurar atención y compañía para su vejez, sin embargo la presencia o ausencia de hijos no parece marcar demaciada diferencia (Johnson y Catalano, 1981).

Se puede establecer, que en las ancianas, el nivel de depresión moderado, influyen factores como: ser viuda, ser solteras, depender económicamente de los hijos.

En las ancianas con niveles de depresión severo los factores que tuvieron mayor incidencia fueron ser viuda y ser solteras dependen económicamente del hijo y del rebusque y un estado de salud regular.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que el objetivo del presente estudio es describir como se presenta la depresión en el grupo de ancianas que asisten al Centro de Vida de la Tercera Edad el Carmen Viejo Muelle en Puerto Colombia y mediante la aplicación de la escala de depresión geriátrica Yesevage se encontró:

- Que de un grupo de 84 mujeres ancianas solo 18 presentaron depresión de las cuales 2 presentaron depresión severa y 16 depresión moderada. Siendo el aspecto más significativo en los niveles de depresión el haber disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades, seguido por el sentirse aburrido frecuentemente, sentirse desamparado y tener problema de memoria.

- Que los factores que más incidieron en los ancianos con depresión fueron el depender económicamente de los hijos y el ser viudas, los cuales se encuentran directamente relacionados ya que al quedar viudas pasan a depender económicamente de los hijos, perdiendo así su autonomía y se sienten cohibidos de realizar ciertas actividades, sumando el hecho de perder a su compañero de toda la vida.

- Uno de los aspectos fundamentales encontrados en esta investigación fue el hecho de hallar solo dos personas con rasgos de depresión severa en la tercera edad, lo que permite concluir que la participación de estas personas en el Centro de Vida de la Tercera edad el Carmen Viejo Muelle, ayuda a que la incidencia de aspectos significativos en los niveles de depresión y los factores que influyen en ella, se limiten a 1 o 2 dentro de la escala de Yesavage.

RECOMENDACIONES

Partiendo de los resultados hallados en el presente estudio, permite sugerir la continuidad del trabajo con estos grupos especiales, como lo son las personas de la tercera edad y jubilados, ya que son parte del objeto de estudio de la psicología.

Sería interesante continuar esta línea de investigación con estudios orientados en la planeación y ejecución de programas para este tipo de población.

Algunos estudios sugeridos serían:

- Describir el tipo de depresión presente en los ancianos.
- Correlación entre viudez y depresión.
- Correlación entre la soledad y la depresión.
- Describir la personalidad del anciano.
- Describir la sexualidad después de los 60 años.

BIBLIOGRAFIA

ANGARITA, Consuelo. Psicología y Desarrollo Humano, Sistematización de Investigaciones. Barranquilla: Uninorte 1994.

CANO, Carlos Alberto. Abstract Depresión.

CARA CANTÚ, Asunción. Es difícil ser mujer. Una guía sobre depresión. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Antiguo camino a Xochinilco. México: Pax 1997.

CHARLES MORRIS. Psicología un nuevo enfoque. Hispanoamericana. México, 1987.

GOMEZ, José Fernando. Evaluación de la Salud en los ancianos. Mc Graw Hill, 1988.

DR. EN C.M. Rafael. J. SALIN – Pascual. Los Trastornos Afectivos para médicos no psiquiatras. Galo Editores S.A: de C.V.

EL HIPERICO Y otras Plantas para la Depresión. Manuales Integrados – Pérez Galdós. Barcelona 2.000

GARBER, Elba. Depresión y duelo. Medica Psiquiatra. Médica Psicoanalitica. Médica Homeópata - Especialista en Medicina. Florar Internet 1999.

GUEVARA German, Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geríatría. Vol. 14 Número 3. Julio - Septiembre 2.000.

KANE, Robert, GUSLANDER Jopseph y ABRASS Itamar. Geriatría Clínica. Mc Graw Hill Interamericana 1995.

KINSELLA G.G.. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe: La atención en los ancianos un desafío para los años noventa. Eds. Anzola E. Gallinsky D. Morales, F. Salas A y Sánchez. Panamericana de la Salud Publicación Científica. Ops p.p. 318 Washington 1994.

RAPAPO, León. La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad. Argentina - México: Paido 1990.

MAIER Henry, Erikson, Piaget y Sears. Tres Teorías sobre el Desarrollo del niño. Amorrortu Editores.

MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. DSM IV Masson S.A.

MERSON, Stephen M.D. Depresión. Guía Práctica para entender y manejar esta enfermedad. Norma Julio 1997.

MORGAN, Charles. Introducción a la Psicología, Madrid Aguilar 1972.

OBREGON, Alvaro. Depresión. Lo que usted necesita saber Instituto Nacional de Salud Mental. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C. México 1990.

PHILIP RICE, Desarrollo Humano, Segunda Edición 1997.

PAPALIA, Diana E. Desarrollo Humano, Sexta Edición 1998.

PICK, Susan. Cómo Investigar en Ciencias Sociales. México: Trillas 1998.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

SABINO, Carlos A. El proceso de investigación. 1978.

SALZAMAN, C. Clínica Geriátrica.Psichopharmacology. Indddiagnosis of late – life depresión. Williams y Wilikins 1998.

SARASON, G. Irwin. SARASON, R. Barbara. Psicología Anormal. El Problema de la Conducta Inadaptada 1999.

STOFF MARANO, Hara. Revista Diners 1999.

TIERNO J., Bernnabé. Depresión Manual para lograr un mayor bienestar personal y familiar. 1998.

VALLEJO, RUILOBA. Introducción a la Psicología y la Psiquiatría Salvat S.A.

YESAVAGE S.A. Development and Validation of a Geriatrics. Depresión Scale J. Psychiatry Res. 1983.

ZAREBSKI, Graciela, Hacía UN buen envejecer. Emece 1999.

ANEXOS

TABLA No. 1

ANCIANAS CON DEPRESION

PREGUNTAS

1.

El 55.5% (10) están satisfechas con su vida

El 44.4% (8) no están satisfechas con su vida

2.

El 77.7% (14) han disminuido o abandonado mucho de sus intereses o actividades

El 22.2% (4) no han disminuido o abandonado mucho de sus intereses o actividades.

3.

El 88.8%(16) sienten que su vida está vacía.

El 11.1% (2) no sienten que su vida está vacía.

4.

El 66.6% (12) se sienten aburridos frecuentemente

El 33.3% (6) no se sienten aburridos frecuentemente

5.

El 50% (9) están de buen ánimo la mayor parte del tiempo.

El 50% (9) no están de buen ánimo la mayor parte del tiempo.

6.

El 61.1% (11) están preocupadas o temen que algo malo les va a pasar

El 38.8% (7) no están preocupadas o temen que algo malo les va a pasar

7.

El 61.1% (11) se sienten feliz la mayor parte del tiempo.

El 38.8% (7) no se sienten feliz la mayor parte del tiempo.

8.

El 66.6% (12) se sienten con frecuencia desamparadas, que no valen nada.

El 33.3% (6) no se sienten con frecuencia desamparadas, que no valen nada.

9.

El 44.4% (8) prefieren quedarse en casa en vez. de salir hacer cosas nuevas.

El 55.5% (10) no prefieren quedarse en casa en vez de salir hacer cosas nuevas.

10.

El 66.6% (12) dicen tener problemas con su memoria mucho más que otras personas.

El 33.3% (6) no dicen tener problemas con su memoria mucho más que otras personas

11.

El 100% creen que es maravilloso estar vivos.

12.

El 38.8% (7) se sienten inútil o despreciable en su situación actual.

El 61.1% (11) no se sienten inútil o despreciable en su situación actual.

13.

El 72.2% (13) se sienten llenos de energía.

El 27.7% (5) no se sienten llenos de energía.

14.

El 61.1% (11) se encuentran sin esperanza ante su situación actual.

El 38.8% (7) no se encuentran sin esperanza ante su situación actual.

15

El 66.6% (12) creen que las otras personas están mejor que ellas.

El 33.3% (6) no creen que las otras personas están mejor que ellas.

TABLA No. 2

ANCIANAS CON DEPRESION SEVERA 2 ANCIANAS.

PREGUNTA NUMERO	RESPUESTA A LA PREGUNTA		PORCENTAJE % SI	PORCENTAJE % NO
	SI	NO		
1		2		100
2	2		100	
3	2		100	
4	2		100	
5	1	1	50	50
6	2		100	
7	1	1	50	50
8	2		100	
9		2		100
10	2		100	
11	2		100	
12	2		100	
13		2		100
14	1	1	50	50
15	1	1	50	50

TABLA No. 3

ANCIANAS CON DEPRESION MODERADA (16 ANCIANAS)

PREGUNTA NUMERO	RESPUESTA A LA PREGUNTA		PORCENTAJE % SI	PORCENTAJE % NO
	SI	NO		
1	10	6	62.5	37.5
2	12	4	75	25
3	14	2	87.5	12.5
4	10	6	62.5	37.5
5	8	8	50	50
6	9	7	56.25	43.75
7	10	6	62.5	37.5
8	10	6	62.5	37.5
9	8	8	50	50
10	10	6	62.5	37.5
11	16		100	
12	5	11	31.25	68.75
13	13	3	81.25	18.75
14	10	6	62.5	37.5
15	11	5	68.75	31.25

TABLA No. 4

FACTORES QUE INCIDEN EN LA DEPRESION

ESTADO DE SALUD	
El 50% (9)	Bueno
El 27.7% (5)	Regular
El 22,2% (4)	Malo
DEPENDENCIA ECONÓMICA	
El 77.7% (14)	Hijos
El 5.5% (1)	Esposo
El 111.2% (2)	Rebusque
El 5.5% (1)	Hermana
ESTADO CIVIL	
El 5.5% (1)	Casada
El 33.3% (6)	Soltera
El 55.5% (10)	Viudas
El 5.5% (1)	Divorciadas
PRESENCIA O AUSENCIA DE HIJOS	
Tienen hijos (17)	94.44%
No tienen hijos (1)	5.5%
ESCOLARIDAD	
Primaria completa (8)	44.4%
Hasta 4 de primaria (2)	11.1%
Hasta 2 de primaria (2)	11.1%
Bachillerato y otros (1)	5.5%
Analfabeta (5)	27.7%

TABLA No. 5

FACTORES QUE INCIDEN EN LA DEPRESION MODERADA

ESTADO CIVIL	
Solteras (5)	31.25%
Viudas (9)	56.25%
Casadas (1)	6.25%
Divorciadas (1)	6.25%
DEPENDENCIA ECONOMICA	
Hijos (13)	81.25%
Esposo (1)	6.25%
Rebusque (1)	6.25%
Hermana (1)	6.25%
ESTADO DE SALUD ACTUAL	
Regular (3)	18.75%
Bueno (9)	56.25%
Malo (4)	25%
ESCOLARIDAD	
Analfabeta (5)	31.25%
Primaria (7)	43.75%
2º de primaria (2)	12.5%
4º de primaria (2)	12.5%
HIJOS	
Si 16 Ancianas	100%

TABLA No. 6

FACTORES QUE INCIDEN EN LA DEPRESION SEVERA

ESTADO CIVIL	
Solteras (1)	50%
Viudas (1)	50%
DEPENDENCIA ECONOMICA	
Hijos (1)	50%
Rebusque (1)	50%
ESTADO DE SALUD ACTUAL	
Regular (2)	100%
ESCOLARIDAD	
Primaria(1)	50%
Bachillerato y otros (1)	50%
HIJOS	
Si 2 Ancianas	100%