



Ps

4031069

S

Barranquilla, junio 15 de 2007.

Señores
**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**
Ciudad.

Cordial saludo.

Después de revisar las correcciones del grupo **CHICA RAMBAO LUZ VICTORIA, GARCÍA COVELLI CINDY DE JESÚS, HERNANDEZ ESCOBAR ANA CLARA, MIRANDA PÉREZ ANGÉLICA PATRICIA** cuya investigación es **DEPRESIÓN Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN DIFERENTES CENTROS GERIATRICOS**, se autoriza la orden de empaste.

Atentamente,


Dra, **MARGARITA CARDEÑO.**
Tutora.


Dra, **INDIRA DE LA HOZ.**
Jurado

DEPRESIÓN Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN DIFERENTES CENTROS GERIÁTRICOS.

CHICA RAMBAO LUZ VICTORIA.
GARCÍA COVELLI CINDY DE JESÚS.
HERMANDEZ ESCOBAR ANA CLARA.
MIRANDA PÉREZ ANGÉLICA PATRICIA.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR.
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA

2007.

UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO 4 0 3 1 0 6 9

PRECIO _____

FECHA 01-14-2008

OTRO _____

**DEPRESIÓN Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN DIFERENTES CENTROS GERIÁTRICOS.**

**CHICA RAMBAO LUZ VICTORIA.
GARCÍA COVELLI CINDY DE JESÚS.
HERNANDEZ ESCOBAR ANA CLARA.
MIRANDA PÉREZ ANGÉLICA PATRICIA.**

Trabajo de Investigación para obtener el título de: PSICÓLOGAS

Asesora: MARGARITA CARDEÑO

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR.
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA**

2007.

**DEPRESIÓN Y SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN DIFERENTES CENTROS GERIATRICOS.**

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos primeramente a **Dios** por dotarnos de sabiduría, comprensión y entendimiento, y por permitirnos la realización de nuestros objetivos.

Damos gracias a nuestra tutora ***Margarita Cardeño San miguel*** quien con sus conocimientos, experiencia y su gran comprensión nos motivó y orientó con esfuerzo y dedicación para realizar un excelente estudio.

Le expresamos a todos los adultos mayores, nuestra profunda deuda por su recibimiento tan amistoso y por su generosa hospitalidad y colaboración que nos permitió llegar a la cúspide de nuestras metas.

De igual forma, agradecemos a las diferentes instituciones geriátricas por permitirnos el acceso a ellas, y recolectar la información necesaria para el desarrollo de esta investigación.

*Esta tesis esta dedicada primeramente a Dios
Todopoderoso, por haberme permitido llegar a la
cúspide iluminándome con su sabiduría.*

A mi madre por darme la vida.

*A mi esposo e hijos, por el constante apoyo,
paciencia y sacrificios para salir adelante.*

*A mi hermano Julio por brindarme su calor y
apoyo y a todos aquellos que de alguna manera me
brindaron su empuje positivo en la consecución de
mis logros.*

Luz V. Chica Rambao.

Te dedico a Tí Dios este trabajo, que con Tu bendita bondad agracias al hombre con conocimiento y enseñanza.

A mis padres por brindarme la oportunidad de llevar a cabo mis sueños y ser mi fuente de inspiración.

A todos mis seres queridos, que con su apoyo incondicional sembraron la semilla que ya comienza a dar sus frutos abriendo un camino de luz lleno amor y esperanza.

Cindy García Covelli.

Ante todo dedico esta tesis a papito Dios por dotarme de conocimientos y sabiduría.

A mis padres, por su apoyo incondicional, quienes han depositado toda su esperanza en la niña de sus ojos; "su hija preciada".

A mi hijo Peter por ser la fortaleza de mi vida y mi motivación para hacer realidad éste sueño.

Ana C. Hernández Escobar.

Dedico este proyecto a Dios por estar presente en cada momento de mi vida y Quien me otorgó sabiduría permitiéndome alcanzar mis objetivos.

A mis padres y a mi hermano, por brindarme su cariño, confianza y apoyo incondicional a lo largo de mi carrera.

A mi tía Ieva por contribuir enormemente a alcanzar mis metas justo en el momento preciso.

A todas aquellas personas que de alguna manera me otorgaron de su fortaleza para seguir adelante.

Angélica Miranda Pérez.

TABLA DE CONTENIDO.

INTRODUCCIÓN.	9
PLANTEAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.	12
JUSTIFICACIÓN.	15
OBJETIVOS.	17
Objetivo General.	17
Objetivos Específicos.	17
MARCO TEÓRICO.	18
Depresión.	18
Clasificación de la depresión.	18
Depresión y personalidad.	20
Criterios para el episodio depresivo mayor (dsm iv).	23
Aspectos clínicos de la depresión según Rafael salín pascual.	26
Depresión geriátrica.	31
Acercamientos teóricos sociales en la vejez.	36
Soledad.	41
RESEÑA HISTÓRICA DE LAS INSTITUCIONES GERIÁTRICAS.	46
Reseña Histórica Del Centro Cristo Rey.	46
Reseña Histórica Del Centro De Vida Asociación En Defensa Del Anciano “Anda”.	47
Reseña Histórica Del Asilo Granja San José.	48
Reseña Histórica De La Fundación Siervas De Jesús.	49
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	51
Definición conceptual de depresión.	51

Definición operacional de depresión.	52
Definición conceptual de soledad.	53
Definición operacional de soledad.	54
CONTROL DE LAS VARIABLES.	55
Variables controladas.	55
Variables no controladas.	56
METODOLOGÍA.	57
Tipo de investigación.	57
Paradigma.	57
Tipo de estudio.	58
Población y muestra.	58
Técnicas e instrumentos.	59
Procedimiento.	59
RESULTADOS.	61
CONCLUSIONES.	79
RECOMENDACIONES.	83
BIBLIOGRAFÍA.	84
ANEXOS.	87

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento genera un desgaste natural que interfiere en las relaciones interpersonales y las actividades cotidianas que limitan al adulto mayor en la interacción con el medio, disminuyendo todas las funciones sociales. Además el adulto mayor puede presentar enfermedades físicas, mentales y/o emocionales que dificultan el nivel de funcionalidad dentro del marco de la sociedad.

Dentro de estas disfuncionalidades se encuentra la depresión, la cual pertenece al grupo de trastornos del estado de ánimo clasificado así por el DSM IV (2000) y la APA (2002), definiéndola como un estado de tristeza profunda la mayor parte del día, casi cada día, manifestándose los síntomas por mas de 6 meses.

La depresión puede presentarse en cualquier momento de la vida. Sin embargo, dentro de la población geriátrica suele ser muy frecuente. Esto es explicado por diferentes teorías que tratan de atribuir el origen del trastorno a diferentes factores como lo son genéticos, neurobiológicos o neuroquímicos, ambientales o psicosociales, psicológicos y físicos que pueden ayudar al desarrollo, contribución o mantenimiento de la depresión.

Sin embargo, Salín Pascual (2000) comenta que a pesar que cualquier persona en diferentes situaciones de la vida pueda manifestar tristeza, solo se puede llamar depresión cuando el tiempo de duración, frecuencia e intensidad con que

se manifiestan los síntomas, son superiores a los seis meses presentándose todos los días casi todo el día.

Los adultos mayores suelen vivenciar pérdidas ya sea por duelo o viudez, separación, ausencia de los hijos, pérdida de ingresos económicos, jubilación, cambio de vivienda o institucionalización, lo cual puede predisponer a extrañar o añorar lo que se tenía en el pasado y experimentar sentimientos de vacío y soledad por la carencia de seres con quien comunicarse, lo que trae como consecuencia un aislamiento social.

El aislamiento social es la lejanía o la falta de contacto que tienen las personas con otros significativos. Es decir, entre más consideración, atención y cuidados que se tenga con el anciano, menos probabilidades tienen de sufrir algún tipo de aislamiento o por lo menos puede llegar a ser más adaptativos.

Entonces, es debido a estos cambios, que la soledad puede presentarse con frecuencia en la vejez.

Es por esto, que Canal Ramírez (1999), el autor guía para esta variable de estudio define a la soledad como el resultado del propio vacío interior y potencial facilitador del aislamiento manifestado en el deterioro de las relaciones sociales y el temor senil a quedarse sólo que pueda tener como consecuencia el aislamiento social.

En el desarrollo de esta investigación se pretende conocer los niveles de depresión y la soledad en adultos mayores a través de un enfoque cuantitativo y un paradigma empírico-analítico, basado en un tipo de estudio correlacional para buscar el grado de relación entre la variable depresión y soledad.

Para esto, se hace necesaria la utilización de instrumentos como lo es la prueba de depresión para adultos mayores Yesavage, y la construcción de un cuestionario para conocer los factores que intervienen en la manifestación de la soledad en los adultos mayores. Por eso se debe contar con la presencia de 130 personas de la tercera edad, las cuales deben ser asistidas e institucionalizadas en centros geriátricos y que no presenten alteraciones cognitivas ni estados demenciales.

Para lograrlo, es necesario contar con la bibliografía especializada en cuestión para la argumentación y sustentación teórica de lo que se quiere investigar, basada en diversos autores de diferentes enfoques y técnicas de intervención que gracias a sus aportes se puede realizar una complementación integral, teórico – práctico acerca de la problemática.

PLANTEAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional no sólo se constituye en un fenómeno demográfico, sino que origina implicaciones en el ámbito social, asistencial, educativo y económico.

Es importante resaltar que debido al incremento en los últimos años de la población mundial, especialmente en el número de personas mayores de 60 años, se hace cada vez más necesario conocer los diferentes tipos de enfermedad y trastornos mentales característicos de esta etapa de la vida.

La esperanza de vida cada vez mayor se revela como un reto para la capacidad de brindar mejores estándares de vida a la población. Sin embargo, la aparición de nuevas patologías mentales y orgánicas en los ancianos, está presentándose de manera muy común en la sociedad. Por lo tanto se hace necesario diseñar estrategias de promoción y prevención para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Una de las enfermedades mentales que más preocupan es la depresión, que ha ido en aumento en la población geriátrica y que está caracterizada por varios grupos de trastornos diferenciados clínicamente.

Como la depresión suele ser uno de ellos se calcula que en Colombia el 10 y el 15% de personas mayores de 65 años presenta este grave trastorno, el cual suele ir acompañado de síntomas incapacitantes. J.Campo, J. Ardanaz y A.Navarro. Julio de (2004.)

Según Blazer y Koenig (1996) en el mundo, las estimaciones de la prevalencia de depresión mayor en las personas de edad avanzada son del 24% en las muestras comunitarias, del 12% en los pacientes hospitalizados por enfermedad médica y del 16% en los pacientes geriátricos con tratamientos crónicos.

Para Soares y Mann (1997) la depresión geriátrica es más probable que esté acompañada de síntomas cognitivos relevantes en comparación con la depresión en pacientes más jóvenes.

Sumado a esto, la vejez implica un decremento en la actividad cultural, física y psicológica del individuo porque disminuye su capacidad mental, corporal y productiva adicionándose problemas de salud aumentando el riesgo de padecer enfermedades terminales o degenerativas, además de dificultades sociales que le pueden generar estados de ánimo depresivo.

Estas dificultades sociales se ven reflejadas en la merma de las relaciones interpersonales a causa de eventos como lo son la viudez, la separación, la jubilación, pérdida de roles en el hogar, entre otros.

Por lo tanto, el adulto mayor tiende a tener sentimientos de vacío e inutilidad, pero en especial, a sentir soledad en lo que le queda de vida por la falta de apoyo social, trayendo como consecuencia aislamiento atentando contra la socialización y la toma de decisiones.

Esta situación es muy evidente, sobre todo cuando son institucionalizados en centros donde se les aleja de sus seres queridos, implicando un desafío adaptativo para las personas mayores, cesando su estilo de vida independiente, alejándolos de su familia y seres queridos, disminuyendo el contacto social y afectivo.

Es por esto, que se plantea el siguiente interrogante:

¿Cuáles son los niveles de depresión y la relación con la soledad en adultos mayores asistidos en diferentes centros geriátricos?

JUSTIFICACIÓN.

La depresión cada vez es más frecuente en la sociedad pese a que diferentes instituciones y programas vienen estudiando de manera integral la sintomatología depresiva, ésta se ha incrementado, trayendo consigo graves implicaciones en cada una de las dimensiones humanas como lo son la social, interpersonal, física y mental.

Por otro lado, existen poblaciones que son muy vulnerables a padecer depresión, entre ellos los adultos mayores por sus características físicas y su condición social.

Por eso, es muy importante para ésta población que haya una detección temprana para poder intervenir y evitar la instalación del estado depresivo y sus consecuencias tales como incapacidad para experimentar placer, pérdida del interés, retardo psicomotor, pérdida de la autoestima, ideas de culpa exageradas, desesperanza y pesimismo, hasta pensamientos de muerte y suicidio para implementar estrategias encaminadas al mejoramiento su calidad de vida.

Esta investigación es un aporte significativo para la universidad debido a que se ampliarán aspectos teóricos y prácticos acerca de algunos temas relacionados

con el desarrollo humano, enfatizándose en una patología que puede presentarse en la etapa de la vejez.

A su vez, por ser un tema poco estudiado en las instituciones educativas, puede servir de referencia para futuras investigaciones acerca de temas afines, brindando información a los estudiantes y personal vinculado para la indagación y profundización de este tema.

Como investigadoras es de suma importancia ya que nos ofrece una preparación integral en nuestra formación como psicólogos, pudiendo identificar y trabajar con los índices de depresión en poblaciones adultas mayores al igual que sus sentimientos de soledad y aislamiento, ayudando al mejoramiento de su ritmo de vida.

A nivel personal, es muy enriquecedor ya que la experiencia nos permite desempeñarnos de forma idónea en el campo clínico al fomentar las competencias relacionadas con el conocimiento de las características y el manejo de la población adulta mayor y al igual que nos permite concientizarnos y sensibilizarnos de las problemáticas que se presentan cotidianamente dentro de la sociedad en la que vivimos.

Por tal motivo, es muy importante decir que también influye en el desarrollo de la sociedad para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

- Describir los niveles de depresión y la relación con la soledad en adultos mayores asistidos en diferentes centros geriátricos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los niveles de depresión en adultos mayores institucionalizados en diferentes centros geriátricos.
- Identificar los síntomas más comunes de la depresión en adultos mayores institucionalizados en diferentes centros geriátricos.
- Identificar los elementos que puedan generar aislamiento en adultos mayores institucionalizados en diferentes centros geriátricos.
- Comparar el rango de depresión y soledad por edad y sexo en adultos mayores institucionalizados en diferentes centros geriátricos.
- Describir la relación que existe entre la depresión y la soledad en adultos mayores institucionalizados en diferentes centros geriátricos.

MARCO TEÓRICO

DEPRESIÓN.

Depresión es un término del lenguaje cotidiano que abarca variedad de condiciones.

Todas las personas en algún momento se han sentido “deprimidos”, aludiendo a un estado de ánimo que identificamos con emociones, tales como abatimiento, tristeza, decaimiento (Retamal, 2003).

La depresión es un síndrome complejo que se inscribe dentro de los llamados trastornos del ánimo en 3 diferentes categorías: según la **APA (2002)** y el **DSM IV (2000)** están los trastornos depresivos (unipolares), los trastornos bipolares, como también el trastorno afectivo debido a condiciones médicas generales y el inducido por sustancias psicoactivas.

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN.

- **Trastorno depresivo mayor único o recurrente:** Se caracteriza por uno o más episodios de depresión mayor de por lo menos 2 semanas de duración con ánimo deprimido o pérdida de interés, acompañadas por lo menos con 4 síntomas adicionales de depresión.

- **Trastorno distímico:** Se presenta por lo menos 2 años de estado de ánimo deprimido casi a diario, acompañado por síntomas depresivos adicionales que no cumplan con los criterios para episodio depresivo mayor.

- **Trastorno bipolar:**
 - **Bipolar I:** Uno o más episodios maníacos o mixtos, generalmente acompañado por un episodio depresivo mayor.
 - **Bipolar II:** Uno o más episodios depresivos mayores, acompañados por lo menos de un episodio hipomaniaco.

- **Trastorno ciclotímico:** Se caracteriza por lo menos 2 años de períodos de síntomas hipomaniacos, que no cumplen con los criterios para episodio maniaco y numerosos episodios depresivos que no cumplen con los criterios para episodio depresivo mayor.

- **Trastorno afectivo ligado a:**
 - **Condiciones médicas generales:** Se caracteriza por alteración prominente y persistente del ánimo que se considera una consecuencia directa de una condición médica general.
 - **Inducido por sustancias psicoactivas:** Se caracteriza por alteración prominente y persistente del ánimo que se considera una consecuencia fisiológica directa del abuso de una droga, de un medicamento, de otro tratamiento somático de la depresión o de una exposición a toxinas.

- **Episodio depresivo mayor:** Período de por lo menos 2 semanas de ánimo depresivo o de desinterés o anhedonia en prácticamente todas las actividades. Se requiere además 4 síntomas adicionales de una lista que incluye cambios de apetito, peso y actividad psicomotora, menor energía, sentimientos de indignidad o culpa; problemas en el pensamiento, concentración, toma de decisiones; pensamiento recurrente de muerte, planes o intentos de suicidio. Cada uno de los síntomas debe persistir casi todo el día, por lo menos por 2 semanas, el episodio debe acompañarse por malestar clínico significativo, o de discapacidad social ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

DEPRESIÓN Y PERSONALIDAD.

Hay ciertos desordenes de personalidad que parecen conducir inevitablemente a la depresión, o contribuir a mantenerla. Entre estos:

Personalidad depresiva: Personas que presentan sentimientos crónicos de culpabilidad, desamparo, baja autoestima persistente, tendencia a castigarse y a criticarse, a establecer relaciones de dependencia y a reaccionar catastróficamente frente a cualquier cambio.

Depresión caracterológica: Son personas con trastornos severos de personalidad (border line) que se quejan de depresión pero no alcanzan a cumplir con los criterios del eje I (El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental que pueden ser objeto de atención clínica.). Describen sentimientos crónicos de soledad y vacío existencial junto a la percepción de que sus necesidades emocionales no son satisfechas por los demás, se sienten rabiosas y frustradas crónicamente.

Etiología: Existen estudios que relacionan eventos traumáticos tempranos, tales como separaciones y pérdidas en la infancia con una mayor vulnerabilidad en la edad adulta a padecer trastornos afectivos (Retamal, 2003).

También se explica que los estresores psicosociales juegan un papel importante en la aparición de episodios depresivos, los trastornos afectivos, en especial las depresiones mayores y la enfermedad bipolar, tienen un fuerte componente genético. La transmisión familiar de depresión sugiere la existencia de factores que condicionan el trastorno a nivel neuroquímico.

Duelo, pérdida y separación como modelos de la dinámica depresiva: Freud, caracterizó la depresión como la reacción a la pérdida de un objeto real o imaginario. Este objeto, puede ser una persona amada o algo abstracto que tomo el lugar de ella. La patología surge siempre en el contexto de experiencias

interpersonales fallidas. Entonces, el que la depresión sea una reacción, significa que lo esencial no es la pérdida misma, sino cómo ésta es codificada, interpretada por el pensamiento consciente y la fantasía inconsciente que organizan las experiencias de la pérdida. Mas tarde, Freud destacó que la depresión aparece cuando persiste el deseo por el objeto perdido acompañado por la representación de su inaccesibilidad.

Carácter patológico del desear del depresivo:

- Deseos de satisfacción instintiva o de experimentar niveles bajos de tensión mental y física.
- Deseos de apego, que van desde los más normales de contacto físico o comunicación emocional con otro significativo, hasta los más patológicos de fusión con el objeto.
- Deseos relacionados con el bienestar de la persona querida. Si el objeto se ve como agente causal de daño o sufrimiento del objeto, se originará una depresión cuyo componente principal será la culpa.
- Autoestima depresiva: Impotencia, desamparo, desesperanza. Un componente de la depresión, correlativo a los sentimientos de desesperanza que surge ante la imposibilidad de satisfacer un deseo intensamente aspirado, es la representación de sí mismo como una persona impotente, incapaz de modificar la situación. De este modo, cada vez que la persona con predisposición depresiva se siente incapaz de realizar sus aspiraciones (por razones reales o imaginarias), se

reactivan automáticamente aquellas experiencias en que predominan los sentimientos de impotencia y, con ellas, los mecanismos neuroquímicos patológicos.

Elementos del estado depresivo:

- Existencia de un deseo que ocupa el lugar central en la economía psicológica del sujeto; fijación que no puede ser reemplazada o condenada por otros deseos.
- El sentimiento de desamparo e impotencia frente a la realización de ese deseo, con la correspondiente representación de sí mismo, como incapaz de satisfacer el deseo.
- Sentimiento de desesperanza no restringido al presente, sino que abarca también el futuro.

CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM IV).

Para poder diagnosticar depresión en las personas se deben de tener en cuenta los siguientes criterios de los cuales se deben cumplir en su mayoría.

Entre ellos:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento.

No obstante, para profundizar los aspectos clínicos relacionados con la depresión cabe destacar los conceptos fundamentales de **Rafael Salín Pascual (2002)**, autor guía de la investigación con referencia a dicha variable, el cual sustenta que los seres humanos tiene la posibilidad de expresar diferentes estados emocionales, desde la alegría hasta la tristeza.

Estas oscilaciones del estado de ánimo, casi siempre, se vincula con aspectos circunstanciales, es decir, la vida del individuo. El tiempo de duración,

frecuencia e intensidad con que se manifiestan, son los factores que pueden trastornar lo normal hasta un grado patológico.

Es normal que una persona experimente tristeza por la pérdida de su empleo, que deje de tener interés en algunas actividades recreativas, que duerma mal y que disminuya su apetito, lo cual puede durar de una a dos semanas. Pero si lo hace por más tiempo o si las manifestaciones clínicas se acentúan y dan lugar a ideas del tipo "no vale la pena seguir viviendo", o que se presente insomnio intermedio o terminal, disminución del nivel de energía y pérdida del placer, se puede pensar que la persona está padeciendo una enfermedad llamada depresión.

Salín Pascual (2000), considera que existen ciertos aspectos clínicos en los cuales se puede identificar cuando una persona esta presentando depresión y poder diferenciarlo de lo que no lo es.

Aspectos clínicos de la depresión según Rafael Salín Pascual.

La persona con depresión tiene una serie de manifestaciones clínicas, que posiblemente ella misma no reconozca como extrañas, y esto puede deberse a que el inicio suele ser más o menos insidioso. Se puede agrupar los síntomas de la depresión en las siguientes categorías:

- ***Estado de ánimo depresivo:*** se equipara a un dolor de tipo psíquico. Existe una sensibilidad para percibir eventos negativos o displacenteros,

mientras que los placeres de la vida pasan desapercibidos. La persona se siente miserable y fuera de lugar.

- **Anhedonia o pérdida del interés:** la persona se refiere que ha perdido interés para experimentar emociones normales, respecto a las cosas que antes lo motivaban. Se puede perder el placer por los pequeños instantes de la vida, como estar con su familia, compartir con los amigos, etc. La anhedonia o incapacidad para experimentar placer es un dato cardinal en el cuadro depresivo y que lo hace completamente diferente a la tristeza. Por muy triste que esté la persona, siempre encontrará actividades que puedan "consolarla". En la depresión se pierde esta posibilidad.
- **Alteraciones psicomotoras:** el enfermo con depresión puede tener alguna de las siguientes características: agitación, retardo psicomotor, o llegar al extremo como la pseudodemencia. El retardo psicomotor explica muchos datos del paciente deprimido. El enfermo puede referirse a este síntoma como el sentirse "bajo de energía" o como si "estuviera en cámara lenta". Esto abarca los aspectos de movimientos y también la velocidad del pensamiento.
- **Alteraciones cognitivas:** la persona presenta una evaluación negativa de sí misma, del mundo y de su futuro. Clínicamente esto se traduce como:
 1. Ideas de pérdida y privación.
 2. Pérdida de autoestima y fe en sí.
 3. Autorreproches con ideas de culpas exageradas (por no haber realizado acciones o por pequeños actos del pasado).

4. Sensación de desesperanza, de abandono y pesimismo.
5. Pensamiento recurrente de muerte y suicidio.

El deprimido se vivencia de una manera extremadamente negativa, alcanzando en algunos casos características psicóticas (fuera de la realidad, sin que exista un juicio crítico al respecto). En estos enfermos el pensamiento negativo llega a adquirir proporciones delirantes (pensamientos absurdos e ilógicos). También pueden experimentar la depresión como un castigo, debido a sus malas acciones.

- ***Ideas de muerte, intentos suicidas y suicidio:*** El enfermo deprimido puede quitarse la vida. En estados unidos el 15% de los enfermos deprimidos se suicidan. Esta clase de intentos se correlacionan parcialmente con la severidad de la depresión. El primer intento es el deseo de ya no seguir vivo. Algunos tienen un incremento significativo en el número de accidentes que presentan. En un siguiente nivel, el enfermo deprimido ha contemplado uno o varios planes para quitarse la vida, aún cuando puede reconocer que la idea le produce miedo. Finalmente, estos intentos suicidas, definidos como cualquier conducta que lleve como fin implícito la autodestrucción.
- ***Alteraciones vegetativas:*** El componente biológico de la depresión mayor es más evidente por la disfunción de los sistemas límbico y diencefálico, que

tienen un impacto directo sobre los ritmos biológicos. Dichos sistemas vegetativos incluyen reducción profunda en el apetito, alteraciones en el sueño, baja del deseo sexual y alteraciones en las funciones circadianas.

- **Anorexia y pérdida de peso:** Existe un sustrato anatómico en el hipotálamo y por la disminución en la sensibilidad de los sentidos del olfato y gusto, lo cual hace que al enfermo no le apetezca comer. Esto se explora por la baja apetencia de la persona por alimentos que prefería. Es común en fases severas de la depresión que la persona tenga que ser forzada (o se force a sí misma) para ingerir los alimentos. Hay baja de peso. Sin embargo, en personas jóvenes pueden presentarse “atracones” ya que desarrollan episodios bulímicos lo cual lleva a la ganancia de peso.
- **Alteraciones en el sueño:** El enfermo deprimido presenta insomnio de tipo intermedio y terminal. Esto es que el paciente no tiene problemas de inicio de su sueño, pero se despierta muchas veces a lo largo de la noche, con dificultades para reiniciar su sueño (mas de media hora). También se presenta lo que se denomina despertar prematuro matutino, donde la persona se despierta en la madrugada y no puede volver a dormirse.
- **Alteración de las funciones circadianas:** Son las que más claramente evidencian el componente biológico de las depresiones. El compromiso en los sistemas de neurotransmisión comunes a la depresión y a ciertas

funciones neurovegetativas explican estas anormalidades. El sueño es una de las actividades que mejor ejemplifica un ritmo circadiano (cerca de 24 horas). En él, se observa en 75% de los enfermos deprimidos, acortamiento de la latencia al primer episodio del sueño SMOR (sueño de movimientos oculares rápidos) de la noche. Esta latencia es de 90 a 120 minutos en una persona entre 20 y 60 años de edad. En una depresión mayor disminuye a menos de 60 minutos. Otras alteraciones circadianas informadas en la depresión son: hipercortisolemia, desfasamiento de la curva de temperatura corporal al respecto a la de SMOR, y disminución de la cantidad de la melatonina nocturna, variación diurna del estado de ánimo. Los pacientes deprimidos, en especial los melancólicos, presentan una hora del día en la cual se siente peor.

- **Disfunción sexual:** Una disminución del deseo sexual es vista durante la depresión tanto en varones como en mujeres. En éstas, pueden desarrollarse alteraciones menstruales durante la fase depresiva. En el varón se presenta disfunción eréctil. En ambos casos la sintomatología puede evolucionar de manera que puede llevar a conflictos maritales.

A partir de las características mencionadas anteriormente relacionadas con la depresión se debe tener en cuenta que cada persona puede manifestar los síntomas de diversas maneras, que depende de su contexto, cultura, sexo y edad. Es por esta razón que es de suma importancia mencionar las

características significativas de la población anciana y la manera como muestran los síntomas y signos de depresión.

DEPRESIÓN GERIÁTRICA.

Los signos y síntomas de la depresión son frecuentes en la población geriátrica. Varios factores biológicos, físicos, psicológicos y sociológicos predisponen al adulto mayor a la depresión. Los cambios por el envejecimiento del sistema nervioso central, como el encuentro de la actividad en la monoaminoxidasa y menores concentraciones de neurotransmisores, pueden intervenir en cierto grado en el desarrollo de la depresión en el anciano. No obstante, las pérdidas son frecuentes a esta edad y por lo tanto hay un factor físico que predispone la depresión al adulto mayor, al igual que el decremento en la capacidad para el cuidado personal llevando a una dependencia.

Las discapacidades sensoriales importantes como la visual y la auditiva pueden ocasionar aislamiento y privación influyendo en el desarrollo de la depresión. La pérdida de la memoria y otras funciones intelectuales a medida que se presentan se pueden relacionar con depresión. Las pérdidas de empleos, ingresos y apoyos sociales sobre todo la muerte de familiares y amigos aumentan con la edad, en donde el duelo suele transformarse en aislamiento y depresión.

El suicidio, es la consecuencia previsible más grave de la depresión, con un índice alarmante entre pacientes geriátricos. (Ruiperez Cantera, 1998)

Por otra parte, la apariencia física de los pacientes geriátricos, con sospecha de estar deprimidos debe interpretarse con cuidado. Muchos, fueron educados en una atmósfera que inhibía la expresión de emociones por la dificultad para expresar de forma directa los sentimientos, tristezas, culpa e ira, es posible que haya somatización de estas emociones y se quejen de síntomas físicos (Gómez Fera, 2002).

Muchos adultos mayores con disminución en el estímulo sensorial por pérdidas visuales, auditivas o táctiles pueden tener una respuesta excesiva de actividades internas (latido cardíaco y mortalidad gastrointestinal) y enfocarse en estas preocupaciones cuando están ansiosos o deprimidos.

La depresión es una forma frecuente de alteración psíquica en la edad premenopáusic y senil. Independientemente de la melancolía habitual del anciano, se habla de depresión cuando se adquiere una mayor intensidad o cuando aparecen síntomas cualitativos distintos a la mera melancolía. (Cevilla Jorge, 2000).

Muchos adultos mayores presentan la primera depresión en su vida, mientras otros tuvieron la primera en la juventud y sufren ahora la segunda o más de ellas.

La depresión en los adultos mayores se diagnostica poco debido a los siguientes factores:

- Los ancianos rara vez reconocen tener síntomas psiquiátricos.
- Como les cuesta más reconocer ciertos síntomas, como manifestaciones patológicas, no consultan con los profesionales en salud mental.
- A menudo la depresión se manifiesta por quejas somáticas distintas.
- No suelen buscar ayuda especializada, y cuando lo hacen con su médico general, no suele diagnosticársele depresión.

Manifestaciones de depresión en personas mayores.

La depresión se presenta en la persona mayor de forma poco típica. Lo habitual son cuadros poco sintomáticos y de evolución lenta que se asocian a enfermedades físicas y a situaciones de soledad o pérdida, como la muerte de la pareja, la falta de apoyo social o familiar, una mudanza o el ingreso a una residencia.

Características de la depresión y síntomas en la vejez

- Su desencadenamiento por problemas médicos.
- Mayor frecuencia de alteraciones coyuntivas.
- Menor frecuencia de antecedentes familiares depresivos.
- Alto riesgo de suicidio.

- Disminución del rendimiento.
- Desinterés.
- Sentimientos de inutilidad, culpa o inseguridad.
- Ansiedad.
- Pérdida del interés por la vida.
- Deseos de muerte, minusvalía.
- Alteraciones del apetito.
- Pérdida de peso y sueño.
- Insomnio medio o tardío y despertar precoz.
- Autorreproches.
- Pensamiento suicida.
- Dificultad para concentrarse o pensar.
- En la depresión grave del anciano es más frecuente el suicidio que en los jóvenes.
- En ocasiones la depresión se presenta como deterioro cognitivo, es decir como un menor rendimiento intelectual con quejas de pérdida de memoria que obliga a los clínicos a diferenciar estas depresiones de una verdadera demencia.

Factores predisponentes.

- Sexo femenino.
- Ingresos bajos o pérdida de la capacidad económica.

- Divorcio o separación. Pérdida o abandono de personas importantes.
- Soledad asociada a inactividad o aislamiento.
- Antecedentes psiquiátricos.
- Situaciones estresantes.
- Una enfermedad física crónica y cierto grado de invalidez.
- Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma.
- Factores biológicos presentes, aunque no suficientes para la depresión. Entre ellos se han implicado cambios en la estructura cerebral, neurotransmisión, sistemas hormonales.

Por el contrario factores protectores son la existencia de un buen apoyo social.

Por otra parte, son diversas las problemáticas que se pueden presentar en el ciclo de la vida de la vejez, no solo por los cambios a nivel del sistema nervioso central, ni por las enfermedades físicas o mentales, sino también por las implicaciones sociales que existen al llegar a esta etapa de la vida y a la forma en como se asumen y se aceptan los cambios y las pérdidas que suele suceder a esta edad.

Por eso es importante enfatizar en esos cambios sociales y el sentimiento que éstos pueden producir en los adultos mayores.

ACERCAMIENTOS TEÓRICOS SOCIALES EN LA VEJEZ.

Teoría de la vejez y las situaciones cambiantes en la vida

Castro Maria P. (1995) identificaba la vejez como una etapa distintiva y la última en el desarrollo del ciclo de la vida. En esta etapa ya los hijos son adultos, muchas veces se han casado, tienen hijos propios y viven lejos de los padres. Probablemente el esposo (a) y varias amistades han muerto, dejando parejas viudas, solas y sufriendo de luto y duelo.

Según Sánchez Salgado (2000), algunas personas pueden padecer un deterioro mental o físico por lo cual requiera institucionalización por estas circunstancias la vejez muchas veces se distingue como una etapa sin funciones sociales o una fase que acorta la actividad social y la persona va alejándose de la sociedad o puede enfrentarse a un posible aislamiento social.

A su vez, Elias Nelson. (2000) expresaba que la vejez es una época de funciones sociales y un período en que el individuo se retira de un trabajo remunerado, pierde amigos o cónyuge y no tiene la responsabilidad de criar hijos o hijas.

Entre las situaciones cambiantes de la vida tenemos:

El nido vacío:

Según Castro Maria P. (1995) esta etapa se distingue por cambios en la estructura familiar como la separación de los hijos del hogar y el regreso a la

díada marital. El nido vacío no es una señal del final de la paternidad sino una transición difícil en la vida del adulto mayor. Parece que el nido vacío es una situación abrumadora para aquellas que no se preparan para enfrentarlo mediante la reorganización de sus vidas o porque lamentan no haber dedicado más tiempo a sus hijos.

Retiro o jubilación:

Según Ruiperez (1998) El retiro puede definirse como la separación del individuo o grupos de la fuerza trabajadora o de un empleo, en donde algunos casos se presentan el beneficio económico de la pensión, se puede concebir como un desempleo aprobado por la sociedad que generalmente comienza a los 65 años.

De algún modo, esto conlleva al decreciente económico, limitan las actividades sociales del anciano debido a la falta de recursos para la recreación, entre otros. La restricción económica es muchas veces el origen de la inactividad, el aislamiento y la soledad que muchas personas ancianas padecen.

Gracias a esto, el estado emocional es afectado ya que el empleo les da a las personas un sentido de independencia, eficiencia e identidad y un significado a las relaciones sociales en la familia y sus compañeros además de ser una fuente de ingresos. La participación social es una preocupación básica luego del retiro, posterior al retiro se pierden oportunidades de contacto social que proveen las personas con quien se trabaja. La familia y los vecinos se

convierten en las personas con quien más se relacionan las personas jubiladas, por otro lado el retiro cambia las relaciones matrimoniales, la familia, las amistades y la participación en asociaciones voluntarias. Implica ausencia del círculo de amistades, sentimientos de inutilidad y preocupación por los ingresos familiares

Viudez

Quedarse sin los seres queridos, especialmente del cónyuge, es una de las pérdidas más comunes en la vejez, la viudez es más común en esta etapa que en las demás etapas de la vida. La muerte de un ser querido coloca al sobreviviente en una situación vulnerable con respecto al estado de salud, la pesadumbre, el duelo y la angustia son muy comunes en las reacciones humanas a la pérdidas afectivas.

Para Lemen Bárbara (1995), la pesadumbre se define como un sentimiento de naturaleza psicológica, social y somática que se experimenta como reacción a una pérdida afectiva. El sentimiento de soledad es un componente del estado de pena especialmente al quedarse sin el cónyuge.

La fatiga aunque se considera una sensación física, se incluye como parte de los sentimientos en las reacciones de duelo porque frecuentemente se observa acompañada de un sentido de apatía o de estar sin rumbo. El estado de desamparo es una sensación medular del sentimiento de pena.

Por consiguiente, la viudez se caracteriza por efectos como aflicción o duelo, soledad, pérdida de compañía, cambios en el estilo de vida y circunstancias de la personas; además de cambios notorios en su calidad de vida. La viudez es mental y físicamente perjudicial para la mayoría de las personas. La muerte del cónyuge se asocia con altos riesgos de enfermedad, desolación y mortandad, principalmente en la etapa de luto o duelo.

Cambios de vivienda

El cambio residencial es impuesto por diferentes circunstancias. Algunas personas se mudan voluntariamente, sin presión exterior porque se les hace un lugar muy grande, poco práctico y costoso, se han ido los hijos y el cónyuge ha fallecido. La mudanza implica un desafío adaptativo para las personas mayores y muchas veces puede vulnerar la vida de estas y hasta acercar la muerte. Si en vez de mudarse a una comunidad es institucionalizada en un asilo, cesa su estilo de vida independiente.

Lo grave de esto, es que en muchas ocasiones es de manera involuntaria ya que tiende a desvincular al adulto mayor de su medio familiar y por consiguiente debe realizar significativos esfuerzos de adaptación al nuevo ambiente.

Aislamiento.

Según Vizcaino Marti. (2000) el aislamiento es algo observable y cuantificable que nos remite al concepto de separación, incomunicación y desamparo; es la

falta de compañía y de encuentros con otros significativos; es impuesto por otro que decidirá el lugar y el destino del sujeto.

Esta ausencia de contacto social puede incidir negativamente en la vida social del anciano. Castro M. (1995) expresa que el aislamiento está relacionado con la soledad, siendo consecuencia del anterior catalogado como un estado emocional o afectivo que resulta del deseo de las relaciones íntimas y la incapacidad para conseguirlas.

El aislamiento también está relacionado con la discriminación. Esta por razón de edad es uno de los medios con los que se niegan o violan los derechos humanos de los adultos mayores. Los estereotipos negativos y la denigración de las personas de edad pueden traducirse en una falta de preocupación social por estas personas, el riesgo de marginación y la privación de la igualdad de acceso a oportunidad, recursos y derechos.

El aislamiento social es todo aquello que atenta contra la socialización del adulto mayor, la no libre expresión de decisiones que los conlleva a ser dependientes de otro sin tener una relación afectiva con estos sino demandante por parte de ellos, deteriorando así, toda función social, las relaciones interpersonales, escasez de información, etc. Conllevando al adulto mayor a experimentar sentimientos de minusvalía, inseguridad, de que nadie lo quiere o necesita, de inutilidad, etc.

Gonzalo Canal Ramírez (1999) concibe el aislamiento social como el resultado del vacío interior que potencializado por la soledad produciendo deterioro de las relaciones sociales, producto del abandono por parte de familiares y amigos. De igual forma, dentro del aislamiento social, generalmente se presentan sentimientos generados por este u otro elemento que son indicadores de aislamiento como son:

SOLEDAD.

Según Vizcaino Marti (2000) las personas mayores que poseen una relación íntima (por ejemplo, aquellos que aun tiene cónyuge) pero que carecen de un grupo social de personas de su misma edad, experimentan un tipo de soledad y por lo tanto lo conllevan aislamiento social.

En principio, la soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional.

La experiencia de soledad, en el fondo, es la sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc., si bien se puede distinguir entre aislamiento y desolación, es decir, entre la situación de encontrarse sin compañía y la conciencia de deseo de la misma.

En este sentido, la soledad es una experiencia subjetiva que se produce cuando no estamos satisfechos o cuando nuestras relaciones no son suficientes o no son como esperaríamos que fueran.

Lo peor de la soledad es el aislamiento. Ruiperez J (1998) indica los tres tipos de aislamiento y soledad más conocidos:

- La soledad física o habitacional.
- La soledad moral.
- El aislamiento social.

Entonces, al aislamiento se llega por diferentes factores que dependen de las siguientes variables:

- Del comportamiento, tanto de los mayores, que pueden preferirlo a pagar el precio de la relación, como de las familias, que pueden delegar el cuidado a los Servicios Sociales.
- Por factores sociales, que llevan al aislamiento por la imagen de la vejez como etapa improductiva y desvalorizada.
- Por factores espaciales, siendo un fenómeno preponderantemente urbano.
- Por factores psicológicos, especialmente por el 'Síndrome de Diógenes' o actitud de algunas personas mayores que les lleva a aislarse voluntariamente y abandonarse en los autocuidados.

- Por factores de salud, que generan dependencia, discapacidades y miedo a salir del domicilio. (Alarcos F.J, 2002)

Soledad y salud en los mayores.

El empobrecimiento de todos los refuerzos sociales, familiares, culturales, la propia involución, la vulnerabilidad frente a las enfermedades, órganos de los sentidos, funciones intelectuales, etc., desencadenan una inestabilidad y sentimientos de indefensión.

Ello hace que la experiencia subjetiva de la soledad sea tanto más intensa cuanto más presente está la enfermedad y la necesidad de otros por diferentes límites impuestos por el deterioro que acompaña al envejecimiento.

Por otro lado, la soledad puede tener graves consecuencias negativas sobre la salud. En el plano físico, sabemos que tiene un efecto debilitador del sistema inmunológico, lo cual aumenta el riesgo de padecer ciertas enfermedades.

Se asocia, además, al dolor de cabeza, a algunos problemas de corazón y digestivos, a dificultades para dormir, etc. Sabemos también que aumenta el uso de los servicios médicos en función de la soledad, especialmente en atención primaria.

A nivel psicológico, la soledad influye en la baja autoestima, y puede ser la antesala de otros problemas como la depresión o el alcoholismo, como también de ideas suicidas.

Según Elías Nelson (2000), la pérdida de la pareja especialmente es la que más aumenta la posibilidad de desencadenar trastornos psicopatológicos como la depresión o la neurosis.

A nivel social, la soledad tiene repercusiones sobre algunas conductas, que llegan en ocasiones a usar el teléfono como una forma de 'alquiler de orejas', y, en casos extremos, a la pertenencia a sectas que ofrecen algún tipo de satisfacción a necesidades que, no cubiertas, generan esa soledad (Castro, 1995).

Pero no solo la soledad repercute sobre la salud, sino que la presencia de la enfermedad se convierte en una reacción de muchas personas que salen al paso de la vulnerabilidad y de la soledad generándose solidaridad.

En efecto, la salud deteriorada conlleva un mayor apoyo familiar que se muestra en la mayor convivencia con otros familiares, sobre todo, con los hijos e hijas.

Además, para profundizar los aspectos relacionados con la soledad cabe destacar los conceptos fundamentales de **Gonzalo Canal Ramírez (1999)**, autor guía de la investigación con referencia a dicha variable, el cual sustenta que el viejo no está condenado a la soledad, ni la soledad es condena. El hombre es por naturaleza ser social; se le ha definido "animal social", solo permanentemente no puede vivir.

Sin embargo, en algunas ocasiones, el viejo al traer a su memoria los recuerdos de su vida pasada puede cometer el error de pensar que el tiempo pasado fue mejor y puede crear fijaciones y hasta obsesiones. Al vivir extremadamente de lo vivido en el ayer acelera el envejecimiento y contribuye al aislamiento.

Por otro lado, sentir soledad es sentirse excluido de un grupo, no amado por los que lo rodean, incapaz de compartir sus preocupaciones privadas, etc.

Entonces, Canal Ramírez (2000), define a la soledad como el resultado del propio vacío interior y potencial facilitador del aislamiento manifestado en el deterioro de las relaciones sociales y el temor senil a quedarse sólo que pueda tener como consecuencia el aislamiento social.

RESEÑA HISTÓRICA DE LAS INSTITUCIONES GERIÁTRICAS.

Finalmente, para concluir, es importante mencionar la reseña histórica de cada una de las instituciones en las cuales se aplicó los principios conceptuales de depresión y soledad abarcados a lo largo del contenido teórico.

Reseña Histórica Del Centro Cristo Rey.

El club de la tercera edad Cristo Rey fue fundado en el año de 1.987 por un grupo de religiosas de la presentación española que trabajaban en ese entonces en la iglesia del corregimiento de Salgar.

Inicialmente el objetivo del centro era la atención a niños en edad pre-escolar y centrado en el proceso de enseñanza –aprendizaje, es decir que tenía un propósito exclusivamente escolarizado.

Posteriormente al morir una de sus fundadoras en el año 1.990 el centro es donado con fines sociales a una Institución que actualmente se conoce como Cristo Rey quien tiene como objetivo la atención al adulto mayor.

La concepción filosófica del centro es centrarse en el ser humano como ente biopsicosocial, es por esto que entre las distintas actividades que se llevan

acabo en esta institución algunas esta relacionadas con atención médica, psicológica y social.

Desde la parte médica, los adultos mayores adscritos al centro reciben consultas medicas por personas especializadas, con el fin de brindarles una salud integral para una mejor calidad de vida. Desde la parte psicológica se les brinda asesoría con el fin de fortalecer su autoestima.

Con relación al aspecto social los adultos mayores reciben capacitación para el trabajo, realizan actividades lúdicas y recreacionales para fomentar la integración grupal y el apoyo social.

Reseña Histórica Del Centro De Vida Asociación En Defensa Del Anciano "Anda".

El club CODA (comité en defensa del anciano) se fundo en octubre de 1987 ante la necesidad y el estado de indignación en que se encontraban varios adultos mayores del sector, la falta de recursos de las familias de esos ancianos y el maltrato al que eran sometidos; fue el principal fundamento para que naciera lo que hoy se denomina la asociación en defensa del anciano "ANDA" es una entidad sin animo de lucro. El centro de vida fue donación de la consejera presidencial y PROMOVER, siendo presidente de la republica, el Dr. Cesar Gaviria Trujillo.

Esta obra la canalizó la pastoral Social en el año 1.991. La labor realizada en esta zona de la ciudad, en diez años ha sido ardua y no ha contado con el apoyo de las Instituciones del Estado. El Centro ha tenido que mantenerse con las ganancias de los talleres operativos, específicamente de la fabricación de traperos y escobas que está bajo la coordinación de la señora Elvira Escobar, fundadora y actual presidente del ANDA.

El centro de vida ANDA siempre ha brindado soluciones a las necesidades prioritarias del adulto mayor, tales como: Atención Integral en salud, capacitación, alimentación y recreación.

Reseña Histórica Del Asilo Granja San José.

EL Asilo Granja San José es una entidad sin ánimo de lucro fundada en 1962 por la hermana Inés Maria de San José en terreno donado por la Gobernación del Atlántico en el cumplimiento de la voluntad testamentaria del señor Elías Mundi, quien lo había dejado para obras benéficas.

Ésta entidad presta un servicio humilde y sencillo al adulto mayor, pobre, carente de sus necesidades vitales, fundamentada en los valores evangélicos y dedicada a fortalecer su calidad de vida promoviendo su bienestar psicosocial y espiritual. A su vez, propone eliminar el concepto de asistencialismo y

aspiramos a seguir siendo una entidad que administre eficientemente los recursos innovando programas de prevención y promoción de la salud integral y espiritual del adulto mayor.

El 31 de Diciembre de 1965 adquirió una personería jurídica mediante Resolución N° 1343 otorgada por la Gobernación del Atlántico.

Reseña Histórica de la Fundación Geriátrica Siervas de Jesús.

Hace muchos años, se consideró la necesidad de la presencia de una fundación en la ciudad de Barranquilla al conocer la existencia de personas sedientas de ayuda, de apoyo, de amor y sobre todo de momentos difíciles como es la enfermedad. No dudan y como los discípulos se ponen en camino Sor Florentina Zufiaur; de la casa de Buga; Sor Melania y Sor Cecilia de la Armenia, el 4 de Agosto de 1963.

Con anterioridad ya habían hecho contactos con monseñor Germán Villa Gaviria, Arzobispo de Barranquilla y con unas señoras que sin duda alguna serían el alma de la fundación. Estas señoras de la Cruzada Social eran: Margoth de Carbonel, Satoria de Salazar, Margoth de Blanco y la señorita Carmen Freund quienes se encargaron de la dotación de la Casa y la Capilla. También estaba presente M. Guillermina Uribarri como superiora, hermanas Sor Loreto Saénz, Sor Anunciación, de la Red, Sor Aranzazu Goiriena, Sor M^a.

Visitación Gómez, Sor Ana M^a. Giraldo, quienes contribuyeron en la organización.

La Comunidad recibió la felicitación del padre Matutis por la nueva institución para el cuidado específico de los enfermos.

Se inauguró la Casa el 25 de Julio de 1975. La apertura de la residencia fue el 24 de Septiembre de 1990, colocándose al servicio de la ciudad con capacidad de 33 residentes. Así, se inaugura la residencia Siervas de Jesús en pro de la vejez en búsqueda de la profundización de su sentido de vida en sus valores auténticos como el amor a sí mismo y a Dios, paciencia, fortaleza en la tribulación, entre otros.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE DEPRESIÓN.

La depresión se considera un estado emocional intenso manifestado por las personas, determinados por el tiempo de duración, frecuencia e intensidad con que se manifiestan los síntomas, tales como el estado de ánimo deprimido, anhedonia o pérdida del interés, alteraciones psicomotoras, alteraciones cognitivas, ideas de muerte y suicidio y alteraciones vegetativas (Chica Luz, García Cindy, Hernández Ana, Miranda Angélica, 2006).

DEFINICIÓN OPERACIONAL

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE
DEPRESIÓN	Niveles de depresión	<ul style="list-style-type: none"> • Normal. • Moderada. • Severa. 	<ul style="list-style-type: none"> • 0-5 • 6-10 • 11-15
	Síntomas de la depresión.	Emocionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de vacío. • Estado de ánimo. • Desesperación.
		Fisiológicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de memoria. • Agotamiento. • Dolor de cabeza. • Insomnio. • Mutismo. • Apatía.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE SOLEDAD.

La soledad es un sentimiento que está presente en cualquier momento de la vida del anciano que está relacionada con la ausencia de relaciones interpersonales pasadas y actuales por diversos factores como la viudez, retiro, jubilación, la pérdida de amigos, ausencia de los hijos en el hogar, cambio de vivienda o institucionalización, entre otros, conllevando al adulto mayor a experimentar sentimientos de minusvalía, inseguridad, además de malestar emocional que surge al sentirse, solo, incomprendido o rechazado por los demás por poco contacto emocional. (Chica Luz, García Cindy, Hernández Ana, Miranda Angélica, 2006).

DEFINICIÓN OPERACIONAL.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>SOLEDAZ</p>	<p>Aisiamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del interés o abandono de las reuniones y/o actividades sociales. • Pérdida de amistades por estar aislado. <p>Disminución de la comunicación con los demás.</p>
	<p>Vacío interior.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentirse solo. • Sentimientos de vacío. • Sentimientos de abandono. • Sentirse sin apoyo social y familiar. • Anhele del pasado.

CONTROL DE LAS VARIABLES.**VARIABLES CONTROLADAS.**

¿QUE?	¿POR QUE?
Edad y sexo.	Porque la población debe ser mayor de 60 años para poder ser adultos mayores, entre los cuales se encuentren personas de ambos géneros para hacer la relación entre el rango de edad y sexo.
Instituciones asistenciales geriátricas.	<ul style="list-style-type: none"> • Que toda la población formen parte de las instituciones geriátricas: Asilo Granja San José, Centro de Vida Asociación en Defensa del Anciano (ANDA), Fundación Geriátrica Siervas de Jesús, Grupo del Adulto Mayor "Cristo Rey".
Salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> • La población a trabajar no debe presentar alteraciones cognitivas ni estados demenciales.

VARIABLES NO CONTROLADAS.

¿QUÉ?	¿POR QUÉ?
Estado civil, religión, estrato socioeconómico, escolaridad, profesión u ocupación.	<ul style="list-style-type: none">• Para la investigación no es de gran relevancia tener en cuenta estas características debido a que éstas varían dentro de la población a tratar.

METODOLOGÍA.

TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Este proyecto de investigación es de carácter **cuantitativo**. Esta afirmación se sustenta en que dicha línea de investigación utilizó la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación mediante el uso de estadísticas para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Sampieri, 2003).

Por otra parte, la investigación establece la relación entre dos variables: depresión y soledad, en la cual, por medio de la evaluación a la población estudiada se pretende establecer la causalidad de éstas en adultos mayores asistidos en las diferentes instituciones geriátricas.

PARADIGMA.

Esta investigación estará abordada bajo el paradigma **Empírico Analítico** ya que de alguna manera busca hacer relaciones causales entre variables (Reales Utria, 1998).

TIPO DE ESTUDIO.

Esta investigación, fundamentada teóricamente en conocimientos relacionados con la depresión geriátrica y la soledad se trabajó bajo un tipo de estudio ***correlacional.***

Este tipo de estudio tiene como propósito ver el grado de relación que exista entre dos o más variables en un contexto particular. (Sampieri, 2003).

Es por esto, que la investigación está encaminada a medir y correlacionar la depresión en adultos mayores y la soledad en los mismos.

POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población estudiada en esta investigación estuvo conformada por 130 adultos mayores (46 mujeres y 84 hombres), los cuales fueron seleccionados de manera aleatoria en diferentes instituciones geriátricas tales como: Asilo Granja San José, Centro de Vida Asociación en Defensa del Anciano (ANDA), Fundación Geriátrica Siervas de Jesús, Grupo del Adulto Mayor "Cristo Rey".

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

El instrumento de recolección de datos a utilizar en la investigación es la **Escala de Depresión Geriátrica Yesavage**; Una prueba universal especializada para adultos mayores que mide depresión.

Esta prueba fue creada y aprobada por la APA en el año de 1965. Tiene 15 ítems con 2 opciones de respuesta que miden sintomatología física y emocional.

Por otro lado, se creó un instrumento en forma de cuestionario, el cual consta de 18 preguntas cerradas (SI – NO), con el fin de conocer los elementos y factores que pueden generar sentimientos de soledad y asilamiento en los adultos mayores asistidos en las instituciones geriátricas. Este cuestionario fue realizado por las investigadoras Chica Luz, García Cindy, Hernández Ana, Miranda Angélica, con la ayuda de la tutora de proyecto Dra. Margarita Cardeño durante el periodo académico del año 2006, en la cual se realizó una prueba piloto para obtener la validez de dicho instrumento.

PROCEDIMIENTO.

1ª fase: Se realizó la revisión bibliográfica en lo concerniente al área de desarrollo humano, específicamente en la etapa evolutiva de la vejez y los trastornos afectivos que pueden estar ligadas a ella. De allí, se obtuvo el título

de la investigación, el planteamiento y pregunta del problema, el autor guía para cada variable, los objetivos y la operacionalización.

2ª fase: A partir de los objetivos planteados y de la operacionalización de las variables, se procedió a buscar los instrumentos pertinentes para recolectar la información para la investigación. Uno de ellos es la prueba de depresión geriátrica Yesavage y el otro instrumento, un cuestionario de soledad que consta de 18 preguntas, construido a partir de los conceptos formados por las investigadoras basados en el autor guía de la variable soledad, de la operacionalización de las mismas, como de los objetivos de la investigación.

3ª fase: Se realizó la visita a los diferentes centros geriátricos para tener el acceso a la población adulta mayor bajo la autorización de los coordinadores de cada institución.

4ª fase: Se aplicaron ambos instrumentos a los adultos mayores de los diferentes centros geriátricos de manera individual. Se le leían las preguntas, y ellos contestaban si o no y se iba registrando en cada una de las pruebas. Una vez aplicados los instrumentos, se llevo a cabo el conteo y el análisis estadístico y se desarrollaron los resultados a partir de los objetivos planteados. Luego se le dieron a conocer a la doctora Margarita Cardeño quien realizó las sugerencias oportunas.

RESULTADOS.

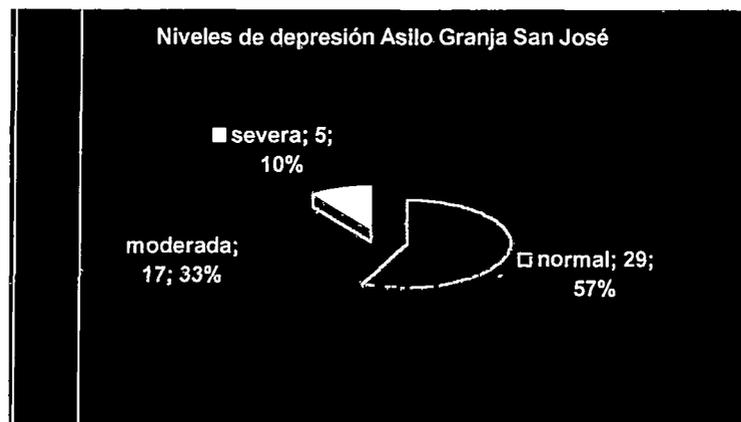
Los instrumentos de investigación fueron aplicados a 130 adultos mayores de diferentes instituciones geriátricas, entre las cuales se encuentran 46 mujeres haciendo referencia al 35.5 % de la población total y 84 hombres al 64.5 % de la misma, que arrojaron los resultados expuestos a continuación.

Depresión Geriátrica En El Asilo Granja San José.

La muestra representativa a la que se le aplicó la prueba de depresión geriátrica en el Asilo Granja San José fue de 51 ancianos arrojando los siguientes niveles:

- **Normal:** 29 personas (57%).
- **Moderado:** 17 personas (33%).
- **Severo:** 5 personas (10%).

Figura 1



Niveles De Depresión Por Sexo Y Rango De Edad Del Asilo Granja San José.

Tabla 1.

Rango de edad	Depresión normal		Depresión moderada		Depresión severa	
	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS
60 – 65 años	1	1	0	2	0	1
66 – 70 años	0	4	0	1	0	0
71 – 75 años	1	5	0	1	0	2
76 – 80 años	2	5	0	6	0	0
81 – 85 años	0	6	0	5	0	2
86 – 90 años	0	3	0	2	0	0
Mas de 91 años	0	1	0	0	0	0
Total por grupo	4	25	0	17	0	5
Total nivel	29		17		5	
TOTAL	51 ADULTOS MAYORES.					

En la tabla numero 1, se evidencia que dentro del nivel normal de depresión, se encontró un total de 4 mujeres y 25 hombres (70%), entre los cuales se observó que es más común en la población masculina que oscila entre las edades de 66 – 85 años.

Por otra parte, en lo concerniente al nivel moderado de depresión, se encontraron un total 17 hombres, entre los cuales se observó que es más frecuente en los hombres entre los 76- 80; 81 – 85 años.

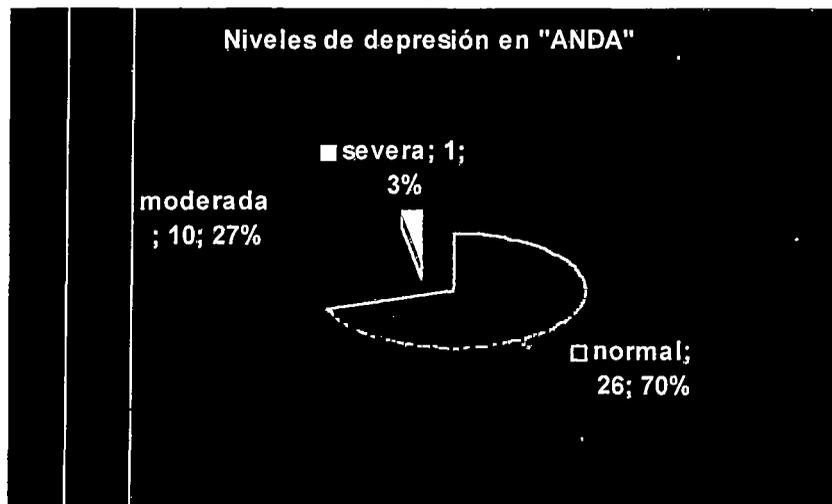
Por otro lado, en el nivel severo de depresión se encontraron un total de 5 hombres, entre los 60 – 65; 71 – 75 y 81 – 85 años.

***Depresión Geriátrica En El Centro De Vida Asociación En Defensa Del
Anciano "Anda".***

La muestra representativa a la que se le aplicó la prueba de depresión geriátrica en el Centro de vida asociación de defensa del adulto mayor (ANDA) fue de 37 ancianos arrojando los siguientes niveles:

- **Normal:** 26 personas, (75%).
- **Moderado:** 10 personas (22%).
- **Severo:** 1 personas (3%).

Figura 2.



**Niveles De Depresión Por Sexo Y Rango De Edad En El Centro De Vida
Asociación En Defensa Del Anciano "Anda".**

Tabla 2.

Rango de edad	Depresión normal		Depresión moderada		Depresión severa	
	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS
60 – 65 años	3	4	0	0	0	0
66 – 70 años	2	4	0	3	0	0
71 – 75 años	2	4	1	0	1	0
76 – 80 años	1	4	0	2	0	0
81 – 85 años	1	1	1	1	0	0
86 – 90 años	0	0	1	0	0	0
Mas de 91 años	0	0	0	1	0	0
Total por grupo	9	17	3	7	1	0
Total nivel	26		10		1	
TOTAL	37 ADULTOS MAYORES.					

En la tabla numero 2, se evidencia que dentro del nivel normal de depresión, se encontró un total de 9 mujeres y 17 hombres, entre los cuales se observó que es más común en la población femenina que oscila entre las edades de 60 a los 85 años y en la población masculina entre los 60 a los 80 años.

Por otra parte, en lo concerniente al nivel moderado de depresión, se encontró un total de 3 mujeres y 7 hombres, entre los cuales se observó que es más frecuente en las mujeres que oscila entre las edades 71 – 75; 81 – 85 y 86 – 90 años y en los hombres entre los 66 – 70; 76- 80; 81 – 85 años.

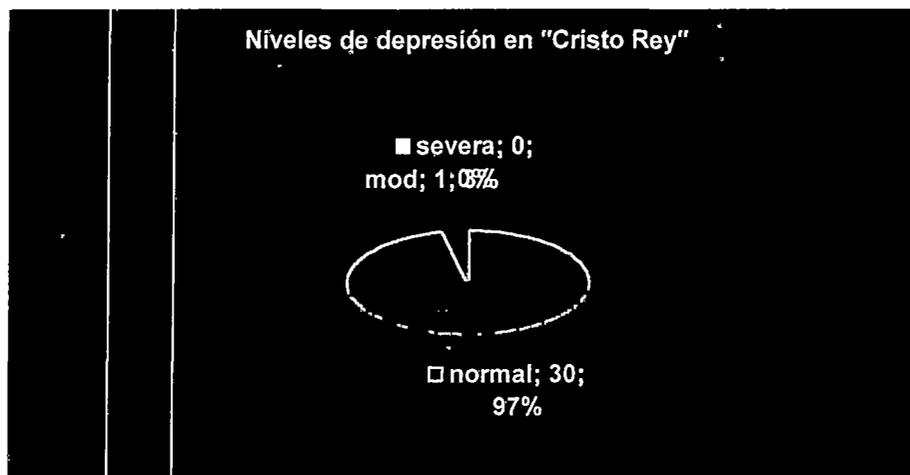
Por otro lado, en el nivel severo de depresión se encontraron un total de 1 mujer en la cual se observó entre las edades 71 – 75 años.

Depresión Geriátrica En Grupo Del Adulto Mayor "Cristo Rey"

La muestra representativa a la que se le aplicó la prueba de depresión geriátrica en el grupo del adulto mayor "Cristo Rey" fue de 31 ancianos arrojando los siguientes niveles:

- **Normal:** 30 personas, (97%).
- **Moderado:** 1 personas (3%).
- **Severo:** 0 personas (0%).

Figura 3



**Niveles De Depresión Por Sexo Y Rango De Edad En Grupo Del Adulto
Mayor "Cristo Rey"**

Tabla 3.

Rango de edad	Depresión normal		Depresión moderada		Depresión severa	
	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS
60 – 65 años	5	1	0	1	0	0
66 – 70 años	9	1	0	0	0	0
71 – 75 años	2	3	0	0	0	0
76 – 80 años	4	1	0	0	0	0
81 – 85 años	2	1	0	0	0	0
86 – 90 años	1	0	0	0	0	0
Mas de 91 años	0	0	0	0	0	0
Total por grupo	23	7	0	1	0	0
Total nivel	30		1		0	
TOTAL	31 ADULTOS MAYORES.					

En la tabla numero 3, se evidencia que dentro del nivel normal de depresión, se encontró un total de 23 mujeres y 7 hombres, entre los cuales se observó que es más común en la población femenina que oscila entre las edades de 60 hasta los 90 años y en la población masculina entre los 60 hasta los 85 años.

Por otra parte, en lo concerniente al nivel moderado de depresión, se encontró 1 hombre, entre los 60 - 65 años.

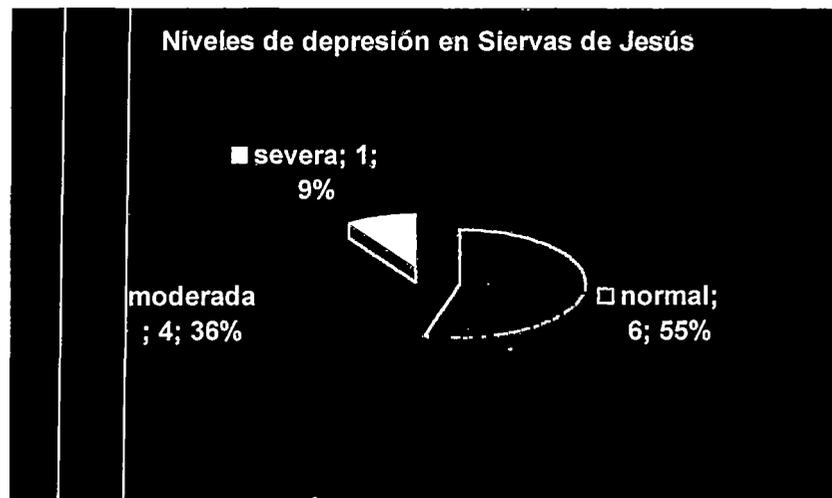
No se encontraron niveles severos de depresión en ésta institución.

Depresión Geriátrica En Fundación Geriátrica Siervas De Jesús.

La muestra representativa a la que se le aplicó la prueba de depresión geriátrica en la fundación geriátrica Siervas de Jesús fue de 11 ancianos arrojando los siguientes niveles:

- **Normal:** 6 personas, (55%).
- **Moderado:** 4 personas (36%).
- **Severo:** 1 personas (9%).

Figura 4.



**Niveles De Depresión Por Sexo Y Rango De Edad En Fundación Geriátrica
Siervas De Jesús.**

Tabla 4.

Rango de edad	Depresión normal		Depresión moderada		Depresión severa	
	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS
60 – 65 años	0	0	0	0	0	0
66 – 70 años	1	0	0	0	0	0
71 – 75 años	2	1	0	0	0	0
76 – 80 años	0	1	0	0	0	0
81 – 85 años	1	0	1	1	0	0
86 – 90 años	0	0	1	0	1	0
Mas de 91 años	0	0	0	1	0	0
Total por grupo	4	2	2	2	1	0
Total nivel	6		4		1	
TOTAL	11 ADULTOS MAYORES.					

En la tabla numero 4, se evidencia que dentro del nivel normal de depresión, se encontró un total de 4 mujeres y 2 hombres, entre los cuales se observó que es más común en la población femenina que oscila entre las edades de 66 – 70; 71 – 75 y 81 – 85 años y en la población masculina entre los 71 – 75; 76 – 80 años.

Por otra parte, en lo concerniente al nivel moderado de depresión, se encontraron un total de 2 mujeres y 2 hombres, entre los cuales se observó que es más frecuente en las mujeres que oscila entre las edades 81 – 85; 86 – 90 años y en los hombres entre los 81 – 85 y mas de 91 años.

Por otro lado, en el nivel severo de depresión se encontró 1 hombre entre los 86 y 90 años.

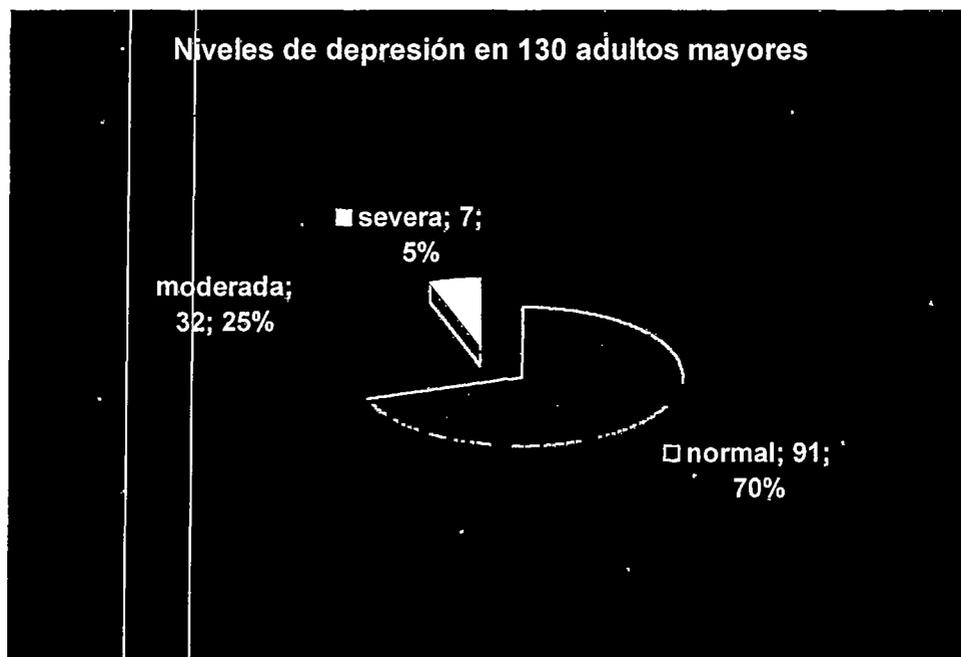
NIVELES GENERALES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN LAS INSTITUCIONES GERIÁTRICAS.

NORMAL: 91 PERSONAS correspondientes al 70 % de la población.

MODERADO: 32 PERSONAS correspondientes al 25 % de la población.

SEVERO: 7 PERSONAS correspondientes al 5 % de la población.

Figura 5.



SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES.

Los síntomas más comunes que se encontraron a partir de los resultados arrojados por la prueba de yesavage son:

- Disminución o abandono de muchos de sus intereses y/o actividades previas.
- Sentimientos de vacío y desesperanza.
- Sentirse aburridos frecuentemente.
- Preferir quedarse en el lugar que está en vez de salir hacer cosas nuevas.
- Sentimientos de inutilidad y desprecio por su situación actual.
- Creencia de que las otras personas están mejor que ellos.
- Estado de ánimo decaído.
- Problemas de memoria.
- Agotamiento físico o falta de energía.

**NIVELES GENERALES DE DEPRESIÓN POR SEXO Y RANGO DE EDAD EN
LAS INSTITUCIONES GERIÁTRICAS.**

Tabla 5.

Rango de edad	Depresión normal		Depresión moderada		Depresión severa	
	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS
60 – 65 años	9	6	0	3	0	2
66 – 70 años	13	10	0	4	0	0
71 – 75 años	6	14	0	1	1	2
76 – 80 años	7	10	1	8	0	0
81 – 85 años	4	7	2	7	0	0
86 – 90 años	1	3	1	3	1	1
Mas de 91 años	0	1	0	2	0	0
Total por grupo	40	51	4	28	2	5
	91		32		7	
TOTAL	130 ADULTOS MAYORES.					

En la tabla numero 5, se evidencia que dentro del nivel normal de depresión, se encontraron un total de 40 mujeres y 51 hombres (70%), entre los cuales se observó que es más común en la población femenina que oscila entre las edades de 60 – 65; 66 – 70 años y en la población masculina entre los 71 – 75; 76 – 80 años.

Por otra parte, en lo concerniente al nivel moderado de depresión, se encontraron un total de 4 mujeres y 28 hombres (25%), entre los cuales se observó que es más frecuente en las mujeres que oscila entre las edades 76 – 80; 81 – 85; 86 – 90 años y en los hombres entre los 76- 80; 81 – 85 años.

Por otro lado, en el nivel severo de depresión se encontró un total de 2 mujeres y 5 hombres (5%), entre los cuales se observó que es más frecuente en la población femenina que oscila entre las edades 71 – 75; y 86 – 90 años y en la población masculina entre los 60 – 65; y 71 – 75.

ANALISIS GRAFICO POR EDAD Y SEXO.

Figura 6

Depresión normal

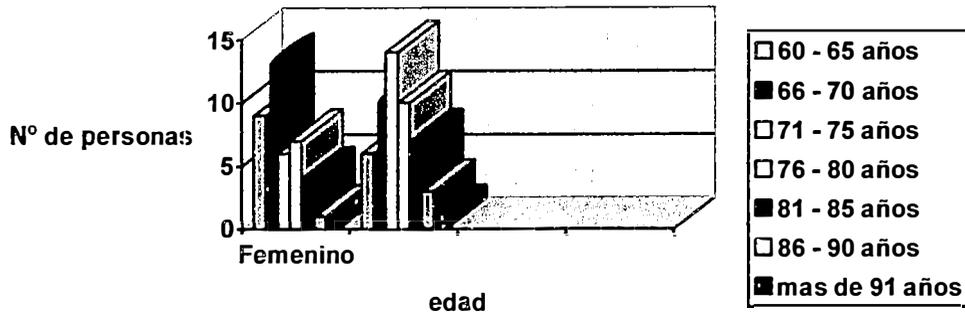


Figura 7

Depresión moderada

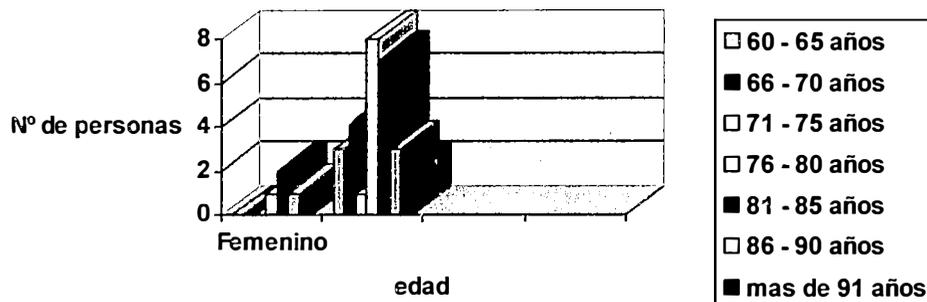
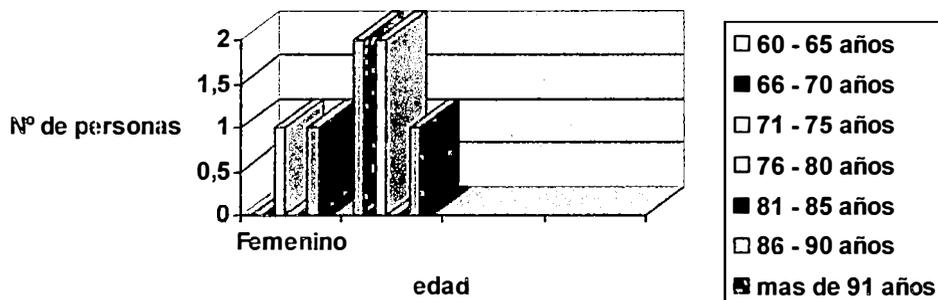


Figura 8

Depresión severa



LOS FACTORES QUE GENERAN SOLEDAD Y AISLAMIENTO EN ADULTOS MAYORES.

Las características más comunes que se encontraron a partir de los resultados arrojados por el cuestionario de soledad son:

- Sentir que están solos y no cuentan con nadie.
- El anhelo de las actividades sociales pasadas como su mayor recuerdo.
- El experimentar actualmente sentimientos de vacío.
- Sentimiento de desamparo y desesperanza por falta de apoyo familiar.
- El sentirse abandonados por sus seres queridos.
- Cambio del estilo de vida por la ausencia de relaciones sociales.
- Extrañar frecuentemente el contacto con las personas.
- El sentirse alejados de sus amigos y seres queridos.
- El sentir la disminución de la comunicación con los demás.

**SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES POR SEXO Y RANGO DE EDAD EN
LAS INSTITUCIONES GERIÁTRICAS.**

Tabla 6.

Rango de edad	No presentan Soledad		Si presentan Soledad	
	FEM	MAS	FEM	MAS
60 – 65 años	9	6	0	5
66 – 70 años	13	10	0	4
71 – 75 años	6	14	1	3
76 – 80 años	7	10	1	8
81 – 85 años	4	7	2	7
86 – 90 años	1	3	2	4
Mas de 91 años	0	1	0	2
Total por grupo	40	51	6	33
	91		39	
TOTAL.	130 ADULTOS MAYORES			

Comparando los datos, 39 personas manifiestan niveles de depresión moderado y severo, indicando que esas mismas personas presentaban sentimientos de soledad.

Esto no tiene ninguna dependencia con la edad y el sexo, ya que varía el resultado entre ellos, sin embargo, es mas frecuente en la población masculina.



RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SOLEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES.

Según los resultados vistos en la investigación, dentro de la población de adultos mayores se encontró que ambas variables se encuentran al mismo nivel. Es decir, que en la medida que se recolectaron los datos concernientes a las variables depresión y soledad, se pudo evidenciar, que en aquellos en los que se presentaban altos niveles de depresión, se encontraban manifestaciones significativas de sentimientos de soledad, generando aislamiento en el adulto mayor. A su vez, aquellos cuyos puntajes en la prueba de depresión geriátrica presentaron un nivel bajo de depresión, mostraron poco sentimientos de soledad (tabla 7).

Tabla 7

Nº Adultos Mayores.	91		32		7	
Variables	Depresión normal	Soledad	Depresión moderada	Soledad	Depresión severa	Soledad
Porcentaje	50%	50%	50%	50%	50%	50%

Aquellos adultos mayores que presentaron características depresivas, evidenciadas en sentimientos de vacío y desesperanza, de inutilidad y desprecio, disminución y/o abandono de sus actividades cotidianas, estado de ánimo decaído, de igual forma presentaron sentimientos de vacío por sentirse solos, sin apoyo y alejado de sus seres queridos, lo cual sustenta que en la medida que los adultos mayores experimentan pérdidas y se alejan del entorno

social, emergen sentimientos de tristeza profunda que traen aislamiento y el sentimiento y creencia de que su vida está vacía.

Eso permite decir, que las variables depresión y soledad se correlacionan ya que los sentimientos depresivos se manifiestan en su condición de sentirse solos y de igual forma, esa misma condición al no ser aceptada genera depresión en el adulto mayor.

Por otro lado, aquellos adultos mayores que presentaron depresión normal, cuyas manifestaciones de tristeza y dolor entran en el marco de lo funcional, no mostraron mayor índice de soledad y aislamiento. En pocas palabras, se afirma de nuevo que los adultos mayores que no se sienten solos y tienen el apoyo de sus familiares y amigos y no viven de manera frecuente bajo la añoranza del pasado, no suelen entristecerse con mayor facilidad.

Por lo tanto, a lo largo de la investigación se puede afirmar que **si** existe una fuerte relación entre la aparición de tristeza y depresión, con la aparición de soledad y sentimientos de vacío interior y aislamiento por lo razones dadas anteriormente.

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y SOLEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES.

Figura 9

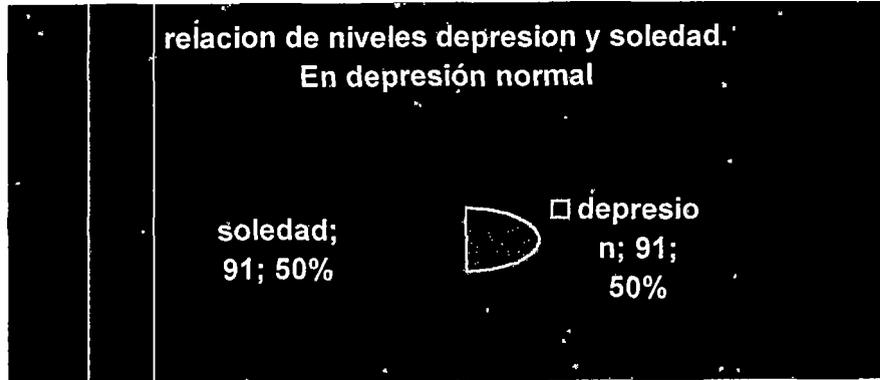


Figura 10

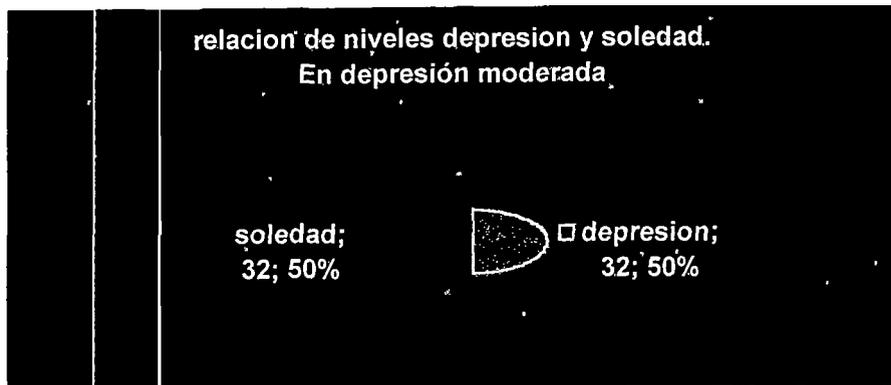
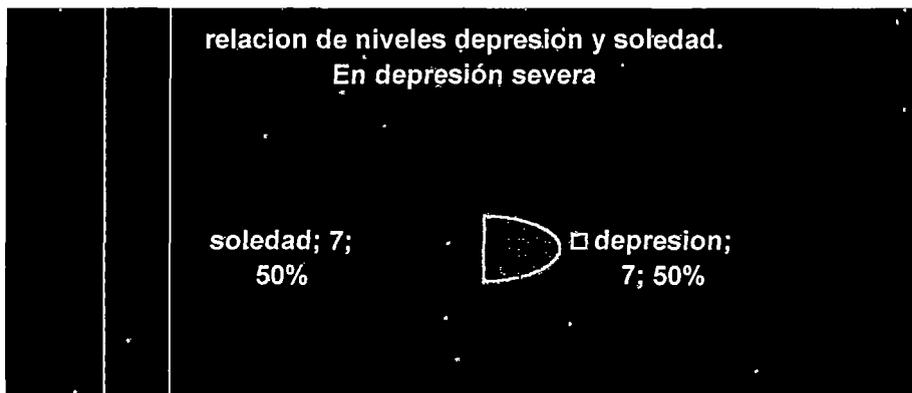


Figura 11



CONCLUSIONES.

A lo largo de la investigación se puede concluir que de la población total correspondiente a 130 adultos mayores se encontró que de ellos el 70 % estuvo en un nivel normal de depresión, el 25 % moderado y el 5% severo, lo cual indica que hay un bajo índice de depresión geriátrica en comparación con la población total.

Sin embargo, en esta minoría hay gran incidencia de la depresión relacionada con los sentimientos que generan soledad.

Aquellos que manifestaron estado de ánimo deprimido, manifestaron a su vez sentimientos de vacío en relación al sentirse solos y aislados; y aquellos que presentaron bajos niveles de depresión, manifestaron pocos sentimientos relacionados con la soledad.

Por otra parte, se encontró mayor prevalencia de depresión geriátrica en la población masculina que oscila entre las edades 60 – 65; 71 – 75; 76- 80; 81 – 85 años.

No obstante, se observó que dentro del nivel normal de depresión en la población femenina oscila entre las edades de 60 – 65; 66 – 70 años y en la población masculina entre los 71 – 75; 76 – 80 años.

Por otra parte, en el nivel moderado de depresión, se encontró que es más frecuente en las mujeres que oscila entre las edades 76 – 80; 81 – 85; 86 – 90 años y en los hombres entre los 76- 80; 81 – 85 años.

Por otro lado, en el nivel severo de depresión se encontró que es más frecuente en la población femenina que oscila entre las edades 71 – 75; y 86 – 90 años y en la población masculina entre los 60 – 65; y 71 – 75.

También se pudo conocer cuales son los sentimientos mas comunes referentes a la depresión y a la soledad, tales como: disminución o abandono de muchos de sus intereses y/o actividades previas, sentimientos de vacío y desesperanza, sentirse aburridos frecuentemente, preferir quedarse en el lugar que está en vez de salir hacer cosas nuevas, sentimientos de inutilidad y desprecio por su situación actual, creencia de que las otras personas están mejor que ellos, estado de ánimo decaído, problemas de memoria, agotamiento físico o falta de energía, además de sentir que están solos y no cuentan con nadie, el anhelo de las actividades sociales pasadas como su mayor recuerdo, sentimiento de desamparo y desesperanza por falta de apoyo familiar, el sentirse abandonados por sus seres queridos, cambio del estilo de vida por la ausencia de relaciones sociales, extrañar frecuentemente el contacto con las personas, el sentirse alejados de sus amigos y seres queridos, el sentir la disminución de la comunicación con los demás.

Además, se evidenció que aquellos adultos mayores que se encontraban en las instituciones geriátricas de manera permanente o institucionalizados, es decir, sin poco contacto con el mundo externo, mostraron mayores síntomas depresivos que aquellos que asisten periódicamente o transitoriamente a dichas instituciones.

Esto es debido, a que los que son institucionalizados se encuentran físicamente aislados de la vida social y familiar, sumado a los cambios sociales y emocionales propios de la etapa de la vejez, a las circunstancias inmodificables como las pérdidas significativas y a la falta de adaptación a esos cambios, trayendo como consecuencia la poca socialización del adulto mayor, la no libre expresión de decisiones, la falta de apoyo y de relaciones afectivas, deteriorando, toda función social, las relaciones interpersonales, contribuyendo así a experimentar sentimientos profundos de tristeza y depresión al igual que sentimientos profundos de soledad y aislamiento.

Contrario a esto, aquellos adultos mayores que están en las instituciones geriátricas pero que mantienen el contacto con el medio social y familiar presentan en menor grado síntomas depresivos al igual que pocos sentimientos de soledad y aislamiento, a pesar de los distintos cambios característicos de la edad, ya que poseen mayor apoyo y contacto familiar.

Por otro lado, es importante resaltar que aunque dentro de la población estudiada, la mayor parte presentaba un nivel normal de depresión, esto no indica que estas personas no manifiestan algunos síntomas de tristeza y soledad en determinados momentos de su vida, ya sea por recuerdos y anhelos del pasado o por vivencias actuales.

Es por esto, que pueden ser considerados vulnerables y predisponentes a desarrollar un cuadro clínico depresivo, ya que dentro de la prueba de depresión geriátrica aplicada, se evidenciaron varios síntomas significativos, ya que de los 5 ítems considerados por ésta como normales, en muchos se encontraron un puntaje entre 4 a 5 indicando que muchos adultos mayores sienten tristeza por algunas circunstancias en particular, convirtiéndose así, en un factor de riesgo al pasar la línea hacia lo moderado, que podría ser desencadenado por algún evento significativo.

RECOMENDACIONES.

Para profundizar y enriquecer la temática de investigación, se ha considerado necesario los siguientes puntos:

- A partir de los datos arrojados en la investigación profundizar en las historias de vida de cada persona, dándole un giro a ésta, para conocer a fondo el cómo de la relación depresión y soledad.
- Permitir estudiar a la población que presentó depresión moderada y severa, las cuales manifestaron alto índice de sentimientos de soledad.
- Recomendar a las instituciones geriátricas que aquellos adultos mayores que presentaron un nivel normal dentro de la prueba de depresión aplicada, no sean descuidados y los mantengan en observación ya que podrían pasar el límite de lo normal a lo moderado. Por eso sería interesante realizar un programa de prevención y promoción de la salud mental con cada uno de los adultos mayores asistidos en los centros geriátricos.

BIBLIOGRAFIA.

- Alarcos F.J., Bioética Y Pastoral De La Salud, San Pablo, Madrid 2002.
- Beck, Aaron. Terapia Cognitiva De La Depresión. Emery 5ª Edición, 1983.
- Canal Ramírez, Gonzalo. Envejecer No Es Deteriorarse. Panamericana Editorial, 1999.
- Castro, Mª P., 'La Soledad, Algo Más Que No Vivir En Compañía', Mensajero Editores, 1995.
- Cevilla Ballesteros, Jorge. Fundamentos Biológicos En Psiquiatría. Editorial Masson, 2000
- Cohen, Gene D. Envejecimiento Cerebral. Bilbao: Biblioteca De Psicología De Desclee De Brower. 1991.
- De La Serna, I. Trastornos Afectivos. Manual De Psicogeriatría Clínica. Barcelona, Masson, S.A, 2000.
- Elías Nelson, La Soledad Del Moribundo, Editorial Madrid, 2000.
- Gómez - Fera, I. La Depresión En Ancianos. Su Coexistencia Con Factores Estresantes, Enfermedades Somáticas Y Discapacidades. Psiquiatría Biológica, 2002.
- Gómez Montes, José Fernando. Evaluación De La Salud De Los Ancianos. Información Y Publicaciones, 1995.

- Hernández Sampieri, Roberto. Metodología De La Investigación. Mc Graw Hill, 2003.
- J, Campos, J, Ardanaz Y Navarro .Revistas De La Asociación Colombiana De Gerontología Y Geriátría, 2003, Volumen 17 Junio – Septiembre, 2003, Volumen 18 Enero – Julio, 2004.
- Kane, Robert L. Geriátría Clínica, Mc Graw Hill, 1997.
- Laforest J., Introducción A La Gerontología. El Arte De Envejecer, Herder, Barcelona, 1991
- Lemen, Bárbara. Desarrollo En La Edad Adulta. Manual Moderno, 2003.
- Manual Diagnóstico Y Estadísticos De Los Trastornos Mentales (DSM IV). Editorial Masson S.A, 1995.
- Organización Mundial De La Salud (OMS). Clasificación Internacional De Enfermedades CIE 10.
- Pryse, William. Neurología Clínica. Manual Moderno, 1996.
- Reales Utria, Adalberto. Socio Investigación. Editorial Antillas, 1998.
- Retamal C, Pedro. Depresión: Clínica Y Terapéutica. Editorial Mediterráneo, 2003.
- Revista De Psiquiatría Biológica. Publicación Oficial De La Sociedad Española De Psicología Biológica, Volumen 10, Nº 6, Noviembre - Diciembre, 2003.
- Ruiperez Cantera, J. Auxiliares Y Cuidadores Del Anciano. Mc Graw Hill, 1998.
- Sabino, Carlos A. El Proceso De Investigación. El Cid Editor Ltda., 1978.

- Salín Pascual, Rafael J. Los Trastornos Afectivos Para Médicos No Psiquiatras. 2000.
- Sturgeon, Wina. Depresión: Cómo Identificarla, Cómo Curarla, Cómo Superarla. Editorial Grijalbo, 1996.
- Uriarte Bonilla, Víctor. Manual Clínico De Los Antidepresivos. Ciencia Y Cultura Latinoamericana, 1998.
- Vallejo, Ruiloba J. Trastornos Afectivos: Ansiedad Y Depresión. Editorial Masson, Barcelona España, 2000.
- Vizcaino, Marti Jordi. Envejecimiento Y Atención Social. Editorial Herder S.A, Barcelona España, 2000.

En Ingles:

- Conwell, Y. & Pearson, J.L. (2002). Depression In Older Adults. American Journal Of Geriatric Psychiatry. Recuperado el 11 de Agosto de 2006, disponible en <http://www.geri.com>.
- Joseph J. Gallo MD, MPH and Ira Katz MD, To Heal Depression. Los Angeles, Prelude Press, 2005. Recuperado el 5 de Octubre de 2006, disponible en <http://www.apa.org>.
- Journal Of Consulting And Clinical Psychology. Acting Editor. Volume 72, Number 3, June 2004. Recuperado el 11 de Agosto de 2006, disponible en <http://www.geri.com>.
- Mathiasen P, Levert S. Late Life Depression. New York: Dell Publishing, 2001. Recuperado el 21 de Abril de 2005, disponible en <http://www.apa.org>.

ANEXOS

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (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, desvalido?	SI	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	No
10. ¿Siente usted que tienes 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 frente a su situación actual?	SI	No
15. ¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	SI	No

Cuestionario de soledad.**Edad:****Sexo:****Institución:**

1. ¿El estar aislado ha interferido en la pérdida de amistades?
Si No
2. ¿El estar solo le ha permitido ser feliz?
Si No
3. ¿Te entristece saber que estas solo y no cuentas con nadie?
Si No
4. ¿Anhelas las actividades sociales pasadas como un mayor recuerdo?
Si No
5. ¿Cree usted que ha disminuido el interés por las reuniones con sus seres queridos y amistades?
Si No
6. ¿Experimenta actualmente sentimientos de vacío?
Si No
7. ¿Se siente desamparado y sin esperanza por la falta de apoyo familiar?
Si No
8. ¿En este momento se siente abandonado por sus seres querido?
Si No
9. ¿Piensa usted que la ausencia de relaciones sociales y familiares han cambiado su estilo de vida?
Si No
10. ¿Se ha sentido rechazado por los demás?
Si No
11. ¿Cree usted que puede sentirse aislado por la pérdida de su pareja?
Si No
12. ¿Extraña frecuentemente el contacto con las personas?
Si No

13. ¿Cree que nadie se ocupa de usted?

Si No

14. ¿Se siente satisfecho con las relaciones que mantiene en este momento?

Si No

15. ¿Siente que se encuentra alejado de sus amigos y seres queridos?

Si No

16. ¿Extraña su vida laboral por estar aislado?

Si No

17. ¿En esta etapa de su vida se ha sentido discriminado socialmente?

Si No

18. ¿Siente que ha disminuido la comunicación con los demás?

Si No

través mayor
depression
ancianos - psicólogos
soledad
envejecimiento
Geriatrics
Atención a la vejez
Autismos
Suicidio
o psicólogos