

CARACTERITICAS PSICOLOGICAS EN ANCIANAS DEPRIMIDAS

**JOHN SIERRA L
YAMILE BAYONA
YANEIVIS OÑATE**

**Trabajo presentado al comité de investigadores de la
Facultad de Psicología**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA
2002**

UNIVERSIDAD SIMON BOLIV,
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO - 4 0 3 0 8 2 3

PRECIO _____

FECHA 01-11-2008

CANJE _____

Nota de aceptación

Yaneth Arias

Presidente del Jurado

Beth Villanueva S.

Jurado

Jurado

CARACTERITICAS PSICOLOGICAS EN ANCIANAS DEPRIMIDAS

**JOHN SIERRA L
YAMILE BAYONA
YANEIVIS OÑATE**

**Trabajo presentado al comité de investigadores de la
Facultad de Psicología**

ASESORA: DRA. MARGARITA CARDEÑO

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA**

2002

Barranquilla, 18 de marzo del 2002.

Señores:

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

E. S. M.

Cordial Saludo,

La presente certifica a ustedes mi desempeño como asesora en la realización de la investigación: Características Psicológicas en Ancianas Deprimidas. Elaborada por las estudiante Yamile Bayona, John Sierra y Yaneivis Oñate.

Agradeciendo la atención prestada.

Atentamente,



DRA. MARGARITA CARDEÑO

PSICÓLOGA CLINICA

**A Dios fuente de fortaleza, paciencia y Amor; por haberme ayudado en
la consecución de mis metas.**

**A mis padres Enrique y Cecilia por ser el apoyo con que siempre
contaré.**

**A mi hermano Samuel, por su apoyo para lograr la consecución de
esta meta**

**A Yudy, Yessica y Yineth por ser esas hermanitas que me contagian
de alegría.**

**A John, amor de mi vida, por su amor, su paciencia y por estar a mi
lado en cada momento importante de esta carrera.**

Yamile Bayona

**A dios por todo lo que me ha permitido tener en la vida;
A mis padres Luz y Abel por haberme brindado la oportunidad de
hacer realidad mis sueños y por haber confiado en mí;
A mis hermanos Luzme, Yuly y Eider por compartir juntos las mismas
tristezas y alegrías;
A mis abuelos, por regalarme lo más preciado para mí “Mis Padres”;
A John y a Yamile por su empeño y dedicación en la investigación;
A Maira por su apoyo incondicional cuando más lo necesité;
A Jaime por sus palabras de aliento en momentos de angustia;
A mi psicóloga Yadira y amigas Dary, Sandra y Viceth por ser testigos
y haber compartido momentos difíciles;
Y a todo aquel que haya aportado en mi formación como persona,
como mujer y como profesional: Mil Gracias!!**

Yaneivis Oñate

**A Dios y a mi familia: Adalberto y Luchy por creer en mí y compartir
mis sueños.**

A Angie y a Daniel por su ternura;

A Carmelita, Sandra y Edier por su amor incondicional.

A ti Anita por enseñarme el valor de la honestidad;

A Libo, Toño y Martica por tender su mano;

A Silena, Jaime y Ligia por su calidez;

A Fatty, Ella y Gina por ser mis amigas.

**A doña Micaelina Gaspar y su familia por enseñarme que todavía
existe la solidaridad y por ayudarme**

Y a ti Yamile por “ser la pieza que encaja perfectamente en mi vida”

John Sierra

Agradecimientos:

El grupo de investigación agradece a:

Dra. Margarita Cardeño por su apoyo colaboración e interés en ayudarnos a sacar adelante este proyecto, además de su gran profesionalismo y calidad.

A los Profesores:

Victor Ovalle, Patricia Ruiz y Francisco Vásquez, por su asesoría y orientación lo cual permitió llevar a cabo este proyecto.

A el Hogar geriátrico Madre Marcelina en cabeza de su directora la Hermana Rosario zapata, por permitirnos el ingreso a sus instalaciones y poder llevar a cabo el proceso de recolección de datos.

Yamile Bayona, Yaneivis Oñate y John Sierra.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCION	1
2. PREGUNTA PROBLEMA	3
3. JUSTIFICACIÓN	4
4. OBJETIVOS	6
5. MARCO TEORICO	7
5.1. EDAD ADULTA MAYOR	7
5.1.1. CAMBIOS FISICOS	7
5.1.1.1 Cambios a nivel sensorial y psicomotor	8
5.1.1.1.2 Cambios a nivel cerebral en la edad adulta mayor	8
5.1.1.1.3 Otros cambios físicos	13
5.1.2 DESARROLLO INTELECTUAL	15
5.1.2.1 Inteligencia fluida e inteligencia cristalizada	16
5.1.2.2 Cambios en la memoria durante la edad adulta mayor	17
5.1.2.3 Educación en la edad adulta mayor	20
5.1.3 CAMBIOS EN EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD	20
5.1.3.1 Personalidad y patrones de envejecimiento	22
5.1.4 ASPECTOS SOCIALES	23
5.2 ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESION	26
5.2.1 DEFINICION	26
5.2.2 SINTOMAS DEPRESIVOS	27
5.2.2.1 Síntomas anímicos	28
5.2.2.2 Síntomas motivacionales y conductuales	28
5.2.2.3 Síntomas cognitivos	28
5.2.2.4 Síntomas físicos	29
5.2.2.5 Síntomas interpersonales	30

5.2.3	CLASIFICACION	30
5.2.3.1	Trastorno depresivo mayor	32
5.2.3.2	Distimia	33
5.2.3.3	Trastorno depresivo no especificado	34
5.3	CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES	35
5.3.1.	EPIDEMIOLOGIA	36
5.3.2.	CARACTERISTICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO	37
5.3.3.	Características psicologicas de la depresión en el anciano	39
5.3.3.1	Características cognitivas	39
5.3.3.2	Características afectivas	41
5.3.3.3	Características sociales	42
5.4.	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS OCHO ETAPAS	43
5.4.1.	Octava Etapa Estado Adulto Tardío	43
6.	DEFINICIÓN DE VARIABLES	45
6.1.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	45
6.2.	DEFINICIÓN OPERACIONAL	47
7.	METODOLOGÍA	48
7.1.	DISEÑO	48
7.2.	POBLACIÓN	48
7.3.	MUESTREO	49
7.4.	INSTRUMENTOS	49
7.5.	PROCEDIMIENTO	50
8.	RESULTADOS	54
9.	CONCLUSIONES	63
10.	RECOMENDACIONES	66
	BIBLIOGRAFÍA	68
	ANEXOS	70

LISTA DE TABLAS

**CUADRO 1. ESTADÍSTICAS POR COSULTA EXTERNA Y URGENCIAS SOBRE
DEPRESIÓN.**

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS

CUADRO 3. RELACION ENTRE EDAD Y DEPRESIÓN MODERADA

CUADRO 4. RELACION ENTRE EDAD Y DEPRESIÓN SEVERA

CUADRO 5. RELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN MODERADA

CUADRO 6. RELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN SEVERA

CUADRO 7. RELACION ENTRE MOTIVO DE INGRESO Y DEPRESIÓN

LISTA DE GRAFICAS

1. **CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LAS ANCIANAS DEPRIMIDAS
TIPOS DE DEPRESIÓN ENCONTRADOS DEACUERDO AL TEST DE
YASAVAGE**

LISTA DE ANEXOS

1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
2. RESULTADOS DE LA ENTREVISTA
3. ESCALAS DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (YASAVAGE) APLICADAS
4. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
5. DESCRIPCIÓN DE CASOS

INTRODUCCION

El hombre desde su concepción hasta la muerte, mantiene un proceso evolutivo que muestra diversos cambios con el paso del tiempo. Es precisamente la etapa de la edad adulta mayor la que ocupa nuestra atención, específicamente el aspecto relacionado con la depresión que se presenta en esta etapa.

Por tal razón la depresión en los ancianos y sus características psicológicas se han convertido en el objeto de interés para esta investigación. Para tal fin, se ha recurrido a una revisión bibliográfica que incluye: edad adulta mayor, aspectos generales de la depresión y características psicológicas en ancianas deprimidas; cada uno de estos temas en su respectivo capítulo. Dicho apoyo conceptual será regulado y complementado con información de primera mano; lo cual permitirá realizar una descripción detallada de las características mencionadas.

Con respecto a las teorías que sustentan la depresión, se tomó como autor guía a Janeth Belsky, en su libro psicología del envejecimiento., quien aporta una información actualizada acerca de las características psicológicas cognitivas y afectivas. También se tuvo en cuenta la teoría de Erick Erickson, quien a su vez es citado por N. S. Dicaprio, en su libro teorías de la personalidad.

La población con la cual se trabaja está ubicada en el hogar geriátrico Madre Marcelina de la ciudad de Barranquilla; en este lugar se tomó una muestra intencional, con ancianas quienes padecen depresión. A dicho grupo se le aplicaron dos instrumentos de recolección de datos; la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la cual mide las características afectivas y la entrevista semiestructurada, que mide las características cognoscitivas, afectivas y sociales de las ancianas.

Por otro lado esta investigación se caracteriza por ser un proyecto investigativo de tipo cualitativo y de carácter descriptivo, lo cual se evidencia al tener en cuenta el tipo de instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos así como el procedimiento llevado a cabo.

Con respecto a los aportes personales, estos se encuentran relacionados con la clasificación de las características psicológicas; cognitivas, afectivas y sociales; las cuales no se encuentran explícitas de acuerdo a un autor específico. Por tal razón la labor de esta investigación fue clasificar y conceptualizar cada una de dichas características.

2. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son las características psicológicas de las ancianas deprimidas, institucionalizadas en el hogar geriátrico MADRE MARCELINA de la ciudad de Barranquilla?.

3. JUSTIFICACIÓN

El ser humano se caracteriza por permanecer en constante cambio. Desde el nacimiento va evolucionando en los diferentes aspectos como son en el aspecto físico, actitudinal, cognoscitivo y afectivo entre otros. Por tal razón los intereses en cada individuo difieren de acuerdo a la etapa que este viviendo en ese momento.

Los cambios que se presentan en la edad adulta mayor no solamente son de intereses, sino que están influidos por el aumento o deterioro de capacidades físicas y mentales. Todo esto está influenciado por el estilo de vida que ha llevado el individuo a lo largo de su vida familiar, social, alimenticia, física e intelectual, entre otros; en el grado de bienestar pleno de estas necesidades el individuo llegará a una vejez productiva o por el contrario el anciano no logrará el bienestar esperado por él (Erick Erickson, teoría psicosocial).

Es posible que en la vejez concorra un inmenso número de circunstancias que actúan como elementos reforzadores de una patología como la *depresión*, la cual tiene unas características psicológicas. La descripción de dichas características, es de gran importancia para entender esta afección, y también para tener una conceptualización clara de este mismo. Por otra parte, cabe resaltar que estudios epidemiológicos de la depresión muestran que el síndrome depresivo es el

problema de salud mental más frecuente en las personas de edad adulta mayor (M. Rodríguez López, citado por Durante Molina, Pedro Tarrés. Terapia Ocupacional en Geriatría); además estos trastornos llegan a constituir el motivo de ingreso más frecuente de la población anciana a las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, representando hasta el 50% de todas las hospitalizaciones (M. Rodríguez López De Las Hazas). Por tal razón se hace necesario ahondar en esta problemática; en primer lugar describiendo las características psicológicas de la depresión en ancianos y, teniendo en cuenta los datos obtenidos acerca de las características psicológicas de la depresión en adultos mayores se puede realizar un estudio posterior, detallado acerca de las causas de dicho problema dejando así abierto un campo de investigación en esta misma línea. Lo cual resulta muy útil en la creación de programas de prevención de la depresión en la edad adulta mayor, así como la forma de reconocerlo y tratarlo consecuentemente con las posibilidades de tratamiento. Por lo tanto la facultad de psicología de la universidad Simón Bolívar puede abrir nuevas líneas de investigación en este campo; el cual se caracteriza por carecer de estudios suficientes con este tipo de población.

Un objetivo importante sería trabajar por mejorar en forma apreciable la calidad de vida en personas de avanzada edad, lo cual se relaciona con los programas de prevención que puedan derivarse de este tipo de estudio.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características psicológicas de las ancianas deprimidas institucionalizadas en el hogar geriátrico MADRE MARCELINA de ciudad de Barranquilla.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir las características cognitivas del anciano deprimido; cómo el concepto negativo de si mismo, del mundo y del futuro.

Describir las características afectivas principales en el anciano deprimido como el estado de ánimo depresivo y sentimientos acerca del lugar donde habita.

Describir las características sociales, específicamente las relaciones interpersonales con sus compañeras y con sus familias.

5. MARCO TEORICO

5.1. EDAD ADULTA MAYOR

Es difícil determinar con exactitud una edad que establezca el límite entre la edad adulta intermedia y la edad adulta mayor, este límite generalmente se relaciona más con el estado de salud, la vitalidad, la vida laboral y social y el estado de salud anímico y emocional en general; más que con el aspecto cronobiológico, ya que los cambios que ocurren en esta etapa dependen de las diferencias individuales, de las actitudes que asumen ante su edad, de la calidad de vida y del estado físico en general determinado por la presencia de enfermedades¹ (Papalia y Wendkos). Sin embargo la OMS establece una edad límite para la vejez, definiendo la edad adulta mayor como toda persona mayor de 65 años de edad (OMS, 1989).

De acuerdo al ciclo vital familiar, la edad adulta mayor, en su contexto, se caracteriza no por una edad específica, sino que se ve determinada por ciertos

¹Diane Papalia y Sally Wendkos Olds. Desarrollo humano. Mc Graw Hill. Pags 564-565.(2000ad

sucesos familiares como el abandono del hogar paterno por parte de los hijos("síndrome del nido vacío"),

5.1.1 Cambios físicos. Los cambios fisiológicos en esta edad son relevantes debido a la disminución funcional de los sujetos, a esto se suman aspectos como la jubilación y el tiempo libre, lo cual conlleva al sujeto a no saber que hacer, por otra parte cuando se presentan circunstancias externas como enfermedades, dificultades económicas o ausencia de familiares, la vejez pasa a ser un periodo difícil y provoca consecuencias en la autoestima y en la salud mental de los ancianos que pasan a ser dependientes de sus hijos. (tomado de Fernández, Alonso. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud)

5.1.1.1 Cambios a nivel sensorial y psicomotor. Como se dijo anteriormente, existen considerables variaciones a nivel individual, en cuanto a las potencialidades sensoriales y psicomotoras en las personas de la edad adulta mayor, para unos ocurren en forma brusca y otros consideran que su vida cotidiana no ha cambiado. Los cambios físicos más marcados se presentan en los órganos de los sentidos; con mayor acentuación en la visión, la audición, gusto y olfato. A nivel psicomotor las variaciones se dan en la fortaleza, coordinación y tiempo de reacción.(Papalia y wendkos,2000). Cada uno de estos cambios son expuestos a continuación:

VISION

En cuanto a la visión, la dificultad para percibir las cosas de cerca (presbicia) usualmente se estabiliza a los 60 años y gracias a la ayuda de anteojos y lentes de contacto un gran número de personas de edad adulta mayor pueden ver casi normalmente; a pesar de esto, después de los 65 años o común encontrar deficiencia visual que altera la vida diaria.

Un considerable número de adultos de edad avanzada tiene problemas para percibir la profundidad o el color y encuentran considerables dificultades en la realización de tareas que dependen de la vista, como por ejemplo: hacer trabajos cerca de los ojos, ir de compras y cocinar. Por otra parte, las pérdidas o deterioros en la sensibilidad y el contraste visual relacionados con la edad causan dificultad para leer letras muy pequeñas o muy grandes (Akutsu, legge,ross y schuebel,1991;citados por papalia,2000).

Según Leosnik, Kline, rasinski, y sekuler;1998, la mayoría de los problemas visuales se dan en cinco áreas: visión de cerca, visión dinámica (leer avisos móviles), sensibilidad a la luz, velocidad de lo que es visto, y búsqueda visual.(ubicar señales)

Otras afecciones visuales frecuentes a esta edad son las cataratas y el glaucoma. El primero se presenta debido a un enturbiamiento del cristalino que afecta la percepción de la profundidad, lo cual ocasiona problemas para enfocar y para ver los contrastes definidos que aprecian los jóvenes; las cataratas pueden ser

eliminadas por medio de una operación usualmente sencilla.(Kline y schieber, 1985)². El glaucoma es el aumento del fluido ocular lo cual lesiona el ojo internamente; esta enfermedad es causa frecuente de ceguera, no obstante puede ser tratada y controlada. Aparte se restringir las actividades diarias, los problemas de visión causan accidentes en el hogar y fuera de este(Braunch, Horowitz, y carr, 1989)³En las peores situaciones, las enfermedades visuales pueden originar la ceguera, la mitad de las personas declaradas ciegas en Estado Unidos tienen mas de 65 años y los desordenes de la retina son el principal motivo de ceguera en los ancianos.

AUDICION

Las deficiencias en la audición es otro factor que entorpece de manera notable la vida diaria, una dificultad para discriminar sonidos de alta frecuencia hace difícil oír la radio y la televisión o cuando se encuentran un grupo numeroso de personas que hablan a la vez, de alguna forma los aparatos auditivos solucionan en parte la pérdida de la audición, a pesar de esto solo una gran minoría de edad avanzada los utiliza, la adaptación suele ser complicada, puesto que no solo simplifican los sonidos del ambiente sino también los que el anciano quiere oír, sumado a esto, muchos individuos piensan que usar un aparato auditivo es lo mismo que aceptar el hecho de estar envejeciendo.(Papalia y Wewndkos,2000)⁴.Existen otros

² Grace J Crag. Desarrollo psicológico. Prentice Hall, Ed. Mexico, 1997 pag 616-617

³ Diane Papalia. Sally Wendkos Old. Serie desarrollo humano. Mc Graw Hill. pag 572. Bogota, año 2000

⁴ Ibid. p.

mecanismos para tratar las limitaciones auditivas como: tratamiento médico y entrenamiento especial.

GUSTO Y OLFATO

Continuando con la descripción de los cambios físicos, también a nivel del gusto y el olfato se presentan alteraciones. Cuando un anciano a menudo expresa incomodidad porque su alimento no sabe bien, la explicación se debe tal vez a que tienen menos papilas gustativas en su lengua, igualmente también porque el bulbo olfatorio órgano ubicado en el cerebro que se encarga del sentido del olfato se encuentra alterado. En el gusto se pierde principalmente, cierta capacidad para distinguir los sabores amargos;(Spitzer,1988). además parecen tener mayores umbrales para la discriminación de la sal, por lo cual necesitan más sal para distinguirla, este hecho estaría asociado con el inicio de la hipertensión(Mary Spitzer,1988).Los cambios a nivel de gusto y olfato están ampliamente asociados, pues, cuando el gusto disminuye se explica por la disminución de las papilas gustativas y por que como se menciono anteriormente el bulbo olfatorio, órgano ubicado en el cerebro y encargado de regular el sentido del olfato, se encuentra atrofiado. Se puede considerar como normal en el proceso de envejecimiento las pérdidas que se dan a nivel del olfato y el gusto y se considera que las mujeres parecen mantener estas capacidades de una mejor manera que los hombres y que los individuos que usan medicamentos, son propensos a experimentar mayores pérdidas (Chip y Wciffenbach) citados por D. Papalia.

FORTALEZA, COORDINACION Y TIEMPO DE REACCION

Sin embargo, no solamente en este nivel de los sentidos se dan cambios, se considera también lo que sucede con la fortaleza, la coordinación y tiempos de reacción. Se cree que los adultos mayores pueden hacer la mayoría de las cosas que hacen las personas más jóvenes, pero lo hacen con mayor lentitud. (Woods y Williams,1980; salthouse,1985) Además tienen menos fuerza que antes y se encuentran limitados en actividades que implican resistencia o capacidad para transportar cosas pesadas. Igualmente el tiempo de respuestas pueden ser causa de la privación ambiental y la depresión, también como los cambios neurológicos. A pesar de esto el tratamiento psicológico y medico puede ser útil, se tiene en cuenta para esto a un grupo de personas ancianas que usaron videos y juegos, lo cual lo permitió posteriormente mejorar considerablemente sus tiempos de reacción (Dustman, Emerson, Steinhauss, Shear, Dustman).⁵

Gracias a estos estudios se puede considerar diversos programas de prevención de los problemas ocasionados por retos en varias áreas. Esto se demuestra debido a que las personas de edad avanzada, necesitan más tiempo para poder evaluar el ambiente, recibir toda la información pertinente y poder tomar decisiones. Este denominado proceso de información lenta obliga a los ancianos a pedir que se les repita la información, hace que se desempeñen más en pruebas especialmente cronometradas y también pueden causar dificultad para aprender nueva información y la capacidad de memoria se ve afectada, por otro lado las respuestas reflejas retardadas pueden originar daños accidentales, perdidas del control de la vejiga urinaria o de los intestinos, además, estos problemas hacen

que actividades como manejar, sean peligrosas. La mayoría de estas personas son conscientes de pérdida de habilidades, lo cual los hace sensibles y precavidos en cuanto a sus actividades cotidianas.

5.1.1.2 Cambios a nivel cerebral en la edad adulta mayor. Otros cambios que se dan en el individuo en la edad adulta mayor se tiene en cuenta a nivel del cerebro. Estos cambios se pueden predisponer a enfermedades que pueden constituirse en factores de depresión. En primer lugar se debe establecer que el cerebro de una persona mayor, es parecido al de una persona joven, a pesar de que el cerebro cambia con la edad y estos cambios van a variar de una persona a otra, en las personas de edad avanzada que no tienen desórdenes cerebrales, el cambio anatómico del cerebro es escaso y tienen poco efecto.

Existen opiniones polarizadas sobre el grado de cambio cerebral en la edad adulta mayor. Algunos científicos sostienen que el cerebro de un anciano pesa menos que el de una persona joven debido a la pérdida de las células nerviosas. Otros sostienen que es un dato incorrecto y que las células del cerebro no disminuyen en la edad adulta mayor. Sin embargo, si la teoría de la pérdida de células es apropiada, se podrían considerar como la explicación de cómo se afectan áreas importantes para aprender, para la memoria, la planificación y otras funciones intelectuales. A pesar de todo esto no podría decirse que todos los cambios cerebrales son de esta manera. Es importante tener en cuenta que las dendritas, la parte de la neurona que comunica impulsos a la célula, crece entre la edad

adulta intermedia y comienzos de la edad adulta mayor, lo que podría indicar que a esta edad el cerebro tiene plasticidad y algún grado de regeneración.

5.1.1.3 Otros cambios físicos. A manera de conclusión en cuanto a los cambios físicos en la edad adulta mayor, parte de los cambios sensoriales y al nivel cerebral se consideran otros cambios físicos asociados a la vejez.

El proceso de envejecimiento también tiene efectos en la percepción de temperatura y el tacto, esto implica que el cuerpo tiene ajustes mas lentos al frío y se enfría con más facilidad que el de una persona joven, cuando un anciano se expone al frío externo su temperatura personal puede bajar exponiéndose a serios riesgos. Así mismo las personas de edad avanzada tampoco pueden adaptarse al calor. Otro aspecto a resaltar sería el sueño; las personas en sus últimos años ven reducidas sus horas de sueño, usualmente los hombres tienden a despertar en las horas de la noche para orinar y presentan problemas para volver a dormirse. El sueño en la edad adulta mayor es más liviano, se sueña menos y se tienen menos periodos de sueños profundos.

Muchos otros cambios relativos a la vejez son muy evidentes, la piel tiende a volverse más pálida, pierde elasticidad. Teniendo en cuenta que se pierde más grasa y masa muscular, la piel puede colgar en doblar y arrugas; se presentan con más frecuencia las venas varicosas, el pelo de la cabeza se vuelve blanco y más

delgado y brota en nuevos lugares (barbilla de la mujer y en el exterior de las orejas de los hombres).

Las personas pueden volverse más pequeñas por causa de la atrofia en los discos vertebrales o por la postura del cuerpo algo caída. En una minoría de las mujeres, los huesos cambian originando un alto grado de fractura.

En términos generales el sistema digestivo se mantiene más o menos estable. Pero si hay problemas de sobrepeso, se pueden alterar, el sistema circulatorio, riñones, el sistema de metabolismo, lo cual es un factor de riesgo para desórdenes degenerativos y todos los órganos son más propensos a sufrir enfermedad.

El cambio más severo es el que afecta a el corazón. Después de los 55 años, su ritmo es más lento y más irregular, se forman depósitos de grasa alrededor que dificultan su función y hay una elevación considerable de la presión sanguínea.

5.1.2 Desarrollo intelectual. Otro cambio que se presenta en la edad adulta mayor que puede influir en la calidad de vida del anciano y que debe ser considerado es el desarrollo intelectual. El desarrollo intelectual se presenta como un factor relevante a la hora de analizar los cambios que se dan en la edad adulta mayor, dado que si se encuentra un buen desarrollo intelectual, el individuo podrá afrontar de una manera adecuada los cambios que se presentan en esta etapa de la vida, se considera por algunos estudiosos que el supuesto de que la vejez se

asociaba a un deterioro cognitivo generalizado se puede tener por menos, como exagerada.

5.1.2.1 Inteligencia fluida e inteligencia cristalizada. Estos dos tipos de inteligencia podrían describirse de la siguiente manera. La primera está asociada con el razonamiento abstracto y representa la actitud neurológica y fisiológica que permite resolver nuevos problemas y además organizar la información en situaciones específicas. Tal parece que suele estar determinada en la dotación biológica del individuo, pero no en las influencias culturales, por otra parte su medición se da de acuerdo a la exactitud y velocidad con que se dan las tareas experimentales.

En este caso los ancianos muestran resultados inferiores a los jóvenes en el rendimiento mostrado. Sin embargo, a pesar de que los ancianos tienden a llevar a cabo los procesos de elaboración de la información de forma más lenta, si sus condiciones de salud son buenas pueden entonces desempeñarse apropiadamente en distintas tareas de forma casi exitosa.

por otro lado la inteligencia cristalizada está directamente asociada con el proceso de culturización, tal parece que es un derivado de la educación, los acontecimientos y la experiencia adquirida dentro de la cultura a la cual se pertenece. Usualmente es medida dentro de los resultados obtenidos en tareas de comprensión verbal y simbólica, en este caso los ancianos muestran resultados superiores a los jóvenes.

De acuerdo con los autores (Baltes, 1985; Schaie, 1979, 1983; Schaie y Herzog, 1983; Schaie y Strother, 1968, citados por Papalia y Wendkos Old, 2000) la inteligencia fluida parece lograr su nivel más alto en el periodo de la adolescencia y decrece en forma progresiva a lo largo de toda la vida, tal parece que la explicación para ello se debe básicamente al deterioro neurofisiológico originado por enfermedades o lesiones diversas lo cual implicaría una especie de maduración nerviosa (negativa).

Por el contrario la inteligencia cristalizada prosigue un aumento a lo largo de todo el ciclo vital de tal manera que los psicólogos aún no se ponen de acuerdo acerca de la edad cronológica en que se estabiliza. Parece ser que los ancianos muestran una preferencia por la resolución de problemas que son estipulados a través de la habilidad propia de la inteligencia cristalizada, lo cual se podría deber a una falta de práctica (por desuso) de la inteligencia fluida, a través del tiempo. Esto se vuelve más difícil al realizar tareas relacionadas con ella.

5.1.2.2 Cambios en la memoria durante la edad adulta mayor. Cuando en la edad adulta mayor se tienen problemas a nivel de memoria se considera una señal importante de envejecimiento. Para hablar de memoria no podemos hablar de una categoría única de memoria, así que hay que hablar de la memoria en tres sistemas de almacenamiento: memoria sensorial, memoria a corto plazo y a largo plazo.

En cuanto a la memoria sensorial implica los registros que son guardados por el cerebro en cuanto a lo que se ve, se oye, se toca, se huele, se gusta o cualquier cosa que entra por los sentidos. Si los márgenes en esta memoria sensorial no se llevan rápidamente a la memoria a corto plazo, esta corre riesgo de desvanecerse prontamente. Continuando con la memoria a corto plazo, esta es útil para evocar información necesaria para el desempeño cotidiano.

La memoria a largo plazo implica el almacenamiento de información durante largos periodos. La memoria a largo plazo de las personas mayores de edad en cuanto a la información recién aprendida, difieren en relación para la información aprendida en un pasado más distante. Teniendo en cuenta esta descripción de los tres tipos de memoria estaríamos en condición de poder explicar los cambios de la memoria en la edad adulta mayor, en especial se tratará de explicar porque declina la memoria. Para esto en primer lugar encontraremos una hipótesis biológica, lo cual sugiere que los cambios neurológicos y fisiológicos están fuertemente relacionados con el envejecimiento, implica decir que el deterioro físico es proporcional al de la memoria. Sin embargo, esta hipótesis solo es útil para explicar el deterioro en la memoria con daño cerebral y otras condiciones patológicas que en personas con edad avanzada normales y saludables.

Otro enfoque se interesa más en los pasos para procesar la memoria: codificación, almacenamiento y recuperación; sugiere que las personas de edad avanzada se muestran menos eficientes que los más jóvenes en cuanto a codificar información, preparándola y rotulándola para el almacenamiento, de tal forma que sea mas fácil

recuperarla cuando sea necesitada. (Hultch, Hess, Flannogon y Tatel, 1993) se considera que las personas de edad adulta mayor presenten problemas para recuperar información de la memoria.

Si bien, la memoria de reconocimiento parece mantenerse más estable con la edad que la memoria de recordación, aún a las personas de mayor edad le es necesario tomar un tiempo más largo para evocar sus recuerdos. (Anders, Fozard, Lillyquist, 1972, citados por Papalia y Wendkos, 1998). De otro lado, se tienen en cuenta otras consideraciones contextuales en la explicación del deterioro de la memoria.

Algunos diseñadores de un estudio defendieron la hipótesis de que la memoria se mantendría mejor en las personas que intelectualmente más capaces, flexibles y recursivas, quienes reciben orientación en cuanto a codificación y recuperación, o quienes manejan material que conocen.

En las investigaciones se compararán dos grupos de ancianos voluntarios, los cuales diferirán en inteligencia verbal y niveles de actividad diaria y condición socioeconómica. Las personas más inteligentes y más socialmente activas y de mejor posición socioeconómica desempeñan mejor las tareas que aquellos que son menos inteligentes, más pobres y menos activos. (Croik, Byrd, Swango, 1987). De acuerdo al criterio de estos autores sería equívoco plantear la hipótesis de una disminución general en la memoria, se hace necesario preguntar de qué

personas de edad se habla, que tareas se les pidió hacer y qué también están preparados ellos para hacer estas tareas.

5.1.2.3 Educación en la edad adulta mayor. Las personas de edad avanzadas están en capacidad para aprender habilidades nuevas e información. Estas personas pueden aprender de mejor forma, cuando las materias y los medios de educación tomen en cuenta los cambios intelectuales, psicológicos y fisiológicos, que pueden estar atravesando. Por ejemplo: parecen desempeñarse de mejor forma cuando el material que presenta incluye algunos intervalos en comparación con la forma concentrada y los estudiantes que tienen mayores problemas auditivos o visuales encuentran beneficios de materiales audiovisuales, claros y de fácil comprensión.

5.1.3 Cambios en el desarrollo de la personalidad y social. En cuanto al desarrollo de la personalidad adulta mayor consideramos el punto de vista de autores como: Erick Erickson, Robert Peck. Y George Valliant.

Erickson, en su última etapa de la teoría del desarrollo habla de la integridad Vs desesperación. Este autor estima que los individuos en la edad adulta mayor, enfrentan una necesidad de aceptar su vida; con el propósito de aceptar su muerte próxima, luchar por obtener un sentido de integridad, de totalidad de la vida y de coherencia. En lugar de dar vía a la desesperación, sobre la incapacidad de volverla a vivir de manera indiferente (Erickson, Kivnick, 1986).

De acuerdo con Erickson, la virtud de esta etapa es la sabiduría la cual se refiere a la aceptación de la vida que se ha vivido libre de todo arrepentimiento sobre lo que pudo haber sido o lo que se pudo haber hecho de forma diferente.

Por su parte Robert Peck, propone tres ajustes para la edad adulta tardía. En primer lugar encontramos una autodefinition más amplia en oposición a los roles de trabajo; lo fundamental aquí es la forma en que las personas se auto definan en cuanto a su trabajo, sugiere que las personas jubiladas replanteen sus méritos, como seres humanos de tal manera que exploren otros intereses que ocupen el lugar de trabajo.

En segundo lugar trascendencia del cuerpo Vs preocupación por el cuerpo. En esta etapa se está considerando el hecho de que una disminución física arrastra consigo una segunda adaptación. Para esto es necesario superar los intereses por la condición corporal y encontrar otras fuentes de satisfacción. A lo largo de la vida las personas necesitan cultivar capacidades mentales y sociales que se desarrollen con la edad, junto con atributos tales como fortaleza, coordinación muscular que tienen la probabilidad de disminuir a través de los años.

En tercer lugar encontramos trascendencia del ego Vs preocupación por el ego. En esta etapa las personas tratan de ir más allá del interés en si misma y su vida actual y aceptar la certeza de la muerte; de esta manera las personas trascienden el ego al contribuir el bienestar de otros y esto según Peck situar a los seres humanos aparte de los animales.

El otro autor que aporta a esta teoría sobre el desarrollo de la personalidad es George Vallant. Según el estudio longitudinal realizado por George Vallan indica que al parecer la característica más relevante de la personalidad fue la de manejar los problemas sin culpa, amargura o posibilidad. Los hombres que a través de los años no habían obrado en injusticias ni se habían quejado y podían responder de manera adecuada a la crisis, fueron los mejores adaptados a los 65 años de edad de acuerdo a las investigaciones de esta teoría. Los individuos de 65 años con mejor adaptación desde la edad del colegio habían sido constantes, estables, organizados y a lo largo de toda su vida mostraron estas características que fueron más importantes que el ser eruditos, analíticos o creativos.

5.1.3.1 Personalidad y patrones de envejecimiento. Un aspecto importante para analizar el patrón de envejecimiento en la vejez son las estrategias que los ancianos utilizan para adaptarse a los diferentes cambios y no eventos estresores. Dichos estresores están ligados a cuatro diferentes tipos de personalidad, de acuerdo con Neugarten, Havighurst y Tobin, estas son:

Integrada, protegida, pasiva dependiente y no integrada.

Integrada. Las personas integradas tienen un nivel alto de satisfacción, ya que tienen que poseer un ego competente, capacidades cognoscitivas intactas, con una vida interior compleja, por lo cual funcionan bien como personas integradas. Son personas muy activas involucradas en una amplia variedad de intereses, son autónomos, contentos y tiene la satisfacción de uno o dos roles.

Protegida. Su nivel de satisfacción oscila entre moderado y alto, el nivel de actividad va desde muy activos hasta aquellos que limitan su gasto de energía, socialización y experiencia, son personas que se afanan y están estrechamente controladas y orientadas hacia el logro.

Pasiva dependiente. Las personas pasivo dependientes buscan la comodidad proveniente de otras personas o se muestran apáticos. Su grado de satisfacción depende del nivel de actividad, pasivo o activo, aunque dependa de otras personas. Generalmente este tipo de personas muestran poca satisfacción en el transcurso de sus actividades cotidianas.

No integrado. Son personas desorganizadas con grandes fallas en el funcionamiento psicológico escaso control sobre sus emociones y deterioro en los procesos de pensamiento. Asociados también con poca actividad y poca satisfacción.

5.1.4 Aspectos sociales. El aspecto social es de importante consideración en los cambios que se presentan en la edad adulta mayor, estos influyen en la manera de enfrentar los diferentes obstáculos, problemas físicos y demás eventos estresantes en la vida del anciano.

El nivel económico, es un aspecto social muy importante para el desarrollo pleno del anciano, un buen ingreso es necesario para el acceso a buenos servicios médicos, la recreación, además es determinante para tener una vida

independiente. También es importante el tipo de vivienda; algunos ancianos viven solos, lo cual puede facilitar cierto grado de autonomía, buenas condiciones físicas y psicológicas. Sin embargo, en ocasiones resulta peligroso para el anciano, por lo que puede estar expuesto a peligros que se reducirían estando acompañado. Por otro lado pueden contar con un cónyuge o hijos que se preocupan por ellos, con quienes pueden desempeñar varios roles dependiendo de sus capacidades físicas o psicológicas. Convivir con otros familiares puede brindarles protección y seguridad. (Burkhauser, Holden y Feaster, 1988, citados por Papalia, año 2000).

Los hogares geriátricos son otros lugares donde pueden residir los ancianos. En estos principalmente se encuentran ancianos que tienen problemas para valerse por sí mismos, algunos tienen deterioro mental y otros sufren de incontinencia. Y otros por voluntad propia aceptan ser institucionalizados. Las personas de edad avanzada sienten que la ubicación en una institución es una señal de rechazo; y los hijos comúnmente experimentan gran culpabilidad. La posibilidad de vivir en una institución, aumenta con la edad y también es mayor en personas que viven solas, los que perciben que su edad es deficiente, los que no toman parte en las actividades sociales y aquellos cuyas actividades diarias están limitadas por incapacidad o la escasa salud. (Kemper y Murtaugh, 1991, citado por Papalia, año 2000). Un hogar geriátrico es favorable si brinda la oportunidad de tomar decisiones y ejercer algún control sobre su vida diaria y cuentan con un personal especializado en el cuidado de ancianos; y que además sea vivaz, seguro, higiénico y atractivo; y con personas de ambos sexos para facilitar la socialización.

5.1.4.1 Teoría psicosocial de Erickson. La teoría psicosocial de Erickson contempla que el ser humano en su desarrollo pasa por varias etapas y que en cada una de estas se presenta una crisis característica. Erickson basa el paso por las etapas a través de la resolución de crisis; entendidas como “un punto de viraje o perspectiva de cambio en la vida del individuo, cuando un nuevo problema debe ser enfrentado y dominado”. La resolución de esos conflictos y los problemas asociados con cada periodo de la vida ayuda a hacer posible el desarrollo; el fracaso en esta meta hacen que se guarden los problemas y necesariamente impiden los intentos de solucionar los nuevos problemas de las etapas posteriores.

Teniendo en cuenta que esta investigación se centra en la edad adulta mayor, se expondrá la última etapa de Erickson; integridad del ego contra desesperación. La octava y última etapa de la vida en el esquema de Erickson, abarca de los 60 años a la muerte. La integridad del ego, es la tarea principal de este periodo, el cual implica una unificación de toda la personalidad, con el ego como la principal fuerza determinante.

La perspectiva de llegar al final de la vida puede producirle angustia a muchas personas. Los ancianos experimentan dificultades, que varían de dolores y malestares físicos, apatía y pérdida del interés por las cosas y las personas, hasta sentimiento de inutilidad, aislamiento y desesperación (término que utiliza Erickson para resumir todos estos problemas). Erickson no cree que el último periodo de la vida deba ser desolador y aterrador para todos; no lo es para

quienes han cumplido con éxito las tareas de las etapas previas y haber desarrollado la confianza, la autonomía, la iniciativa, la laboriosidad o competencia, la identidad, la intimidad y la generatividad. Al haber logrado amistades profundas, trabajando productiva y acertadamente la persona no siente remordimientos ni deseos prolongados por las cosas de la juventud. Así, cada logro prepara para la tarea final de la vida: la capacidad de encarar la muerte sin desesperación y con el sentimiento de haber llevado una vida plena, vivida como tenía que ser (tonado de teorías de la personalidad. N. S. Dicaprio).

5.2 ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESIÓN

Se considera que para el estudio de las características de la depresión es importante la definición de ésta y sus características de manera global. El presente capítulo nos ilustra al respecto.

5.2.1 Definición. En primera instancia el sentirse melancólico o deprimido es un sentimiento que ha acompañado desde el principio la raza humana, en una forma simple que no implica tener depresión y cumple un papel adaptativo, en el caso por ejemplo, que suele ser útil para llamar la atención y el cuidado de los demás. Se hace conveniente también para construir un puente de comunicación en momentos de pérdida o separación, o simplemente es una forma de conservar energía (Wolay Brow, Akiska y Mc Kinney, 1984, citados por Belloch, Sandin y Ramos). No obstante, de acuerdo a su duración o a su frecuencia este tipo de sentimientos pueden alterar significativamente la capacidad funcional de la

persona que los sufre. En otras palabras se constituye en una patología. El tener un estado de animo deprimido se considera una de las formas de malestar psicológicamente más común en los seres humanos; de hecho algunos autores han considerado que la época de los años 80 y principios de los 90 como la era de la depresión.

Además de esto se ha constituido en el diagnostico clínico más frecuente y potencialmente mortal por las actitudes suicidas. Es necesario precisar que el solo hecho de tener la sensación de estar deprimido no se constituye en una razón suficiente para el diagnostico de esta patología, sino que para tal fin se hace necesaria relacionarla con otros síntomas acompañantes: por lo tanto la depresión según el DSM IV⁵ se define como un estado de animo triste o deprimido, por lo menos durante dos semanas continuas, acompañadas por una perdida de interés o placer de las cosas que normalmente se realizan. Esto acompañado de sentimientos de culpa, trastornos de sueño, del apetito enlentecimiento psicomotor, etc.

5.2.2.1 Síntomas anímicos. Se considera la tristeza, el síntoma más importante de la depresión, además de su presencia de forma casi total en todos los deprimidos, es la queja fundamental en casi la mitad de tales pacientes. Sin embargo, no siempre los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o

⁵ Asociación Americana dePsiquiatria (APA) (1994).Manual diagnostico y estadístico de las enfermedades mentales (4.ª ed) (D S M -4).Washinton,DC:APA

infelicidad, parecen ser los más comunes, en ocasiones el estado de ánimo que prevalece es el de irritabilidad, una sensación de vacío, incluso nerviosismo (Klerman, 1987). En situaciones extrañas el paciente tiene la tendencia a negar sentimientos de tristeza, es común que en casos graves como estos el paciente suele argumentar que se hace prácticamente imposible llorar.

5.2.2.2 Síntomas motivacionales y conductuales. Al igual que el síntoma anterior, la indiferencia, la apatía o en general anhedonia (la disminución de la capacidad de disfrute) es otro síntomas principal de un estado depresivo. Además de esto se ha constituido en el diagnóstico clínico más frecuente y potencialmente mortal por las actitudes suicidas. Es necesario precisar que el solo hecho de tener sensación de estar deprimido no se constituye en una razón suficiente para el diagnóstico de esta patología, sino que para tal fin se hace necesaria relacionarla con otros síntomas acompañantes: por lo tanto la depresión según el DSM IV⁶ se define como un estado de ánimo triste o deprimido, por lo menos durante dos semanas continuas, acompañadas por una pérdida de interés o placer de las cosas que normalmente se realizan. Esto acompañado de sentimientos de culpa, trastornos de sueño, del apetito enlentecimiento psicomotor, etc. (KLERMAN, 1987, citado por Belloch, Sandino y ramos 1995).

5.2.2.3 Síntomas cognitivos. En la persona deprimida se ve afectado las funciones cognitivas, entre los cuales tenemos la memoria, la atención y la

⁶ Ibid. p.

capacidad de concentración, también se puede ver alterado el funcionamiento en tareas cotidianas. Además de esto, el contenido de las cogniciones se ve afectado, en cuanto a lo que se refiere a sí mismo, su entorno y su futuro, contribuyendo de esta forma a la auto depreciación, La baja autoestima y la auto confianza. Por lo tanto, se ha pensado en que estas cogniciones no solo sean síntomas, sino que son causales de la depresión. En los síntomas cognitivos es posible encontrar ideas negativas sobre sí mismo, sentimientos de culpa, preocupaciones, insatisfacción, por las cosas que se realizan. Las ideas sobre el mundo suelen ser negativas, así mismo las expectativas que se tengan sobre el futuro. (Hartlage, Alloy, Vásquez, y Dyckman, 1993, citados por Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

5.2.2.4 Síntomas físicos. Los síntomas físicos son los que comúnmente llevan a los pacientes a aceptar que necesitan ayuda profesional. Uno de los síntomas físicos más importantes son los problemas de sueño, entre los cuales el más común es el insomnio, aunque también puede darse la hipersomnia. De igual forma se pueden presentar en las personas deprimidas, la fatiga, la pérdida de apetito, disminución de la actividad y deseo sexual y/o dificultades de la erección en los hombres. Así como molestias corporales, dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, visión borrosa, etc. EL concepto de algunos autores sugiere que los síntomas se consideran una importante línea divisoria entre la depresión normal y la depresión clínica. (Depue y Monroe, 1978; Coyne, 1986, citados por Belloch, 1995).

5.2.2.5 Síntomas interpersonales. Un síntoma importante que puede ayudar a pronosticar el curso de la depresión son los referentes al funcionamiento interpersonal, ya que de la forma como el individuo se relaciona con las personas cercanas es determinante para la recuperación o no de la depresión. En la depresión es común el deterioro de las relaciones interpersonales, pues pueden sentir rechazo de corte de los demás, lo que en consecuencia les lleva a aislarse de estas personas. Este aspecto de la depresión puede constituirse en un buen predictor debido al funcionamiento inadecuado de los pacientes con otras personas (Barnett y Gotlib, 1988).

5.2.3 Clasificación. Un aspecto muy importante para clasificar la depresión es el episodio depresivo mayor, el cual constituye la piedra angular para realizar el diagnóstico correspondiente según el DSM IV (citado por Belloch, Sándino y Ramos 1995). El episodio depresivo mayor se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas importantes durante un periodo continuo de dos semanas. Dentro de estos síntomas se debe presentar uno solo de los siguientes: un estado de ánimo triste, deprimido, pérdida de placer con las cosas que antes se solían disfrutar, anhedonia. De otro lado también es importante que estos síntomas interfieran con el desenvolvimiento en la vida cotidiana. Además de estos requisitos, también se tienen que cumplir dos criterios de exclusión: 1) Que los síntomas sean causados por una enfermedad o ingesta de sustancias y 2) Que los síntomas no se deban a una reacción de duelo normal, por muerte de un ser querido.

A lo anterior se suma el aspecto de la variabilidad en cuanto a la gravedad de los trastornos depresivos, la cual es posible determinar mediante el empleo de instrumentos o escalas específicamente para tal fin de acuerdo a este aspecto el DSM IV⁷ propone los siguientes niveles de gravedad:

Ligero, indica la presencia de escasos síntomas para poder emitir un diagnóstico, se presenta un deterioro laboral o social, pero en pequeña escala.

Moderado, se presenta un deterioro sociolaboral, pero es moderado.

Grave no psicótico, presencia de síntomas que exceden a los mínimos requeridos, sumado a esto se encuentra un importante deterioro laboral y social.

Con características psicóticas, estos episodios depresivos se encuentran acompañados de delirios o alucinaciones, en este caso es necesario especificar si tales alucinaciones están relacionadas con el estado de ánimo. (delirios o enfermedad) o incongruentes (delirios persecutorios o intersección de pensamiento). Probablemente lo más relevante de esta valoración es que la expresión "psicótico," se reserva solamente a un aspecto: la presencia de delirios y/o alucinaciones, relegando así otros posibles significados que pueden inducir a equivocaciones.

⁷ Ibid.p.

remisión parcial, se considera un estado intermedio entre ligero y remisión total.

Remisión total, indica la ausencia de signos o síntomas importantes en los últimos seis meses.

Hasta aquí se tratan los aspectos del episodio depresivo mayor, no obstante es necesario indicar que el episodio depresivo mayor no implica en si una clasificación diagnóstica. Las categorías diagnósticas están determinadas como: "trastorno depresivo mayor", "distimia" y el denominado "trastorno depresivo no especificado". (WEISSMAN, 1991, citado por Belloch, Sandino y Ramos 1995).

5.2.3.1 Trastorno depresivo mayor. Este concepto hace su primera aparición en el DSM III⁸ (1980) y ha sido objeto de una amplia acogida, ésta etiqueta diagnóstica es propuesta para los conceptos poco claros de "depresión neurótica grave", "depresión involutiva o depresión psicótica" (Mirschfeld y Godwin). Por tanto el término depresivo mayor es empleado para hacer referencia a una persona que muestra un episodio depresivo mayor. Cumple con una serie de requerimientos complementarios como son:

⁸ Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (1980) Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (3.^a ed)(DSM-III) APA: (Versión española: masson.Barcelona, 1988)

La persona que lo presenta no ha tenido anteriormente un estado de manía o hipomanía lo cual nos indica que se trata de un trastorno unipolar.

No estamos ante un trastorno esquizofrénico, como tampoco ante un trastorno esquizoafectivo o psicótico, lo cual implica decir que no estamos hablando de un trastorno de jerarquía superior a un trastorno del estado de ánimo.

También es de suma importancia indicar si se trata de un episodio depresivo único (en el caso en que se presentan por vez primera en el sujeto) o recurrente indicando que en el pasado ha tenido por lo menos una vez un episodio depresivo mayor en el transcurso de su vida.

5.2.3.2. Distimia. Al hablar sobre distimia nos encontramos entre cuadros depresivos bastante prolongados, casi crónicos que a pesar de no llevar los requisitos de episodio depresivo mayor, su característica es el de presentar diversos síntomas depresivos. Al tratar de establecer una diferencia entre los estados depresivos mayores y los estados distímicos la diferencia básica, es que los estados distímicos implican una sintomatología parecida, pero menos grave, mas sostenida en el tiempo y muy pocas veces es necesaria la hospitalización, esto a pesar de que un número considerable es tratado por médicos generales.

De todas formas al hablar de un cuadro distímico implica como primero la presencia por un lapso superior de dos años de estado de ánimo triste casi diariamente, adicionalmente es necesario la presencia de por lo menos tres síntomas que compaginen con este estado de ánimo (pesimismo, aislamiento

social, fatiga continuada, etc.), para el diagnóstico es fundamental que el paciente no haya estado libre de los síntomas por un periodo de dos meses.

Una parte fundamental para este diagnóstico es el de realizar una apropiada exclusión de otros posibles cuadros diagnósticos.

También es necesario determinar que este cuadro no sea determinado por un trastorno psicótico, ni por el uso de medicamentos, drogas o una condición médica.

Con respecto al inicio del trastorno se distinguen dos tipos: distimia de comienzo temprano y una distimia de comienzo tardío, esto de acuerdo a si comenzó antes o después de los 21 años. Esta distinción es importante para señalar que el grupo de distimia de comienzo temprano es más homogéneo que el tardío.

5.2.3.3 Trastorno depresivo no especificado. Esta categoría hace posible mencionar aquellos trastornos que no se ubican en un “trastorno depresivo mayor”, o “distimia”, ya que a pesar de que presentan síntomas que no alcanzan a cubrir todos los criterios de un trastorno depresivo como tal, se pueden incluir explícitamente diversos ejemplos de depresiones que podrían ser clasificados en este apartado; entre ellos se citan los siguientes ejemplos: trastorno disfórico premenstrual, depresión postpsicótica en la esquizofrenia, depresión menor, trastorno depresivo breve recurrente.

Evidentemente esta categoría de cuadros no especificados encierra cuadros muy diversos, a pesar de esto su existencia en una clasificación indica la variedad de formas de los trastornos depresivos (DSM IV, APA 1994, citado por Belloch, Sandino y Ramos 1995).

5.3 CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES

La forma en que se manifiesta la depresión en el anciano es similar a como se da en otras etapas del desarrollo del ser humano, aunque en el adulto mayor se manifiesta de forma más variada y atípica que en el adulto joven, así como los síntomas depresivos difieren a las categorías diagnósticas (A. Barcena Alvarez y González)⁹. De acuerdo con Alvarez y González, dentro de los síntomas más frecuentes están: Agitación, síntomas depresivos sin ajuste a categorías diagnósticas, somatizaciones, signos vegetativos, pérdida de la autoestima y sentimientos de indefensión, síntomas psicóticos, déficit cognitivos y suicidio consumado. Otros síntomas que suelen presentarse, de acuerdo con Salgado y Alarcón,¹⁰ son humor triste, a veces enmascarado por quejas somáticas o manifestaciones ansiosas, pérdida de interés por las cosas y dificultad para experimentar placer, alteraciones del sueño, anorexia y pérdida de peso,

⁹ Salgado Alba. J. I. González Montalvo. M. T. Alarcón. Fundamentos Prácticos de la Asistencia al Anciano. ED. Masson. S.,A. Barcelona, 1996.

¹⁰ A. Salgado. Alarcón. Valoración del Paciente Anciano. ED. Masson. Barcelona. 1995.

bradipsiquia, dificultades en la atención y concentración, disminución de la capacidad de aprendizaje y trastornos de motricidad.

5.3.1. Epidemiología: Los estudios epidemiológicos de la depresión muestran que el síndrome depresivo es el problema de salud mental más frecuente en las personas de edad adulta mayor. La prevalencia de depresión mayor en las personas mayores de 65 años en la comunidad es del 10-20%, de un 25% en los institucionalizados, de 10-20% de los que son hospitalizados, 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello; y finalmente estos trastornos llegan a constituir el motivo de ingreso más frecuente de la población anciana. Las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, representando hasta el 50% de todas las hospitalizaciones (M. Rodríguez López De Lads Hazas)¹¹.

En la costa Atlántica colombiana, de acuerdo con las estadísticas del CARI (Centro DE Atención Y Rehabilitación en Salud), la prevalencia del trastorno depresivo se das de la siguiente manera: las mujeres mayores de 60 años acuden más a consulta externa o de urgencia por primera vez que los hombres; mientras los hombres acuden con mayor frecuencia que las mujeres a consulta externa y de urgencias de manera repetida (ver cuadro 1).

¹¹ Durante Molina, Pilar. Pedro Tarrés Pilar. Terapia Ocupacional en Geriátría, principios y prácticas. ED. Masson, S.A. Barcelona 1998.

**Cuadro 1. ESTADÍSTICAS SOBRE CONSULTA EXTERNA Y URGENCIA
POR DEPRESION**

Consulta externa	Primera vez		Repetida		Primera vez		Repetida	
	H	M	H	M	H	M	H	M
	28	35	34	16	23	26	19	24

Consulta de urgencias	Primera vez		Repetida		Primera vez		Repetida	
	H	M	H	M	H	M	H	M
	7	11	6	3	6	2	0	0

5.3.2 Características de la depresión en ancianos. Como se dijo anteriormente, la depresión en los ancianos toma formas muy diferentes, ya que, de acuerdo con Pitt (1986)¹² es difícil diagnosticar la depresión debido a que los ancianos no disponen de la preparación suficiente para mostrar los síntomas sino a través de las manifestaciones somáticas: como dificultades para dormir, falta de energía, y/o dolores localizados o inespecíficos; produciéndose un encubrimiento con la enfermedad física. Así como la depresión en los ancianos puede ser causada por la presencia de enfermedad física, también puede ser la causa de problemas físicos secundarios (Evans, Copeland y Dewey, 1991)¹³; por tal razón, se puede decir que existe una compleja relación entre condición física y alteración depresiva, por lo que suele pasar inadvertida por el médico al

¹² Belloch, Sandín y Ramos. Manual de Psicopatología. Volumen 2. ED. Mc Graw Hill. 1995. Pag. 752.

¹³ Belloch, Sandín y Ramos. Obra citada.

considerarlas manifestaciones como una reacción normal del envejecimiento. En un estudio realizado por Wasman y Cols, 1985¹⁴, se logra detectar un número más elevado de síntomas somáticos en ancianos deprimidos que los del grupo de control.

De acuerdo a los autores citados por Belloch, Sandín y Ramos, existen varias enfermedades que tienden a confundirse con la depresión en el adulto mayor debido al enmascaramiento de los síntomas, por lo cual se debe establecer de manera adecuada el diagnóstico diferencial de las alteraciones físicas como demencias y otros desórdenes neurológicos (Goldstein y Ferrel,, 1977), hidrocefalias (Rosen y Swinger, 1976), hipotiroidismo (Taylor, 1975), las elaboraciones depresivas debido a los procesos cancerosos (Hollister, 1980), o los efectos debidos al tratamiento farmacológico de problemas somáticos (Murphy, 1982). También debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la depresión una serie de trastornos con diferente significado clínico y terapéutico, como trastorno de ansiedad, hipocondría, trastornos adaptativos, duelos no complicados y problemas de relación familiar o social (Salgado y Alarcón. Valoración del paciente anciano. PAG. 93).

Por otro lado, los aspectos característicos de la depresión en la edad avanzada son: episodios más resistentes al tratamiento farmacológico; la frecuente

¹⁴ Belsky, Janet. Psicología del envejecimiento.. Ed. Masso, 1996, pag 335

existencia de delirios y alucinaciones psicóticas en la depresión mayor; mayor riesgo suicida, especialmente en varones que viven solos; frecuente agitación psicomotriz, normalmente acompañada de una intensa ansiedad o inhibición psicomotriz intensa y atípica; especial relevancia de trastornos del sueño; y frecuentes somatizaciones ansiosas.

5.3.3 Características psicológicas de la depresión en ancianos.

Generalmente se asocia la depresión como un trastorno del estado de ánimo que ocurre a cualquier edad, con pérdidas específicamente las que tienen un significado personal importante; estas pueden ser la pérdida de un ser querido, pérdida económica, rechazo amoroso etc, pero específicamente en la ancianidad, se presentan varios acontecimientos que hacen parte de las principales pérdidas del final de la vida; las jubilación, la viudez, y de la propia salud (Zarit y Zarit, 1984)⁶. Aunque siempre se habla de las pérdidas no por ellas se puede especificar como una característica de única importancia, sino que es importante verla incluida en cada una de las siguientes características de la depresión como parte representativa de ellas.

Tales características son: las características cognitivas, las características afectivas y las características sociales.

5.3.3.1 Características cognitivas. Los mecanismos que se dan alrededor del pensamiento y de las ideas del anciano pueden explicarse teniendo en cuenta dos

visiones del mundo, algo diferentes. Es así como Janet Belsky¹⁵, cita a Freud, en su teoría psicoanalítica, y Martin Seliman y Aaron Beck, representantes de la teoría conductista. Freud, plantea que la razón por la cual la culpa y autocensura, constituyen características típicas del pensamiento depresivo, es debido a que, según su hipótesis el individuo acepta la pérdida de una persona amada mediante identificación; es decir, el individuo en duelo interioriza las cualidades del ser querido que ha fallecido, y estas cualidades se convierten en parte de la propia personalidad de aquél. Freud sostenía que el duelo normal se convierte en depresión cuando el sufrimiento tiene sentimientos negativos inconscientes con respecto al fallecido. Asimismo asimila estos sentimientos negativos e interioriza los sentimientos de ira no resueltos, antes reservados al fallecido, esta asimilación de sentimientos es la que tortura al sujeto debido al odio orientado hacia si mismo. Sin embargo esta teoría no abarca todas las depresiones de los ancianos, pues no todas ellas son causadas por la pérdida de un ser amado.

Todo esto hace referencia a las ideas del anciano sobre si mismo. De la misma manera, surgen ideas alrededor del mundo y del futuro; ya que al ser común en los ancianos deprimidos, síntomas como el retraimiento, la pérdida de interés por el mundo exterior, la lentitud del pensamiento; síntomas que se deben a una sensación de incapacidad y desesperanza frente a lo inevitable, las pérdidas reales(Cath,1965).

¹⁵ Janeth Belsky, Psicología del envejecimiento. Obra citada. Pags 335,336

De acuerdo con Seligman, después de una serie de pérdidas, fracasos o desventuras, los individuos desarrollan de una manera natural la idea de que son impotentes, e incapaces de hacer algo para controlar su destino; por lo que se vuelven apáticos, retraídos y pesimistas.

5.3.3.2. Características afectivas. La característica afectiva principal es el estado de ánimo deprimido, lo que hace referencia a los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad; aunque también se puede presentar irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo (Klerman, 1987)¹⁶.

Desde este punto de vista de los sentimientos negativos, las situaciones que antes podrían ser divertidas para una persona dejan de serlo, hasta que se convierten en fuente misma de la depresión, ya que piensan que no se tienen las mismas capacidades para disfrutarlas. Los sentimientos de tristeza, muchas veces se originan por las pérdidas que se dan en esta etapa; una de las que afecta en gran medida el estado de ánimo es la pérdida de la autonomía y el control sobre el entorno, sobre todo en los ancianos que se encuentran institucionalizados que pierden de cierta manera la capacidad de elegir y los sentimientos de competencia (Janet Belsky)¹⁷; por esta razón los sentimientos orientados hacia la institución geriátrica y la forma como esta se perciba es decisiva para que los síntomas depresivos se mantengan o no.

¹⁶ Belloch, Sandin y Ramos. Manual de Psicopatología. Obra citada.

¹⁷ Janeth Belsky. Psicología del envejecimiento. Obra citada

5.3.3.3. Características sociales. Durante la edad adulta mayor se presentan muchos cambios a nivel social, es una época en la cual, por razones biológicas y sociales se tienen que abandonar actividades que les dieron el sustento y ocupación por mucho tiempo; a esto se le suman ciertas pérdidas en la vida de algunos familiares como puede ser el cónyuge o algunos hijos. En fin es una etapa de vida que lleva a que, en muchas ocasiones, las relaciones interpersonales den un giro en su curso habitual, sobre todo cuando se habla del anciano institucionalizado. Cuando un adulto mayor ingresa a una institución geriátrica, ya sea por voluntad propia o no, tiene que enfrentarse a un cambio repentino y brusco en el tipo de vida que había llevado, en especial si antes estaba acompañado de sus hijos o de su cónyuge, lo que incide en que se dificulten las relaciones con ellos y con el resto de la familia, ya que pueden sentirse abandonados por ellos, sobre todo si la intensidad de las visitas disminuyen, generándose en los ancianos sentimientos de tristeza y resentimiento hacia sus familiares. Del mismo modo, las relaciones interpersonales con el personal del hogar geriátrico, ya sean con sus directivos y personal que labora en ese lugar o con los demás ancianos institucionalizados, se ven afectados por un proceso de adaptación que implica no solo conocer las reglas del lugar, sino comenzar a aceptar diferencias culturales que existen en otros ancianos; razón por la cual se pueden generar, también, sentimientos de tristeza y desesperanza ante la nueva situación. (Tomado de las apreciaciones aportadas por el personal médico y administrativo del hogar geriátrico Madre Marcelina, y de la Doctora Margarita Cardeño, psicóloga clínica especialista en Psicogeriatría, febrero de 2002).

5.4 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS OCHO ETAPAS

Erickson basa el paso por las etapas a través de la resolución de crisis; entendidas como un punto de viraje o perspectiva de cambio en la vida del individuo, cuando un nuevo problema debe ser enfrentado y dominado. La resolución de esos conflictos y los problemas asociados con cada período de la vida ayuda a hacer posible el desarrollo; el fracaso en esta meta hace que se guarden los problemas y necesariamente impide los intentos de solucionar las nuevas problemas de las etapas posteriores.

5.4.1 Octava etapa, estado adulto tardío: integridad del ego contra desesperación. La octava y última etapa de la vida, en el esquema de Erickson, abarca de los 60 años a la muerte. La integridad del ego, es la tarea principal de este período, el cual implica una unificación de toda la personalidad, con el ego como la principal fuerza determinante.

La perspectiva de llegar al final de la vida puede producirse profunda angustia a muchas personas. Los ancianos experimentan dificultades, que varían de dolores y malestares físicos, de apatía y pérdida de interés por las cosas y las personas, hasta sentimientos de inutilidad, aislamiento y desesperación, el término que utiliza Erickson para resumir todos estos problemas. Erickson no crea que el último período de la vida deba ser desolado y aterrador para todos; no lo es para quienes han cumplido con éxito las tareas de las etapas previas y haber desarrollado la confianza, la autonomía, la iniciativa, laboriosidad, o competencia,

la identidad, la intimidad y la generatividad. Al haber logrado amistades profundas, trabajando productiva y acertadamente, la persona no siente remordimientos ni deseos prolongados por las cosas de la juventud. Así, cada logro prepara para la tarea final de la vida: la capacidad de encarar la muerte sin desesperación y con el sentimiento de haber llevado una vida plena, vivida como tenía que ser. (tomado de teorías de la personalidad. N.S. Dicaprio. Editorial Mc Graw Hill. Segunda Edición, México, 1990).

6. DEFINICION DE VARIABLES

6.1 DEFINICION CONCEPTUAL

DEPRESIÓN: Según el DSM IV, se considera la depresión como un trastorno de ánimo deprimido, que ocurre por lo menos durante dos semanas, acompañado por una pérdida de placer en casi todas las actividades, así como dificultades para conciliar el sueño, pérdida del apetito, sentimientos de culpa e infravaloración, pensamientos suicidas entre otros(tomado de: Manual de Psicopatología. Belloch, Sandín y Ramos. ED. McGraw Hill. España, 1995)

ADULTEZ MAYOR: Definida por la OMS (1989) como toda persona mayor de 65 años de edad.

CARACTERISTICAS PSICOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN: Al revisar la bibliografía existente se encontró que no existe una definición específica, como tal, propuesta por autor alguno, sobre las características psicológicas de la depresión, sin embargo, podemos sugerir la siguiente definición: las características psicológicas de la depresión son aquellas que nos dan un indicio claro de que la persona presenta un cuadro depresivo, resaltando la existencia de una alteración

a nivel psicológico. Un aspecto importante es que estas características psicológicas afectan de manera tal al individuo que alteran sus habilidades sociales y el self.

Dichas características se han agrupado en tres dimensiones; cognitiva, afectiva y social. La primera hace referencia a las ideas sobre sí mismo como sentimientos de culpa o satisfacción por el pasado, preocupaciones, grado de satisfacciones por las cosas que realiza y auto descripción; ideas sobre el mundo como percepción del lugar donde habita e ideas sobre el apoyo de los demás: e ideas sobre el futuro, como las expectativas de vida. La segunda hace referencia al grado de depresión y los sentimientos acerca del lugar donde habita. Y por último, la dimensión social se refiere a las relaciones interpersonales con sus compañeras y con sus familiares.

6.2 DEFINICION OPERACIONAL

Variables	Dimensiones	Indicadores
Características psicológicas de la depresión	Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Ideas sobre sí mismo; sentimientos de culpa o preocupación por el pasado, preocupaciones, grado de satisfacción por las cosas que realiza y auto descripción. - Ideas sobre el mundo; percepción del lugar donde habita e ideas sobre el apoyo de los demás. -Ideas sobre el futuro; expectativas de vida.
	Afectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Grado de depresión; normal, moderada y grave. -Sentimientos acerca del lugar donde habita.
	Social	<ul style="list-style-type: none"> -Relaciones interpersonales; con sus compañeras y con sus familiares.

7. METODOLOGIA

7.1. DISEÑO

La presente investigación tiene como base el diseño descriptivo definido como: "Aquel que busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a un análisis. También se puede decir que mide o evalúa aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga (Roberto Hernandez Sampieri. Carlos Fernandez Collado. Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. ED. McGraw-Hill S.A 1998).

7.2. POBLACION

La población esta conformada por mujeres mayores de 65 años que padecen depresión, institucionalizadas en el hogar geriátrico MADRE MARCELINA de la ciudad de Barranquilla. Es necesario mencionar que esta institución cuenta con personal de estrato socioeconómico 4 y 5.

7.3. MUESTREO

El muestreo es no aleatorio intencional, debido a que los sujetos fueron seleccionados bajo criterios de conveniencia para la investigación (Ovalle, Victor, 2000). Tales criterios son: ausencia de demencia senil y trastornos neurológicos; y que no se negaran a participar de la investigación. Debido a estos no todos los individuos no tienen la misma probabilidad de ser seleccionados en la muestra; la cual corresponde a un número de 13 ancianas que presentan depresión de 23 a las cuales se les aplicó los instrumentos de recolección de datos.

7.4. INSTRUMENTOS

Para esta investigación se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, los cuales facilitaron la obtención de información cualitativa, la cual fue determinante para los resultados de esta investigación.

En primer lugar se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la cual evalúa los niveles de depresión clasificándolos en normal, moderado y severo. Esta es una escala de 15 ítem, en cuyas respuestas se dan dos opciones: si o no. De acuerdo con el psiquiatra Carlos Gutierrez¹⁸, autor de la revista "Revisiones

¹⁸ Cano Gutiérrez, Carlos Alberto. Revista revisiones geriátricas, depresión en el anciano. Synthelabo. Bogotá, Marzo de 1998, edición N.2

geriátricas", esta escala es uno de los instrumentos para conocer y detectar los trastornos del estado de ánimo en la edad adulta mayor.

El segundo instrumento utilizado consistió en una entrevista semiestructurada, elaborada por el grupo de investigación, el cual contó con la asesoría de la Dra.

Margarita Cardeño, psicóloga clínica especialista en geriatría. El fin de esta entrevista es describir las características psicológicas de las ancianas deprimidas en tres dimensiones: cognitiva: ideas sobre sí misma, ideas sobre el mundo e ideas sobre el futuro; dimensión afectiva: grado de depresión y sentimientos acerca del lugar donde habita y por último la dimensión social: relaciones interpersonales con sus compañeras y familiares.

John McDavid y Herbert Horon definen la entrevista como "la manera en que el investigador plantea preguntas directas a los sujetos, estas se basan en relaciones verbales cara a cara entre el investigador y el sujeto", en el curso de la entrevista semiestructurada dichas preguntas específicas conducen progresivamente al sujeto a un tipo esencial de respuestas.

7.5. PROCEDIMIENTO

Para la realización de este proyecto fue necesario cumplir con ciertas etapas dentro de la investigación, las cuales fueron iniciadas en febrero del año 2000. En primer lugar iniciamos el procedimiento con la escogencia del tema, para ello

basamos en un listado de temas y asesores pertenecientes al comité de investigación de la facultad de psicología. Una vez escogido el tema se procedió a delimitarlo, mediante la búsqueda de material bibliográfico suficiente para la elaboración del marco teórico; este se elaboró por capítulos y subcapítulos, posteriormente fueron visitadas varias instituciones geriátricas con el propósito de solicitarles su apoyo para llevar a cabo la investigación y para obtener más información bibliográfica que permitiese ampliar el marco teórico.

Teniendo en cuenta que se presentaron dificultades para la consecución de la bibliografía, fue necesario visitar una especialista en el tema, se acudió entonces a la doctora Gloria Maite Florez, especialista en geriatría, quien labora en la Universidad Metropolitana de la ciudad de Barranquilla, en la facultad de salud ocupacional y quien suministró una importante información bibliográfica para el tema de investigación.

En el mes de Marzo del año 2000 fue entregado el primer informe de la investigación el cual contenía la información metodológica y posibles capítulos y subcapítulos del marco teórico del proyecto, así como los posibles instrumentos de recolección de datos. Durante el mes de mayo del mismo año fue elaborado el marco teórico teniendo en cuenta las correcciones y sugerencias del comité de investigación, de igual forma aspectos metodológicos que se mostraban inconsistentes fueron corregidos y adicionalmente se realizó la descripción de los instrumentos de recolección de datos.

El siguiente paso consistió en revisar y evaluar los instrumentos de recolección de datos disponibles para luego validarlos. En el mes de noviembre el proyecto fue entregado al comité de investigaciones con las correcciones pertinentes.

Al finalizar el año 2000 el proyecto de investigación fue sustentado ante un jurado especializado, el cual determinó que el proyecto necesitaba ser ajustado y actualizado con relación al marco teórico.

En el primer semestre del año 2001 fue asignada al grupo de investigación una asesora con experiencia en este tipo de investigaciones, Dra. Margarita Cardeño, quien trabajó con el grupo hasta la parte final del proceso. Debido a las correcciones hechas por el jurado; fue necesario reestructurar y modificar algunos aspectos del proyecto: esencialmente fue necesario delimitar aun más el tema de investigación y redefinir los instrumentos de recolección de datos. Una vez el grupo de investigación consideró que los instrumentos estaban listos, se entregaron nuevamente al comité de investigación precedidos por una carta donde el grupo solicitaba su revisión y aprobación con el fin de ser aplicados y avanzar así en la investigación. Al final del primer semestre del año 2001 el proyecto fue aprobado, sin embargo uno de los instrumentos, el cual consistía en una entrevista semiestructurada, elaborada por el grupo de investigación fue rechazada.

En el mes de enero del año 2002, se sometió nuevamente a validación el instrumento de recolección de datos que estaba pendiente, la entrevista

semiestructurada, fue nuevamente revisada por el comité de investigación, se hicieron los ajustes necesarios, de acuerdo a las recomendaciones hechas por el comité y finalmente se logró su aprobación. Posteriormente, se solicitó el permiso correspondiente para el ingreso al Hogar Geriátrico Madre Marcelina, donde fueron aplicados los instrumentos de recolección de datos a 23 ancianas de 33 que residen en el hogar geriátrico; y para esto se contó con la ayuda de la psicóloga y la enfermera del hogar, quienes presentaron a cada una de la ancianas a los miembros del grupo y facilitaron información de ellas. Una vez realizada la recolección de datos se procedió a interpretar los resultados, y el método que se empleó fue el siguiente:

Total de ancianas: 23

13 con depresión.

10 sin depresión.

100% → 23

X → 13

$$X = \frac{100\% \times 13}{23}$$

X = 56,52% (El 56,52% presenta depresión)

100% → 23

X → 10

$$X = \frac{100\% \times 10}{23}$$

X = 43,5% (El 43,5 % no presenta depresión)

8. RESULTADOS

Los resultados obtenidos con el primer instrumento (escala de depresión geriátrica) son los siguientes:

n = 10 => 43,5% no presenta depresión.

n = 13 => 56,5% presenta depresión.

De las cuales:

n = 8 => 61,5% presenta depresión moderada

n = 5 => 38,5% presenta depresión severa.

(n = cantidad de ancianas).

Las características psicológicas en ancianas deprimidas, de acuerdo a los resultados obtenidos de la entrevista y la escala de depresión geriátrica y yesavage, son las siguientes:

DIMENSIÓN COGNITIVA.

1. IDEAS SOBRE SI MISMO

Ideas de Culpabilidad

- n = 2 => 15,4% Presentan ideas de culpabilidad.
- n = 6 => 46,1% Presentan ideas de satisfacción.
- n = 2 => 15,4% Presentan ideas de insatisfacción.
- n = 2 => 15,4% Evaden la pregunta.
- n = 2 => 7,7% Se muestran indiferentes.

PREOCUPACIONES

- n = 1 => 7,7% muestra preocupación por la depresión.
- n = 7 => 54% muestra preocupación por la familia.
- n = 2 => 15,4% muestra preocupación por la situación económica.
- n = 1 => 7,7% muestra preocupación por salir del hogar geriátrico.
- n = 1 => 7,7%
- n = 1 => 7,7% dice no preocuparse por nada.

GRADO DE SATISFACCIÓN POR LAS COSAS QUE REALIZA

- n = 4 => 30,1% muestra satisfacción por las cosas que realiza.
- n = 7 => 54% muestra satisfacción por las cosas que realiza.
- n = 2 => 15,4% evade la pregunta.

AUTODESCRIPCION

n = 6 => 46,1% muestra una auto descripción negativa.

n = 3 => 23% muestra una descripción positiva.

n = 2 => 15,4% muestra una descripción positiva "pero algo enferma".

n = 2 => 15,4% no responde a la pregunta.

2. IDEAS SOBRE EL ESPACIO

PERCEPCIÓN DEL LUGAR DONDE HABITA

n = 3 => 23% muestra una percepción agradable.

n = 4 => 30,1% muestra una percepción desagradable.

n = 2 => 15,4% es indiferente a el lugar.

n = 4 => 30,1 % no le gusta la comida, la rutina, la bulla, la madre superiora.

IDEAS SOBRE EL APOYO DE LOS DEMAS

n = 6 => 46,1% cree que las apoyan.

n = 4 => 30,1% cree que no las apoyan.

n = 3 => 23,% es indiferente al apoyo de los demás.

3. IDEAS SOBRE EL FUTURO

EXPECTATIVAS DE VIDA

n = 3 => 23% tiene altas expectativas de vida.

n = 2 => 15,4% muestra bajas expectativas de vida.

n = 5 => 38,5% espera la muerte.

n = 3 => 23% no muestra ningún tipo de expectativas.

DIMENSION AFECTIVA

1. GRADO DE DEPRESION

n = 8 => 61,5% muestra depresión moderada.

n = 5 => 38,5% muestra depresión severa.

2. SENTIMIENTOS ACERCA DEL LUGAR DONDE HABITA

n = 5 => 38,4% se siente bien en el lugar donde habita.

n = 4 => 30,8% se siente mal en el lugar donde habita.

n = 4 => 30,8% es indiferente al lugar donde habita.

DIMENSION SOCIAL

RELACIONES CON LAS COMPAÑERAS

n = 6 => 46,1% tiene buenas relaciones con sus compañeras.

$n = 2 \Rightarrow 15,4\%$ tiene malas relaciones con sus compañeras.

$n = 5 \Rightarrow 38,51\%$ es indiferente en cuanto a sus relaciones con sus compañeras.

RELACIONES CON LOS FAMILIARES

$n = 10 \Rightarrow 76,9\%$ considera buenas sus relaciones familiares.

$n = 3 \Rightarrow 23,1\%$ considera malas sus relaciones familiares.

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA

Depresión	Frecuencia	Frecuencia Relativa
1 – 5 (Normal)	10	43.5%
6 – 10 (Moderada)	8	34.8%
11 – 15 (Severa)	5	21.7%

CUADRO 3. RELACION ENTRE EDAD Y DEPRESIÓN MODERADA

Edad	Frecuencia	Frecuencia Relativa
65 – 70	1	12.5%
70 – 74	3	37.5%
76 – 80	1	12.5%
81 – 85	2	25%
86 – 90	0	
91 – 95	1	12.5%
TOTAL	8 Ancianos	100%

CUADRO 4. RELACION ENTRE EDAD Y DEPRESIÓN SEVERA

Edad	Frecuencia	Frecuencia Relativa
65 – 70	1	20%
71 – 75	1	20%
76 – 80	1	20%
81 – 85	0	
86 – 90	2	40%
TOTAL	5 Ancianos	100%

CUADRO 5. RELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN MODERADA

Estado Civil	Frecuencia	Frecuencia Relativa
Soltera	1	12.5%
Casada	1	12.5%
Viuda	5	62.5%
Separada	1	12.5%

CUADRO 6. RELACION ENTRE ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN SEVERA

Estado Civil	Frecuencia	Frecuencia Relativa
Soltera	1	20%
Casada	1	20%
Viuda	3	60%
Separada	0	

CUADRO DE RESULTADOS

DIMENSION	INDICADORES	SUBINDICADORES	VARIACIONES	FRECUENCIA	%
C O O G N Z H H T H V A	✓ Ideas sobre sí mismo.	✓ Ideas de culpabilidad.	✓ Ideas de culpabilidad.	2	15.4
			✓ Ideas de satisfacción.	6	46.1
			✓ Ideas de insatisfacción.	2	15.4
			✓ Evasión a la pregunta	2	15.4
			✓ Indiferencia.	1	7.7
		✓ Preocupaciones	✓ Por depresión	1	7.7
			✓ Por la familia	7	54
			✓ Por situación económica	2	15.4
			✓ Por salir del hogar	1	7.7
			✓ Otros (Dios-Bañarse-Madre superiora)	1	7.7
	✓ Grado de satisfacción por las cosas que realiza.	✓ Nada	1	7.7	
		✓ Satisfacción	4	30.1	
		✓ Insatisfacción	7	54	
		✓ Evasión	2	15.4	
		✓ Negativa	6	46.1	
	✓ Autodescripción	✓ Positiva	3	23	
		✓ Bien pero algo enferma	2	15.4	
		✓ Nula	2	15.4	
		✓ Percepción agradable	3	23.0	
		✓ Percepción desagradable	4	30.1	
✓ Ideas sobre el espacio	✓ Percepción del lugar donde habita.	✓ Indiferente	2	15.4	
		✓ Otros (no les gusta la comida, rutina, bulla, la directora)	4	30.1	
		✓ Ideas de apoyo de los demás.	6	46.1	
	✓ Ideas de apoyo de los demás.	✓ No cree que la apoyan	4	30.1	
		✓ Indiferente	3	23.0	
✓ Ideas sobre el futuro		✓ Expectativas de vida	✓ Altas expectativas	3	23
	✓ bajas expectativas		2	15.4	
	✓ Muerte		5	38.5	
	✓ Ninguna		3	23	

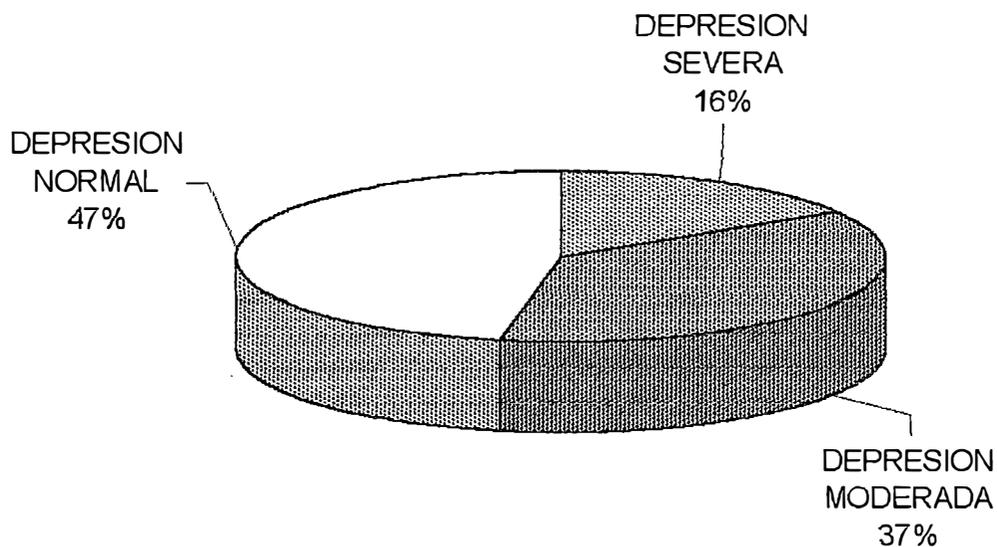
DIMENSION	INDICADORES	SUBINDICADORES	VARIACIONES	FRECUENCIA	%
A F E C T I V A	✓ Grado de depresión.	✓ Moderada		8	61.5
		✓ Severa		5	38.5
	✓ Sentimientos acerca del lugar donde habita.	✓ Se siente bien		5	38.4
		✓ Se siente mal.		4	30.8
		✓ Indiferente		4	30.8
S O C I A L	✓ Relaciones interpersonales	✓ Con las compañeras	✓ Buenas	6	46.1
			✓ Malas	2	15.4
			✓ Indiferentes	5	38.5
		✓ Con los familiares	✓ Buenas	10	76.9
			✓ Malas	3	23.1

CUADRO 7. RELACION ENTRE MOTIVO DE INGRESO Y DEPRESION

Motivo de Ingreso	Frecuencia	Frecuencia Relativa
Por voluntad propia	7	54%
Por necesidad	3	23%
Por quedarse sola	2	15,3%
Por engaño	1	7,7%

8.1 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LAS ANCIANAS DEPRIMIDAS

TIPOS DE DEPRESIÓN ENCONTRADOS DE ACUERDO AL TEST DE YASAVAGE



8.2. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

En la dimensión cognitiva las preocupaciones más altas están dadas por la familia (54%) ya sea debido a que existen relaciones insatisfactorias o por dificultades que los miembros de la familia de la anciana están afrontando. Otro aspecto importante tiene que ver con las ideas de satisfacción con las cosas que realizan el 54% de las ancianas mostró insatisfacción por las cosas que realizan en el presente, ya sea por incapacidad física o porque se sienten limitadas por las reglas del Hogar Geriátrico, se destaca que la mayoría de ellas mostró agrado por su vida pasada y coinciden en que vivieron e hicieron las cosas que quisieron y se mostraron realizadas la auto descripción de las ancianas en un 46% es negativa, algunas se ven como enfermas, aisladas, deprimidas y limitadas, en cuanto a la situación económica un 15.4% de ellas se mostró preocupada; la percepción del lugar donde habita es desagradable para un 30% y específicamente en relación a las cosas que no le agradan del lugar un 30% indicó como no agradable, la comida, la rutina, la bulla y la madre superiora, en cuanto a las expectativas el 38% de las ancianas espera la muerte y un 15.4% no espera nada específico.

En cuanto a la dimensión afectiva el 61.5% de las ancianas objeto de análisis muestran un grado de depresión moderada y el 38.5% tienen un grado de depresión severa, el 30.8% se siente mal en el lugar donde habita, el 3 a 8 es indiferente, el 38% restante muestra sentimientos positivos acerca del lugar.

En cuanto a la dimensión social el 46.1% de las ancianas consideran sus relaciones interpersonales como buenas a pesar de esto, es necesario aclarar que muchas de ellas interpretan como buenas relaciones el saludarse a diario, pero no contemplan la posibilidad de charlar e intercambiar actividades, y un 38.5% muestra indiferencia ante sus compañeras. El 76.9% considera sus relaciones familiares como buenas y el 23.1% considera que sus relaciones familiares son malas.

9. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir lo siguiente:

Que en la dimensión afectiva el 56% de la población presenta depresión, y de ellas; el 61,5% presenta depresión moderada y el 38,5% presenta depresión severa.

Que en la dimensión cognitiva las ancianas presentan muy baja frecuencia en las ideas de culpabilidad sobresaliendo en su lugar con mayor frecuencia ideas de satisfacción por el pasado; en contraste es notable las ideas de insatisfacción por las actividades que se realizan, lo que se presenta en gran parte por las deficiencias físicas. Para realizar actividades que antes podrían ejecutarse con mayor facilidad, pero también esta insatisfacción es producida por el mismo estado de ánimo deprimido que disminuye la motivación para realizar actividades. Por otra parte, las condiciones del hogar no promueven mucha actividad interesante para las ancianas y a muchas de ellas les incomodan los horarios de comidas, de salir y de irse a dormir que tienen en el hogar, dando origen a un ambiente solitario de encierro después de las seis de la tarde (6:00 p.m.).

Por lo tanto, es de considerarse la diferencia entre la realidad de este grupo de ancianas y lo planteado por Erikson cuando argumenta que lo realizado en etapas

previas y la satisfacción en las mismas, determina la forma de afrontamiento en este período de vida. Por otra parte se reafirma lo expuesto por Janeth Belsky, cuando sostiene que la pérdida de la autonomía, el control sobre el entorno y la competencia; afecta en gran medida el estado de ánimo, sobre todo en ancianos que están institucionalizados.

Cabe resaltar que en las ideas sobre si misma (Dimensión Cognitiva), donde se incluye un ítem acerca de las preocupaciones; es evidente una baja frecuencia en las preocupaciones acerca de ellas mismas, más bien éstas se orientan a su alrededor especialmente en sus hijos, para quienes desean su bienestar; además les preocupa su situación económica; los cuales constituyen un factor externo a ellas mismas. Esto podría indicar un bajo interés en su propia vida, a lo cual se le suma que su descripción o forma de percibirse, es en su mayoría negativa, utilizando expresiones como "triste, sin ánimo, débil, vieja, enferma, bastante acabada, sin deseo de las cosas, encerrada, deprimida y apesarada". Además, sus expectativas de vida consisten en esperar la muerte para la mayoría de ellas.

Este bajo interés está sustentado por Seligman, quien afirma que después de una serie de pérdidas, los individuos desarrollan la idea de que son impotentes e incapaces de controlar su destino, por lo que se vuelven apáticos, retraídos y pesimistas; lo cual es notable en el giro que da el interés personal hacia los hijos y familiares (citado por Janeth Belsky. Psicología del envejecimiento).

En la dimensión afectiva se encontró que un 30.8% de las ancianas se sienten mal en el lugar donde habita y otro 30.8% es indiferente, lo anterior hace un paralelo con la teoría de Erickson, quien considera que en esta etapa de la vida los ancianos que tienen dificultades o problemas afectivos como la depresión, muestran malestares físicos, apatía, pérdida de interés por las cosas y las personas, incluso sentimientos de inutilidad, aislamiento y desesperación.

Además la mayoría (46.1%) afirma tener buenas relaciones con sus compañeras, aunque éstas relaciones por lo general solo se limitan al saludo cotidiano y no hay lazos más profundos de amistad. Por otra parte 38.5% es indiferente a este tipo de relaciones lo cual da indicios de que no fue muy bien superada la etapa del comienzo de la adultez (Erickson), cuya virtud radica en la intimidad; capacidad de crear lazos de amistad y relaciones apropiadas con otras personas. Esto con respecto a la dimensión social. Lo cual se puede ver influenciado por la depresión existente en la mayoría de las ancianas, lo que disminuye las posibilidades de entablar amistades dentro de la institución.

Sin embargo, las relaciones con la familia en una gran mayoría (76.9%) son consideradas por las ancianas como buenas por lo tanto no se encuentra afectado por la depresión en las ancianas del Hogar Geriátrico Madre Marcelina.

10. RECOMENDACIONES

Considerando los resultados obtenidos en esta investigación, se sugiere la continuidad en este tipo de investigaciones, (como son las ancianas institucionalizadas) debido a que los estudios al respecto son escasos y las referencias que se encuentran proceden de estudios hechos en países de Europa y en los Estados Unidos.

La continuación en este tipo de investigación darían paso al desarrollo de programas especializados, encaminados a mejoramiento de la calidad de vida de este tipo de población. Un tipo de programa sería uno que se orientará a desarrollar actividades creativas en las ancianas rescatando así el potencial de estas y haciéndoles sentir útiles en su edad.

Los estudios más apropiados serían aquellos que establezcan una correlación entre la aplicación de un programa orientado a mejorar el estado de depresión y los resultados del mismo. Estableciendo diferencias entre antes y después de la aplicación del programa. Lo cual estaría constituyendo una línea de investigación que busque la aplicación del conocimiento a través de varios grupos de investigación que se dirijan a este fin.

Al Hogar Geriátrico Madre Marcelina, se le recomienda gestionar el ingreso de practicantes de terapia ocupacional y psicología, con el fin de incrementar las actividades que se realizan y abarcan a la mayoría de las ancianas. También sería importante tener en consideración la posibilidad de promover la creatividad de las ancianas, de acuerdo con sus potencialidades e intereses, en actividades que quedan también ayudarles económicamente; lo cual, disminuirá probablemente sus ideas de insatisfacción por las actividades del presente.

Teniendo en cuenta la incomodidad expresada, en lo que se refiere a los horarios de comidas, de salir, y de irse a dormir; podría buscarse dentro del hogar que se proporcionara a las ancianas mayor autonomía en actividades, lo cual mejoraría de alguna forma sus sentimientos de incompetencia.

Por otra parte, se sugiere mayor atención para aquellas ancianas que presentan depresión severa; aunque solo se tratara de conversaciones periódicas, preferiblemente por parte de la psicóloga. También resulta importante fomentar las relaciones sociales con personas de la misma edad de otras instituciones, ya sea trayéndolos al hogar o sacándolas para hacer esta clase de visitas. Así como fomentar las relaciones intergeneracionales promoviendo las visitas de niños adolescentes y adultos en diferentes edades.

BIBLIOGRAFIA

ARIAS, Janeth. Guías de estudio sobre depresión en los ancianos. Facultad de psicología. Universidad Simón Bolívar, 1996.

BEISKY, Janeth. Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones. Masson, 1996.Barcelona(España)

BELLOCH, Amparo, SANDIN, Bonifacio y RAMOS Francisco. Manual de psicopatología. Vol. 2. Edi Mc Graw-Hill. España, 1995.

CANO GUTIÉRREZ, Carlos Alberto. Revista Revisiones Geriátricas: depresión en el anciano. Synthelabo. Marzo de 1998/n.2

Centro de Atención y Rehabilitación Integral en salud (CARI). Estadísticas sobre morbilidad por consulta externa por grupo de edad y sexo. Años 1999 y 2000. Barranquilla.

CRAIG J, Grace. Desarrollo Psicológico . Ed. Prentice Hall. 1997.

DICAPRIO, N.S. Teorías de la personalidad. Ed Mc Graw Hill. México. 1990.

El tiempo. Abuelos no deben ser apartados. Panorama 6B. Domingo 27 de junio de 1999.

FERICELA, Joseph. Envejecer una antropología de la ancianidad. Masson S. A,1990.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; COLLADO, Carlos; BAPTISTA, Pilar. Metodología de la Investigación. Ed Mac Graw Hill. 1998.

KATZ, David. Psicología de las Edades al Nacer al Morir. Ed. Morata.1982. Madrid(España).

KATZ, David. Psicología de las edades, del nacer al morir. Edi.Morata. Madrid (España), 1968.

MEDELLIN, Gladis, TASCÓN Esther. Crecimiento y desarrollo humano. Tomo II. Edad escolar a adulto mayor. Editorial Guadalupe. Primera edición, 1995.

MOLINA, Pilar; TARRES, Pedro. Terapia Ocupacional en Geriatría: Principios y Práctica. Masson S.A . Barcelona (España). 1998.

PAPALIA, Diane, WENDKOS, Sally. Desarrollo Humano. Bogotá. Mc Graw-Hill. 6ª edición, 1998.

PÁRAMO, Amparo . Vejez, Salud y Alternativas de Auto Cuidado. El puira editores e impresores S. A.

Revista Latinoamericana de Psicología.1998. Volumen 27.

SALGADO, Alberto; ALARCÓN, Maria Teresa. Valoración del Paciente Anciano. Editorial Masson. Barcelona. 1993.

SALGADO, Alberto; GONZÁLES, J.J. Fundamentos Prácticos de Asistencia al Anciano. Masson S.A. . México. 1996.

SALIM, J. Depresión en ancianos. Fondo de cultura económica. México, 2000

SARASON, Lewin, SARASON, Barbara. Psicología anormal. México: Prentice Hall. Hispanoamericana S:A . 7ª edición, 1996.

ANEXOS

ENTREVISTA

1. ¿Cómo se siente usted aquí hoy?
2. ¿Cómo se ve a sí misma?
3. ¿Le gusta estar aquí?. SI/NO ¿Por qué?.
4. ¿Todos los días al despertar ¿Qué es lo primero que piensa?
5. ¿Qué espera en este momento de la vida?
6. ¿Cuáles son los momentos más agradables para usted?
7. ¿Qué es lo que más disfruta de estar aquí?
8. ¿Esta satisfecha con las cosas que ha realizado hasta el día de hoy? Cuáles?
9. ¿Qué cosas no le agradan de este lugar?
10. ¿Qué es lo que más le preocupa actualmente?

11. ¿Se siente apoyada por las personas que la rodean?
12. ¿Le agrada la forma en que hace las cosas o hay cosas que le gustaría cambiar? ¿Cuáles?.
13. ¿Qué le cambiaría a este lugar para estar mejor?
14. ¿Cómo son sus relaciones con sus compañeras?
15. ¿Cómo son sus relaciones con sus familiares?

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

SEXO:

EDAD:

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN

ESTADO CIVIL:

RELIGIÓN:

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia

B- Por necesidad

C- Me quede solo

CAÑO 3

1. "Muy mal. Mis hijas me han dejado sola contrariada y disgustada".
2. "Mi fe y fortaleza me han sostenido, pero últimamente siento que estoy flaqueando".
3. "No porque me siento sola: aquí no encontré lo que buscaba".
4. "Yo no duerno casi; escucho mucho radio Maria, no pienso en nada específico, me siento desubicada".
5. "No espero nada".
6. "Nada solo estar agarrada del señor. Dure 36 años casada y fui una mujer muy feliz".
7. "Muy pocas cosas".
8. "Pues si".
9. "No quiero opinar, solo quiero irme de aquí". Yo tenía otra opinión sobre la vida con religiosas, pero ahora la cambio".
10. "Mi situación económica en el hogar no puedo sostenerla y me mortifica".
11. "Afectivamente si, económicamente no".
12. "Si me gustan las cosas que hago como ir a misa y ejecutar radio Maria".
13. "Me gustaría irme cerca de mi hijo, no quiero morirme aquí. No hay médicos, ni acompañante, es una falla en un sitio como este".

14. "Muy buenas respeto la privacidad de cada quien, he analizado las cosas y me relaciono esporádicamente, pero no me reúno para hablar con nadie. No me gusta".

15. "Mal me han dejado sola totalmente".

DESCRIPCIÓN CASO 3

Dimensión cognitiva. En este caso encontramos las siguientes características.

No hay ideas de culpabilidad manifiestas es importante aclarar que la presente ante la pregunta que responde a este aspecto no especifica ningún tipo de detalles. La mayor preocupación, para esta paciente radica en las situación económica la cual le mortifica según sus propias palabras, el grado de satisfacción por las cosas que realiza es positiva en cuanto a la autodescripción que realiza la paciente considera que es una persona con fortaleza y fe, pero siente que esta flaqueando en este aspecto. La percepción que tiene con respecto al lugar donde habita no es positiva aunque no explica el porque considera que cuenta con apoyo afectiva más no económico por tanto es ambigua al expresar si se siente apoyado o no, en cuanto a su vida presente considera no tener expectativas algunas.

La dimensión afectiva indica que esta anciana muestra un grado de depresión moderada y sus sentimientos acerca del lugar donde habita son negativos e indiferentes en realidad son "muy pocas cosas", las que disfruta de estar en el asilo.

En cuanto a la dimensión social considera que sus relaciones con las demás ancianas son buenas, aunque solo se limita al saludo y prefiere no charlar con nadie porque no le agrada. Considera que sus relaciones familiares son malas debido a que su familia la ha dejado sola.

CAÑO 4

1. "Oponiendo, a veces me siento tan mal, a veces me siento bien, ahora me siento regular".
2. "Si, por las religiosas que son muy buenas, las compañeras".
3. "En Dios y en la virgen y me encomiendo a ellas".
4. "Tantas cosas; (tiene en su rostro una expresión de grosera)".
5. "Cuando estoy con Dios, cuando me siento con Dios".
6. "Pausa, no contesta".
7. "Si, (Pausa) (le repita la pregunta) está picarón me tiene desesperada".
8. "Me encanta el jardín, la capilla, todas las hermanas son muy buenas, las compañeras, todo en general".
9. "Todo me gusta".
10. "(Pausa, se rasca) que voy a llegar tarde ante la madre superiora".
11. "Si".
12. "Se queja".
13. "No contesta".
14. "Buenas".
15. "Muy bien".

DESCRIPCIÓN CASO 4

Las características depresivas de este caso son las siguientes:

En cuanto a la dimensión cognitiva es muy difícil saber si la paciente tiene ideas de culpa o trata de evadir este aspecto: Cuando se le pregunta acerca de la satisfacción por su pasado afirma que si, pero evade el tener que aclarar o completar su respuesta.

En cuanto a las preocupaciones más importantes para ella también evade el contestar cuales son, al preguntársele por la satisfacción que siente por las cosas que realiza, se queja de dolencias físicas, lo cual sugiere un probable alto grado de insatisfacción, la paciente se niega a realizar una descripción de si misma, por lo tanto es difícil determinar este aspecto de la paciente, considerando sus ideas acerca del lugar donde habita cree que es un buen lugar para ella, se considera apoyada por los demás aun cuando no esta dispuesta a entrar en detalles en cuanto más expectativas de vida su respuesta es ambigua; a pesar de que "espera tantas cosas"., no especifica cuales, lo cual puede sugerir una actitud evasiva ante este aspecto.

En cuanto a la dimensión afectiva no es posible determinar el nivel de depresión debido a que no fue posible aplicar la escala de depresión geriátrica, pues la anciana experimentó una crisis de asma en ese preciso instante.

Los sentimientos del lugar donde habita tienden a variar de acuerdo a lo que ella describe. Según su percepción algunas veces se siente bien otras veces se siente mal; en el momento de realizarle la entrevista afirma sentirse regular, los momentos más agradables para ella son cuando "está con Dios", y al preguntársele por las cosas que más disfruta de estar en el hogar se negó a contestar, lo cual sugiere que es muy difícil determinar con exactitud sus sentimientos hacia el lugar, a un momento cuando la calidad de respuestas con relación a ese punto podrían considerarse como negativas antes que positivas.

Con respecto a la dimensión social. Las relaciones con sus compañeras y familiares son descritas por la anciana como buenas sin embargo no quiso especificar más detalles.

CASO 5

1. "Triste, deprimida".
2. "Bastante acabada; flaca, no siento deseo de las cosas".
3. "No, porque me siento triste, me hace falta mi familia".
4. "En mi hijo, que desapareció hace dos años".
5. "Ver a mi hijo, saber de él, si está vivo o muerto".
6. "Cuando estoy dormida".
7. "La misa".
8. "Si, con todo me levanté con mi familia aunque perdí a mi madre a los 4 años".
9. "El encierro después de las 6:00 p.m. y la comida".
10. "La vida de mi hijo y la salida de aquel".
11. "Una que otra persona, que me demuestran ser sinceras. Las hermanas no son muy accesibles".
12. "Aquí no puedo hacer nada, cuando estaba en casa sí, y si me gustaba".
13. "La comida, la hora de la misma y el encierro a las 6:00 p.m. y problemas para salir".
14. "Bien, yo no peleo con ninguno, tengo 3 compañeras con las que más relaciona".
15. "Buenas, yo las llamo, me tienen abandonada".

DESCRIPCIÓN CASO 5

Las características más importantes de este caso son las siguientes:

Teniendo en cuenta la dimensión cognitiva.:

En primera instancia no hay indicios de sentimientos de culpa en la paciente.

Sus preocupaciones más importantes están relacionadas con su familia específicamente su hijo desaparecido del cual no tiene indicios de donde pueda encontrarse, además le preocupa el hecho de salir del hogar geriátrico.

La satisfacción por las cosas que realiza es negativa teniendo en cuenta que se considera imposibilitada para realizar todas las actividades que ella quiere realizar como, barrer, cocinar, etc., debido a las normas del hogar.

La descripción que la paciente realiza de si misma es la de una persona "triste" y "deprimida". El lugar donde habita es percibido por ella como un lugar le encierro, del cual no es fácil salir, además no le agrada la comida en cuanto al apoyo de los demás es algo muy escaso de acuerdo a su percepción, siente que pocas personas la apoyan, y que las religiosas no son muy "accesibles". Su expectativa

de vida más importante consiste en volver a ver a su hijo del cual no sabe si esta vivo o muerto.

La dimensión afectiva, indica que esta persona padece una depresión severa se muestra triste al estar en el hogar geriátrico, de tal forma que los momentos agradables para ella son cuando se encuentra dormida.

En el aspecto social sus relaciones interpersonales son buenas, sin embargo con su familia considera que la tienen abandonada.

CAÑO 6

1. "Mal, le dio la crisis de angustia".
2. "Común y corriente como cualquier adulta enfisema pulmonar".
3. "Si, porque está uno con toda las comodidades como en casa".
Hay poco compañerismo.
4. "En buscar a Dios".
Según el problema que tenga (plata, enfermedades).
5. "Que me lleve Dios ligero al cielo".
6. "Cuando llega una hermana Aurora con la comunión".
7. "Hay una señorita de terapia les hace terapia".
8. "Si, educación, a ella misma e hijos, filares. Matrimonio (buen esposo)".
Haberse venido al asilo.
9. "No sabe, no sale, egoísmo de las demás".
10. "Plata – enfermedad".
11. "No, solo hermana Rosario".
12. "Le gustaría y no puede hacer, le gusta caminar y no puede se asfixia, lavar ha
mano, impedido".
13. "No tiene nada que cambiar, perfecto la superiora".
14. "Buenas, pero algunas han fallecido solo quedan 5 y no tiene amistad con
nadie".
15. "No tiene familiares, Cali, bien nos queríamos mucho, se vino con su madrina".

DESCRIPCIÓN CASO 6

El análisis del caso seis señala que en la dimensión cognitiva, que las ideas de culpa no son evidentes, la paciente se considera satisfecha con su vida y con lo que ha logrado. Sus preocupaciones más apremiantes se relacionan con el aspecto económico y con respecto a su enfermedad. En cuanto a las cosas que realiza son muy pocas debido a sus problemas físicos los cuales le impiden realizar actividades como caminar. En cuanto a su descripción; al preguntársele como se describía así misma la paciente, le originó una crisis de angustia.

La percepción del lugar donde habita es agradable en cuanto al espacio físico, sin embargo no sale pues considera como egoístas a sus compañeras además preferiría que cambiar se a la madre superiora. No se considera apoyada por los demás y su expectativa de vida a lo importante es que "Dios la lleve ligero al cielo".

La dimensión afectiva, indica que esta paciente muestra un nivel de depresión severa, sus sentimientos del lugar donde habita son difíciles de explicar debido que a sus respuestas son incomprensibles en este sentido.

En cuanto a la dimensión social, sus relaciones interpersonales son nulas ya que considera que no tiene amistad con nadie. Con su familia las relaciones son buenas; con bastante cariño.

CASO 7

1. "Un poco mejor, porque salí como mi hija, aunque estoy triste porque se va".
2. "Triste; sin ánimo, débil".
3. "No, porque me siento triste, antes me sentía alegre, caminaba, reía, cantaba".
4. "Que estoy triste".
5. "Nada, me siento complicada, triste, esperar que trae la vida".
6. "Ninguno, porque no me siento bien, ni satisfecha pero tengo que tratar de vivir".
7. "Nada, ni la comida me gusta, me siento sola, se va mi hija el mundo se me acaba".
8. "No, me siento triste, pero antes bañaba, era alegre, me sentía satisfecha, pero ahora no".
9. "Nada, me agrada por mi misma tristeza".
10. "Quiero mejorar de la depresión, ser alegre como era antes".
11. "Si, son buenas conmigo, me dan consejo pero a una no me llena eso".
12. "No, quiero cambiar, volver a ser la de antes".
13. "Nada, estando con mi hija".
14. "Bien, todo bien, no mortifica a nadie, ni ellos a mí".
15. " Bien, solo en mis hija".

1. DIMENSION COGNITIVA

Ideas sobre sí mismo.

✓ Ideas de culpabilidad.

A la pregunta (ocho) ¿está satisfecha con las cosas que ha realizado hasta el día de hoy?. La paciente responde: "no, me siento triste, antes bailaba, era alegre, me sentía satisfecha pero ahora no. Al ver esta respuesta no se evidencian claramente ideas de culpa, pero si la insatisfacción por su vida en general.

✓ Preocupaciones.

Ante la pregunta que le preocupa actualmente responde: "quiero mejorar esta depresión, ser alegre como era antes", por lo que se puede decir que su preocupación principal es su estado de ánimo.

✓ Grado de satisfacción por las cosas que realiza a la pregunta ¿Le agrada la forma en que hace las cosas? Hay cosas que le gustaría cambiar? Responde: no, quiero cambiar, volver a ser la de antes.

✓ Autodescripción. "Triste, sin ánimo, débil", es la respuesta a la pregunta número dos (2) ¿cómo se ve a sí misma? y "estoy triste" a la pregunta 4: todos los días al despertar ¿qué es lo primero que piensa?.

✓ Ideas sobre el mundo.

Percepción del hogar donde habita.

Afirma que del lugar no le agrada nada, "por sí misma tristeza" (pregunta 9). A la pregunta que se cambiaría a este lugar para estar mejor responde: "nada, estando con mi hija". Por lo que se puede concluir que su depresión se hace percibir el lugar con un "tono gris".

✓ Ideas sobre el apoyo de las demás.

A la pregunta ¿se siente apoyada por las personas que la rodean? (que no) Responde: "sí, son buenas conmigo, me dan consejo, pero a mí no me llena eso.

✓ Ideas sobre el futuro.

✓ Expectativas de vida.

A la pregunta cinco (5) ¿Qué espera en este momento de la vida? Responde: "nada, me siento complicada, triste, esperar que trae la vida".

2. DIMENSION AFECTIVA

✓ Grado de depresión. Severa.

✓ Sentimientos acerca del lugar donde habita.

A la pregunta tres (3) ¿Le gusta estar aquí? Responde "no, porque me siento triste, antes me sentía alegre, caminaba, reía, contaba. La sujeto responde no tener ningún momento agradable, porque no se siente satisfecha, también responde no disfrutar nada en el hogar. "nada, ni la comida me gusta, me siento sola, se va mi hija y el mundo se me acaba". (Preg. 6 y 7).

3. DIMENSION SOCIAL

Afirma que las relaciones con sus compañeras se dan bien “no mortifico a nadie, ni ellas a mí. Con respecto a las relaciones con sus familiares responde. “Bien, solo con mi hija”.

CASO 8

1. "Igual que todos los días, normal".
2. "Bien".
3. "No, porque la asistente me quitó la llave; ha tenido problemas con la madre por esto".
4. "Mi hijo que está en Venezuela y después los otros tres; que no le vaya a pasar nada por las revueltas que hay allá, y le rezo a Dios por él".
5. "Irme de Colombia, porque aquí hay mucha guerrilla".
6. "Cuando me entrevisto con mis hijos o con mis nietos".
7. "El jardín".
8. "Si, soy abogada, salí adelante, yo misma pago mi pensión".
9. "Que la madre superiora no está con las señotas, sino con las asistentes".
10. "Mi hijo en Venezuela que está solo".
11. "Ni les pido favores ni se los hago, soy indiferente".
12. "Si, hago las cosas bien".
13. "La directora".
14. "Las saludo normal".
15. "Bien".

DESCRIPCIÓN CASO 8

Dimensión cognitiva. No se encuentran indicios sobre ideas de culpabilidad, sus preocupaciones más importantes están determinadas su familia, específicamente por un hijo que se encuentra en otro país y por el resto de su familia, en realidad eso es lo primero que piensa al levantarse.

Muestra satisfacción por sus actividades cotidianas y muestra una buena descripción de si misma.

Su percepción del lugar es buena, sin embargo muestra ideas negativas hacia la Directora de la Institución (le gustaría que la cambiaran para estar mejor). Es indiferente hacia el apoyo que pueda tener de los demás, afirma que “no pide favores y tampoco los hace”.

Sus expectativas consisten en irse del país, debido a la situación actual.

Dimensión afectiva. Se encuentra un nivel de depresión moderada y muestra un sentimiento positivo hacia el lugar donde habita (excepto la madre superiora).

Dimensión social. Indica que sus relaciones interpersonales con sus compañeras son indiferentes y solo se limitan en saludo. Con sus familiares hay buenas relaciones.

CASO 9

1. "Bien".
2. "Como una persona extrovertida y alegre a pesar de que tengo problemas".
3. "Si, porque me siento bien y acompañada".
4. "Que deseo que a mis hijos y nietos les vaya bien".
5. "Para mí nada, pero si el bienestar para mis hijos, yo pienso que hasta cierta edad debe vivir y esto lo he pensado desde joven, no solo ahora".
6. "Cuando asisto a misa y cuando estoy con mis hijos".
7. "El aprecio que siento de algunas personas".
8. "Si, el tener a mis hijos y como se encuentran ahora (bien)".
9. "La hipocresía, la falta de caridad en algunas personas".
10. "Un problema que tiene una hija".
11. "Más o menos; siento que hay personas pendientes de mí".
12. "Si, creo que lo que hago, lo hago bien".
13. "La comida y el cambio de carácter de algunas personas".
14. "Buenas, hasta donde es posible, con todo el mundo me trato".
15. "Buenas".

1. DIMENSION COGNITIVA

- ✓ Ideas sobre sí mismo.
- ✓ Ideas de culpabilidad.

La respuesta "sí, el tener a mis hijos y como se encuentran ahora, ellos están bien", a la pregunta número ocho (8): ¿está satisfecha con las cosas que ha realizado hasta el día de hoy?; indica ausencia de ideas de culpabilidad.

- ✓ Preocupaciones.

La sujeto se muestra preocupada por el bienestar de sus hijos (pregunta 4), y especialmente el de su hija, quien según sus palabras tiene un problema (pregunta 10).

- ✓ Grado de satisfacción por las cosas que realiza. La paciente responde, a la pregunta (12) ¿le agrada la forma en que hace las cosas o hay cosas que le gustaría cambiar?; "sí, creo que lo que hago, lo hago bien". Por ende es visible en su respuesta satisfacción por lo que hace.

✓ Autodescripción.

A la pregunta ¿cómo se ve a sí misma?, responde: “como una persona extrovertida y alegre, a pesar de que tengo problemas”.

✓ Ideas sobre el mundo.

✓ Percepción del lugar donde habita con respecto a lugar percibe desagradable el carácter de algunas personas, la hipocresía, y falta de caridad, así como se cambiaría al sitio de comida (preguntas nueve (9) y trece (13)).

✓ Ideas sobre el apoyo de las demás a la pregunta ¿se siente apoyada por las personas que la rodean?, responde: “más o menos; siento que hay personas pendientes de mí”. Es rentable, entonces, dudas con respecto a si se considera apoyada por los demás o no.

✓ Ideas sobre el futuro.

✓ Expectativas de vida.

¿Qué espera en este momento de la vida?

Es la pregunta número cinco (5), ante la cual responde: “para mi nada, pero si el bienestar para mis hijos”. Por lo tanto, se puede decir que tiene bajas expectativas de vida; además afirma que después de cierta edad no se debe vivir, y ahora “no lo digo porque tengo esta edad, si no que siempre, desde joven, lo he pensado así”.

2. DIMENSION AFECTIVA

- ✓ Grado de depresión.

Moderada (6 puntos en la escala de yesavage).

- ✓ Sentimientos acerca del lugar donde habita la paciente afirma sentirse bien (pregunta 1), lo que más disfruta del hogar; es el aprecio que siento de algunas personas (pregunta 7), y los momentos más agradables para ella son cuando asiste a misa y cuando está con sus hijos (pregunta 6). Además la sujeto responde a la pregunta tres (3). ¿Le gusta estar aquí?, si porque me siento bien y acompañada.

3. DIMENSION SOCIAL

- ✓ Relaciones interpersonales.

La sujeto afirma tener buenas relaciones con las compañeras, hasta donde es posible, con todo el mundo trato. También dice tener buenas relaciones con sus familiares.

CASO 16

1. "Bien el lugar es agradable".
2. "No contesto".
3. "Si porque es una casa donde viven muchas personas, pero ya es hora de irme".
4. "En mis hijos".
5. "El bienestar de mis hijos".
6. "Me gusta el clima, pero ya casi estamos de viaje, porque ya nos vamos, mis hijos ya comienzan a estudiar.
7. "Me da pereza ir a misa me quedo tomando el sol".
8. No respondió.
9. "Me siento desengañada con algunas personas, aquí hay muchas personas egoístas".
10. "La gente es poco servible".
11. Si.
12. "Si me siento como de la familia".
13. "Que sean más amigables", no son como yo creía, me desengañe porque son muy egoístas.
14. "Pensé que eran mejores".
15. "Buenas".

DESCRIPCIÓN CASO 16

DIMENSION COGNITIVA

Las ideas de culpa no son posibles de establecer debido a que la paciente se negó a contestar a la pregunta referente a este aspecto, lo cual puede sugerir una culpabilidad no manifiesta o tal vez no entendió la pregunta.

La preocupación que unas afecta a esta anciana tiene que ver con las relaciones interpersonal la que considera como poco inservibles” a las personas que la rodean. La satisfacción por las cosas que realiza es positiva, en cuanto a la autodescripción que pudieran hacer de sí misma no es posible determinar debido a que a este tema la percepción del lugar donde habita; en cuanto al espacio físico es positiva sin embargo, considera egoístas y poco amigables cada persona que la rodea, lo anterior resulta contradictorio debido a que a la pregunta sobre si se junta apoyada por las personas que le rodean es afirmativa sus expectativas futuras se centran en el bienestar de sus hijos.

DIMENSION AFECTIVA

En cuanto a la dimensión afectiva la paciente muestra una depresión de nivel moderada, sus sentimientos acerca del lugar son positivos, sin embargo es

notable que diga que debe irse de viaje con sus hijos, lo cual al ser indagado con el personal del hogar geriátrico resulta ser falso, este hecho particular puede ser el indicio de que en esta paciente puede estar originándose un tipo de deterioro mental el cual es necesario indagar y especificar.

DIMENSION SOCIAL

Sus relaciones con compañeras del asilo son negativas, esto es algo que la paciente afirmó o expresó en diversas oportunidades. En cuanto a sus relaciones familiares las considera buenas.

CASO 17

1. "Triste desde que murió mi hijo".
2. "Apesarada sin nadie alrededor".
3. "Ja";¿Cómo me va ha gustar? ¡aunque me atiendan nunca es como en casa".
4. "En mis nietas y en mi hijo fallecido".
5. "La muerte ¿qué más?".
6. "Cuando estoy junto a mis nietas, pero como ya se casaron en Miami, No pueden venir aquí".
7. "Cuando nos visitan personas y hablan con nosotros".
8. "Antes si. Cuando era joven bailaba y disfrutaba pero ahora no".
9. "El cuarto; aquí no hay espacio como en la casa".
10. "Mis nietas, ya tengo tiempo que no las veo".
11. "No un día me caí y tardaron en llegar".
12. "Solo me gustan cuando vienen mis amigas".
13. "Nada, pero cuando llueve el agua se mete".
14. "No, no me relaciono con ellas las saludo cuando paso".
15. "Solo tengo un hermano y unos sobrinos y con mi cuñada no nos llevamos bien. Extraño a mi suegra ella si me quería".

DESCRIPCIÓN CASO 17

La paciente se describe aquí, muestra una depresión severa. Sus características más importantes son las que a continuación se describen:

En cuanto a la dimensión cognoscitiva no se encuentran presentes ideas de culpabilidad manifiestas, sus preocupaciones más importantes están localizadas en su familia específicamente sus nietas y el fallecimiento de su hijo mayor, no muestra ningún tipo de satisfacción por las cosas que realiza, tan solo disfruta cuando recibe visitas de sus amigas, se describe como una persona triste, pesarad que no tiene nadie a su alrededor, además considera el lugar donde habita como desagradable e incomodo; cree que es muy poco el espacio del que dispone, piensa también que no se siente apoyada por las personas que la rodean en cuanto a sus expectativas de vida. Lo único que espera es la muerte.

Dimensión afectiva. Como ya se mencionó anteriormente muestra una depresión severa lo cual se corrobora con el resultado de la escala de depresión geriátrica (yesavage).

Sus sentimientos acerca del lugar donde habita son de tristeza e indiferencia, solo firma sentir alegría si es visitada por sus familiares, pero por estar estos últimos

viviendo en otro país eso ya no es posible, por tanto la tristeza de esta persona es constante la mayor parte del tiempo.

La dimensión social. Indica que esta persona se caracteriza por no tener relaciones con sus compañeras en el hogar geriátrico, simplemente se limita a saludarlas en cuanto a las relaciones con sus familias tampoco son buenas ya que afirma no llevarse bien con la esposa de su hermano, el cual es su única familia y que por tanto no se relaciona mucho con ellos.

CASO 18

1. "Bien gracias a Dios".
2. "Me veo enferma".
3. "Si todo es tranquilo".
4. "En estar animada aunque sea para bañarme".
5. "Tengo un estado terminal; lo que Dios quiera de un momento a otro".
6. "Estar con mi familia y las reuniones que aquí hacen".
7. "La tranquilidad y estar sola".
8. "Si hice muchas cosas de joven baile, pasié, etc., pero ahora no puedo hacer muchas cosas por el parkinson".
9. "Pues como nadie se mete conmigo y yo no doy confianza. "No me agrada la bulla".
10. "Mi familia; hay cosas que estamos sufriendo, tengo un nieto que no trabaja y eso me duele".
11. "Si".
12. "Si todo lo que hago lo hago bien".
13. "La comida".
14. "Bien porque yo hablo poco no me gusta hablar mucho del saludo no paso".
15. "Buenas".

DESCRIPCIÓN CASO 18

Dimensión cognitiva. Las ideas de culpabilidad no son manifiestas y tampoco evidentes en este caso, se recuerda el pasado con agrado y más bien lamenta que la enfermedad de parkinson no le deja hacer muchas cosas.

Su preocupación más importante esta dada por su familia de la cual le preocupa mucho uno de sus nietos. La paciente muestra satisfacción por las cosas que realiza. Se autodescribe como una persona en forma, percibe el lugar donde habita como un lugar tranquilo e términos generales aunque "no le gusta la bulla", y la comida le molesta un poco también. Considera que siente apoyo de los demás y su expectativa o ideas sobre el futuro están determinadas por la muerte como la resolución de todos sus problemas.

Dimensión afectiva. Encontramos que la paciente muestra un grado de depresión moderada y además se siente tranquila en el lugar donde habita.

Dimensión social. Encontramos que sus relaciones interpersonales son escasas y solo se limitan al saludo la paciente afirma que no le gusta hablar, la cual probablemente encuentre una explicación en las dificultades que le produce "el mal de parkinson". Sus relaciones familiares son consideradas como buenas.

CASO 19

1. "Regular me duelen las piernas".
2. "Me veo enferma".
3. "Sí".
4. "Tengo que bañarme y levantarme".
5. "Tengo que entregar el cuerpo".
6. "Estar acostada y no salir del cuarto".
7. "Estar aquí acostada"
8. "Si estar aquí".
9. "Ir a misa, estar en el salón, salir a pasear".
10. "Nada".
11. "Sí"
12. "No, solo quiero estar aquí, no realizo ninguna actividad".
13. "Nada estoy bien en el cuarto".
14. "Buenas".
15. "Bien".

DESCRIPCIÓN CASO 19

En la Dimensión cognitiva, no se evidencian ideas de culpabilidad, sus preocupaciones están orientadas a tener que realizar actividades cotidianas como levantarse y bañarse, no muestra agrado en realizar actividad alguna. Solo desea estar acostada en su cama, se autodescribe como una persona enferma, le agrada el lugar donde habita; pero específicamente su cuarto, debe tenerse en cuenta que su actitud hacia el hogar en general es de indiferencia a excepción de su cuarto, es notable observar que no le agrada ningún tipo de actividades realizadas en el hogar como ir a misa, reunirse en el salón o salir a pasear, es más, no le cambiaría nada al lugar pues ella solo quiere estar en su cuarto. Considera que se siente apoyada y sus expectativas futuras están orientadas hacia la muerte. "Debo entregar el cuerpo".

La dimensión afectiva, indica que el grado de depresión es moderado, pero puede tornarse severo dado a las características mostradas por la paciente.

La dimensión social, indica que sus relaciones interpersonales y familiares son buenas.

CASO 20

1. "Bien, tranquila, en ninguna parte se esta perfecto".
2. "Me veo encerrada, mi esposo no me deja salir. Estoy deprimida por eso".
3. "Si, entrecomillas, pero me gustaría estar en otro lado. Me vine a vivir aquí para no ser estorbo a mis hijos".
4. "Que pregunta boba, le doy gracias a Dios y lo que sea que el quiera".
5. "Paz, tranquilidad, estoy haciendo de más, pienso en la muerte, tengo muy en cuenta esa realidad".
6. "Cuando estoy tejiendo o en reunión con las personas de aquí".
7. "Tejer, me reúno con mis amigas, leer, hacer crucigramas".
8. "Uno comete errores, en la vida, no estoy satisfecha totalmente".
9. "La comida, la rutina".
10. "El factor económico, todo es caro, mis problemas con mi esposo".
11. "Si de mis hijos, todos no me apoyan pero, entiendo esto".
12. "Ya me canso mucho, me gustaría volver a ser joven, no me gustaría seguir atendiendo a mi esposa, no hacer nada".
13. "La comida".
14. "Buenas".
15. "Buenas".

DESCRIPCIÓN CASO 20

Dimensión cognitiva. Las ideas de culpabilidad pueden estar indicadas en este caso ante la actitud que la paciente muestra ante la pregunta; “¿esta satisfecha con las cosas que ha realizado hasta el día de hoy?”. La paciente adopta una actitud defensiva y molesta y afirma que “todos en la vida cometen errores y que no esta del todo satisfecha”.

Las preocupaciones más importantes consisten en la situación económica y la difícil situación que sostiene con su esposo no muestra satisfacción con lo que realiza, al contrario quiere “poder ser joven otra vez y no tener que atender a mi esposo”. La autodescripción de esta paciente consiste en una mujer “encerrada y deprimida”. Aunque su percepción del lugar donde habita es aparentemente positiva, la paciente aclara que le gustaría estar en otro sitio, lo más desagradable para ella es el lugar donde habita, de forma tajante es la comida, piensa que sus hijos la apoyan aunque no todo.

Su expectativas consisten en tener paz, lo cual obtendría con la muerte una realidad para ella en la cual piensa mucho.

La dimensión afectiva muestra las siguientes características:

- ✓ La escala de depresión geriátrica muestra un nivel de depresión moderada.
- ✓ Se siente tranquila y disfruta de sus actividades con sus amigas.

En la dimensión social. Sus relaciones interpersonales y con su familia son buenas, sin embargo es de aclarar que se siente preocupada e inconforme con tener que atender cotidianamente a su esposo lo cual la limita y de paso la deprime.

CASO 21

1. "Contenta hasta el día de hoy".
2. "Bien, pero no me siento bien de salud".
3. "Si, pero me da tristeza irme".
4. "Me arrepiento de haberme quedado soltera".
5. "Lo que Dios me tenga dispuesto".
6. "Cuando me hacen terapias en las rodillas, porque sufro de artritis, me parece que me voy a caer"
7. "Todo".
8. "Pues si, lamento haberme quedado soltera".
9. "Creo que nada, pero levantarme temprano".
10. "La cuestión de la ida de aquí".
11. "Si".
12. "Yo me la paso rezando y así me la paso, para poder caminar bien y tener salud. Que la levantada no se atan temprano",
13. "Que la levantada no sea tan temprano".
14. "Buenas".
15. "Buenas, gracias a Dios".

DESCRIPCIÓN CASO 21

Dimensión cognitiva. En este caso encontramos ideas de culpabilidad, basadas en el hecho de no haberse casado la preocupación más importante de la paciente tiene que ver con la idea de abandonar el hogar. Lo que más satisface a esta persona es rezar continuamente y pedir por una mejoría en su salud, realiza una buena descripción de su misma aunque reconoce no sentirse bien de salud. Le gusta estar en el hogar geriátrico y se siente triste por la idea de tener que irse, considera que tiene el apoyo de las otras personas y sus ideas sobre el futuro son con algo de resignación a lo que "Dios le tenga dispuesto".

En la dimensión afectiva. Su depresión está en un nivel moderado y se siente bien estando en el hogar, de hecho su tristeza consiste en tener que dejar el hogar.

La dimensión social. Sugiere que sus relaciones interpersonales con sus compañeras y con su familia son buenas.

TABLA No.3: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	si
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	s
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
13. ¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15. ¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	n

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negrilla (SI o NO)
 Clasificación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 16

SEXO: Femenino.

EDAD: 85 años.

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Enero del año 2002.

ESTADO CIVIL: Viuda.

RELIGIÓN: Católica.

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia

B- Por necesidad ✓

C- Me quede solo

N° 16.

TABLA No.3: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	si
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	NO	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	NO
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
0. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
1. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	si
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
15. ¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negritas (SI o NO)

Clasificación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

7

Moderada

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 5

SEXO: Femenino.

EDAD: 88 años.

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Abril del año 2000.

ESTADO CIVIL: Viuda.

RELIGIÓN: Católica.

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia

B- Por necesidad

C- Me quede solo

D- por engaño.

Nº 5

TABLA No.3: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	si
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	si
¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	NO
¿Se siente lleno de energía?	si	NO
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negrilla (SI o NO)
 Distribución: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

13

severa

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 8.

SEXO: Femenino.

EDAD: 73 años

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Agosto del año 1.999.

ESTADO CIVIL: Viuda.

RELIGIÓN: Católica.

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia

B- Por necesidad ✓

C- Me quede solo

Nº 8

TABLA No.3: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	si
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	NO
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	SI
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15. ¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	NO

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negrilla (SI o NO)
 Distribución: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

7

Moderada

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 7

SEXO: Femenino

EDAD: 65 años .

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Febrero del año 2002.

ESTADO CIVIL: Casada.

RELIGIÓN: Católica .

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia

B- Por necesidad ✓

C- Me quede solo

Nº 7

TABLA No.3: ESCALA DE DEPRÉSION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	si
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
0. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
1. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	SI
2. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
3. ¿Se siente lleno de energía?	si	NO
4. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
5. ¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negritas (SI o NO)
 Clasificación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

12

Severa

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 17

SEXO: Femenino .

EDAD: 89 años .

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Mayo del año 2001 .

ESTADO CIVIL: Casada .

RELIGIÓN: Católica .

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia

B- Por necesidad

C- Me quede solo ←

Nº 17.

TABLA No.3: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	SI
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	si
¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
¿Se siente lleno de energía?	si	NO
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negrilla (SI o NO)
 Clasificación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

12

Severa

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N°21.

SEXO: Femenino

EDAD: 76 años

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Agosto del año 2001.

ESTADO CIVIL: Soltera

RELIGIÓN: Católica.

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia

B- Por necesidad

C- Me quede solo ✓

Nº 21.

TABLÁ No.5: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

1.	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	si
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	SI
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
9.	¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	SI
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	SI
13.	¿Se siente lleno de energía?	SI	SI
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	n
15.	¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	n

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negrita (SI o NO)
 Tabulación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL 10

Moderada

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 4

SEXO: Femenino.

EDAD: 74 años.

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Octubre del año 1999.

ESTADO CIVIL: Separada.

RELIGIÓN: Católica.

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia ✓

B- Por necesidad

C- Me quede solo

Nº 4

TABLA No.5: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	si
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	NO	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
0. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
1. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	si
2. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
3. ¿Se siente lleno de energía?	si	NO
4. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
5. ¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negrilla (SI o NO)
 Clasificación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

12

Severa

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 6.

SEXO: Femenino.

EDAD: 80 años.

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: en el año de 1975.

ESTADO CIVIL: Viuda.

RELIGIÓN: Católica.

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia ✓

B- Por necesidad

C- Me quede solo

N° 6.

TABLA No.3: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Ycsavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	si
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	si
¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
¿Se siente lleno de energía?	si	NO
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negritas (SI o NO)
Categorización: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

14

Severa.



FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 18.

SEXO: Femenino.

EDAD: 71 años.

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN Abril del año 1999.

ESTADO CIVIL: Separada.

RELIGIÓN: Católica.

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia

B- Por necesidad

C- Me quede solo

No 18

TABLA No.5: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	SI
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	SI
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
0. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
1. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	SI
2. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
3. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
4. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
5. ¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negrilla (SI o NO)
 Clasificación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

7

Moderada

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 20.

SEXO: Femenino.

EDAD: 83 años.

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Febrero del año 2.001.

ESTADO CIVIL: Casada.

RELIGIÓN: Católica.

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia ✓

B- Por necesidad

C- Me quede solo

Caso N° 20.

TABLA No.3: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	SI
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	SI
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
1. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	SI
2. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
3. ¿Se siente lleno de energía?	si	NO
4. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
5. ¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negritas (SI o NO)
 Clasificación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

7

Moderada

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 19.

SEXO: Femenino .

EDAD: 94 años .

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: Febrero del año 1997.

ESTADO CIVIL: Viuda.

RELIGIÓN: Católica .

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia ✓

B- Por necesidad

C- Me quede solo

Nº 19.

TABLA No.3: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	SI
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	NO	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	SI
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
0. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
1. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	SI
2. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
3. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
4. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
5. ¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no

INTERPRETACION: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negrita (SI o NO)
 Clasificación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

8

Moderada

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Caso N° 9.

SEXO: Femenino.

EDAD: 69 años.

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN:

ESTADO CIVIL: Viuda.

RELIGIÓN: católica.

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia 

B- Por necesidad

C- Me quede solo

Caso 9

TABLÁ No.3: ESCALA DE DEPRÉSION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	SI
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	NO	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	si
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	NO
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
1. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	si
2. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	NO
3. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
4. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
5. ¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	NO

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negrilla (SI o NO)
 Evaluación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

6

Moderada

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE N° 3.

SEXO: Femenino.

EDAD: 74 años.

FECHA DE INSTITUCIONALIZACIÓN: septiembre del año 2001.

ESTADO CIVIL: Viuda.

RELIGIÓN: Católica...

¿CÓMO LLEGÓ AQUÍ?

A- Voluntad propia

B- Por necesidad

C- Me quede solo

Nº 3.

TABLA No.3: ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (Yesavage)

¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	NO	SI
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	no	SI
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	SI
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	no
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	NO	SI
¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	no
¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	SI	no

INTERPRETACIÓN: Suma todas las respuestas con mayúsculas y negritas (SI o NO)
Evaluación: 1= 0 a 5 Normal 2= 6 a 10 Moderada 3= 11 a 15 Severa

PUNTAJE TOTAL

6

Moderado

- 1 ANCIANOS - ASPECTOS PSICOLÓGICOS
- 4 ANCIANOS - ASPECTOS SOCIALES
- 5 ANCIANOS - DEPRESIÓN - INVESTIGACIÓN
- 2 DEPRESIÓN - GENERACIONES
- HOGAR GERIÁTRICO MADRE MARCELINA - ANCIANOS - DEPRESIÓN
- 6 Atención A LA VEJEZ