

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS

CUADROS DEPRESIVOS EN PACIENTES FEMENINAS
DE LA TERCERA EDAD, DEL HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS, DE LAS SALAS 13 Y 14
DE MEDICINA, 5TO. NIVEL DE LA
CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA

INFORME FINAL DE INVESTIGACION
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
POR

ANNA EVONN MYVETT PIRIR

PREVIO A CONFERIRSELE EL TITULO DE

P S I C O L O G A

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIADA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1999

[



TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejia
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
S E C R E T A R I A

Licenciada Maria Ileana Godoy Calzia
R E P R E S E N T A N T E C I A U S T R O C A T E D R A T I C O S

[





UNIVERSIDAD DE
 PSICOLOGICAS
 Universidad Universitaria, Zona 12
 4, 4760985, ext. 490-1
 02, 4747213, fax 4769914
 SACPSIC@esalq
 CENTRO AMERICA

cc: Control Académico
 CIEPs.
 archivo

REG. 1526-96

CODIPs. 1106-99

DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE
 INVESTIGACION

Septiembre 22 de 1999

Señorita Estudiante
 Anna Evonn Myvett Pirir
 Escuela de Ciencias Psicológicas
 Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto NOVENO (9o.) del Acta CINCUENTA NOVENTA Y NUEVE (50-99) de Consejo Directivo, de fecha 20 de septiembre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"NOVENO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "CUADROS DEPRESIVOS EN PACIENTES FEMENINAS DE LA TERCERA EDAD DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DE LAS SALAS 13 Y 14 DE MEDICINA, QUINTO NIVEL, DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

ANNA EVONN MYVETT PIRIR

CARNET No. 92-11158

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada María Teresa Gaitán Juárez y revisado por el Licenciado José Norberto Villatoro Lemus.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "


 Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
 SECRETARIA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
 CONSEJO DIRECTIVO

/Rosy

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "



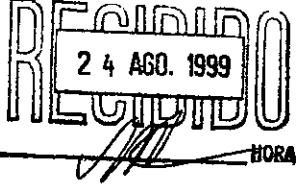
CIEPs. 67/99
REG. 1526/96

Guatemala, 20 de agosto de 1999.

ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
Universidad de San Carlos
C.A. 4760985, ext. 490-1
Tel. 4767219, fax 4769914
SA-CPSIC@univ.g
A. CENTRO AMÉRICA

INFORME FINAL

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS



SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado José Norberto Villatoro Lemus, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"CUADROS DEPRESIVOS EN PACIENTES FEMENINAS DE LA TERCERA EDAD, DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DE LAS SALAS 13 Y 14 DE MEDICINA, QUINTO NIVEL DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:

CARNE No.

ANNA EVONN MYVETT PIRIR

92-11158

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Edith Rios de Maldonado
LICDA. EDITH RIOS DE MALDONADO
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA



c.c. Revisor/a
Archivo
ERDM/edr

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

CARLOS
LA

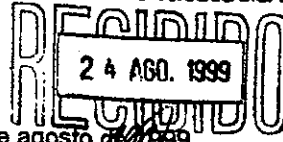


NGICAS
rpharia. Zamal2
S. tel. 090-1
S. fax. 4769914
Fado.g
O AMERICA

Handwritten signature and date: 2008

CIEPs. 66/99

Universidad de San Carlos
ESC. CIENCIAS PSICOLOGICAS



Guatemala, 20 de agosto de 1999

HORA

LICENCIADA
EDITH RIOS DE MALDONADO, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

LICENCIADA RIOS DE MALDONADO:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"CUADROS DEPRESIVOS EN PACIENTES FEMENINAS DE LA TERCERA EDAD DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DE LAS SALAS 13 Y 14 DE MEDICINA, QUINTO NIVEL, DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA"

CARRERA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ESTUDIANTE:

CARNE No.

ANNA EVONN MYVETT PIRIR

92-11158

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Handwritten signature of Lic. Jose Norberto Villatoro Lemus

LIC. JOSE NORBERTO VILLATORO LEMUS
DOCENTE REVISOR

c.c. Archivo
Docente Revisora

JNVL/edr



temala, Junio de 1999

enciada
th Ríos de Maldonado
ectora del Depto. de Investigación
uela de Ciencias Psicológicas
versidad San Carlos de Guatemala

da. Ríos de Maldonado:

Hospital General San Juan de Dios, hace constar que la
orita Anna Evonn Myvett Pirir con carnet 9211166, presentó su
orme final a nuestro comité de docencia, siendo este aprobado
a realizarse en las salas 13 y 14 de Medicina de Mujeres,
ulado:

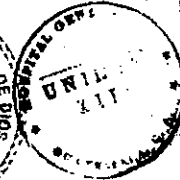
ros depresivos en pacientes femeninos de la tercera edad, del
pital General San Juan de Dios, de las salas 13 y 14 de
icina, 5to. nivel; de la ciudad Capital de Guatemala.

siderando que este aporte beneficios importantes a nuestro
ipo multidisciplinario, a nuestros pacientes y a nuestra
iedad. sin más que agregar nos suscribimos.

ntamente

da María Teresa Gaitán
a del Depto. de Psicología
retaria de Comité de Docencia
pital General San Juan de Dios

Colegiado 1078



Guatemala, junio de 1989

Señorita
Luz Ríos de Maldonado
Sector del Depto. de Investigación
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala


Señorita Ríos:

Por este medio me permito informar que procedí a la revisión del
trabajo final de investigación, de la carrera Licenciatura en
Psicología titulado:

**Trastornos depresivos en pacientes femeninos de la tercera edad,
Hospital General San Juan de Dios, de las salas 13 y 14 de
Psicología, 5to. nivel; de la ciudad Capital de Guatemala.**

El informe final es presentado por la estudiante Anna Evon
Castro Pirir, carnet 9211158, revisor: Lic. Norberto Villatoro.
Este informe de acuerdo a mi juicio, llena los requerimientos
académicos por la escuela de ciencias psicológicas y por la
Universidad de San Carlos de Guatemala, por lo que emito dictamen
favorable.

Atte. Pronto,


María Teresa Gaitán
Escuela de Psicología
Hospital General San Juan de Dios
UNIDAD
XIV
GUATEMALA, C. A.





ESCUELA DE
PSICOLOGICAS
Universidad de las Américas, Zona 12
C.A. 4760996, tel. 4760-1
fax. 4767219, fax. 4769916
SACP@U.S.A.C.
A. CENTRO AMERICA

cc.: Control Acad.
CIEPs.
archivo

REG. 1526-96

CODIPs. 814-99

**APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y
NOMBRAMIENTO DE ASESOR**

Julio 12 de 1999

Señorita Estudiante
Anna Evonn Myvett Pirir
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGESIMO OCTAVO (28o.) del Acta VEINTINUEVE NOVENTA Y NUEVE (29-99) de Consejo Directivo, de fecha 17 de junio del año en curso, que copiado literalmente dice:

"VIGESIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "CUADROS DEPRESIVOS EN PACIENTES FEMENINAS DE LA TERCERA EDAD, DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DE LAS SALAS 13 Y 14 DE MEDICINA, QUINTO NIVEL DE LA CIUDAD CAPITAL DE GUATEMALA", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, elaborado por:

ANNA EVONN MYVETT PIRIR

CARNET No. 92-11158

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor a la Licenciada María Teresa Gaitán Juárez."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
SECRETARIA



/Rosy

" 25 ANIVERSARIO DE FUNDACION "

Dedicatoria

ACTO QUE DEDICO

A Dios todo poderoso: Por ser quien me dio la vida, por cuidarme a cada instante de mi vida, gándome siempre alegrías por permitirme crecer en un hogar cristiano, y así darme la posibilidad de crecer a temprana edad. A Dios gracias por dotarme siempre sabiduría, la cual me ha permitido llegar hasta y ser todo lo que un día simplemente soñe.

A mis Padres: Deman Andrew Myvett Jinneth y Consuelo Pirir de Myvett por su gran apoyo incondicional en mis estudios, por su interés en que yo siempre saliera adelante, y no fuera una persona parada en la vida, gracias por su enseñanza bíblica diaria y constante, influyó mucho en mi vida estudiantil, a mis Padres les agradezco su amor, cariño y protección que siempre sin límites me han entregado gracias por sus buenos y importantes consejos los cuales me han permitido llegar hasta aquí y ser una persona útil para la sociedad.

A mi Esposo: Ayub García Morejón por su amor, ternura y apoyo en todo este tiempo que hemos compartido agradezco por su preocupación por sus estudios y por alentarme tanto a seguir adelante hasta alcanzar mi meta; en él he encontrado un descanso para las presiones diarias y he aprendido a llevar la vida de forma más adecuada y por todas y otras cosas.

A mi Hijo: Ayub Jusab Hesus García Myvett por ser el regalo más precioso que Dios me ha dado por permitirme estar en el centro de mi alegría llenándome de cariño y ternura que solo un hijo puede dar. Por hacerme sentir madre por primera vez y llenar mi vida de amor.

A mis Hermanos: Hugo, Juanita, Salomón, David, Jonás, John, Matthews, Wylly, Jacobo, Evelyn y otros, por apoyarme y estimularme siempre sobre todo en los momentos de mi infancia cuando jugábamos y me gustaban a cantar, leer, escribir en gran manera todos han creado una base emocional que me sirven para cuando daba más primeros estudiantiles por todo su apoyo y comprensión. Gracias.

A mi Cuñado: Estevan Polonsky por compartir con mi hermana Juanita y por formar juntos un buen hogar además juntamente me han ayudado mucho por sus sabios consejos. De esta forma te doy gracias cuando que compartan muchos años felices juntos.

A mis Cuñadas: Estela, Maribel, Amanda, Julissa, Marisol por ayudarme en mis diversas tareas y labores que se me han presentado a todas ellas gracias por su colaboración.

A mis Tíos y Tías: Estefanía, Carlos, José, Sandra, Blanca, por su ayuda y por el afán de incentivar me siempre en los momentos cruciales para mis estudios también gracias por sus sabios e importantes consejos.

A mis Amigos y Amigas de Promoción: Susy, Yadira, Roberto, Marlen, Elena, Evelyn, Nylsa, Alida, otros, muchas gracias por los momentos felices que pasamos.

A la familia Bodem Q.E.P.D. gracias por su apoyo, incondicional en cada momento de mi vida escolar.

A Mr. Edwar Pearse gracias por su gran colaboración hacia mi familia y hacia mi persona gracias por su estad sincera, sus consejos y enseñanzas bíblicas.

A mi Asesora de Tesis: Licda. María Teresa Gaitán gracias por su excelente supervisión continúa que ayudó mucho a salir adelante.

A mi Revisor de Tesis: Lic. Villatoro gracias por su ayuda y consejo para la elaboración de mi Tesis.

Al Hospital General San Juan de Dios: por haberme permitido la realización de mi Tesis especialmente el departamento de Psicología.

A mis Centros de Estudio: Liceo Bilingue Valle del Sol, Instituto Privado Mixto Indo Latino, Universidad de San Carlos de Guatemala.

A mis Docentes y Catedráticos: Lic. Edwin Velasquez, Licda. María Teresa Gaitán, Lic. Ríos de donado y Licda. Estela García.

Agradecimiento a: Hospital General San Juan de Dios.
Salas 13 y 14 de Medicina de Mujeres, Departamento de Psicología, Licda. María Teresa Gaitán.

Padrinos de Promoción.

Lic. María Teresa Gaitán.
Lic. Melvin Velasquez.
Lic. Fernando Veliz/Dr. Antonio Wohlers.

ANA EVONN MYVETT PIRIR

PRESENTACIÓN

La necesidad de realizar esta investigación respecto a los "cuadros depresivos en pacientes hospitalarias de tercera edad", surgió producto de las observaciones realizadas a pacientes de medicina de mujeres, de las salas 13 y 14 del Hospital General San Juan de Dios. Dicha investigación se realizó durante el período correspondiente a los meses comprendidos de febrero, a mayo de 1999.

Respecto a la depresión, se conoce que ésta se constituye en un problema frecuente en pacientes de tercera edad. Regularmente se caracteriza por manifestaciones de baja autoestima y estado de ánimo disminuido, lo que en algunos casos -entre otras causas-, obedece al estado de abandono en que las pacientes hospitalizadas de tercera edad se encuentran, ya que sus familiares en la mayoría de los casos manifiestan poco interés en ellas o bien las rechazan indirectamente, solo por el simple hecho de considerarlas "viejas". A lo anterior se adhiere la experiencia personal de experimentar un sentimiento de "inutilidad" o de improductividad.

Por los motivos antes descritos, para estas pacientes, la vivencia diaria se caracteriza por situaciones cargadas de angustia, sufrimiento psicológico y múltiples dolencias físicas, las cuales se ponen de manifiesto en la interrelación con las personas más próximas, incluyendo familiares, vecinos y círculo de amistades, tomándose en personas quejumbrosas y pesimistas, producto de experimentar sentimientos de incomodidad. La sociedad muchas veces no las comprende, considerándolas una carga u obstáculo a sus propios intereses.

La terapia de apoyo y la terapia ocupacional, se consideran alternativas orientadas a restaurar el equilibrio emocional. El efecto terapéutico se logra, en la medida que a través del trabajo de grupo, las personas involucradas, a quienes va

dirigida la terapia, experimentan un sentimiento de universalización y aprovechan adecuadamente el tiempo ocioso. A partir de la terapéutica grupal, se estimula y desarrolla la expresión y la creatividad, pudiendo generar el crecimiento de la autoestima y como consecuencia el mejoramiento de la interrelación social.

Debido a lo antes señalado, el propósito de esta investigación consistió en resaltar y comprender las situaciones negativas experimentadas por las pacientes de tercera edad, hospitalizadas en las salas 13 y 14 de medicina de mujeres, en el Hospital General San Juan de Dios; por lo cual se les brindó apoyo emocional indispensable, lo cual les permitió revalorizar su situación de vida. Todo esto producto del diseño y ejecución de un programa psicoterapéutico, aplicado posteriormente a la evaluación inicial del estado de ánimo prevalente. Dicha evaluación se realizó a través del test de Depresión de la Escala de Zung, realizando una evaluación inicial y una evaluación final. A partir de los resultados observados producto de la aplicación del programa terapéutico correctivo, se procedió a realizar la evaluación final, estableciendo la efectividad del mismo, ya que se observaron cambios significativos en relación al estado de ánimo al inicio y posteriormente a la aplicación del programa correctivo.

CAPÍTULO I:

1. INTRODUCCIÓN:

Atendiendo a la crisis depresiva de las pacientes hospitalarias de tercera edad, el problema objeto de investigación consistió en el diseño y ejecución de un programa psicoterapéutico, orientado a la disminución de "Cuadros depresivos en pacientes hospitalarias de la tercera edad", en salas 13 y 14 de medicina interna del 5to. nivel, ala sur del Hospital General San Juan de Dios, en la ciudad capital.

A través de la práctica psicológica realizada durante los años comprendidos entre 1995, 1996 y 1997, en las salas 13 y 14 de medicina de mujeres del Hospital General San Juan de Dios, se observó que la mayoría de pacientes de tercera edad, presentaban signos físicos y síntomas característicos de cuadros depresivos, lo cual se evidenciaba a través del bajo estado de ánimo, desinterés y apatía; sentimientos de desvalorización, desesperanza y baja estima.

Uno de los elementos comunes de esta problemática, correspondió al sentimiento de abandono familiar y social experimentados por la población objeto de estudio, aunado al hecho de sentirse improductivas, lo cual constituyó en refuerzo permanente de sus sentimientos de minusvalía e ideas negativas respecto a sí mismas.

El personal hospitalario a pesar de los esfuerzos realizados y debido a sus múltiples ocupaciones, no contaba con el tiempo suficiente para brindarles la atención y apoyo moral que este tipo de pacientes requerían, por lo que muchas veces las pacientes, sintieron que no se les tomaba en cuenta, reforzando el sentimiento de rechazo experimentado dentro del ambiente familiar, lo cual acrecentaba la crisis depresiva.

Para la comprensión y el abordamiento del cuadro depresivo, es necesario considerar que éste se interpreta como un estado de tono afectivo ligero, asociado a una sensación de tristeza y un concepto empobrecido de sí mismo., pudiendo variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta desesperación en grado extremo. Como factores asociados a la instauración de un cuadro depresivo, los elementos de orden psicológico y emocional se constituyen en desencadenantes y/o predisponentes del mismo.

El cuadro depresivo se manifiesta a través de síntomas como sensación de ruina, sentimiento de pequeñez, sentimiento de pobreza e ilusión nihilista, afectando la esfera emocional, afectiva y de interrelación; por lo que esta investigación se orientó a la necesaria creación y diseño de un programa psicoterapéutico, orientado al desarrollo de la terapia de apoyo y la terapia ocupacional, como alternativas orientadas a restaurar el equilibrio emocional de las pacientes que conformarán la muestra objeto de estudio, a partir de generar trabajo de grupo, promover y manejar adecuadamente el sentimiento de universalización y aprovechar el uso adecuado del tiempo ocioso, permitiendo la expresión de sentimientos, pensamientos y conductas y el desarrollo de la creatividad. Todo en conjunto, puede generar el crecimiento de la autoestima y el mejoramiento de la interrelación social.

La aplicación del programa psicoterapéutico, tuvo como directriz comprobar la eficacia de la psicología recreativa y la laborterapia aplicada al campo hospitalario. Como parte de dicho programa, se incluyó la práctica de actividades lúdicas, recreativas y el aprovechamiento del potencial existente en las pacientes de tercera edad, siendo necesario contar con un espacio específico dentro del ambiente hospitalario.

El estudio permitió la inducción del equipo multidisciplinario, promoviendo el adecuado contacto con las pacientes, a partir de establecer mayor conocimiento

y comprensión del cuadro depresivo y a partir de dicho conocimiento, el mejoramiento del servicio clínico, lo cual propició el establecimiento de las condiciones adecuadas para generar procesos de cambio en el estado de ánimo de las pacientes hospitalizadas, así como el mejoramiento de la autoestima y por lo tanto, la adquisición de actitudes positivas en las pacientes.

El desarrollo de esta investigación tomó muy en cuenta la premisa "que el ser humano cuando llega a una edad avanzada, experimenta rechazo encubierto o manifiesto por parte de la familia y la sociedad, producto de la falsa creencia de que ha dejado de ser productivo", por lo cual se deriva en el individuo que la padece un desorden depresivo, la sensación de considerarse una carga familiar y social.

A partir del diseño y aplicación del programa psicoterapéutico alternativo, utilizando la terapia de apoyo y la laborterapia como alternativas para enfrentar y superar positivamente cuadros depresivos en pacientes hospitalarias de la tercera edad, se pretendió contribuir a mejorar el estado de ánimo, incrementar la autoestima, uso adecuado del tiempo ocioso, expresividad de sentimientos, desarrollo de la creatividad y como consecuencia directa, la adecuada interrelación social; aportando directrices para la integración del equipo multidisciplinario que labora en el Hospital General San Juan de Dios, a la vez que ellos generaran mayor comprensión y entendimiento de los cuadros depresivos en la senectud y como consecuencia directa, el mejoramiento del servicio hospitalario, por medio del establecimiento de criterios orientados a medir la efectividad del trabajo realizado por psicólogos, psiquiatras, personal médico, paramédico y de servicio.

Los objetivos que orientaron el desarrollo de esta investigación fueron los siguientes:

Diseñar y poner en práctica un programa psicoterapéutico orientado a la disminución de cuadros depresivos en mujeres hospitalizadas de 3era. edad.

Establecer la efectividad de la psicoterapia, para la disminución de estados depresivos en mujeres hospitalizadas de la 3era. edad.

Demostrar la efectividad de actividades lúdicas, recreativas y de laborterapia en la disminución de estados depresivos en mujeres hospitalizadas de tercera edad.

Desarrollar actividades orientadas a la manifestación expresiva de sentimientos, pensamientos y conductas, y desarrollo de la creatividad a través del aprovechamiento del tiempo ocioso.

Al abordar la problemática que sufren y experimentan las mujeres de tercera edad, en medicina de mujeres, salas 13 y 14 del Hospital General San Juan de Dios, es común observar la manifestación de cuadros depresivos.

La depresión se refiere a un síndrome, ya que implica la manifestación sintomática de dolencias físicas, psicológicas y morales, y la evidencia de signos conductuales en los individuos que la padecen, ambos perfilan el desarrollo de un cuadro depresivo.

En cuanto a síntoma es común que la gente manifieste un sentimiento de tristeza, acompañado de sensación de desamparo, desolación, sentimiento de no sentirse querido, desesperanza con respecto al futuro y reducción del amor propio, ocasionado en algunos casos, por sentimientos de pérdida, de culpa o vergüenza. Es común bajo los estados del síndrome depresivo, experimentar la sensación de que la seguridad personal está amenazada y sentir la incapacidad de enfrentar y resolver de manera positiva los problemas que la vida diaria plantea; todo lo anterior, ocasiona una sensación de pesadumbre, limitación y descontento con sí mismo; manifestación sintomática de pérdida del apetito;

pérdida del disfrute en las actividades anteriormente atractivas, así como aislamiento social.

En cuanto a signo, se observa una expresión de tristeza en el rostro, lentitud en el ritmo del habla, disminución de la actividad motora, disminución de la efectividad de concentración, pasividad en todas las actividades, y una actitud derrotista o de apatía en general.

Todas las áreas de la vida se encuentran disminuidas o afectadas, incluyendo lo cognitivo, afectivo, fisiológico, productivo y social.

Dependiendo de la personalidad base del individuo que padece un cuadro depresivo, éste puede manifestarse de diferentes formas, incluyendo: Cansancio, dolor de espalda, dolor de cabeza, dolor de estómago, dificultad para dormir, fatiga, pérdida del apetito, tristeza, abatimiento, melancolía o nostalgia por situaciones pasadas. En resumen, los cuadros depresivos afectan el estado de ánimo, el organismo, y el pensamiento. De no darse un tratamiento adecuado a un cuadro depresivo, éste puede llegar a convertirse en una enfermedad verdaderamente incapacitante, como la artritis, la diabetes, o la hipertensión, culminar con ideas suicidas o bien la consumación del mismo.

HISTORIA.

Al realizar un análisis retrospectivo sobre el estudio de la depresión, se observa que lo que hoy se conoce como trastornos afectivos, puede encontrarse en muchos documentos antiguos. "En el antiguo testamento, se puede observar la historia del rey Saúl, con todas las características de un síndrome depresivo así como también la historia del suicidio de Ajax en la Iliada, de Homero. Hipócrates utilizó los términos manía y melancolía para describir las alteraciones mentales. 450 años a. de J.C., Cornelio Celso describió la melancolía en su obra

e Medicina, hacia el año 100 d. de J.C. como una depresión producida por bilis negra y el término siguió siendo utilizado por otros autores médicos, incluidos Aretaeo (120 - 180 d. de J.C.) Galeno (129 - 199 d. de J.C.) y Alejandro de Tralles en el siglo VI" (1).

Con el correr de los años, "Emil Kraepelin desarrolló en 1896 la categoría de la enfermedad maniaco-depresiva. En 1854, Jules Falret describió una enfermedad denominada folie circulaire, en la que el paciente experimentaba estados de ánimo alternos de depresión y manía. Casi en la misma época Jules Baillarger, psiquiatra francés, describió la enfermedad de "folie a double forme", en la que el paciente se volvía totalmente deprimido y caía en estado de estupor del que eventualmente se recuperaba. En 1882, el psiquiatra alemán Karl Kraepelin describió la manía y la depresión como fases de la misma enfermedad. La descripción de Kraepelin de la enfermedad maniaco-depresiva, contenía la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para establecer su diagnóstico. Kraepelin además describió un tipo de depresión que empezaba después de la menopausia en las mujeres y durante la edad adulta madura en los hombres, que llegó a ser conocida como melancolía involutiva, pero eventualmente ésta llegó a ser considerada un tipo variante del trastorno afectivo"(2). Fruto de todos estos esfuerzos, en la actualidad se han realizado acciones para establecer una mejor clasificación de los trastornos depresivos, incluyendo la Clasificación diagnóstica y Estadística de Desórdenes Mentales.

Los trastornos afectivos constituyen un grupo de trastornos clínicos cuyo rasgo común y esencial es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales relacionados con ella.

1. Harold Kaplan y Benjamin Sadock. "COMPENDIO DE PSIQUIATRIA". Barcelona 1987. Salvat Editores. Pág. 246.
2. IBIDEM.

El estado de ánimo puede estar normal o estar elevado o deprimido. Los pacientes con estado de ánimo elevado muestran expansividad, fuga de ideas, disminución del sueño, alta autoestima e ideas de grandeza. Los pacientes con el estado de ánimo deprimido muestran pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pérdida del apetito e ideas de muerte o suicidio.

La categoría de la Clasificación Diagnóstica y Estadística de Desórdenes Mentales agrupa todos los trastornos afectivos. Dentro de este grupo, "la subcategoría de "trastornos afectivos mayores" incluye al trastorno bipolar (mixto, maníaco, deprimido) y la depresión mayor (episodio único o recurrente). Existen dos categorías adicionales de trastorno afectivo: otros trastornos afectivos específicos (el trastorno ciclotímico y el trastorno distímico) y el trastorno afectivo atípico (trastorno bipolar atípico y depresión atípica).

Se han suscrito muchas otras subclasificaciones de la depresión, como depresión neurótica, reactiva, psicótica y endógena, lo cual ha dado mucha confusión al respecto, por lo que se considera que es mejor concebir la depresión clasificada en dos categorías mayores de trastorno bipolar (definido por uno o más episodios maníacos) y depresión mayor o unipolar (definida por una o más depresiones sin episodios maníacos".

LA DEPRESIÓN COMO EMOCIÓN HUMANA NORMAL:

El término se orienta al análisis de una emoción humana normal y también a un grupo de síndromes o trastornos. "Este término tiene diferentes significados en los diversos ámbitos científicos, como la neurofisiología, la farmacología, la psicología y la psiquiatría. Para el neurofisiólogo, la depresión hace referencia a cualquier disminución de la actividad electrofisiológica, por ejemplo, una depresión cortical. Para el farmacólogo, la depresión se refiere al efecto de los fármacos

se disminuyen la actividad del órgano a que se dirigen. Los depresores del sistema nervioso central incluyen fármacos tales como los barbitúricos y los anestésicos que disminuyen la respuesta a los estímulos, produciendo sueño o coma. Para el psicólogo la depresión se refiere a cualquier decremento del rendimiento cognitivo, perceptivo o motor normal. Sin embargo, para el psiquiatra clínico la depresión cubre una amplia gama de cambios de los estados emocionales, que en términos de gravedad van desde las fluctuaciones normales del humor en la vida cotidiana hasta los episodios psicóticos graves"³).

Epidemiología.

La depresión figura entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes entre los adultos; la tendencia indica que existe mayor prevalencia entre las mujeres con respecto de los hombres y aunque las razones no están del todo claras, se le atribuyen aspectos de tipo cultural, en sociedades donde predominan patrones de tipo androcéntrico, producto de lo cual la mujer es educada de manera que no pueda externar inconformidades con respecto a las presiones ambientales, asumiendo una actitud pasiva y de sometimiento, lo cual tiende a generar conductas destructivas o de autodafío. Algunas explicaciones ofrecidas incluyen la susceptibilidad para enfrentar diferentes fuentes de stres, tales como el parto, la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales.

"Con respecto a la clase social, en el trastorno bipolar parece haber una incidencia ligeramente superior en los estratos socioeconómicos superiores que en las demás clases⁴, la mayoría de pacientes que presentan problemas depresivos, corresponden a personas solteras o bien que se encuentran divorciadas. El trastorno bipolar puede ser más común entre los divorciados que en los demás. Además de los aspectos antes señalados, el trastorno bipolar se manifiesta a temprana edad, al final de la adolescencia o antes de los 30. En las

³. IBIDEM. Pág. 248.



depresiones unipolares las mujeres alcanzan incidencia máxima entre los 35 y 45 y los hombres después de los 55⁽⁴⁾.

Entre las causas de los trastornos afectivos se incluyen algunas de las siguientes:

A nivel biológico la genética indica que "prevalece la transmisión padre a hijo de anomalías del transporte de la membrana de litio en los glóbulos rojos. Otros factores incluyen alteraciones electrolíticas, especialmente de sodio y potasio; alteraciones neurofisiológicas; anomalías neuroendocrinas, incluidos los cambios hipotalámicos, hipofisarios de la corteza suprarrenal, del tiroides y los cambios gonadales, alteraciones neuroquímicas en los neurotransmisores"⁽⁵⁾.

Se ha observado que existe interrelación entre los sucesos estresantes de la vida diaria, con respecto a la depresión clínica, los cuales pueden considerarse como predisponentes o precipitantes.

Como parte de los factores de personalidad y factores psicodinámicos, se cree que las personas proclives a la depresión se caracterizan por un bajo amor propio, un superyó fuerte, relaciones interpersonales dependientes y una limitada capacidad para las relaciones objetales maduras y duraderas. Todos los seres humanos, pueden deprimirse y se deprimen en circunstancias apropiadas, aunque "cierto tipo de personalidad (oral-dependiente, obsesiva-compulsiva e histérica) pueden estar en mayor riesgo de depresión"⁽⁶⁾.

Las formulaciones psicodinámicas se interesan no solo por los conflictos dinámicos existentes, tales como experimentar sentimientos de culpa y/o vergüenza, las reacciones de pérdida y hostilidad contra si mismo, sino también

⁴. IBIDEM. Pág. 248 - 249.

⁵. IBIDEM. Pág. 259.

⁶. IBIDEM. Pág. 258.

on los rasgos que preceden al episodio depresivo agudo y que por consiguiente, pueden ser considerados causales.

Al identificar las causas que han originado la depresión, se tiene conocimiento que la personalidad base de quien la padece y dependiendo del tratamiento que se le brinde, ésta puede tener un pronóstico favorable.

Por lo anteriormente descrito, de acuerdo con el planteamiento del problema objeto de estudio y de las características de la unidad de análisis, que en este caso corresponden a mujeres de la tercera edad, hospitalizadas en medicina de Mujeres (salas 13 y 14), en el Hospital General San Juan de Dios, ciudad capital, es necesario abordar lo relativo al término senectud, y conceptos relativos a geriatría y gerontología, para tener un conocimiento preciso de éstos y su vinculación directa con el abordamiento de la investigación, lo cual se desarrolla a continuación:

LA SENECTUD

El término es utilizado para referirse a la psicopatología de la última etapa de la vida; época que se caracteriza por una serie de cambios, que se manifiestan de manera gradual y progresiva.

Algunos consideran que como parte del desarrollo evolutivo normal, el ser humano tiende a envejecer un poco cada día. Las primeras manifestaciones del proceso de envejecimiento, incluyen lentitud del pensamiento, alteración leve y progresiva de la memoria reciente, reducción de las manifestaciones de entusiasmo, aumento de la desconfianza, cambios en las pautas de sueño, con tendencia a las siestas diurnas y un relativo cambio libidinal de la genitalidad, cambios en la rutina alimentaria y en el interior del cuerpo.

GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA:

El término geriatría, se entiende como "la rama de la medicina que se encarga del estudio y atención médica de los ancianos, incluye asistencia médica, es decir, prevención y tratamiento de enfermedades de la vejez y asistencia psicológica y socioeconómica"⁽⁷⁾.

Gerontología significa el estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias. El envejecimiento no sólo tiene consecuencias biológicas, sino también médicas, psicológicas y socioeconómicas.

En el estudio de la geriatría y la gerontología, cobra importancia en las edades posteriores a la vida adulta, lo que incluye:

- Edad intermedia, que abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años, también denominada presentill, considerada como el primer envejecimiento o etapa crítica, ya que aparecen los primeros signos de envejecimiento.
- La senectud gradual, es el periodo entre los 60 y 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas atípicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamientos oportunos.
- Senilidad o vejez declarada: Se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y sobre todo, de rehabilitación por los estados de minusvalía provocados por las enfermedades y su cronicidad. A los mayores de 90 años suele llamárseles longevos, refiriéndose también a algunas características fisiopatológicas generales de esta edad.

⁷. de Nicola, Pietro. "GERIATRÍA". Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V. México, D. F. Pág. 1.

En cuanto al envejecimiento del organismo, éste "sufr[e] una serie de modificaciones morfológicas y funcionales en diversos órganos y tejidos, caracterizadas por tendencia general a la atrofia y disminución de la eficacia funcional. Se puede observar pérdida de peso y volumen de los órganos parenquimatosos, reducción de la vascularización capilar, aumento del tejido conjuntivo, disminución del contenido hídrico, con pérdida de la turgencia tisular y tendencia a la resequedad. Esta última es notable sobre todo en la piel, que en ancianos es típicamente seca y sin elasticidad. Prevalece una disminución del número de células, que se alteran desde el punto de vista cualitativo y se distribuyen en forma irregular en los tejidos. A partir de los 30 años disminuye en forma progresiva el número de células nerviosas. Se calcula que desaparecen unas 100,000 al día y este fenómeno es, en particular, notable en algunas zonas del sistema nervioso central"⁶.

El número creciente de ancianos en la comunidad, ha provocado que intervenga el gobierno, con medidas para el cuidado de los mismos, por medio de programas de bienestar social, planes de hospitalización y de rehabilitación, seguros, asilos y hogares para ancianos. Muchos pueden seguir siendo productivos, enérgicos, alertas y confiables hasta el momento de su muerte. Otros, se encuentran menos capacitados para resistir las tensiones socioeconómicas, físicas y psicosociales que intervienen en su funcionamiento y que se hayan operando en el medio. El efecto acumulativo de estas tensiones puede bloquear el funcionamiento y conducir a algunos de los síntomas y signos comunes del envejecimiento patológico.

Ciertos cambios psicológicos ocurren con tanta frecuencia en el anciano que se pueden considerar como integrantes normales del proceso de envejecimiento. Es común una disminución del intelecto, aunque parece ser que aquellos con Cociente Intelectual más elevado, y aquellos que desempeñan

⁶. Ibidem.

ocupaciones creativas e intelectuales hasta bien entrada la ancianidad sufren menor deterioro. La alteración aparece a menudo en las situaciones novedosas o si se quiere ideación abstracta en lugar de experiencia para la resolución de un problema. Otro cambio característico es la alteración de la memoria, más frecuente para los acontecimientos recientes que para los remotos, lo cual conduce a otras manifestaciones de conducta. Estas incluyen locuacidad, reiteración, olvidar lo que ya se ha dicho, siendo necesario volverlo a decir una y otra vez, el retroceder al pasado constantemente y con cualquier acontecimiento presente, perder objetos y cosas, etc. Otras características psicológicas normales en el anciano las constituyen la reducción del interés y la incapacidad para aceptar ideas nuevas, suspicacia, falta de entusiasmo, melancolía, pesimismo, necesidad de aceptar los cambios en la salud física, el sentimiento de posesividad, el egoísmo, exceso de compensación debido a la evidencia de fuerzas disminuidas y no en pocas ocasiones, la exageración de tendencias previamente neuróticas, histéricas o hipocondríacas de la personalidad. Los individuos previamente bien ajustados pueden ser capaces de compensar su eficacia declinante. Una mayor serenidad, sabiduría, juicio y alivio de las presiones de la ambición son algunos de los atributos favorables del envejecimiento.

CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN GUATEMALA.

La atención hospitalaria en Guatemala, corresponde al tercer nivel, del sistema integrado en salud; cuenta con las siguientes unidades:

- **Unidad de emergencia, consulta externa y encamamiento a nivel interno.** Como parte de los servicios que estas unidades prestan, se incluyen especialidades de atención, comprendiendo pediatría, maternidad, medicina de adultos, cirugía, ortopedia, etc. El encamamiento se subdivide en cuidados intensivos (donde están los pacientes de mayor gravedad), observación y

encamamiento propiamente dicho. Cada unidad goza de los servicios de especialidad médica, que comprende otorrinolaringología, oftalmología, psiquiatría, cardiología, neumología, dermatología, otras.

- **A nivel externo.**

Se prestan servicios de acciones preventivas, en coordinación con los centros de salud: por ejemplo charlas informativas, vacunación, desparasitación, etc.

- **Unidad de emergencia:**

Atiende todos los casos que ameritan intervención inmediata para equilibrar al paciente o sacarlo del cuadro agudo que presenta.

- **Unidad de encamamiento:**

Atiende a las personas que requieren observación directa de la patología que presentan y seguimiento más estrecho del caso, determinándose este criterio en la unidad de emergencia o en la consulta externa, dándose de alta al paciente, cuando ha salido del cuadro por el cual ingresó al hospital y por considerar que su estado de salud a nivel general es sano y/o se considera estable.

- **Unidad de consulta externa.**

Persigue darle seguimiento a los casos en forma ambulatoria, estableciéndose citas prefijadas, dado que el paciente ha salido de la fase crítica.

- **Unidad de diagnóstico clínico:**

Comprende el laboratorio clínico, biológico, rayos "X", y otros.

- **Departamento de trabajo social:**

Encargado del trámite de pacientes de escasos recursos, para determinar su situación socioeconómica y facilitarles los servicios en caso de situación económica precaria.

Dentro del sistema de atención hospitalaria, se cuenta con una farmacia interna y una farmacia externa, encargadas de la distribución de medicamentos y/o de la venta de los mismos, respectivamente.

- **Unidad de nutrición:**

Encargada de elaborar dietas para casos específicos y brindar la alimentación de pacientes en encamamiento.

- **Departamento de registro y control de pacientes:**

Sistematiza la información de pacientes atendidos, dependiendo de la incidencia de problemas de morbilidad o bien de mortalidad, así como la evolución de los mismos en el primer caso.

El equipo de trabajo que integra un hospital, comprende un director hospitalario, director administrativo, médicos jefes de servicio, médicos especialistas, médicos residentes, médicos internos, médicos externos, nutricionistas, farmacéuticos (Lic. en química y farmacia), químico biólogo, técnicos de laboratorio, personal paramédico: enfermeros graduados y auxiliares; personal de servicio, incluyendo, los encargados de preparar dietas, conserjes, personal de seguridad y encargados de mantenimiento.

Todo la atención dentro del sistema hospitalario, se realiza de manera integral a través del establecimiento de líneas de coordinación entre las unidades que conforman la atención hospitalaria.

PREMISAS.

- Se ha observado que la mayoría de pacientes de tercera edad consultan por cuadros depresivos.
- Independientemente de los malestares físicos que aquejan a las pacientes de tercera edad dentro del campo hospitalario, se observa que la mayoría de casos presentan manifestaciones del síndrome de soledad y abandono familiar.
- La depresión se identifica como consecuencia de un sentimiento de abandono directamente manifiesto o encubierto por parte del círculo familiar que rodea a la paciente de tercera edad.
- Al llegar a la tercera edad, las pacientes experimentan un sentimiento de inutilidad, sintiéndose como una carga familiar, llegando al extremo de ser abandonadas en el Hospital.
- Muchas de ellas buscan el servicio de atención médica hospitalaria, esperando obtener cariño y protección.

PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS:

"La psicoterapia es efectiva para disminuir los estados depresivos en mujeres hospitalizadas de la 3ra. edad".

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

Independiente: Efectividad de la psicoterapia.

Indicadores:

Aprovechamiento del tiempo ocioso

Uso de la creatividad

Expresión de sentimientos negativos

Expresividad de temores

Disminución de dolencias físicas

Disminución de sentimientos de inadecuación social

Adecuada Interrelación

Dependiente: Disminución de los Estados Depresivos.

Indicadores:

Resultados observados a través de la aplicación de la escala de depresión de Zung, de acuerdo a los siguientes parámetros:

Por debajo de 50 = presencia de normalidad.

De 50 a 59 = cuadro de depresión mínima o leve.

De 60 a 69 = cuadro de depresión moderada o notable.

De 70 o más = cuadro de depresión severa o extrema.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:

El trabajo de campo se realizó con una población de veinte (20) mujeres de la tercera edad (60 años y más) de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres, del Hospital General San Juan de Dios. Dichas pacientes ingresaron al hospital producto de sufrir dolencias físicas y manifestaciones sintomáticas de algún desorden depresivo (síndrome de soledad y abandono familiar, debido a que se han constituido en una carga familiar). La mayoría de dichas pacientes son de escasos recursos económicos o bien se encuentran jubiladas, por lo que muchas veces se sienten inútiles y desvalorizadas. Muchas de ellas son viudas y llegan al hospital buscando cariño y protección.

El diseño de investigación se constituyó en un estudio tipo panel (una muestra medida dos veces antes-después del diseño y aplicación del programa terapéutico). La prueba utilizada para medir los niveles de depresión fue la escala de depresión de Zung (ver anexos), y posteriormente en función de los resultados obtenidos, se diseñó y aplicó el programa terapéutico correctivo. Al finalizar la aplicación de dicho programa, se procedió a evaluar nuevamente, a fin de establecer diferencias y progresos en el estado de ánimo, antes y después de la aplicación del programa terapéutico correctivo.

1.2. INSTRUMENTO PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS:

Para la recopilación de información sobre los niveles de depresión existentes, antes y después del diseño y aplicación del programa correctivo, se utilizó la Escala de Depresión de Zung, orientada a evaluar grados de depresión y

estado de ánimo prevalente. La aplicación de la escala de Depresión de Zung se realizó en forma individual a cada una de las pacientes. Dicha prueba esta considerada como de papel y lápiz, no tiene tiempo límite y está conformada por veinte aseveraciones, con cuatro posibilidades de respuesta:

- 1) Nunca o muy pocas veces.
- 2) Algunas veces.
- 3) Frecuentemente.
- 4) La mayoría del tiempo o siempre.

Los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del programa correctivo, se evaluaron a través de la tabla dada por Zung, conteniendo los siguientes parámetros:

NIVELES DE MEDICIÓN DE LA ESCALA DE ZUNG

RANGO	INDICADOR
Debajo de 50	Presencia de normalidad.
De 50 a 59	Depresión mínima o leve.
De 60 a 69	Depresión moderada o notable.
De 70 o más	Depresión severa o extrema.

Se utilizó una tabla de conversión de la puntuación bruta, la cual permitió asignar un criterio diagnóstico al estado de ánimo o cuadro depresivo identificado.

2.3. TÉCNICA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El diseño de investigación correspondió a un estudio tipo panel, mediante la medición de la misma muestra medida dos veces: antes y después de la

aplicación del programa terapéutico orientado a superar estados depresivos, por lo cual se hizo necesario medir aspectos de tipo cuanti-cualitativos.

En función de lo anterior, el diseño estadístico se orientó a través de la técnica no paramétrica de Chi Cuadrado, a partir del establecimiento de una tabla de dos columnas por cuatro filas (punteos obtenidos en la evaluación inicial y la evaluación final y rango correspondiente al estado de ánimo identificado, respectivamente), en función de las frecuencias de ocurrencia. La hipótesis estadística que se sometió a proceso de aceptación o rechazo, se formuló de la siguiente forma: "Existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de depresión de Zung, antes y después de la aplicación del programa psicoterapéutico, dirigido a mujeres de la tercera edad, de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres, del Hospital General San Juan de Dios".

CAPÍTULO III

3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con el propósito de comprobar si "La psicoterapia es efectiva para disminuir los estados depresivos en mujeres hospitalizadas de la 3ra. edad", se procedió a seleccionar las personas que podrían incluirse dentro de la muestra objeto de estudio, la cual quedó conformada por un total de veinte pacientes mayores de 60 años, pacientes hospitalizadas en las salas 13 y 14 de medicina de mujeres, del Hospital General San Juan De Dios. Dichas personas cumplieron con los requisitos previamente establecidos, siendo en su orden los siguientes:

- Mujeres de la tercera edad (60 años y más)
- Pacientes de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres, del Hospital General San Juan de Dios.
- Que al momento de ingresar al hospital sufrían dolencias físicas y manifestaciones sintomáticas de algún desorden depresivo (síndrome de soledad y abandono familiar).
- De escasos recursos económicos
- Laboralmente jubiladas.

El diseño de investigación se constituyó en un estudio tipo panel (una muestra medida dos veces antes-después). Para el desarrollo de la investigación, fue necesario establecer contacto con las autoridades correspondientes (dentro del Hospital General San Juan de Dios), a fin de obtener la aprobación para la realización del trabajo de investigación, siendo ellos: El jefe de Docencia médica, Jefa del Departamento de Psicología y Jefatura de enfermería.

Seguidamente se procedió a realizar el análisis de expedientes o registros médicos, para detectar las personas que conformaron la muestra y que llenaron cada uno de los requisitos establecidos. Los principales causas de ingreso hospitalario incluyen:

- **Bronconeumonía**
- **Diabetes**
- **Congestión pulmonar**
- **Tuberculosis**
- **Caídas (golpes o fracturas ocasionadas por cuadros convulsivos (Epilépticos))**
- **Desnutrición**
- **Celulitis**
- **Problemas varicosos**
- **Convalecencia post operatoria**
- **Masectomía**
- **Apéndice perforada**
- **Vesícula biliar**

La prueba utilizada para medir los niveles de depresión fue la escala de depresión de Zung. A partir de los resultados obtenidos en la evaluación inicial, se diseñó y aplicó durante los meses de marzo, abril, y mayo, el programa terapéutico correctivo, orientado a la disminución de cuadros depresivos, incorporando elementos de laborterapia, uso adecuado del tiempo ocioso, desarrollo de la expresividad, etc. lo que a su vez permitió generar, desarrollo del trabajo grupal, cohesividad de grupo, sentimiento de universalización, afloración de temores y sentimientos negativos, entre otros.

Al finalizar la aplicación del programa terapéutico, se procedió nuevamente a evaluar a las pacientes que conformaron la muestra objeto de estudio, a fin de establecer diferencias y progresos existentes antes y después de la creación y aplicación del programa terapéutico.

El desarrollo de trabajo de campo, incluyó lo siguiente:

- **Revisión de historias clínicas, para la selección de las pacientes que conformaron la muestra objeto de estudio**
- **Aplicación inicial del test de Zung**



- Recopilación de información adicional, sobre cuadros depresivos y comportamiento en general a médicos y personal paramédico
- Clasificación de las pacientes de acuerdo a niveles depresivos
- Trabajo individual con las pacientes, para validar o verificar elementos de la historia clínica
- Trabajo en grupo con las pacientes:
 - Actividades de expresión corporal
 - Integración de música clásica para facilitar la expresión de sentimientos, permitir la afloración de temores, así como el desarrollo del sentimiento de universalización, además de establecer una nueva valoración de sí mismas y de la vida en general.
- Integración de música de marimba y actividades bailables a fin de establecer situaciones recreativas y cohesividad del grupo
- A partir de las actividades anteriores, utilización del tiempo ocioso, evitando caer en estados depresivos, a través de actividades de reflexión, análisis y recreación, por medio de actividades lúdicas
- Inducción a personal de enfermería sobre cuadro depresivo y trato a pacientes de tercera edad.

Las actividades de laborterapia incluyeron:

- Elaboración de una clínica
- Elaboración de un tarjetero de paletas
- Elaboración de portafotos con paletas
- Arreglo de globos
- Pintura en tela
- Lámpara de vasos

Asimismo, para estimular el desarrollo del grupo y provocar una mejor interrelación entre las pacientes, se realizaron visitas periódicas al jardín de hospital.

A continuación se presentan cuadros estadísticos de los principales datos obtenidos.

CUADRO No.1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN
DE PACIENTES HOSPITALIZADAS EN MEDICINA DE MUJERES DEL HOSPITAL
GENERAL SAN JUAN DE DIOS, POR RANGO DE EDAD

SALA	CANTIDAD	RANGO DE EDAD
13	5	60 - 70
13	4	71 - 80
13	1	81 y más
14	4	60 - 70
14	5	71 - 80
14	1	81 y más
TOTAL	20	

CUADRO No.2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, DE ACUERDO A RANGO DE EDAD,
ESTADO CIVIL Y PROFESIÓN

EDAD	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN
66	viuda	enfermera
66	viuda	ama de casa
69	viuda	trabajadora social
69	abandonada	MEPU
69	madre soltera	nifera
69	unida	nifera
69	soltera	ama de casa
70	casada	MEPU
70	casada	MEPU
71	viuda	Enfermera
71	viuda	Bachiller
71	soltera	ama de casa
72	viuda	ama de casa
72	soltera	enfermera
72	soltera	ama de casa
73	unida	ama de casa
75	viuda	ama de casa
79	abandonada	MEPU
81	madre soltera	MEPU
82	viuda	MEPU

CUADRO No.3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A RESULTADOS
OBTENIDOS EN LA EVALUACION INICIAL
(PRUEBA APLICADA: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG)

RANGO SCALA DE ZUNG	SALA No.13	SALA No.14	TOTAL DE CASOS	% CORRESPON DIENTE
Normal abajo de 50	3	1	4	20
Depresión mínima o leve 50 - 59	2	-	2	10
Modorada o notable 60 -69	3	4	7	35
Severa o extrema arriba de 70	2	5	7	35
TOTAL	10	10	20	100



CUADRO No.4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ACUERDO A RESULTADOS
OBTENIDOS EN LA EVALUACION FINAL
(PRUEBA APLICADA: ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG)

RANGO ESCALA DE ZUNG	SALA No.13	SALA No.14	TOTAL DE CASOS	% CORRESPONDIENTE
Normal: Abajo de 50	6	5	11	55
Depresión Mínima o leve De 50 - 59	3	2	5	25
Moderada o notable De 60 - 69	1	2	3	15
Severa o extrema arriba de 70	0	1	1	5
TOTAL	10	10	20	100

ROCEDIMIENTO SEGUIDO Y ANÁLISIS CUANTITATIVO

Para comprobar las diferencias existentes entre los niveles depresivos observados en la evaluación inicial, con respecto a la evaluación final (posterior a la aplicación del programa terapéutico diseñado), se procedió a la aplicación de la técnica estadística de chi cuadrado, por lo cual se plantearon las siguientes hipótesis estadísticas:

- ii. "Existen diferencias significativas entre los niveles de depresión observados antes y después de la aplicación del programa terapéutico, en mujeres de la tercera edad, de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres, del hospital general San Juan de Dios".
- io. "No Existen diferencias significativas entre los niveles de depresión observados antes y después de la aplicación del programa terapéutico, en mujeres de la tercera edad, de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres, del hospital general San Juan de Dios".

El procedimiento estadístico aplicado fue el siguiente:

- i. Reordenamiento de los datos en forma de tabla: 2 columnas por 4 filas, en función de los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del programa terapéutico, con respecto a los niveles de depresión.

Niveles de depresión	Resultados de la evaluación inicial	Resultados de la evaluación final
Normal		
Leve		
Moderada		
Extrema		

2. Se procedió a calcular la frecuencia esperada para cada casilla: $f_e =$
(Total marginal de renglón) x (total marginal de columna), dividido entre el
número de casos.
3. Reordenamiento de los datos en forma de tabla: 2 columnas por 4 filas, en
función de los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del
programa terapéutico, con respecto a los niveles de depresión.
4. Resta de las frecuencias esperadas, menos las frecuencias obtenidas:
 $f_o - f_e$.
5. Elevación al cuadrado de la diferencia obtenida: $(f_o - f_e)^2$
6. Dividir entre la frecuencia esperada: $\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$
7. Sumar los cocientes anteriores para obtener el valor de chi cuadrada
sumatoria de $\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$
8. Encontrar grados de libertad
 $gl = (r - 1) (c - 1)$
9. Comparar el valor de chi cuadrada obtenido con el valor de chi cuadrada
correspondiente en la tabla E.
10. Criterio de aceptación o rechazo:
Cuando la chi cuadrada de la tabla es menor a chi cuadrada calculada, se
rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación

Cuando chi cuadrada de la tabla es mayor a chi cuadrada calculada, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación.

A continuación se presentan los datos que fueron trabajados para establecer la comparación entre los niveles de depresión obtenidos en las evaluaciones realizadas antes y después de la aplicación del programa terapéutico:

CATEGORIAS	ANTES	DESPUES	TOTAL
NORMAL	4 (7.5)	11 (7.5)	15
LEVE	2 (3.5)	5 (3.5)	7
MODERADA	7 (5)	3 (5)	10
SEVERA	7 (4)	1 (4)	8
TOTAL	20	20	40

A partir del tratamiento estadístico utilizado, se obtuvieron los siguientes datos

Chi cuadrada obtenida: 18
Grados de libertad: 3
Chi cuadrada de la tabla "C": 7.815 a nivel de 0.05 grados de confianza
11.345 a nivel de 0.01 grados de confianza

Por lo tanto, a partir del procedimiento estadístico seguido, se obtuvieron los siguientes resultados: Como la Chi cuadrada esperada fue menor a la chi cuadrada obtenida o calculada, se procedió al rechazo de la hipótesis nula, aceptando la hipótesis de investigación, por lo cual se concluye que si "Existen diferencias significativas entre los niveles de depresión observados antes y después de la aplicación del programa terapéutico, en mujeres de la tercera edad, de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres, del hospital general San Juan

de Dios", con lo cual se comprueba la efectividad de la psicoterapia para disminuir o eliminar cuadros depresivos, ya que de las 20 personas que conformaron la muestra, se observó una evolución positiva, la cual puede observarse de acuerdo a la información siguiente:

Dentro del parámetro de estado normal al inicio de la medición se observó que cuatro personas caían dentro de esta categoría y al final el número se incrementó en once, lo cual demuestra un significativo nivel de progreso y mejoría en la evolución de las pacientes.

De dos personas que al inicio se incluían dentro de la categoría de depresión leve, el número fue incrementado en la evaluación final, contando con un subtotal de cinco, lo cual demuestra que tres más evolucionaron positivamente.

De siete personas que en la evaluación inicial, se encontraban dentro del parámetro de depresión moderada, en la evaluación final se observó que hubo un decremento significativo, ya que tres personas se localizaban en dicha categoría.

De siete personas que en el proceso de evaluación inicial se incluían dentro de la categoría de depresión severa, en la evaluación final solamente una persona se incluyó dentro de la misma, lo cual refleja un decremento significativo.

ANÁLISIS CUALITATIVO:

Para el desarrollo del programa psicoterapéutico, fue necesario aplicar técnicas de la metodología participativa, incluyendo charlas, dinámicas de grupo y prácticas demostrativas.

Los principales logros obtenidos fueron los siguientes:

- Las pacientes exteriorizaron sentimientos negativos
- Compartieron el hecho de aflorar sentimientos negativos, tales como haber experimentado sentimientos de inadecuación, producto del rechazo provocado por algunos de los miembros de sus respectivas familias, lo cual repercutió a nivel de sentimientos de desvalorización y baja autoestima, pues sus familiares las consideraban "viejas, enfermas e inútiles".
- A partir de la aplicación del programa terapéutico, se observó mayor preocupación y mejoramiento del arreglo personal en cada una de las pacientes incorporadas al desarrollo de esta investigación.
- Se evidenció mejoramiento en el estado de ánimo de las pacientes, producto de los siguientes factores:
 - Deseos de compartir con sus compañeras de sala
 - Libertad de expresión en el trabajo de grupo
 - Adecuada interrelación, haciéndose evidente a través de los paseos por el jardín (ya que unas gritaban, otras levantaban las manos, otras lloraban de alegría)
- Se evidenció adecuada relación con miembros de sus respectivas familias y con compañeras de sala, a través de un trato cordial y respetuoso.
- En general se pudo observar que desaparecieron las conductas quejumbrosas.

CONCLUSIONES

1. De acuerdo al desarrollo de la investigación y a partir de los resultados obtenidos en el proceso de evaluación antes y después de la implementación y desarrollo del programa psicoterapéutico, se concluye que "la psicoterapia es efectiva para disminuir los estados depresivos en las mujeres hospitalizadas de la 3era. edad".
2. Se infiere que el programa implementado fue efectivo, ya que involucró aspectos integrales para la recuperación de las pacientes de tercera edad, tales como trabajo de grupo, manejo y orientación del mismo, exposición catártica, terapia de apoyo, uso adecuado del tiempo libre u ocioso, desarrollo de la expresividad, desarrollo de la creatividad, e incorporación de actividades de laborterapia por medio de la elaboración de manualidades, entre otras.
3. Además de lo anteriormente señalado, la efectividad se mide a partir de los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del programa terapéutico correctivo, evidenciándose en el decremento de los estados depresivos, así como en la evolución positiva de las pacientes hacia estados considerados deseables.
4. La efectividad del programa correctivo no hubiera sido posible, sin el adecuado apoyo del equipo multidisciplinario que labora dentro del Hospital General San Juan De Dios, quienes a partir de involucrarse dentro del proceso, reforzaron actitudes de servicio y comprensión sobre la problemática vivida por las pacientes de tercera edad.



RECOMENDACIONES

1. Al departamento de investigaciones de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, incluir como parte de sus políticas de trabajo, el desarrollo de procesos orientados a despertar el interés en los estudiantes, para realizar trabajos con pacientes de la tercera edad, ya que en Guatemala, este es un campo al cual no se le ha dado la importancia que merece, tomando en cuenta que dichas acciones podrían constituirse en el medio para compensar de alguna forma, los esfuerzos que las personas de la tercera edad, generaron durante su época productiva.
2. A la Coordinación de Terapia Ocupacional y Recreativa de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, ampliar el campo de acción de la Terapia Ocupacional y Recreativa, de manera que su aplicación pueda desarrollarse psicoterapeúticamente en beneficio de las pacientes de tercera edad, ya que tradicionalmente se ha utilizado como medio de rehabilitación de pacientes que han sufrido alguna limitación orgánica.
3. Al Hospital General San Juan De Dios, específicamente al Departamento de Psicología, incluir dentro de plan de trabajo, programas orientados al tratamiento integral de los y las pacientes de tercera edad, tomando como modelo los hallazgos y aportes establecidos en esta investigación.
4. Al departamento de Psicología del Hospital General San Juan de Dios, incluir dentro del programa de trabajo, la participación activa y permanente de todos y cada uno de los estudiantes practicantes, del área de psicología, medicina y personal hospitalario, a fin de prestar un adecuado servicio, siendo necesaria la conformación de una comunidad terapéutica al servicio de la población de la tercera edad.



BIBLIOGRAFÍA

1. Calderón Navas, Guillermo. **"CAUSAS DE LA DEPRESIÓN"**. Editorial Trillas. México 1989.
2. Comfort, Alex. **"UNA BUENA EDAD: LA TERCERA EDAD"**. Editorial Blume, S. A. Barcelona 1986.
3. De Nicola Pietro. **"GERIATRÍA"**. Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V. México, D. F. 1985.
4. Girón Mena, Manuel Antonio. **"GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA SOCIAL"**. Editorial José de Pineda Ibarra. Guatemala 1982.
5. Harold, Kaplan, y Benjamin Sadock. **"COMPENDIO DE PSIQUIATRÍA"**. 2da. Edición. Editorial Salvat Editores, S. A. Barcelona 1988.
6. Kolb, C. Lawrence. **"PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA"**. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México de C. V. 8a. edición 1988.
7. Marcks, Isaaks. **"DEPRESIÓN MENTAL Y SENECTUD"**. Editorial Martínez, Roca. España 1986.
8. Papalia, Diane E. **"PSICOLOGÍA"**. Editorial McGraw Hill. México 1990.
9. Phillip, Solomon. **"MANUAL DE PSIQUIATRÍA"**. Editorial El Manual Moderno. México 1976.
10. Readers, Digest. **"SELECCIONES: CUÁNTO SABE DE LA MELATONINA"**. Por Edwin Krester y Sally Valente Krester. Universidad Virginia Commonwealth.
11. Rodríguez Reyes, José. **"LABORTERAPIA EN ENFERMEDADES MENTALES"**. Editorial Galvanuz. Madrid 1976.
12. Sherr, Lorraine. **"DEPRESIÓN MENTAL: AGONÍA, MUERTE Y DUELO"**. Editorial El Manual Moderno. México 1972.
13. Wingaarden, Cecil. **"TRATADO DE MEDICINA INTERNA"**. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. México 1992.



i.Wittig, Arno F. "INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA". Editorial McGraw Hill. México 1988.

i.Wolman, Benjamin B. "TEORÍAS Y SISTEMAS CONTEMPORÁNEOS EN PSICOLOGÍA". Editorial Martínez Roca. Barcelona 1978.







PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO

LIGIDO A: Mujeres de la tercera edad (de 60 años en adelante), de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres, del Hospital General San Juan De Dios, ciudad capital de Guatemala.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE PSICOTERAPIA:

El programa de psicoterapia propuesto, se orienta a posibilitar a las pacientes de las salas 13 y 14 de medicina de Mujeres del Hospital General San Juan De Dios, de mecanismos que les permitan superar estados depresivos, tomando como punto de partida, el hecho de que la sociedad les ha creado la falsa creencia de que al llegar a la tercera edad, se convierten en un estorbo, ya que se constituyen en personas "inútiles e improductivas".

Pretende su aplicación a partir de los resultados obtenidos mediante la medición del estado de ánimo prevaiente, aplicar la escala de depresión de Zung. La aplicación del desarrollo de este programa se planificó para tres meses, posterior a realizar la primera evaluación diagnóstica a través de la Escala de Zung.

Al finalizar la aplicación y desarrollo del mismo, será necesario aplicar un test, para evidenciar la efectividad del mismo y establecer los logros alcanzados, a partir de obtener cambios significativos en el estado de ánimo.

2. OBJETIVOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO:

2.1. GENERAL

2.1.1. Fomentar el desarrollo de la seguridad personal y el incremento de la autoestima, para enfrentar adecuadamente las situaciones de vida, propias de la tercera edad.

2.2. ESPECÍFICOS:

2.2.1. Recolectar información específica de las pacientes de la 3ra. edad, de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres del Hospital General San Juan de Dios, relativa a la evolución de cuadros depresivos.

2.2.2. Crear un ambiente cálido y armonioso, entre las pacientes de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres del hospital General San Juan De Dios.

2.2.3. Medir niveles de depresión en pacientes mujeres de la 3ra. edad de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres del Hospital General San Juan de Dios, a través de la aplicación de la Escala de Depresión de Zung.

2.2.4. Facilitar las condiciones para el involucramiento psicoterapéutico de las pacientes de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres del Hospital General San Juan de Dios, que presentan cuadro depresivo.

- 2.2.5. Establecer procesos de comunicación que permitan a las pacientes de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres del Hospital General San Juan de Dios, aflorar sentimientos de soledad, fracaso, abandono, temores y problemas de vida, así como la manifestación de pensamientos respecto al futuro inmediato.
- 2.2.6. Utilizar el tiempo ocioso en actividades lúdicas y recreativas, para el incremento de la autoestima y la seguridad personal y consecuentemente desvirtuar en las pacientes con cuadro depresivo de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres del Hospital General San Juan de Dios, la falsa creencia de que el individuo al llegar a la tercera edad, se constituye en una persona inútil e improductiva.
- 2.2.7. Medir niveles de depresión en pacientes mujeres de la 3ra. edad de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres del Hospital General San Juan de Dios, posteriormente al desarrollo del programa terapéutico.

ACTIVIDADES:

- 3.1. **REVISIÓN Y ANÁLISIS DE EXPEDIENTES MÉDICOS:** Permitirá tener conocimiento de datos generales de las pacientes de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres, del Hospital General San Juan de Dios, y recopilar información específica sobre padecimientos orgánicos por los cuales ingresaron al hospital; diagnóstico clínico, curso y evolución de la enfermedad.

- 3.2. **ESTABLECIMIENTO DE RAPPORT:** Contacto inicial con las pacientes de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres del Hospital General San Juan de Dios que presentan cuadro depresivo y que corresponden a la tercera edad, a manera de obtener su confianza e involucrarlas en actividades psicoterapéuticas.
- 3.3. **MEDICIÓN INICIAL DEL ESTADO DE ÁNIMO:** Aplicación de la psicometría para diagnosticar el estado de ánimo que prevalece, por medio del Test de Zung.
- 3.4. **REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES LÚDICAS Y RECREATIVAS:** A través de dinámicas de grupo y trabajo individual o colectivo, dependiendo del cuadro clínico que presenten las pacientes.
- 3.5. **REALIZACIÓN DE EJERCICIOS VIVENCIALES:** A través de la utilización de dinámicas vivenciales las pacientes tendrán las condiciones necesarias para aflorar sentimientos y pensamientos respecto a situaciones dolorosas o frustrantes, encontrando a la vez, las posibilidades de incorporar nuevos elementos que les permitan generar una visión diferente respecto a la vida.
- 3.6. **TERAPÉUTICA OCUPACIONAL (ERGOTERAPIA):** Se establecerán procesos propios de la terapéutica ocupacional, efectuando ejercicios productivos, que permitan estimular la capacidad creativa de objetos materiales, tales como manualidades (clínera, tarjeteros, abaricos, portarretratos), etc. que les permitan ocupar su tiempo ocioso y consecuentemente generen un adecuado estado de ánimo, ya que se realizarán exposiciones de los mismos. Como acciones complementarias a este tipo de actividades, se tiene previsto la realización de actividades lúdicas, tales como juego de cartas, juegos de

salón, etc. que permitan ocupar el tiempo libre u ocioso, estimulando además, la iniciativa y el deseo de recuperación, premiando los logros obtenidos.

- 3.7 **MEDICIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO.** Aplicación de la psicometría para diagnosticar el estado de ánimo e inferir el resultado positivo o negativo del programa correctivo de tratamiento.

I. RECURSOS:

4.1. HUMANOS:

Personal médico y paramédico del Hospital General San Juan de Dios.
Pacientes de las salas 13 y 14 de medicina de mujeres del Hospital General San Juan de Dios.
Psicóloga (estudiante investigadora)

4.2. MATERIALES.

Expedientes o registros médicos
Pruebas psicométricas
Banco de dinámicas grupales
Lápices
Cartulinas
Lanas, lustrinas, agujas, telas, cáñamo, tijeras, pegamento
Juegos de salón: cartas, damas, gran banco, etc.

4.3. INSTITUCIONALES:

Unidades de encamamiento
Salón de trabajo del Hospital General San Juan de Dios
Clínicas médicas del Hospital General San Juan de Dios

5. **METODOLOGÍA:**

Aplicación del método deductivo (de lo general a lo particular), uso de técnicas participativas, de observación, análisis y síntesis.

6. **SISTEMAS EVALUATIVOS:**

A través de los resultados obtenidos en las actividades propuestas, y del desempeño de cada una de las participantes, así como de los resultados obtenidos al comparar el estado depresivo antes y después del proceso terapéutico.

TEST DE ZUNG

La escala de Depresión de Zung, es una prueba para evaluar grados de depresión en el ser humano y mostrar el estado anímico prevalente.

Esta considera como una prueba subjetiva, ya que tiende a la exploración de la percepción y concepto que el individuo tiene de sí mismo. No tiene escala de tiempo, se aplica cara a cara y se constituye en una prueba de papel y lápiz; está estructurada por veinte aseveraciones, con cuatro posibilidades de respuesta y evalúa la depresión de acuerdo a cuatro niveles:

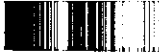
1. Por debajo de 50; implica presencia de normalidad.
2. De 50 a 59; presencia de depresión mínima o leve.
3. De 60 a 69; presencia de depresión de moderada a severa.
4. De 70 y más; presencia de depresión severa o extrema.

Para la evaluación de los resultados obtenidos, es necesario contar con una escala o tabla de conversión de la puntuación bruta, lo que permite la obtención de un puntaje standard.



ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	2
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	4
HISTORIA	8
LA DEPRESIÓN COMO EMOCIÓN HUMANA NORMAL	10
LA SENECTUD	13
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA	14
CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN GUATEMALA	16
PREMISAS	19
PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS	20
IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	
CAPÍTULO II	
2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	21
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	
2.2. INSTRUMENTO PAR LA RECOPIACIÓN DE DATOS	
2.3. TÉCNICA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
CAPÍTULO III	
3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	24
PROCEDIMIENTO SEGUIDO Y ANÁLISIS CUANTITATIVO	31
ANÁLISIS CUALITATIVO	34
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	40
PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO	41
1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE PSICOTERAPIA	
2. OBJETIVOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO	42
2.1. GENERAL	



	2.2. ESPECÍFICOS	
3.	ACTIVIDADES	43
4.	RECURSOS	45
	4.1. HUMANOS	
	4.2. MATERIALES	
	4.3. INSTITUCIONALES	
5.	METODOLOGÍA	46
6.	SISTEMAS EVALUATIVOS	
	TEST DE ZUNG	47

