

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**“LA INCIDENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS
INSTITUCIONALIZADAS DE LA TERCERA EDAD QUE SUFREN DE
MARGINACION FAMILIAR”**

Informe Final de Investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

POR

Delma Lissette Almengor López
Lourdes Inés González Monroy

Previo a optar el título de:

PSICOLOGA

En el grado académico de:

LICENCIATURA

Guatemala, octubre de 2004

INDICE

No. Pág.

PRÓLOGO.....
..... 1

CAPITULO

I.....
3

INTRODUCCIÓN.....
..... 3

Enfermedades Asociadas a la Tercera Edad..... 15

1. Psiconeurosis.....	15
• Depresión Neurótica.....	15
• Compulsiones.....	15
• Histeria.....	16
• Fatiga Crónica.....	16
• Hipocondría.....	16
2. Psicosis.....	16
• Depresión Psicótica.....	16
• Involución Psicótica.....	16
• Psicosis Maníaco-Depresiva.....	17
• Psicosis Senil.....	17
Enfermedades Orgánicas Asociadas a la Tercera Edad.....	17
1. Parkinson.....	17
2. Alzheimer.....	19
3. Diabetes.....	20
4. Cáncer.....	20
5. Depresión con Demencia Reversible.....	21
Prevención en Psiquiatría y Salud Mental.....	22
• Vejez y Salud Mental.....	23
• Medicina Preventiva y Social.....	23

<i>La</i>	
<i>Depresión.....</i>	<i>.....</i>
<i>... 25</i>	
• Depresión en el Anciano.....	30
• Curso y Pronóstico de la Depresión en ancianos.....	32
• Conceptos Logoterapéuticos para abordar La Depresión	34
• Principios y Valores en que se Basa la Logoterapia...	36
• La Dimensión Noética o Espiritual.....	38
• Dimensión Noética y Salud Mental en la Tercera edad..	40
• Lineamentos Fundamentales de la Logoterapia en el Asesoramiento Psicoterapéutico de la Depresión.	40
 <i>Servicios Médicos y Sociales para la</i>	
<i>Vejez.....</i>	<i>42</i>
• Políticas de Institucionalización.....	43
• El Mantenimiento del Anciano en su propio Hogar.....	44
• Sistemas Alternativos a la Institucionalización.....	45
CAPITULO II.....	47
 <i>TÉCNICAS E</i>	
<i>INSTRUMENTOS.....</i>	<i>47</i>
• Instrumentos de Recolección de datos.....	47
• Técnicas y procedimientos de Trabajo.....	48
• Análisis y Presentación de Resultados.....	49
CAPITULO III.....	51
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	51
• Observación Institucional.....	51
• Caracterización de la Muestra.....	51
• Test de Evaluación de Síntomas Depresivos.....	53
• Entrevista Estructurada.....	62
 <i>CONCLUSIONES.....</i>	<i>.....</i>
<i>..... 72</i>	
RECOMENDACIONES.....	74
 <i>REFERENCIAS</i>	
<i>BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>76</i>
ANEXOS.....	79
• Formato del Test de Evaluación de Síntomas Depresivos.	80
• Formato de la Entrevista Estructurada.....	82
• Guía de Observación Institucional.....	84
RESUMEN.....	88

PRÓLOGO

La importancia de la realización de este estudio se originó de la necesidad tanto en el valor teórico, implicaciones prácticas, relevancia social y la utilidad metodológica. En el valor teórico debido a las pocas investigaciones realizadas con personas de la tercera edad, se consideró que esta investigación ayudaría al enriquecimiento bibliográfico y descriptivo de los síntomas depresivos, lo cual contribuiría a conocer con mayor medida el comportamiento de la incidencia de síntomas depresivos con relación a la marginación familiar.

Con relación a implicaciones prácticas se consideró que los resultados obtenidos en la investigación irían en función de resolver los problemas relacionados a la marginación familiar y contrarrestar con ello la incidencia de síntomas depresivos de ancianos institucionalizados.

Respecto a la relevancia social se consideró que los resultados de la investigación irían en función de beneficiar a las personas de la tercera edad que diariamente estuvieran siendo institucionalizados y marginados por su familia en el sentido de proponer alternativas que ayuden a contrarrestar la incidencia de síntomas depresivos.

En el aspecto de utilidad metodológica ayudaría a definir realmente la relación existente entre la incidencia de síntomas depresivos y la marginación familiar, creando un nuevo análisis de datos por el que pudieran lograrse mejoras en la atención a los ancianos por medio del involucramiento del afecto familiar hacia ellos, permitiera además estudiar detenidamente las características de la etapa senil.

Es por ello que se vio la necesidad de realizar este tipo de investigación que fuera en función de cubrir las necesidades

existentes de las personas de la tercera edad, dando con ello un enfoque social a la Psicología con la finalidad de brindar un aporte teórico y metodológico del quehacer psicológico.

Esto generó aportes de aprendizaje, diagnóstico y pronóstico específicos en ancianos, lo cual contribuyó al reconocimiento de la importancia y valor que se le debe dar al anciano dentro de la sociedad, para poder con ello mejorar la calidad de vida.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Casa Geriátrica María, abrió sus puertas el 1 de septiembre de 1995, en la Calle Ancha de la Antigua Guatemala. Al principio se estableció como empresa, pero al encontrarse con la dura realidad que la mayoría de las personas que necesitan de los servicios como los que ofrece Casa Geriátrica María, son ancianos de escasos recursos y muchas veces no tienen familiares que se hagan cargo de ellos, esto dejó al descubierto la gran demanda existente en Sacatepéquez y en todo el país de hogar con atención especial para las personas de la tercera edad y principalmente para personas sin recursos económicos. En 1998 se tomó la decisión de que el hogar siguiera funcionando como una entidad de beneficencia. Después de 4 años se logró la creación de ACGEMA, la cual se define como una asociación civil, privada de desarrollo integral, no lucrativo y apolítico. Actualmente se mantiene un promedio de entre 60 y 65 ancianos, la mayoría padece alguna enfermedad y por ese motivo requiere cuidados especiales, además son residentes en el hogar.

La misión de dicha asociación es primordialmente, atender a personas de la tercera edad adecuadamente, no importando sexo, raza, religión, condición social, haciéndolos sentir parte importante de una familia, ayudarlos a sobrellevar su misma ancianidad y brindarles calor de hogar, lo cual es esencial para lograr su bienestar además de alimentación, hospedaje y atención médica.

La investigación consistió en describir ¿cuál era la incidencia de los síntomas depresivos existentes en personas comprendidas entre los 60 y 65 años de edad que sufren de marginación familiar y que han tenido que ser

institucionalizados? Para la realización de dicha investigación se tomó en cuenta una muestra de tipo no probabilística teniendo en cuenta las siguientes características:

- Personas de la tercera edad comprendidas entre 60 y 65 años de edad.
- Ser institucionalizadas.
- Ambos sexos.
- Personas de la tercera edad con marginación familiar (no visitadas) y sin marginación familiar (con visitas de sus familiares).
- Cantidad de la muestra: Al inicio de la investigación se indicó la elección de 15 personas con marginación familiar y 15 personas sin marginación familiar, pero debido a la inexistencia de tal número que llenaran las características, se tuvo que reducir de la siguiente manera:
14 sin marginación familiar y 13 con marginación familiar, dando un total de 27 ancianos que fueron entrevistados a nivel individual.

Dentro de los objetivos para trabajar con dicha población fue principalmente describir la incidencia de síntomas depresivos como consecuencia de la marginación familiar y la pérdida de valores internos, determinar si la marginación familiar tiene una influencia importante en la incidencia de estos síntomas y brindar aportes teóricos y metodológicos que vayan en función del que hacer psicológico aplicado a las personas de la tercera edad y conducir a las personas de la tercera edad a responsabilizarse de su realidad ayudándole a reencontrar el sentido de su vida.

Para la realización de la investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: el "Test de Evaluación de Síntomas Depresivos" elaborado por el Psiquiatra Adalberto Campo, así como también una entrevista estructurada elaborada por las investigadoras que nos sirvieron para la verificación y presentación de los resultados, los cuales nos aportaron datos cuantitativos y cualitativos acerca del problema de los cuales a manera de resumen son los siguientes:

1. De los 27 ancianos que conformaron la muestra tanto visitados, como aquellos que no son visitados por sus familiares se encuentran presentes síntomas depresivos que se manifiestan en tristeza, llanto, soledad, sentimientos de culpa y autoreproches.
2. De los 27 ancianos que conformaron la muestra tanto visitados, como aquellos que no son visitados por sus familiares, se pudo comprobar a través de las entrevistas que tal existencia de síntomas depresivos no dependía únicamente del hecho de ser abandonado o no, sino que se debía a la pérdida de valores internos que les permite mantener un sentido de vida.

Dichos aportes nos llevaron a la aceptación del supuesto planteado al inicio de la investigación en el sentido de que: "La incidencia de síntomas depresivos en personas de la tercera edad institucionalizadas, no necesariamente se debe al abandono o no abandono por parte de sus familiares sino que está relacionada también con el nivel de factores noógenos en los ancianos comprendidos entre 60 y 65 años de edad en ambos sexos".

Desde la perspectiva humanista - existencial la causa central de la depresión es la pérdida de la autoestima, el objeto perdido puede ser real o simbólico (poder, rango social, afecto y dinero), pero la pérdida en sí no es tan

importante como el cambio en la autoevaluación del individuo como resultado de esta. Muchas personas basan el concepto que tienen de sí mismas en quienes son y qué tienen, por ejemplo: Un anciano que toda su vida fue jefe de familia al momento de ser institucionalizado pierde su rango social y familiar, en este caso la pérdida insoportable no lo es por sí misma, por lo que no podemos soportar despojarnos del objeto externo y quedamos desposeídos al ver el abismo intolerable en nosotros mismos. Las identificaciones de este tipo ofrecen una verificación externa del valor de una persona en su mente. Carl Rogers hace énfasis en la diferencia entre el yo ideal de una persona y sus percepciones del estado real de las cosas como la fuente de la depresión y la ansiedad. Al igual que Kierkegaard, cree que es probable que la depresión emerja cuando la diferencia entre el yo ideal y el real se hace tan grande que el individuo no puede tolerarla. Esta discrepancia ocurre con frecuencia, en especial entre las personas que tienen grandes aspiraciones de logro y tratan de cumplir con varios papeles en forma simultánea

La perspectiva humanista - existencial propone una visión integral del ser humano y afirma que la motivación primaria en la vida, es la búsqueda de un significado a la existencia. Esta búsqueda se da a través del mundo de los valores, es decir desde la autotranscendencia, que es la capacidad que posee el ser humano de salir de sí mismo y volcarse a una tarea por realizar, una persona a quien amar o llegado el caso, afrontar un sufrimiento que se le presenta como inevitable. Dentro de esta línea psicológica cabe mencionar específicamente la logoterapia debido a que es un método de tratamiento psicoterapéutico que parte del espíritu y está centrada en la búsqueda del sentido. Su objetivo es conducir

a la persona a la autodeterminación, basándose en la propia responsabilidad y solidificar el sentido individual que lo lleve a causas a las que servir o personas a quienes amar. El fundador de esta "tercera escuela vienesa de psicoterapia" llamada Logoterapia es Víktor E. Frankl considerado dentro de la psicología existencial desarrollada en Europa, como su máximo exponente. Los valores humanos son las metas principales de la logoterapia y el complemento espiritual totaliza el ser humano además de su aspecto biológico, psicológico y sociológico. La logoterapia es un enfoque básicamente existencial y fue creado para ayudar al ser humano a solucionar sus problemas filosóficos, espirituales y existenciales en relación con el sentido de la vida, problemas interrelacionados totalmente al aspecto bio-psico-social a los fines de una concepción unificadora del ser humano. Se considera que este problema está enmarcado dentro de la Psicología Social, pues debido a la incidencia de esta problemática dentro de la sociedad guatemalteca que va generando el fenómeno de la marginación familiar y el aumento de los síntomas depresivos en las personas de la Tercera Edad que han sido Institucionalizadas y marginadas por sus familiares.

Es necesario conocer a grandes rasgos el desarrollo de las edades de la vida humana, pero nos enfocaremos propiamente a la etapa conocida como Tercera Edad, no está demás mencionar que la ciencia dedicada al estudio de la asistencia de las personas ancianas es la Geriatría, por lo que nos referiremos a conocer las diferentes intereses que a esta ciencia atañe, para entender las características específicas de esta edad, a continuación se expondrá de forma teórica aspectos que permitan una mejor comprensión de la investigación.

La geriatría es la medicina de los ancianos, es decir asistencia médica, prevención y tratamiento de enfermedad de la vejez y además, asistencia psicológica y socioeconómica. Implica imaginación para la búsqueda de los medios más convenientes que reactiven y reintegren al anciano, no solo asistencia, sino amor para satisfacer necesidades y deseos del anciano.

La gerontología es el estudio del envejecimiento y sus consecuencias. Comprende desde los unicelulares a los más complejos, terminando con los animales superiores y el hombre. El envejecimiento no sólo tiene consecuencias biológicas, sino también médicas, psicológicas y socioeconómicas y en este sentido se superponen los términos geriatría y gerontología hasta ser casi sinónimos.

Las edades de la vida humana siempre han sido tres, a saber: niñez, adultez y vejez. Por otra parte las funciones y estatus tradicionales que se establecen en la vida familiar corresponden a hijos, padres y abuelos, términos que aplicados colectivamente se identifican con niños, adultos y viejos.

Además de este concepto familiar, el desarrollo biológico divide la vida humana en siete edades: 1). La infancia, término ortodoxamente aplicable al niño que no habla, porque ese es su significado, correspondiendo al lactante y comprendiendo el primer año de vida; 2) La niñez propiamente dicha desde la iniciación del lenguaje a partir del segundo año hasta el principio de la actividad sexual, es decir hasta los 12 años cronológicos de vida aproximadamente; 3) La pubertad, período que dura más o menos dos años y durante el que las funciones sexuales se manifiestan en ambos sexos incluyendo: menstruación en la mujer y eyaculación en el hombre, desarrollo y crecimiento de los órganos genitales en

ambos sexos, aparición de los caracteres sexuales secundarios (cambio de voz en el hombre, aumento del tamaño de los pechos en la mujer, crecimiento de pelo en el pubis y las axilas en los dos sexos y salida de barba y bigote en el hombre), todo ello acompañado de transformaciones del cuerpo tomando aspecto redondeado en la mujer y musculoso en el hombre. Este período se extiende hasta los 14 ó 16 años; 4) Adolescencia que sigue a la pubertad y se caracteriza por vivencias de adaptación social que lentamente van incorporando al púber a la vida adulta y que suceden entre los 15 y 20 años; 5) Edad adulta en que el hombre debe trabajar y tradicionalmente hacer la guerra, y la mujer se dedica a la crianza, hasta la menopausia o sea los 45 años de vida; 6) Más allá de los 45 años puede estar la vejez, edad que debido a la imprecisión de su comienzo se inicia con un período de ubicación discutible o intermedio llamado madurez, que para algunos es el final de la adultez (adultez tardía), y que otros el principio de la vejez (vejez temprana) y que se extiende hasta los 60 años; 7) Después viene la vejez propiamente dicha senectud, edad en que se inicia la declinación, situándose entre los 60 y los 75 años y siendo variable, impredecible y a veces contradictoria, en cuanto a que muchas personas logran dar sus mejores frutos en plena senectud. Esta edad se continúa con la senilidad, período que sucede diferentemente para personas más allá de los 75 años.

En cuanto a la vejez, los criterios modernos de la edad biológica son más imprecisos, debido a que esta disciplina científica todavía es incipiente por lo que los criterios para desarrollar estas características todavía no están sólidamente establecidos. La tercera edad es considerada como la etapa de retiro del trabajo con una pensión, más

parece que este calificativo se relaciona con el proceso de producción y la sociedad de consumo. Puede ser que sin querer se le haya dado a la vejez pensionada una denominación que la semeja a un producto ya consumido. Esto es alarmante al tratar de la vida humana, valor supremo de la existencia por lo que desde este punto de vista al ser humano se le trata como una máquina, principiando a fallar y terminando convertida en chatarra cuando se llega a la cuarta edad que corresponde al más allá... de los 75 años aproximadamente.

El envejecimiento es un proceso muy individual, cada persona envejece a distinta velocidad y de maneras diferentes. El proceso de envejecimiento varía según todas las circunstancias que configuran la vida de cada persona: salud, ingresos, familia, personalidad, etc.

Dentro de las edades de interés geriátrico; ante todo se necesita establecer una definición de anciano y, en general, de las edades que interesan a estas disciplinas después de la infancia, adolescencia y edad adulta, como son las siguientes:

- Edad Intermedia: Abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años y también se denomina presenil, primer envejecimiento crítica. En esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento, que representan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo medidas preventivas.
- Senectud gradual: Es el período de los 60 a 70 años y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamiento oportunos.

- Senilidad o vejez declarada: Esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto del anciano, con una importancia creciente de problemas asistenciales a nivel médico, social y, sobre todo de rehabilitación por los estados de discapacidad 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. ¹

Es importante mencionar para una mejor comprensión en esta etapa senil las diferentes teorías sobre el envejecimiento ya que desde tiempos muy remotos se ha tratado de buscar las causas que producen en el hombre la muerte y en este desempeño se viene trabajando con el fin de determinar qué produce la degradación senil en el ser humano y el inevitable trance de la muerte, es de ahí que se hace la pregunta ¿Por qué se envejece?, a esto se puede plantear dos cuestiones diferentes:

1. El envejecimiento es necesario para eliminar a los individuos viejos de la población para proveer de espacio y nutrición.
2. La posesión de una esperanza de vida finita asegura una sucesión generacional más rápida y así aumenta las probabilidades de que las especies se adapten a los cambios del ambiente.²

Las teorías del proceso de envejecimiento atienden, por una parte, a los factores intrínsecos del organismo y por otro lado, a los factores extrínsecos. Los factores intrínsecos incluyen elementos externos, como el código genético; los extrínsecos incluyen elementos externos, como la influencia

¹ De Nicola, Pietro. Geriatría. Pág. 2

² López Ibor, Juan José. et. al. Lecciones de Psicología Médica. Pág. 487, 488

del estrés o la infección, a veces es muy difícil diferenciar el tipo de componente de tal proceso, ya que en algunas ocasiones tiende a ser consideradas como componentes de ambos estímulos.

- Teoría de la inmortalidad de los seres unicelulares: Entiende que los seres vivos unicelulares carecen de muerte natural, puesto que su método reproductivo por división genera dos elementos que siguen proliferando. La muerte natural apareció con los metazoarios (animales pluricelulares) y la causa se atribuye a la existencia de dos categorías de elementos:

1. Las células de propagación de germinación, consideradas como inmortales, destinadas a la perpetuación de la especie.

2. Las células del soma (cuerpo), esencialmente perecederas debido a su función específica, ocasiona una pérdida del plasma germinal o hereditario. La muerte total o definitiva viene condicionada a esta pérdida, gastada por esta actividad, y tiene que ser reemplazada en el nuevo ser por células jóvenes y vigorosas.

En cuanto a la vejez, esta teoría la explica considerando que los organismos, son criaturas limitadas en el tiempo y en el espacio, cuyas células somáticas merman sucesivamente su capacidad regenerativa hasta llegar a un mínimo incapaz de sostener el funcionamiento de los órganos necesarios para la supervivencia individual.

- Teoría de la disarmonía del organismo: Esta teoría considera que la senilidad y la muerte son consecuencia de una lucha fagocítica que permite la imperfecta adaptación de algún órgano a las necesidades de la vida, para ello

considera la posibilidad de mediar el daño inventando sueros u otras sustancias específicas, capaces de crear y reemplazar las funciones de células nobles en la producción de defensas, modificación de flora intestinal mediante una alimentación adecuada.

- Teoría de la decadencia sexual: Hansenma estableció la vinculación con la atrofia de las glándulas sexuales, cuyas secreciones internas, además de otros fenómenos, influirían sobre la actividad de los órganos más nobles.³
- Teoría del campo: Según Lexin tiene importancia en lo que se refiere a la evolución de la conducta de los ancianos en los últimos años. A medida que se tienen más años la variedad de actividades, emociones, necesidades, información y relaciones sociales aumenta, hasta cierta edad. Luego la versatilidad del comportamiento experimenta una reducción.
- Teoría de los roles: Los psicólogos que se dedican al estudio de los roles suponen que la adaptación del individuo depende del número de roles que sea capaz de adoptar. La persona mayor inadapta es aquella que durante su juventud no va formulándose roles apropiados para la vejez.⁴ Esto parece indicar que es importante el conocimiento de la dinámica familiar en que se desenvuelve el anciano, ya que el resultado de sus interacciones si se establecen de una manera armónica, en donde cada individuo que compone a la familia tiene muy claro su papel, así como su relación psicoafectiva, se dice que vive en una familia funcional, por otra parte a los desajustes o desequilibrios en la dinámica familiar se dice que convive con una familia disfuncional. Más aún, cuando estos

³ López-Ibor, Op.Cit. Pág. 488

⁴ Enciclopedia de la Psicología Océano. La edad adulta. Pág. 39

desequilibrios o falta de armonía se da en el seno familiar, pueden llegar a provocar las denominadas crisis, un ejemplo frecuente es el que se refiere a una familia funcional en la cual el anciano inicia un síndrome demencial de lo que resulta desequilibrio por la carga social y familiar, además de la psicoafectiva en la cual se ve inmersa. Esta problemática implica la demanda de mucho afecto y desgaste físico por parte de los miembros de la familia encargados del cuidado del anciano, lo que da como resultado agobio o colapso y en ocasiones crisis familiares.

Es necesario también entender que los individuos actúan de cierto modo o tienen un papel o que los caracteriza y a esto se le ha denominado rol o papel. Por supuesto que estos roles están bien definidos cuando dentro de una familia existen integrantes de la tercera edad y estos roles dependen de múltiples factores como la clase social a la que pertenecen, la ocupación, la educación, pensamiento político, etc.

A través de la vida del anciano, esta sujeto a los cambios que por etapas se den, y aunados a ellos están las pérdidas o duelos; como ejemplos tenemos la partida de los hijos al casarse, la muerte de amistades y de la pareja, el retiro o jubilación o el ingreso del anciano a una institución.

Además los ancianos se acoplan al sistema familiar de acuerdo a su personalidad y evolucionan y adaptan de acuerdo con el rol que desempeñan por funcional o disfuncional que sea dentro o fuera de la familia. Existen otras series de circunstancias que podrían explicar el comportamiento o rol que desempeña en determinado momento el anciano en su grupo familiar, ya que en muchas

ocasiones la familia los aísla, los deja solos, los institucionaliza hasta hacerlos incapaces de compartir o establecer relaciones como grupo familiar, ya sea que porque no tuvieron hijos, porque no tienen otros familiares, porque sus hijos no los toman en cuenta o bien por falta de tiempo y economía.⁵

Después de haber conocido las diferentes etapas y características por las que pasa el ser humano, específicamente cuando se llega a la tercera edad, es de suma importancia conocer las enfermedades mentales y orgánicas que están asociadas a esta, para poder diferenciar síntomas depresivos provocados por una enfermedad orgánica de las de una enfermedad con componentes psicológicos de las bases existenciales.

Enfermedades mentales asociadas a la tercera edad:

1. Psiconeurosis:

- **Depresión neurótica:** Es muy corriente en el estado de vejez. Se distingue de la depresión psicótica porque es más breve y menos intensa. El paciente advierte que no es totalmente culpable por la pérdida de su autoestima. A partir de los sesenta años, estas depresiones suelen ser más frecuentes y más profundas. Se producen a partir de los acontecimientos del mundo exterior, la muerte o la enfermedad grave de familiares y amigos.
- **Compulsiones:** Los síntomas que aparecen son: obsesión por el orden y la pulcritud, todo tipo de rituales para comer, caminar, vestirse, dudas permanentes. Se obstinan en verificar si las puertas y los grifos están bien cerrados, etc. Estas obsesiones compulsivas son resultado de la angustia creciente y de la inseguridad. Por medio de ellas,

⁵ Encinas, Jaime Enrique Revista Española; El Anciano y la Familia. Pág. 25, 26.

en tanto que respuestas estereotipadas, se tiene la ilusión de dominar mejor el mundo circundante.

- Histeria: La mayoría de las veces, sobre defectos físicos ya contraídos que se exageran: disquinesia artrítica, cojera, defectos en la visión y la audición, etc. El objetivo es llamar la atención de los demás o provocar en ellos sentimientos de culpa.

- Fatiga Crónica: Esta fatiga proviene casi siempre de la falta de gratificación que producen en el anciano las actividades que puede realizar en esta etapa, aunque a veces es normal que el anciano se canse más y demore más en sus procesos de recuperación.

- Hipocondría: El anciano desvía su atención de las personas y objetos que lo rodean y se concentra en su cuerpo. Es posible que utilice los síntomas y los dolores como una expiación por la culpa que le ocasiona la agresión y la envidia que experimenta hacia algún miembro de la familia. También puede ser una forma de desplazamiento de una tensión psíquica que, de ese modo, se vuelve más soportable.

2. Psicosis

- Depresión Psicótica. En la vejez se llaman también depresiones reactivas, porque son generalmente una respuesta a algún problema planteado por el medio. Las personas que padecen este tipo de depresión son las que están más propensas a experimentar las pérdidas como una herida narcisística.

- Involución psicótica. Aparecen sentimientos de culpa y mecanismos de castración. Los pacientes caen en un narcisismo grave y se apartan del mundo exterior. Se sienten cada vez más angustiados, les cuesta dormir, y hasta pueden llegar a considerar el suicidio.

- Psicosis maníaco-depresiva. En la ancianidad, esta psicosis se caracteriza por las grandes oscilaciones. En el período maníaco, el anciano manifiesta una locuacidad exultante y una motricidad exagerada. Vuelve luego a la normalidad y pasa de allí a una depresión con las características, invertidas, del primer período.

- Psicosis senil o demencia senil. Hacen referencia a trastornos mentales crónicos de los ancianos. Provocados por modificaciones orgánicas en el cerebro. Como consecuencia de este deterioro orgánico, se produce ante todo una declinación intelectual con deterioro de la eficiencia y la memoria y, a consecuencia de esto, una falta total de pulcritud y de cuidado personal, así como inhibiciones morales.

- Psicosis arteriosclerótica. Aparece como promedio a partir de los sesenta años. Esta enfermedad afecta más a los hombres que a las mujeres. Se presenta de golpe, con dolores de cabeza, malestar y decaimiento. Luego, el paciente se torna intranquilo y, con frecuencia, tiene alucinaciones. También en este caso tiene lugar una degeneración intelectual, pérdida del juicio y de la memoria.

Enfermedades orgánicas asociadas a la tercera edad:

1. Parkinson. Este término aplica a un grupo identificable de síntomas neurológicos, tales como:

- ❖ fatiga,
- ❖ temblor,
- ❖ lentitud para la movilidad,
- ❖ dificultad para caminar; y
- ❖ signos (bradicinesia, postura encorvada, marcha pesada, rigidez en rueda de carro, temblor de reposo).

La depresión ocurre durante todo el curso de la enfermedad de Parkinson y aunque ayudan los antidepresivos o la

psicoterapia, tiende a recurrir. La depresión importante e inexplicable puede anunciar o preceder el inicio de los síntomas motores meses o años. Las pérdidas bioquímicas mayores y menores en la enfermedad de Parkinson predisponen a todos los pacientes a una combinación de cambios motores y mentales que incluyen la depresión como una expresión natural de la patología subyacente. Muchos pacientes con enfermedad de Parkinson, incluso al inicio de la enfermedad, tienen anormalidades del procesamiento mental. Estos cambios sutiles, principalmente lingüísticos y de la memoria suelen ser de mucha importancia psicológica en el paciente pues permiten que su autoestima se vea afectada por el sentimiento de inutilidad y la pérdida de autonomía que tenía hasta caer a un estado de depresión recurrente en los ancianos.

El tiempo de vida de los pacientes es relativamente normal. El ritmo general de deterioro suele ser lo bastante lento para que la mayoría de los pacientes aprenda a ajustarse, aunque ninguno muy felizmente, a medida que se alcanza el siguiente nivel. En algunos casos el deterioro y la progresión a la incapacidad de la etapa final son impredeciblemente precipitados después de años de estabilidad.

Dentro de los trastornos del sistema nervioso que suelen confundirse con parkinsonismo están:

- ❖ La marcha senil, que es un trastorno de la locomoción en personas de edad avanzada que semeja la marcha del parkinsonismo, en la que se arrastran los pies, pero puede ser tan grave que les imposibilite caminar debido a la incapacidad para iniciar y sostener la secuencia rítmica de movimientos básicos para la marcha normal. La marcha senil se superpone con la marcha a pasitos de las personas de edad avanzada que

tienen antecedentes de múltiples apoplejías pequeñas y con la falla para iniciar la marcha.

- ❖ El temblor esencial, este es otro trastorno idiopático común del movimiento que suele ser familiar y cuya frecuencia aumenta con el envejecimiento. Es la imagen en espejo del temblor de reposo parkinsoniano que se activa por el movimiento voluntario y remite con el reposo.
- ❖ La apoplejía, se considera en ocasiones erróneamente como causa de trastornos que son en realidad de Parkinson. Ya que el Parkinsonismo suele iniciarse en forma unilateral, una extremidad flexionada y rígida puede semejarse a la causada por una apoplejía en especial si no hay temblor.⁶

2. Alzheimer. Es un trastorno cerebral crónico, que se puede presentar desde la cuarta década de vida y comprende la destrucción progresiva del tejido nervioso, lo que da como resultado la confusión del lenguaje, movimientos musculares involuntarios y el deterioro gradual del intelecto con lapsos crecientes de amnesia. Se sabe que del 10 al 30% de los enfermos con enfermedad del Alzheimer presentan concomitantemente depresión, y hasta un 50% tiene síntomas depresivos. Se ha mostrado asimismo que la tendencia a aislarse precede el diagnóstico de esta enfermedad en alrededor de 30 meses, en tanto que la aparición de ideas suicidas y el diagnóstico de depresión son vistos comúnmente alrededor de 20 meses antes de diagnosticar la enfermedad. La dificultad para identificar casos leves de Enfermedad de Alzheimer agrega a la frecuente comorbilidad con depresión el

⁶ Forcica, Mary Ann. Secretos de la Geriatria. Pág. 158.

hecho de que ambos trastornos pueden tener una presentación que incluye síntomas que les son comunes, por ejemplo:

- Apatía y pérdida de interés
- Dificultad para pensar y concentrarse
- Retardo o agitación psicomotora
- Trastornos del sueño

En resumen, la coexistencia de Depresión Mayor y cuadros demenciales en los adultos mayores es una realidad frecuente, de hecho, los cuadros depresivos de inicio en la tercera edad, esto es, sin antecedentes previos, suelen ser la antesala de la Enfermedad de Alzheimer. Más allá de las complejidades del diagnóstico diferencial en los casos señalados, se debe ser enérgico en tratar tanto las "demencias reversibles de origen depresivo" como las depresiones que coexisten las depresiones que podríamos llamar "puras", en el sentido de no estar enturbadas por síntomas de demencia.

3. Diabetes, la diabetes es cada vez más frecuente en la edad avanzada, en parte por el mayor promedio de vida, y su sintomatología es un poco diferente de la de otras edades, sin contar las numerosas complicaciones. Por esta y otras razones se habla a veces de diabetes senil, igual que de corazón, pulmón e hígado seniles. Es preferible utilizar el término diabetes en el anciano, porque en muchos casos de la enfermedad declarada en las edades presenil y senil la alteración metabólica, en forma de diabetes latente o diabetes química, se inició en edades precedentes.

4. Cáncer: La depresión es una afección comórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los paciente con cáncer. Un elemento crítico en el tratamiento del paciente es el poder reconocer los índices

presentes de depresión para poder establecer el grado apropiado de intervención, que podría abarcar desde una consejería leve, a grupos de apoyo, medicación o psicoterapia.

5. Depresión con demencia Reversible: Si bien los criterios de diagnósticos para la depresión del DSM-IV incorporan la aparición de síntomas cognitivos, existe un grupo de pacientes en que este hecho se convierte en una alteración grave y central del cuadro, apareciendo sintomatología demencial que obliga a considerar las demencias de curso reversible e irreversible dentro de los diagnósticos diferenciales. En algunos casos esta diferenciación puede ser muy difícil de establecer, aunque existen algunos detalles clínicos que orientan a un origen depresivo de los síntomas.⁷

Todos los factores etiopatogénicos que se consideran en la diabetes en general, son válidos en ancianos. Sin embargo, como en otras enfermedades, la edad media o crítica es "la ocasión" para que se manifieste la afección basada en una alteración biohumoral preexistente, aunque en el mismo período de los 45 a los 60 años también se puede pasar fácilmente de una hipoglucemia leve, en cuanto a los signos biohumorales, o de la diabetes latente o química a la clínica. En ancianos también son importantes los traumas psíquicos, el estrés del trabajo, los factores hereditarios constitucionales y raciales.

En ancianos, los primeros síntomas de diabetes consideran a menudo en las siguientes complicaciones:

- Disminución de la visión por cataratas
- Claudicación intermitente

⁷ [www. Tópicosdepsicogeriatría.com](http://www.Tópicosdepsicogeriatría.com).

- Gangrena en los dedos de los pies
- Dolor anginoso por coronariopatía
- Debilidad y parestesias por neuropatía diabética
- Prurito vulvar en mujeres

Las complicaciones son muy numerosas en ancianos y a menudo causan su muerte con mucho mayor frecuencia que la descompensación metabólica que evoluciona al coma.⁸

Prevención en Psiquiatría y Salud Mental:

Dado el alto número de personas que pertenecen a la Tercera Edad, en la actualidad varias disciplinas biológicas y médicas se han interesado por el estudio y acercamiento del tratamiento y prevención de las enfermedades tanto físicas como psicológicas acaecidas en esta etapa de la vida. Es importante reconocer que antes de curar es más importante el prevenir que los ancianos sufran de dolencias físicas que repercuten significativamente en sus procesos psicológicos.

❖ **Vejez y Salud Física:** Resulta difícil explicar lo que es la vejez en sí, pues es el resultado de la acumulación estadística de lesiones patológicas residuales. Al llegar la edad del retiro se impone de nuevo un control inicial para descubrir los residuos patológicos de las otras edades. De acuerdo con lo que se encuentre se prosigue controlando anualmente el estado de salud, sea en forma general o específica si un trastorno crónico ha sido descubierto. Estas serie de controles de salud va a permitir el nivel de vida de los ancianos en cuanto que tengan buena instrucción y vivienda sanitaria, unido a medidas de seguridad adecuadas, relaciones familiares de acercamiento que permitan sentir al anciano como parte de ella y no como una carga en la que

⁸ De Nicola. Op.cit. pág. 202

puedan utilizárseles para la realización de tareas fatigosas tal como hacer compras o cuidar de los nietos.

Cuando se han detectado enfermedades en estado avanzado y la prevención agotó sus posibilidades queda la rehabilitación, como forma reparadora con su gran cantidad de recursos ya sean de orden medicinal, como de reorientación profesional. Todo esto, con la finalidad de lograr la prolongación de la vida tanto física como psicológica en un ambiente agradable y natural.

❖ **Vejez y Salud Mental:** El envejecimiento conduce a la declinación física, pero la personalidad también cambia con el transcurso de los años. Un adulto tiene siempre escondidos en su interior al niño y al joven que fue, mientras que por imitación se va comportando como su padre, en un viejo autoritario. Los viejos llevan en su interior todas las edades anteriores; no tiene con quien identificarse por delante, lo que hace que su papel sea especialmente difícil de desempeñar porque deben representarlo de acuerdo con las concepciones que de ellos esperan su cultura como correcto. Los infantilismos de tristeza, dependencia, aislamiento y hostilidad de los viejos son calificados despectivamente como chocheras; las enfermedades mentales, como neurosis y psicosis seniles, si el que las padece, ha cruzado la barrera cultural del medio siglo.

❖ **Medicina Preventiva y Social:** La promoción de la salud tiene mucha importancia para cambiar los prejuicios culturales. Sus niveles de aplicación comprenden:

- La integración familiar mediante una educación que conserve la convivencia de los abuelos con los hijos y los nietos, sea dentro del núcleo familiar o a distancia.

- La garantía económica para la vejez, situación que permite a los ancianos conservar su independencia y dignidad en el ambiente social.
- El estímulo a la convivencia intergerenacional entre abuelos y nietos relación que es frecuente de utilidad emocional para ambos.
- El establecimiento de hogares y pensionados para ancianos a los mismos cuando estos prefieren vivir con personas de la misma edad.

Las medidas indicadas conllevan la educación de la comunidad para que los ancianos participen en la resolución de sus problemas por lo mismo se considera que cada asilo u hogar temporal de ancianos tengan contemplado un programa integral de promoción de la salud para la vejez. Además pueden emprenderse medidas específicas de prevención de las enfermedades físicas que afectan la personalidad del anciano como: Sordera, ceguera, invalideces locomotrices, deficiencias dentales, diabetes, cáncer, enfermedad de alzheimer y parkinson. Si los trastornos de la personalidad senil ya están presentes, deben tratarse por especialistas mediante medidas curativas y de rehabilitación, contando con la colaboración familiar y del medio ambiente social para estimular al anciano en su recuperación tal como se hace con los adultos.

Debido al número elevado de personas de la tercera edad, se considera de mucha importancia el reconocimiento de cada enfermedad para que a partir de ello se pueda brindar una mejor atención a cada patología orgánica existente. Es necesario conocer de forma amplia y completa el cuadro depresivo para obtener conocimientos específicos sobre sus síntomas y a través de ellos poder abordarlos desde una

perspectiva existencial, que en muchas situaciones por el desconocimiento de las mismas, no se les da el apoyo necesario a los ancianos convirtiéndose en una de las causas fundamentales del vacío existencial que predomina a esta edad, que muchas veces le es atribuido a una pérdida progresiva de una vida activa.

La Depresión.

En la actualidad no existe un concepto o definición que hable sobre qué es realmente la depresión, es por ello que esta enfermedad se puede describir de la siguiente manera: Se conoce con el nombre de "depresión" a un estado de tristeza excesiva. El individuo deprimido está apesadumbrado, cansado, sin ganas de hacer nada, y se considera impotente para emprender cualquier acción. En su estado de incapacidad se siente extremadamente triste. Lloro con facilidad y considera que la vida no merece la pena vivirse. Ya no le interesan las cosas que antes le interesaban. Tiene la impresión que no quiere a sus familiares y que en realidad es una mala persona. Los sentimientos de culpa están siempre presentes. Se considera un ser mezquino, envidioso, malintencionado y que imposibilita, con su mal comportamiento y sus malas intenciones, cualquier relación humana satisfactoria. En esta situación la idea del suicidio viene a ser la solución adecuada.⁹

En su relación con los demás, el depresivo considera que todos le desprecian, nadie quiere su amistad, él tampoco la merece. Sus posibilidades vitales están tan mermadas que no se siente con fuerzas ni con ganas de hacer nada. Ha perdido el apetito por completo, no puede conciliar el sueño. Cuando consigue dormir algo es a altas horas de la madrugada, y se

⁹ Monedero, Carmelo. Psicopatología General. Pág. 158

despierta aún más cansado de cuando se acostó. Sus intereses sexuales y libidinosos también han desaparecido. Está inhibido; su lenguaje y el curso de su pensamiento es extraordinariamente lento. Todas sus funciones psicológicas están enlentecidas. No tiene capacidad de concentración, se distrae cuando le hablan, pues está preocupado en sus temáticas internas. Su expresión muestra un profundo dolor, y cuando habla es para decir que es el más miserable de las personas y que todo el mundo tiene que pensar lo mismo de él. La sintomatología del depresivo es variada. Los psiquiatras ante este polimorfismo psicopatológico, intentaron como en otras enfermedades somáticas delimitar los síntomas fundamentales de la depresión. Estos síntomas fundamentales, de los que derivarían todos los demás, serían:

- La Tristeza.
- La Inhibición Psicológica.
- Las Ideas Deliroides: Las ideas deliroides son todas las ideas de perjuicio, de ruina y de culpabilidad que tiene el depresivo.

En el caso de la depresión, se dice que una forma de limitar el "Síntoma Fundamental", sería indudablemente la tristeza. Pero no se trataba de la misma tristeza que puede vivir el hombre normal, que es motivado por un acontecimiento negativo. La tristeza del depresivo, en general es una tristeza sin causa.

Es precisamente la existencia de esta intensa tristeza inmotivada lo que hizo suponer a los psiquiatras que se trataba de una manifestación "ENDÓGENA" y no la consecuencia de ninguna vivencia negativa en particular.

También es cierto que no siempre la depresión aparece con esos caracteres endógenos. A veces el paciente nos narra una

serie de acontecimientos negativos que justifican por sí mismos su profunda tristeza. En este caso no podemos pensar que se trate de una depresión endógena, sino se trata de una auténtica depresión "REACTIVA".¹⁰

La capacidad que tiene una persona de responder depresivamente a los acontecimientos negativos depende, indudablemente, de su personalidad previa. La tristeza del depresivo se identifica y diferencia respecto de la tristeza normal en que está mucho más corporalizada, es una tristeza vital. El paciente se siente cansado, sin ganas de nada, desecho físicamente. Si le preguntamos dónde localiza su tristeza, se señala incluso alguna parte del organismo: El corazón, el pecho, el estómago etc. La misión del psicólogo es encontrar la causa de la tristeza allí donde resulta inaparente. También en los casos que se encuentre una causa que justifique la depresión, ya que la verdadera causa profunda inconsciente suele quedar reprimida.

- Síntomas de la Depresión: Algunos de los síntomas de la depresión incluyen insatisfacción o ansiedad, cambios en el apetito, el sueño y las funciones psicomotoras, pérdida del interés y la energía, sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte y disminución en la concentración.¹¹ Así como también se considera que entre los indicadores más tempranos que aparecen en esta enfermedad son: El decaimiento del ánimo con reducción y/o pérdida de energía, de actividad y de rendimiento. Se deteriora paulatinamente la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración. Es frecuente que aparezca un cansancio importante, incluso después de realizarse esfuerzos

¹⁰ Monedero. Op.cit. pág. 159

¹¹ Sarason, Erwin G. Psicología Anormal. Pág. 289

mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito.

Decae la autoestima y la confianza en sí mismo. Por lo regular aparecen sentimientos de culpa o de inutilidad. Así mismo las variaciones de peso y las dificultades en las relaciones sexuales se van haciendo manifiestas.

La depresión reduce la afectividad de las actividades cotidianas y puede en estados más avanzados llevar al paciente a no poder levantarse de la cama por la mañana.

No todos los seres humanos experimentan la depresión de la misma manera, los síntomas varían según las personas. La depresión puede ser calificada como leve, moderada y grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas.¹²

- Clasificación y criterios diagnósticos del DSM-IV de la Depresión:

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de psiquiatría de los EE.UU (DSM-IV) considera que hay depresión cuando se presentan:

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser:

- o Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo se siente triste o vacío) o la observación realizada por los otros (por ejemplo el llanto).
- o Pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Haciendo la aclaración que no se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o a las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

¹² www.Psiconet.com

- o Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo; un cambio de más del 5% del peso corporal en un 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.
- o Insomnio o Hipersomnias casi cada día.
- o Agitación o enlentecimiento casi cada día. (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- o Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- o 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).
- o Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día. (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- o Pensamientos recurrentes de muerte (no solo 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 afectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo; Una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo; hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por un duelo (por ejemplo; 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 psicomotor.

- Depresión en el Anciano:

Las personas de la tercera edad enfrentan una diversidad de estresores que desencadenan distintas patologías ya sean de índole físico como psicológica, tal es el caso de la depresión, en este caso es una enfermedad que obliga al psicólogo o psiquiatra a tener un conocimiento profundo tanto de los avances científicos que expliquen a fondo esta enfermedad que ven en cada uno de sus pacientes de la tercera edad.

Como en ninguna otra etapa de la vida se combinan aspectos físicos, psíquicos y sociales; los ancianos institucionalizados enfrentan enfermedades físicas y psicológicas que frecuentemente se complican si no hay una atención adecuada, o una disminución o abandono por parte de su familia, y por ende la pérdida definitiva de una vida activa (trabajo), rango y rol familiar, cambio en su nivel social y económico, llevándolo poco a poco a la pérdida de su autoestima, al vacío existencial, cambio en su estado de ánimo y el inevitable desarrollo de síntomas de un cuadro depresivo. Además de sumarse las progresivas pérdidas de familiares y amigos en donde ni siquiera puede participar con libertad, al mismo tiempo que se le disminuye y muchas veces se le arrebatada su derecho de mantener viejas amistades y de establecer nuevas relaciones sociales.

Para tener una visión más amplia de la depresión del anciano, se debe considerar la depresión en el adulto mayor las siguientes cuestiones:

- Psicosociales: Se une la disminución de actividad física y psíquica con la muerte de amigos y familiares (tomando en cuenta el abandono permanente) y la declinación socioeconómica.
- Somáticas: Con frecuencia coexisten múltiples patologías orgánicas que implican a su vez diversos tratamientos; esto implicará considerar variables farmacológicas y económicas adicionales al decidir el tratamiento de la depresión.
- Terapéuticas: Según el tipo de corriente psicológica a utilizar, siempre dependiendo de las necesidades de la persona de la tercera edad.

En estricto rigor el diagnóstico de depresión en el adulto mayor debe ajustarse a los mismos criterios que para otras etapas de la vida, para ello es recomendable tener el Manual de diagnóstico y estadístico DSM-IV en su cuarta versión como auxiliar de trabajo.

La depresión en el anciano, existe un peculiar aislamiento donde los sentimientos de soledad son extremadamente dolorosos.¹³

Por lo regular en el anciano deprimido existen manifestaciones emocionales, expresadas principalmente por la tristeza, ansiedad, periodos de irritabilidad y mal humor. También en algunos casos pueden observarse trastornos del pensamiento como lentitud, dificultad de concentración, indecisión, sentimientos de culpa, ruina e ideas hipocondríacas, pesimismo, disminución de la autoestima, ideas de suicidio, existen síntomas somáticos

¹³ Rowe, Doroty. La depresión: El camino de la salida del túnel. Pág. 17

como: Insomnio, pérdida de apetito, pérdida de peso, estreñimiento y disminución de la libido.¹⁴

El anciano deprimido suele ser lento, iniciándose con varios días o semanas de malestar general y apatía, por lo regular expresa quejas hipocondríacas, ya que se manifiesta muy aprensivo y preocupado por su salud. Finalmente se entristece y comienza a llorar a solas hasta que aparecen alarmantemente intensificados los síntomas.¹⁵

Por último cabe decir que la vivencia depresiva en las personas de la tercera edad es indefinible. Ya que parece constituir una mezcla de tristeza, amargura, remordimiento, angustia, desolación, pena, congoja, desesperanza, apatía, conciencia de incapacidad, sentimientos de culpa, con alguna de estas sensaciones en el grado de máxima intensidad.¹⁶

- Aspectos Epidemiológicos:

Estudios de seguimiento realizados en la OMS, la prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 60 años que son pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas sería un factor de riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico.

- Curso y Pronóstico de la Depresión en Ancianos:

El episodio depresivo que se presenta en pacientes geriátricos puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir, antes de los 60 - 65 años, o aparecer por primera vez durante esta edad. Estos episodios se asocian a una serie de factores biológicos y socioculturales, unos establecidos de forma clara y otros comprendidos de manera incompleta.

¹⁴ Ledesma, Jimeno. Estudios sobre la depresión. Pág. 15, 16

¹⁵ Vallejo Nágera, Juan. Ante la depresión. Pág. 63

¹⁶ Vallejo Nagera. Op. Cit. Pág. 19

El trastorno depresivo en persona ancianas, tienen varias connotaciones. Los episodios depresivos en pacientes geriátricos deterioran en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran modo la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementa en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas comprendidas.

Así mismo se ha observado que un episodio depresivo en ancianos incrementa el riesgo de sufrir algunos problemas médicos como enfermedades cardíacas y neurológicas.

El curso clínico de la depresión por definición se considera recurrente, de tal suerte que independiente de la edad, la depresión se caracteriza por recaídas, remisiones y recurrencias.

El curso de la depresión en ancianos varia de un estudio a otro. Algunas investigaciones concluyen que es menos probable la remisión completa de síntomas depresivos en este grupo de pacientes y es frecuente observar algunos síntomas residuales, a pesar de la mejoría evidente del cuadro global.

De la misma forma se ha informado que los episodios depresivos de inicio tardío presentan un mayor índice no sólo de recaída sino también de recurrencia. No obstante, otros autores puntualizan que el curso de un episodio depresivo mayor en pacientes geriátricos es muy similar a los que sigue en edades más temprana. Más es necesario tener presente que este curso puede estar asociado, con frecuencia a otras enfermedades médicas incluyendo la demencia.

La duración de un episodio depresivo mayor es muy variable en todos los grupos de edades. Los pacientes con episodio depresivo de más larga evolución presentan menor remisión

de síntomas durante el seguimiento y mayor tendencia a las recaídas.

La depresión en paciente geriátricos tienen implicaciones en el curso de otras enfermedades. La depresión de inicio tardío puede ser predictor de otros trastornos orgánicos; por ejemplo, en un grupo de pacientes un episodio depresivo puede ser la primera manifestación clínica evidente de un cuadro de demencia. (Artículo: Adalberto Campo Arias, Médico psiquiatra, Facultad de Medicina Autónoma de Bucaramanga, Colombia)

- Conceptos Logoterapéuticos para abordar la Depresión:

¿Qué es logoterapia?

La Tercera Escuela Vienesa de psicoterapia se conoce también como logoterapia, es decir, como un sistema psicoterapéutico que hace referencia directa al logos, como canal específico de acercamiento a los padecimientos humanos. La palabra logos, de origen griego tiene dos sentidos para Frankl, "sentido" y "espíritu".

La logoterapia, es el sistema Logoterapéutico que aporta algo fundamental; que en los momentos difíciles de la vida, los padecimientos mentales, el sufrimiento y el desarrollo humano no pueden verse solamente en la perspectiva somática y psicológica, porque el ser humano se constituye en su auténtica y genuina humanidad cuando se hace presente la dimensión existencial - espiritual arraiga en la libertad y la responsabilidad ante la propia vida.

La logoterapia parte de la dimensión existencia - espiritual y del mundo objetivo del sentido y los valores y además los emplea con actitud psicoterapéutica.

La logoterapia por lo general, es incluida dentro de la categoría de la psicología humanista, o bien es identificada con la psiquiatría fenomenológica. Se puede decir que la

logoterapia es la educación para la responsabilidad, la logoterapia tiene por tarea la asistencia al paciente para que este encuentre significado en su vida.

La logoterapia no limita su actividad a los hechos instintivos del individuo inconciente, también se interesa por las realidades espirituales como el significado potencial de su existencia que ha de ser satisfecho y su deseo de significado.

Frankl, el fundador del nuevo avance llamado Análisis Existencial con su aplicación terapéutica llamada logoterapia, siendo predecesoras las escuelas de Freud y Adler, también se interesa por la naturaleza y la cura de las neurosis, pero desde un enfoque diferente: Localiza la neurosis en las frustraciones de la dimensión espiritual o noogénica del individuo, especialmente en la falta de significado de la existencia.

El pensamiento Frankliano, se da en el contexto de unas coordenadas de tiempo y espacio concretas. El origen de su sistema para ser tal incluye: Una fundamentación antropológico - filosófica como respuesta a la situación histórica, una teoría y prácticas clínicas relacionadas con el psicoanálisis, psicología individual, y psicología analítica.

En logoterapia diferenciamos dos tipos de responsabilidad. Una es forzosa o proyectada sobre nosotros desde el exterior por alguna fuerza externa. La responsabilidad interna, libremente adoptada por nosotros mismos, es el segundo tipo. Aquí nosotros somos quienes escogemos. En la responsabilidad interna aceptamos las demandas que nos imponen (nuestros progenitores por ejemplo) por nuestra libre decisión y no como una solicitud de una autoridad. En logoterapia la responsabilidad sin la correspondiente libertad para elegir

libremente nuestra respuesta ante una situación determinada, es totalitaria. La libertad sin la responsabilidad interior es una condición que conduce a la ansiedad, al vacío existencial y a la neurosis.

El análisis existencial y logoterapia, es una terapéutica que parte de la dimensión noógena para abordar problemas específicos de esa dimensión, sin descuidar ni negar que los conflictos humanos tengan además una sintomatología somática y / o psicológica.

Por tanto el hecho fundamental de la responsabilidad se puso en primer lugar se puso en primer plano junto con la de la conciencia y esto es aportación directa del Análisis Existencial y la logoterapia.¹⁷

Principios y Valores en que se basa la Logoterapia:

La contribución que ha aportado y aporta la logoterapia a la rehumanización de la psicoterapia, ha permitido que se incluya dentro de la orientación psicológica humanista y dentro de la psiquiatría existencial.

Dentro de los principios tenemos los siguientes:

- La vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia.
- El hombre es dueño de una voluntad de sentido, y se siente frustrado o vacío cuando deja de ejercerla.
- El hombre es libre, dentro de sus obvias limitaciones, para consumir el sentido de su existencia.
- Se parte de la existencia de un mundo objetivo al que le da forma gracias a las interpretaciones y el mecanismo por el que se contribuye el significado es lo que se conoce como: "Toma de decisiones", estas tienen dos alternativas posibles: Elección al futuro y elección al pasado. La toma de decisiones es la relación que las

¹⁷ Guttman, David. Logoterapia para profesionales. Pág. 34

personas tienen (con otros, con instituciones, con sus ambientes biológicos, físicos y además consigo mismo).

- Otro principio es el de entender el concepto de personalidad, es una combinación de realidades y de posibilidades.
- Proyecto fundamental: Este concepto, de Sartre, explica la unión entre el pasado y el futuro con el momento presente de la persona. Al tomar decisiones están participando los recuerdos de las decisiones pasadas y de las imaginadas sobre las decisiones futuras.
- Procesos: La máxima que persigue la psicología existencial es desarrollar niveles altos de conciencia y para ello es necesario el uso de tres procesos:

- ❖ Simbolización: Desarrollo de categorías cognitivas que representan la experiencia sin que realmente esté presente en la realidad.

- ❖ Imaginación: Yuxtaposición, combinación y recombinación de categorías mentales que se asemejan a la experiencia pero sin existir interacción con el ambiente.

- ❖ Juicio: Adoptar una postura evaluativa en relación a la experiencia actual e imaginada.

Estos tres procesos son los que construyen el significado que las personas dan a la experiencia.

- Ser auténtico: Concepto de "ser auténtico" o madurez aunaría, es aquella que se ve capaz de influir en su vida a través de simbolización, imaginación y el juicio en el proceso de toma de decisiones.
- Cumplimos el sentido de la existencia realizando los valores. Esta realización de valores puede producirse por tres vías:

- ❖ Valores de Creación: Es aquello que yo ofrezco al mundo a través de lo que apporto, mi trabajo, la creación artística etc. (dar)
- ❖ Valores de experiencia: Es todo aquello que recibo del mundo, como lo es la naturaleza, las obras de arte, una puesta de sol. (recibir)
- ❖ Valores de actitud: Cuando por hechos inevitables de la vida, tengo ante mi la posibilidad de asumir una actitud digna y valiente frente a ése destino doloroso que no puedo cambiar. Frankl aquí hace referencia a la tríada trágica: "La culpa, el sufrimiento y la muerte".

- **La Dimensión Noética o Espiritual:**

La exclusividad de Frankl como creador de la logoterapia se basa en dos conceptos centrales:

- ❖ Que en el hombre existe una conciencia intuitiva sobre la existencia del significado de la vida: Que el hombre tiene una voluntad básica de encontrar este significado, porque este significado es la principal fuerza motivacional de su conducta y que el hombre, siempre que sea consciente, tiene tanto la libertad como la habilidad para buscar este significado.

- ❖ Que el individuo es una totalidad de tres dimensiones: Su self somático o físico, su self psicológico o emocional y su self noético o espiritual.

De las tres dimensiones que constituyen la unicidad del ser humano la última a saber, el self noético, ha sido olvidada por la psicología moderna. Sin embargo esta dimensión contiene los pilares sobre los que se apoya la logoterapia:

- ❖ Libertad de voluntad.

❖ Voluntad de significado.

❖ Significado de la vida.

El self noético o espiritual del hombre no puede enfermar, no puede morir, existe más allá de los límites del espacio y el tiempo, trata de expresarse, necesita expresarse y la oportunidad de esta expresión esta contenida en la vida misma. La dimensión noética contiene la esencia de la vida. Es la dimensión donde adoptamos decisiones, donde tomamos determinaciones (incluso contra las limitaciones del cuerpo y de la psique), o, en síntesis, es nuestro núcleo sano. Como la dimensión noética no puede enfermar, sino bloquearse por la enfermedad biológica o psicológica, es tarea nuestra eliminar el bloqueo y permitir al espíritu humano cumplir sus obligaciones y que haceres.

La dimensión noética es como el "Tórax Médico" de la logoterapia, porque contiene todos esos recursos del espíritu humano capaces de ser empleados por el individuo para contrarrestar la enfermedad y los traumas que la vida acarrea:

❖ Nuestra voluntad de significado.

❖ Nuestras metas y objetivos en la vida.

❖ Nuestra creatividad.

❖ Nuestro amor (más allá de lo físico.)

❖ Nuestra conciencia (más allá del super Ego)

❖ Nuestro sentido del humor.

❖ Nuestro compromiso

❖ Nuestras ideas e ideales.

❖ Nuestra imaginación.

❖ Nuestra responsabilidad y habilidad de respuesta.

❖ Nuestra auto - conciencia.

❖ Nuestra compasión y perdón.

- ❖ Nuestra conciencia de la mortalidad.

Dimensión Noética y Salud Mental en la Tercera Edad:

La espiritualidad se suma a los recursos internos de una persona. Se hace patente sobre todo en los pensamientos y sentimientos. Alimenta la propia identidad y nos ayuda a desarrollar la sabiduría. Sin embargo, lo más importante es que la espiritualidad nos capacita para conciliarnos con la edad, para hacer las paces con uno mismo y con las demás y para aceptar la responsabilidad de todos los sucesos que acaecen en la vida de una persona. Hay muchos caminos abiertos para que un individuo potencie su espiritualidad en la vejez. La logoterapia, dice que la forma de mejorar la conducta de las personas en primer lugar y por encima de todo la remoralización y la rehumanización del ser humano.

Los conceptos básicos de la logoterapia de Frankl son:

- ❖ Libertad de voluntad.
- ❖ Voluntad de significado.
- ❖ Significado de la vida.
- ❖ Caminos hacia el significado.
- ❖ Actitud hacia el self y hacia los otros.
- ❖ Manejo de la tríada trágica.

Lineamientos Fundamentales de la Logoterapia en el Asesoramiento Psicoterapéutico de la Depresión:

- ❖ Ayudar al individuo para que pueda hacer frente a las tensiones de la vida.
- ❖ Llevar al asesorado a reflexionar sobre su fundamental responsabilidad frente a las tareas que le impone la vida.
- ❖ Hacer descubrir al asesorado el sentido que tiene las cosas que él hace.

- ❖ Entre el asesoramiento y el asesor surge una comunicación basada en la confianza. El ser humano que sufre de depresión necesita un asesor rico en humanidad, en el que el asesoramiento pueda ver, además del asesor, al ser humano, a la persona.
- ❖ El asesor debe estar consiente que es extraño a la logoterapia el pensamiento de enseñar al asesoramiento acerca de las elecciones que debe hacer, sea para valores determinados, para tareas concretas, para significados específicos, o ante Dios, ante la sociedad, ante su conciencia. Al análisis de la existencia entendidos como la terapia le basta y le debe bastar la consecución de una meta: "conducir al asesoramiento, radicalmente, al sentido de su responsabilidad propia". Solo de esta manera el asesoramiento estará en actitud de aceptar independiente y libremente, las propias tareas, descubriéndose irrepetible y único.

En esta investigación, habiendo tenido como base la logoterapia para el mejor entendimiento de la depresión del anciano, específicamente en el vacío existencial generado por esta, es de vital importancia que se conozcan aquellos servicios médicos y sociales que están al servicio de la vejez, así como también las políticas de institucionalización, el mantenimiento del anciano y algunos sistemas alternativos de institucionalización, que pueden ser utilizados para todas aquellas familias y ancianos que estén interesados en conocer de cerca las alternativas de vida que ofrecen estos servicios a nivel público y privado, que además de ser una institución ya sea de tipo lucrativa o no lucrativa, ofrecen la oportunidad de pertenecer o formar parte de una familia con características similares.

Servicios Médicos y Sociales para la Vejez:

Según el consenso social, es responsabilidad de las familias y de la sociedad en general hacerse cargo de sus ancianos. La constitución en su artículo 51 dice: "El estado protegerá la salud física, mental y la moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizara su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad y prevención social".

Además existe una ley de protección para las personas de la tercera edad que garantiza la justicia, la vivienda y la ayuda económica. Sin embargo, según el Instituto Nacional de Estadística, cerca de 400 mil Guatemaltecos que superan los 60 años luchan por sobrevivir, haciendo cualquier tipo de trabajo porque el dinero de la jubilación no les alcanza.

Los hogares, asilos y residenciales pueden parecer tristes, tan solo si se los mira con miedo a envejecer. En la mayoría de los casos, estos lugares asumen una realidad que la sociedad se oculta a sí misma.

El que los ancianos vivan en una residencia a partir de la tercera edad, no tiene que ser un factor forzosamente un factor de "DESINTEGRACIÓN FAMILIAR".¹⁸

Para sobrellevar de la mejor forma estos años, los ancianos necesitan condiciones mínimas de atención y cuidados. Por eso, una de las principales características de los hogares, residenciales y asilos, es tener personal especializado en las necesidades de las personas mayores.

En una sociedad en donde las viviendas son cada vez más pequeñas y tanto hombres como mujeres trabajan fuera de casa, los ancianos quedan atendidos por el personal doméstico, sino es que quedan solos. Esta situación ha llevado a crear residencias con personal especializado y actividades preparadas para ellos.

¹⁸ Lacrériga, Ignacio. Revista Amiga: Una morada repleta de vidas. Pág. 15, 16

Políticas de Institucionalización:

Existen diversos establecimientos que brindan un servicio a las personas de la tercera edad que cumplen funciones terapéuticas o sociales o ambas a la vez. Dentro de los cuales se presenta la siguiente clasificación:

- **Instituciones de albergue:** Debido a las necesidades que presentan las personas de la tercera edad existen lo que hoy se le conoce como "fórmulas institucionales", entre estas se conocen las siguientes: A. Establecimientos que proporcionan el albergue colectivo: Representados por el asilo tradicional llamada "institución cerrada" y caracterizado por la rigidez, la uniformidad y la falta de privacidad. B. El hospicio: es una institución muy antigua, este refleja la ideología de la asistencia a los desvalidos. El hospicio constituye hoy en día un modelo prácticamente extinguido, siendo suplantado por el hogar o residencia, variante más humanizada. C. Vivienda individual más servicios compartidos: Es una modalidad nueva que ha alcanzado una notoria expansión en países altamente desarrollados. Consisten en cuartos o departamentos individuales con servicios de restaurantes y salas de reuniones compartidos. D. Vivienda individual con servicios compartidos y actividades de recreación: Este tipo de institución es muy común en los países como Francia, Bélgica y Estados Unidos, estos son hogares residenciales con servicios colectivos de comedor y atención médica y con actividades de recreación organizada por animadores.¹⁹
- **Instituciones de Sanidad:** La atención médica para las personas de la tercera edad puede requerir hospitalización

¹⁹ Passanante, María Inés. Políticas Sociales para la Tercera Edad. Pág. 45

de corta, mediana o larga estadía, según se trate de servicios de medicina general, tratamiento y revalidación, o supervisión constante. El hospital general sirve a los tres propósitos y los centros geriátricos son específicos para el tratamiento y la rehabilitación.²⁰

- Gastos de las instituciones: Los modos de financiación de los gastos de estadía de los ancianos en las instituciones mencionadas difieren según sean de propiedad pública o privada y según el régimen de cobertura de riesgos de enfermedad y vejez que hayan adoptado las naciones (seguro social, sistema nacional de salud, asistencia pública, mutualidades o seguros privados.).

El Mantenimiento del Anciano en su propio Hogar:

Las políticas de mantenimiento en el hogar, adoptadas por las sociedades más desarrolladas como principal alternativa a la institucionalización, se centran en las medidas de apoyo financiero a la vivienda particular y en el suministro de servicios a domicilio, de ayuda en los quehaceres domésticos.

- Medidas referentes a la vivienda: El objetivo de las disposiciones de apoyo a la vivienda es recompensar los gastos de alquiler o expensas de los propietarios, colaborando con las personas de edad de pocos recursos, generalmente, tales medidas responden a iniciativas públicas (nacionales y municipales), aclarando sobre todo que este proceso es común en países como Bélgica, Dinamarca y Estados Unidos, ya que en el caso de Guatemala y varios países pobres no tienen el presupuesto para este tipo de necesidades en el anciano y sus familiares.
- Servicios a domicilio: En países altamente desarrollados existe una amplia gama de servicios gubernamentales y

²⁰ Passanante. Op.cit. pág. 50

voluntario para ayudar a los mayores a desenvolverse en las tareas cotidianas. Los programas de servicios a domicilio están pensados para mantener a la persona de edad en su medio ambiente habitual y en contacto con la comunidad. Tales programas se hallan bien organizados y son llevados a cabo por personal especializado. En el caso de las familias guatemaltecas no buscan ayuda o bien una orientación que les ayude a facilitar la atención de un familiar anciano, ya que en algunos casos prefieren recluirlas en un asilo y sino lo tiene en casa pero sin la atención y el cuidado necesario.

- La recreación del anciano: En el caso de Guatemala, en algunos hogares de ancianos conviven personas que coinciden en su edad avanzada, pero al mismo tiempo, intentan mantener el espíritu lleno de vitalidad, por ejemplo el Hogar Del Anciano De San Vicente de Paúl, de la zona 5 de la capital, acepta a las personas con edad mínima de 68 años de edad. Algunos de estos centros manejan el concepto de que el hogar no solo es de albergar a gente de edad avanzada, también hay que crear un ambiente propicio para que se sigan desarrollando en esta etapa de la vida, por lo que reciben fisioterapia y terapias psicológicas u ocupacionales.

Sistemas alternativos a la institucionalización

- Iniciativa Pública: Estas instituciones son todas aquellas que no tienen la finalidad de lucrar dinero, sino de prestar un servicio a familias de la comunidad guatemalteca que la necesiten. En algunos casos estos centros asistenciales para ancianos se mantiene a partir de donaciones ya sean extranjeras o con lo que pueda aportar la familia.

- **Iniciativa Privada:** Estas instituciones manejan la política de que para recibir un anciano y brindarle su servicio, los familiares deben pagar una cuota mensual y llenar una serie de requisitos para que puedan ser aceptados en la institución. Por lo regular los ancianos que asisten a un asilo privado son de un nivel social - económico acomodado, ya que sus familias pueden pagar las cuotas que se exigen.

Para terminar esta información teórica, el supuesto con el que se desarrolló la investigación fue: "La incidencia de síntomas depresivos en personas de la tercera edad institucionalizadas, no necesariamente se debe al abandono por parte de sus familiares sino que esta relacionada también con el nivel de factores noógenos en los ancianos comprendidos entre 60 y 65 años de edad", se evidenció a través de los datos obtenidos la validez del supuesto, y de esta manera reafirmarlo, y así poder comprender de una manera más clara el por qué de su validez.

Asimismo nos permitimos mencionar que la Asociación Casa Geriátrica María, institución que nos permitió realizar dicha investigación atiende a personas de la tercera edad de una forma adecuada, no importando sexo, raza, religión y condición social, brindándoles un calor de hogar, lo que si es bien sabido esencial para lograr el bienestar integro del anciano. Dentro de los objetivos que tiene la asociación están: el de brindar abrigo, alimentación, compañía y apoyo moral a personas de la tercera edad que puedan o no aportar a su sostenimiento, Promover actividades de recaudación de fondos a nivel nacional e internacional para su sostenimiento, crear espacios de amistad, solidaridad y compañía en los cuales las personas de la tercera edad, tengan un trato y condiciones dignas de vida.

CAPITULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para este tipo de investigación se utilizó el tipo de muestra no probabilística ya que la elección de las personas dependió de causas relacionadas con las características que se predeterminaron para la investigación. El criterio para la elección de la muestra dependió del cuidado y el control en la elección de las personas de la Tercera Edad.

Características de la Muestra:

- Personas de la tercera edad comprendidas entre 60 y 65 años de edad.
- Ser institucionalizada
- Ambos sexos
- Personas de la Tercera Edad que sufren de marginación familiar.
- Personas de la Tercera Edad que no sufren de marginación familiar.

Cantidad de la muestra:

- Personas de la Tercera Edad con marginación familiar 13.
- Personas de la Tercera Edad sin marginación familiar 14.

Ya que se consideró que para este estudio se requirió no tanto de una representación sino una cuidadosa y controlada elección de personas que poseyeran las características deseables.

Instrumentos de Recolección de Datos:

- Test de evaluación de síntomas depresivos: Este test fue elaborado por el médico psiquiatra Adalberto Campo Arias. Consistió en una serie de 10 preguntas de respuesta cerrada, que ayudó a identificar los diferentes

síntomas depresivos existentes en cada uno de los que conformaron la muestra de estudio. Después de establecer el rapport, el test fue aplicado en dos sesiones de 30 minutos por anciano, con la participación de las dos investigadoras (una preguntaba y otra anotaba los resultados de forma alterna), al finalizar la aplicación del test se le agradecía al anciano la colaboración prestada.

- Entrevista estructurada: Esta entrevista fue elaborada por las investigadoras, teniendo como base los indicadores de la investigación, que nos sirvieron para poder corroborar la existencia de vacío existencial. Esta consistió en una serie de 7 preguntas de respuesta abierta y cerrada, en donde el anciano pudo expresar sus dolencias existenciales. La entrevista se realizó de forma individual, en una temporalidad de dos sesiones de media hora por anciano, en donde la participación de las investigadoras fue alterna.

Técnicas y procedimientos de trabajo:

Para la realización de las técnicas y procedimientos de trabajo, habiendo tenido previamente la autorización de la institución, se tuvo a bien mediante una plática introductoria con cada uno de los ancianos, en donde se les explicó las razones por las cuales se visitó la institución y se solicitó su colaboración para que se pudiese llevar a cabo la investigación.

La realización de las técnicas se llevó a cabo de la siguiente manera:

Se procedió a observar la institución, con el objetivo principal de detectar las condiciones físicas, higiénicas y de atención de la institución. Posteriormente se aplicó la

prueba de diagnóstico psicológico que incluyó el Test de evaluación de síntomas depresivos, utilizando un formato previamente diseñado, se aplicó de forma individual, cara a cara por parte de las investigadoras, en donde se requirió de suficiente tiempo y delicadeza para obtener óptimos resultados. Terminada la aplicación del test a toda la muestra, se llevó a cabo la tercera fase de recolección de datos, en lo relacionado a la entrevista estructurada, no está demás decir que esta fue elaborada por las investigadoras con el objetivo principal de identificar la existencia de los factores noógenos del anciano, tales como: valores internos, vacío existencial, presencia de la tríada trágica, todo esto nos ayudó a formular el asesoramiento y llevó a reflexionar al anciano sobre su responsabilidad frente a la tarea que le impone la vida y de esa manera pudiera lograr su autotrascendencia.

El tipo de investigación que se realizó es de tipo descriptivo ya que se pretendió señalar las características principales o predominantes que causa la incidencia de síntomas depresivos en personas comprendidas entre los 60 y 65 años de edad.

Análisis y presentación de resultados:

Después de haber obtenido los datos correspondientes de la aplicación de las técnicas e instrumentos se procedió al análisis estadístico descriptivo, de la cual se utilizó la distribución de frecuencias porcentuales de cada indicador (categoría) a través del vaciado de la información obtenida y de ello proceder al análisis cualitativo de las respuestas abiertas de la información recabada. Además se utilizó para la presentación de resultados, el gráfico de barras para la representación porcentual de las categorías ordinales (Entrevistas) y nominales (Prueba Psicológica), para que el

lector pudiera apreciar de una forma resumida los aportes de la investigación realizada.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan de manera ordenada y detallada, la interpretación y el análisis de cada uno de los resultados obtenidos en la observación institucional, así como en la aplicación del Test de evaluación de síntomas depresivos y la entrevista estructurada, todo ello con la finalidad de obtener datos reales que aportaron conocimientos nuevos y de interés para la investigación, por lo que a continuación se encontrará la descripción y transcripción de dichos resultados:

Observación Institucional: "La Asociación Casa Geriátrica María", está ubicada en la Calle Real de San Felipe de Jesús, No. 7 de la Antigua Guatemala, en el tipo de vivienda se pudo observar que el material de construcción de las paredes es de block y el material de los techos es de terraza, duralita en otros segmentos y madera, el tipo de ventana es de hierro, solo de un nivel, los drenajes están en buen estado, el tipo de calle en donde está ubicada es de asfalto en mal estado. El servicio en relación al agua es domiciliario, cuenta con contadores privados y un teléfono residencial a su servicio. Para el acceso a dicho lugar se utiliza el transporte de línea urbana y extraurbana.

En cuanto al entorno social, se pudo observar los siguientes tipos de comercios: comedores, expendios de comida, cantinas. Dentro de sus actividades están las comerciales y las religiosas.

Caracterización de la muestra: La muestra está integrada por 27 personas de la Tercera Edad comprendidos entre las edades de 60 a 65 años de ambos sexos, procedentes de diferentes partes de la ciudad capital y el interior de la república,

todos ellos institucionalizados en "Casa Geriátrica María", de San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala.

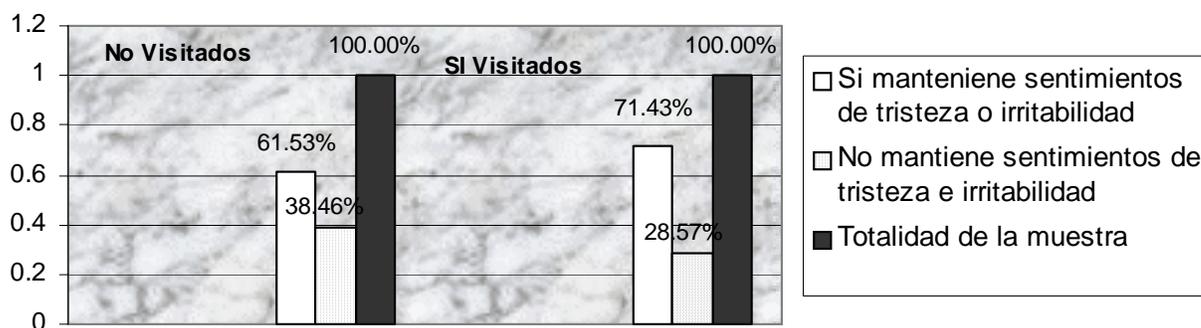
De los 27 ancianos entrevistados, 14 de ellos confirmaron recibir visita por parte sus familiares (hijos, nietos, sobrinos) y 13 expresaron que no son visitados por sus familiares, esto debido a la falta de interés, tiempo y dinero que ocasiona el abandono en los ancianos, provocándoles sentimientos de tristeza.

Test de Evaluación de Síntomas Depresivos:

Este test consta de diez preguntas de respuesta cerrada, en donde cada una de las personas de la tercera edad que comprendían la muestra respondieron de la siguiente manera:

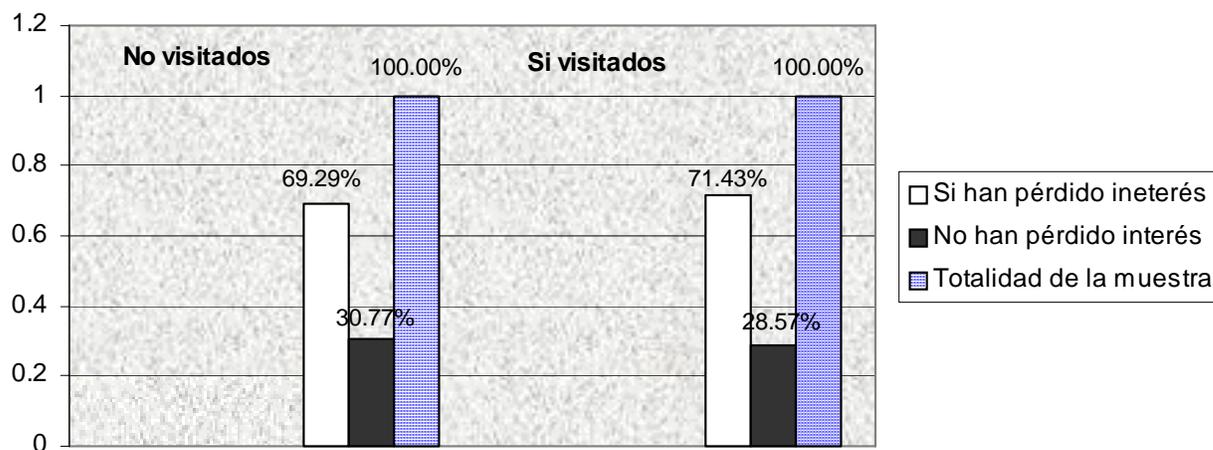
Con relación a los sentimientos de tristeza o irritabilidad se evidenció a través de la información obtenida que el 100% de los ancianos entrevistados que reciben visita familiar el 71.43% de ellos manifestaron mantener sentimientos de tristeza e irritabilidad y 28.57% contestaron que no. Del 100% de los ancianos entrevistados que no reciben visita familiar 61.53% manifestaron mantener sentimientos de tristeza e irritabilidad y el 38.46% dijeron que no. Esto indica que los sentimientos de tristeza e irritabilidad están presentes tanto en ancianos visitados como en los ancianos que no son visitados por sus familiares. (ver gráfica No. 1)

Gráfica No.1



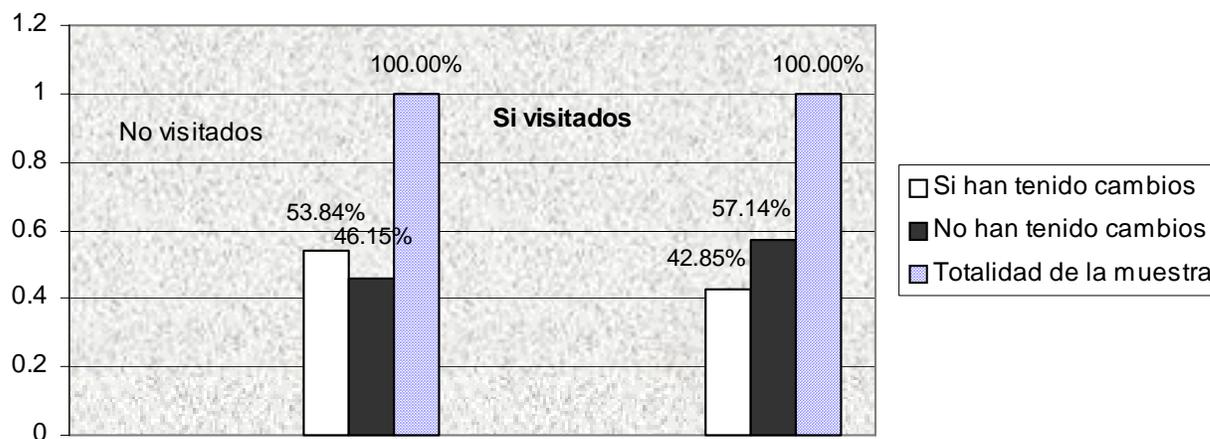
La pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba, se evidenció de acuerdo a la información obtenida que: El 100% de los ancianos que sí son visitados por sus familiares el 71.42% manifestaron haber perdido su interés en actividades que solían disfrutar y el 28.57% dijeron que no habían perdido interés. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares 69.23% de ellos manifestaron haber perdido su interés en actividades que antes disfrutaba y el 30.76% de ellas dijeron que aun no habían perdido el interés en actividades que antes disfrutaba. Dichos resultados apuntan a que los ancianos sean visitados o no por sus familiares, al ser institucionalizados pierden el interés en la realización de actividades que antes disfrutaban. (ver gráfica No. 2)

Gráfica No.2



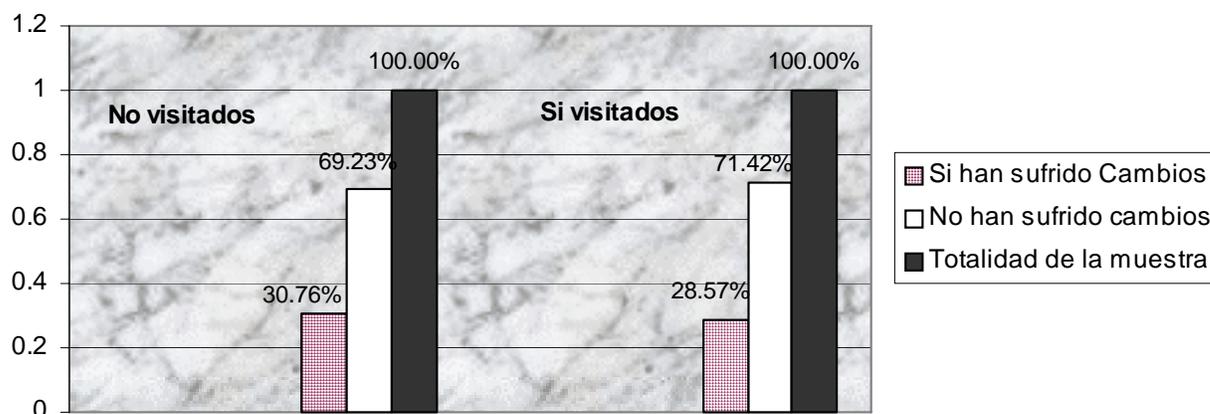
Cambios en el peso o en el apetito, de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares 57.14% manifestaron tener cambios en el peso y en el apetito y el 42.85% dijeron no haber perdido el peso o apetito. Del 100% de los ancianos que no son visitados, 46.15% manifestaron haber tenido cambios en el peso y el apetito y 53.84% dijeron no haber sufrido cambios en el peso y apetito. Estos resultados no manifiestan cambios significativos entre las dos muestras. (Ver gráfica No. 3)

Gráfica No.3



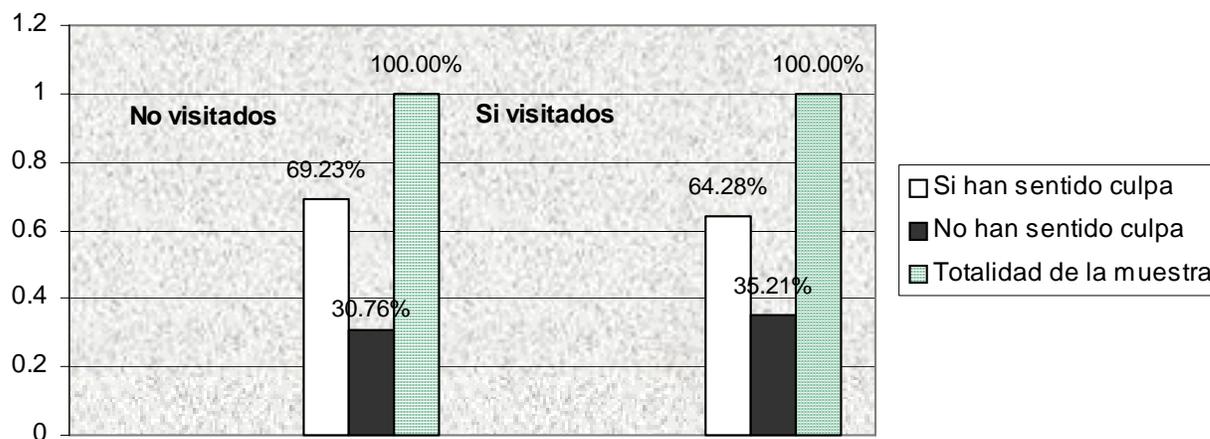
Cambios en las pautas de dormir (Disminución o aumento de las horas de sueño), de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares 28.57% si han experimentado cambios en las pautas de dormir y el 71.42% no han experimentado cambios. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares el 30.46% manifestaron haber experimentado cambios en las pautas de dormir y el 69.23% dijeron no haber experimentado dichos cambios. Dicho resultado confirma que tanto los ancianos que son visitados como los que no son visitados tienden a acostumbrarse a su condición de institucionalizados, ya que los que manifestaron haber experimentado cambios en las pautas de dormir fueron por problemas de salud física, entre otras. (Ver gráfica No. 4)

Gráfica No.4



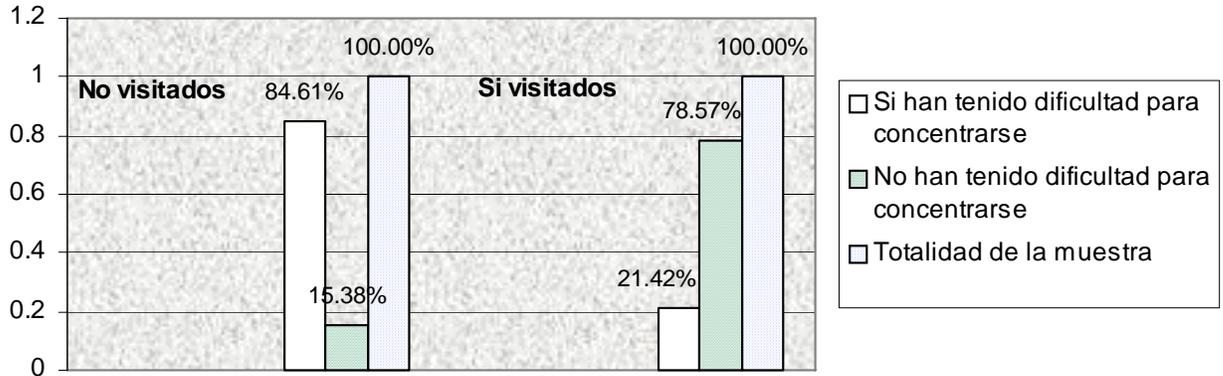
Presencia de sentimientos de culpa o irritabilidad, de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares el 64.28% confirmaron tener sentimientos de culpa o irritabilidad y el 35.21% negaron tener sentimientos de culpa o irritabilidad. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares el 69.23% confirmaron tener sentimientos de culpa o irritabilidad y el 30.76% negaron tener sentimientos de culpa o irritabilidad. Dichos resultados evidenciaron que tanto en ancianos que son visitados por sus familiares como los que no son visitados por sus familiares mantienen sentimientos de culpa o irritabilidad. (Ver gráfica No. 5)

Gráfica No.5



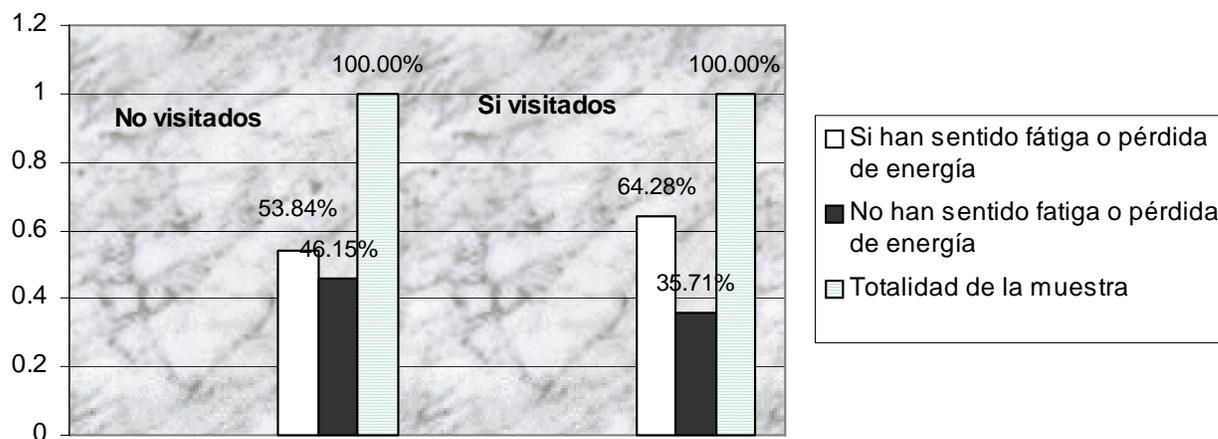
Con relación a si presenta alguna dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones, de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados, el 21.42% de ellos presentan dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones y el 78.57% de ellos dijeron que no. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares, el 84.61% respondieron que sí presentan dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones y solamente el 15.38% dijeron que no. Dichos resultados revelan mayor incidencia en la dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones, en personas que no son visitadas en comparación con las que sí son visitadas. (Ver gráfica 6)

Gráfica No.6



Presencia de fatiga o pérdida de energía; de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares el 64.28% confirmaron tener fatiga o pérdida de energía y el 35.71% negaron tener fatiga o pérdida de energía. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares el 53.84% respondieron que si sienten fatiga o pérdida de energía, y el 46.15% respondieron que no. Estos resultado reflejan que tanto en ancianos que son visitados por sus familiares como en los que no son visitados por sus familiares si existe fatiga o pérdida de energía. (Ver gráfica No. 7)

Gráfica No.7



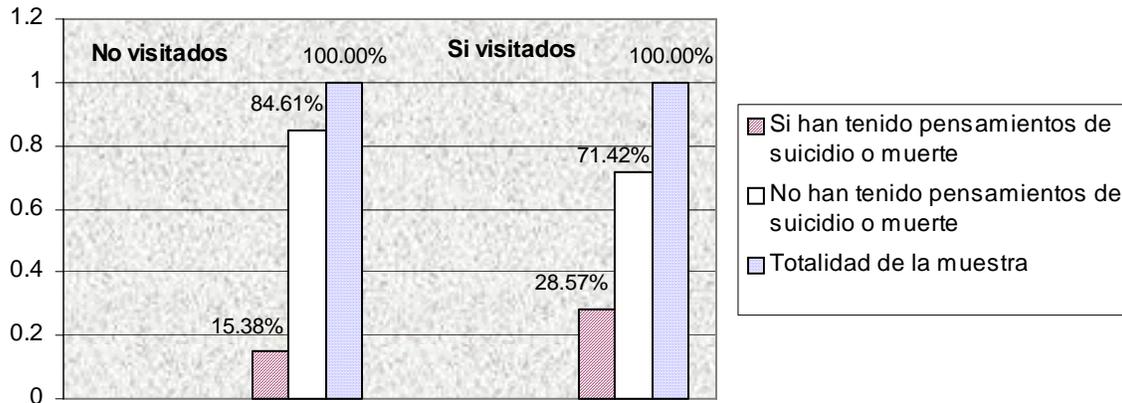
Agitación o disminución de la actividad notado por otros, de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares, 78.57% confirmaron que han sentido agitación o disminución de la actividad y solamente el 21.42% no han sentido agitación o disminución de las actividades. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares, el 76.92% dijeron que han sentido agitación o disminución de las actividades que realizan en tanto que solamente el 23.01% respondieron que no. Los resultados apuntan una gran diferencia entre los ancianos que son visitados por sus familiares y los que no son visitados por sus familiares lo que indica que en ambos existe la presencia de sentimientos de agitación o disminución de actividades. (Ver gráfica No. 8)

Gráfica No.8



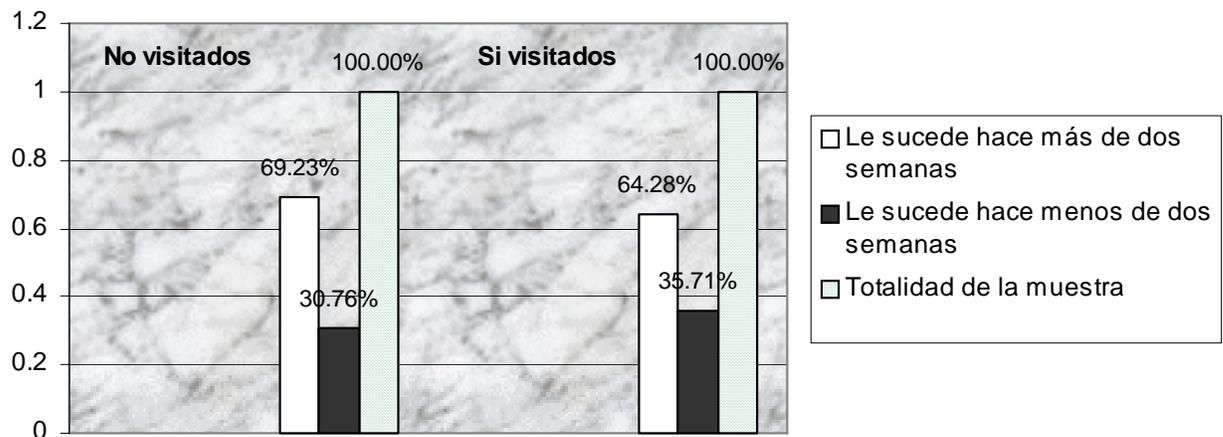
Pensamientos de suicidio o muerte, de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares el 28.57% respondieron que si han tenido pensamientos de suicidio o muerte y el 71.42% restantes dijeron que no han experimentado ese sentimiento. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares, el 15.38% manifestaron haber tenido el sentimiento de suicidio y el 84.61% manifestaron no haber tenido ese sentimiento. Los resultados indican que aunque en mínima cantidad, dentro de las personas que si son visitadas hay mayor pensamiento de suicidio o muerte en relación de los que no son visitados por sus familiares. Puede observarse también que los ancianos pese a su situación la mayoría están resignados a estar institucionalizados, conformándose con las necesidades básicas. (Ver gráfica No. 9)

Gráfica No.9



Con relación a que si algunos de los síntomas anteriores le sucede desde hace más de dos semanas (temporalidad de los síntomas). De acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que son visitados por sus familiares, el 64.28% indicaron que estos síntomas estuvieron presentes por más de dos semanas y el 35.71% indicaron tener menos de dos semanas. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares, el 69.23% indicaron que estos síntomas estuvieron presentes por más de dos semanas, y el 30.76% restante indicaron tener menos de dos semanas. Dichos resultados apuntan a que en ambos casos visitados y no visitados, hay un índice semejante de la presencia de dichos síntomas. (Ver grafica No. 10).

Gráfica No.10



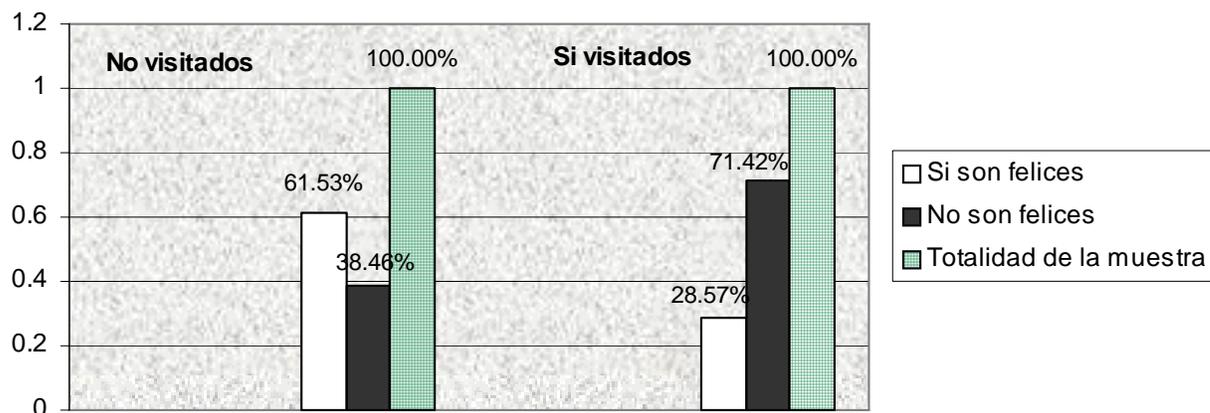
Entrevista Estructurada:

Este instrumento fue elaborado por las investigadoras, para la recolección de datos, consta de 7 preguntas de respuesta abierta, de las cuales los datos proporcionados nos indicaron los siguientes resultados:

Ancianos felices en el presente (sentido de vida), de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares, el 28.57% de ellos manifestaron estar felices en ese momento, dentro de sus razones eran: Porque los tratan bien en esa institución y porque tienen fe en un Dios Supremo. El 71.42% respondieron que no eran felices ya que algunos opinaron que la felicidad completa no existía, padecer de alguna enfermedad, el encierro, la dependencia, no tener dinero y no estar con su familia. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares el 61.53% respondieron que si son felices en ese momento, debido a: se sienten bien en ese lugar, tienen amigos en la institución, tienen la esperanza de que un día se irán con sus familiares y la fe en un Dios

Supremo, y el 38.46% respondieron que no, debido a la soledad, enfermedad, amargura, y el desacuerdo por estar en ese lugar. Esto nos indica de que el anciano institucionalizado visitado o no, presenta cierta inconformidad solo en el hecho de estar en dicho lugar, ya que esto les lleva a sentir incapacidad, dependencia, soledad, tristeza, amargura, y el deseo constante de estar el tiempo completo con su familia, y de esa manera se evidencia uno de los principios de la logoterapia en donde nos dice que la vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia, en donde por supuesto estos ancianos pierden el sentido de su vida, por la circunstancia actual de institucionalización en que se encuentran y como consecuencia pierden el sentido de ser dueños de su propia voluntad de sentido y debido a ello se sienten vacíos y dejan de ejercerla. (Ver gráfica No. 11).

Gráfica No.11



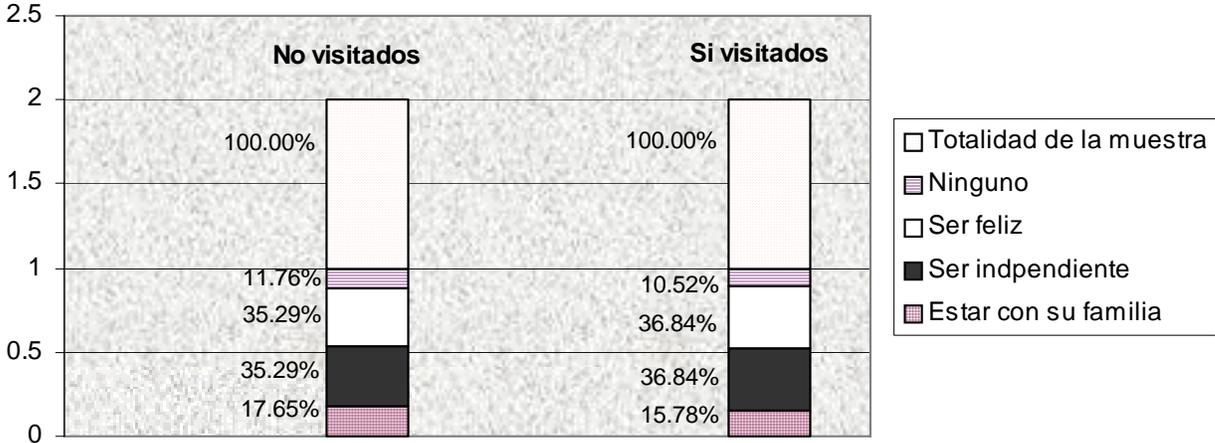
Con relación al sentido de vida (Vacío y frustración), de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares, el orden de prioridad respecto al sentido de su vida fue de

la siguiente manera: El 36.84% fue ser independiente, el 36.84% ser feliz, el 15.78% estar con su familia y el 10.52% ninguno.

Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares, el orden de prioridad en cuando al sentido de su vida, fue de la siguiente manera: El 35.29% fue el de ser independiente, el 35.29% fue ser feliz, el 17.64% estar con su familia y el 11.76% ninguno.

La mayoría de los ancianos institucionalizados que fueron encuestados considera, que el sentido de su vida es ser independiente, ser felices y estar con su familia, lo cual indica que a medida que se van dando cuenta de su dependencia actual, los llena de frustración y vacío en donde van perdiendo a través del tiempo valores internos, lo que conlleva a no sentirse libre dentro de sus obvias limitaciones para seguir teniendo sentido de su existencia. (Ver gráfica No.12)

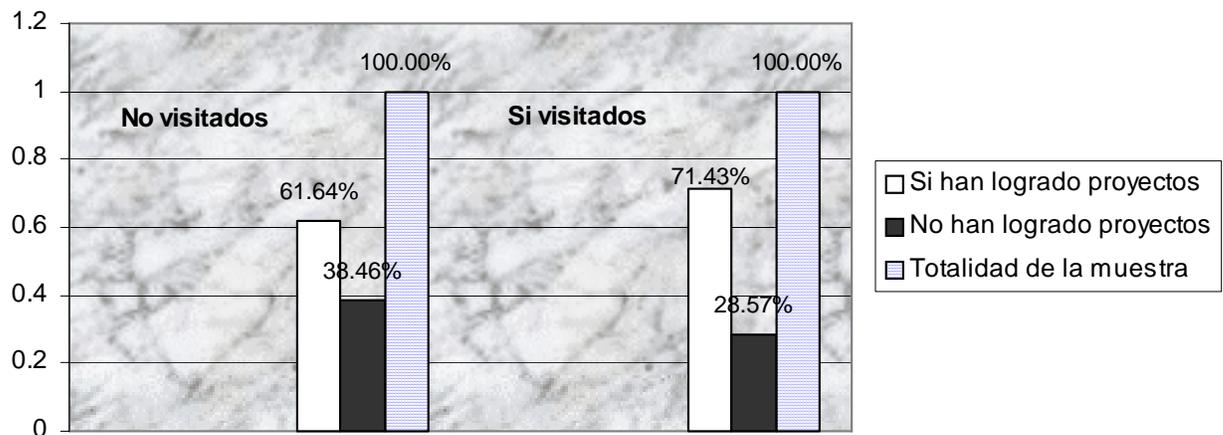
Gráfica No.12



Proyectos de vida alcanzados (Autorrealización y autotrascendencia), de acuerdo a la información obtenida se

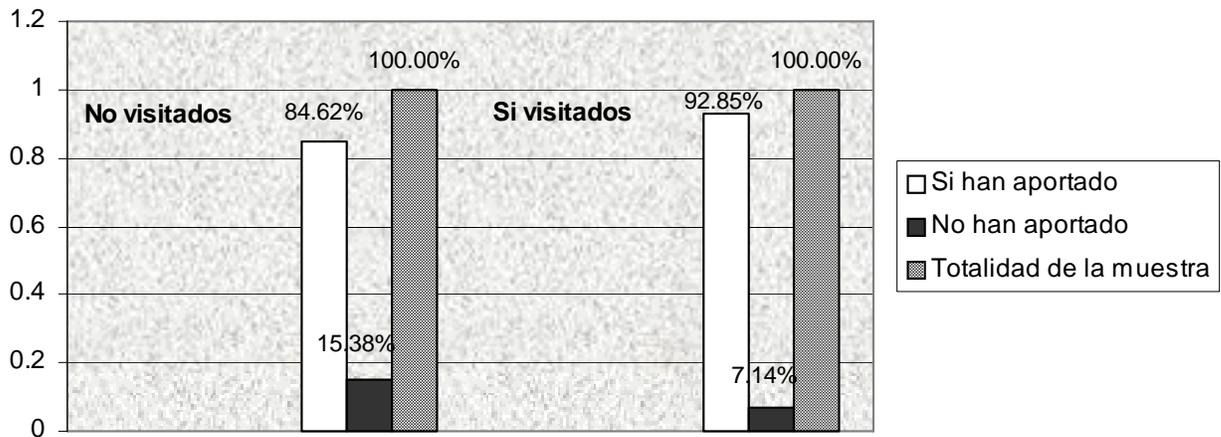
pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares, el 71.43% de ellos respondieron que si han logrado metas, objetivos de vida, tales como: tener una familia y proveerles de protección y alimentación, haber tenido independencia a nivel laboral y económico, haber tenido una juventud plena. El 28.57% restante dijeron que no por las siguientes razones: no haber tenido una familia e hijos. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares, el 61.54% respondieron que si han logrado proyectos de vida tales como: tener una familia y proveerles de protección y alimentación, autorrealización a nivel laboral. El 38.46% respondieron no haber logrado un proyecto de vida debido a: que se sienten defraudados por sus familiares y frustración por no haber tenido una familia. La mayoría de ancianos institucionalizados tanto visitados como los no visitados han logrado la autorrealización en sus proyectos de vida, no por esto deja de existir la frustración en algunos ancianos que por diversas razones no lograron autotrascender en sus proyectos de vida. (Ver gráfica No. 13)

Gráfica No.13



Ancianos que han aportado de forma positiva a su familia y amigos (valor creativo - dar), de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares, el 92.85% respondieron que si han aportado de forma positiva a su familia y amigos de la siguiente forma: Dándoles amor, protección, educación, vivienda, comida, y ejemplo. Solamente el 7.14% respondió que no. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares, el 84.62% respondieron afirmativamente, de la siguiente forma: Amor, protección, vivienda, alimentación, dinero y valores morales. Solamente el 15.38% respondieron que no. La mayoría de los ancianos, tanto en los que son visitados como en los que no, han aportado de forma positiva sus familiares y amigos en algún momento de su vida, esto nos indica de que los ancianos institucionalizados, en su mayoría aún conservan sus valores creativos. (Ver gráfica No. 14)

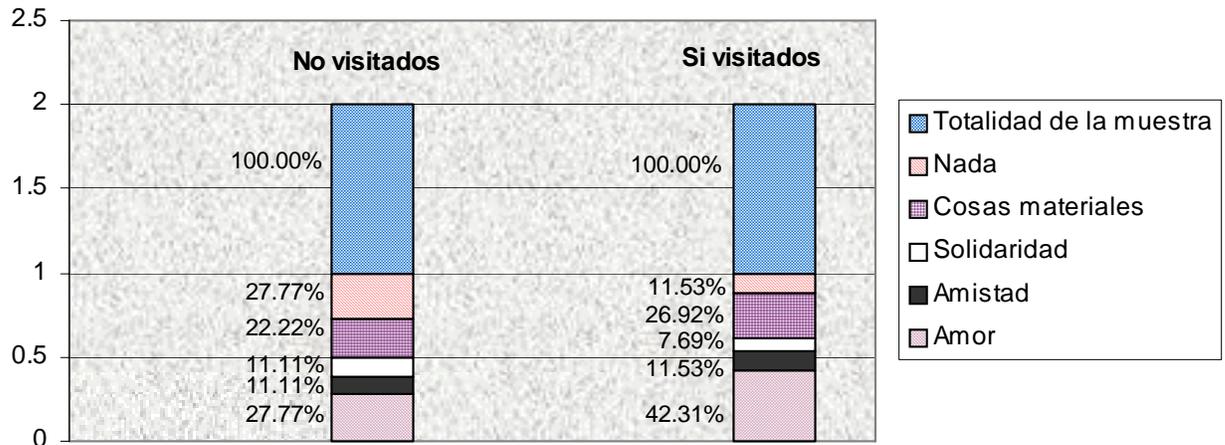
Gráfica No.14



Valores experienciales del anciano, de acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares, el orden de los valores experienciales manifestados por los ancianos es el siguiente: El 42.31% amor, el 26.92% cosas materiales, 11.53% amistad, 11.53% nada y el 7.69% solidaridad.

Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares, el orden de los valores experienciales manifestados por los ancianos es el siguiente: 27.77% Nada, 27.77% amor, 22.22% cosas materiales, 11.11% amistad y el 11.11% solidaridad. (Ver gráfica No.15).

Gráfica No.15



Los resultados obtenidos indicaron que los ancianos visitados conservan más valores experienciales favorables que les ayuda al manejo de sus emociones, en tanto los que no son visitados no conservan en su mayoría valores experienciales.

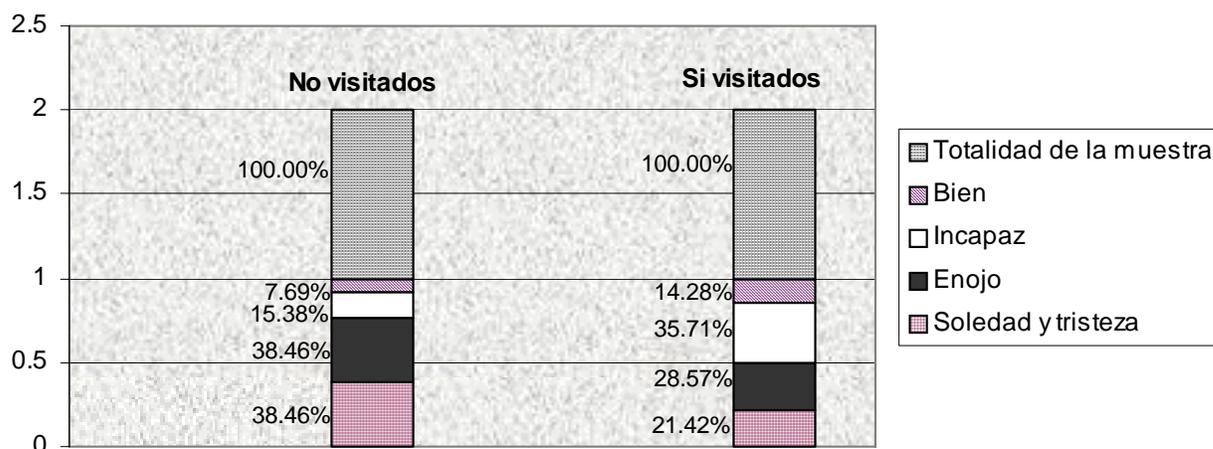
Con relación al sentir de anciano institucionalizado, se pretendió evaluar sus valores actitudinales y la tríada trágica. De acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares, manifestaron su sentir en el orden de incidencia de la siguiente manera: El 35.71% incapaz, el 28.57% enojo, el 21.42% soledad y tristeza, y el 14.28% bien.

Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares, expresaron su sentir en el orden de incidencia de la siguiente manera: El 38.46% soledad y tristeza, el 38.46% enojo, el 15.38% incapaz, y el 7.69% bien.

Esto indica de que los ancianos institucionalizados, viven día con día una pérdida de valores actitudinales que les lleva al vacío existencial, culpa, frustración y el deseo de

vivir todo el tiempo con su familia, y de esa manera queda evidenciado una perdida de valores de actitud frente a los hechos inevitables de su vida, y esto les impide tener la posibilidad de asumir una actitud digna y valiente frente a ese destino doloroso (para algunos ancianos) que inevitablemente no pudieron cambiar. (Ver gráfica No.16)

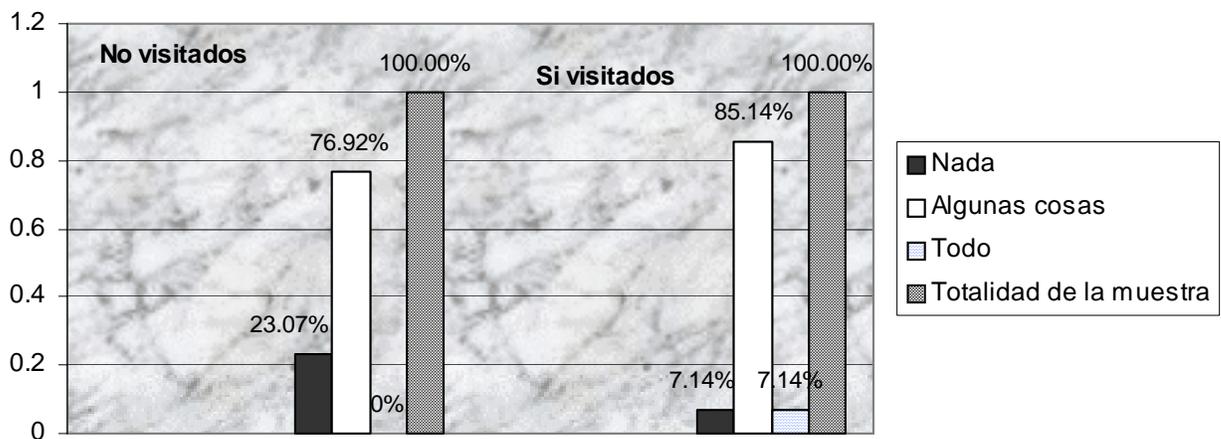
Gráfica No.16



Ancianos que cambiarían algo de su vida: De acuerdo a la información obtenida se pudo constatar que: Del 100% de los ancianos que si son visitados por sus familiares, 85.71% de ellos respondieron que si cambiarían algunas cosas de su vida, como por ejemplo: haber tenido hijos, vivir con su familia, mejorar su vida, haberse autorrealizado laboralmente, volver a ser independiente, haber tenido valor para no dejar que se llevaran a sus hijos. Solamente el 7.14% de ellos respondió que cambiaría toda su vida, lo que demuestra inconformidad respecto a su vida, y el 7.14% respondió que no cambiaría nada. Del 100% de los ancianos que no son visitados por sus familiares, 76.92% de ellos respondieron que si cambiarían algunas cosas de su vida,

como por ejemplo: tener una familia, ser independiente, no ser engañado, regresar a su hogar, tener amigos y ser feliz. Y el 23.07% restante, respondieron que no cambiarían nada. Los resultados indicaron que la mayoría de los ancianos de la muestra, están inconformes de la manera en que se desarrolló su vida, manifestando culpa, reproches, arrepentimientos, frustración y vacío. (Ver gráfica No. 17)

Gráfica No.17



Los resultados obtenidos indicaron que: Del 100% de los ancianos institucionalizados, en su mayoría si experimenta una pérdida de valores internos, que conlleva a que sientan culpa, frustración, pérdida de autoestima, y se sientan incapaces de vivir una vida plena en la tercera edad, causando así un vacío existencial, viniendo a reafirmar de que no necesariamente se debe al abandono o no abandono por parte de sus familiares, sino que también está asociado con el nivel de factores noógenos tales como: vacío existencial, sentimientos de culpa, pérdida de valores internos y frustración.

Con relación a los síntomas depresivos se pudo evidenciar en similar número en los ancianos visitados y los no visitados

un estado de ánimo depresivo, manifestados en tristeza, melancolía, llanto, vacío, baja autoestima, irritabilidad, pérdida del interés o de la capacidad para el placer, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, culpa y autoreproches, lo que viene a validar aun más el supuesto.

En cuanto a la marginación familiar, entendida esta como: el abandono, rechazo, escasez de recursos de manutención, dificultad de atención, pérdida de interés, se pudo experimentar a través de las vivencias contadas por los ancianos, que no necesariamente este es un factor primordial para el apareamiento de síntomas depresivos, ya que estos mismos indicadores, estuvieron presentes en aquellos ancianos que si son visitados.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada se llegó a las siguientes conclusiones:

- La incidencia de síntomas depresivos existentes en ancianos institucionalizados entre 60 y 65 años de edad fue de 55%, esto indica que la aparición de esos síntomas no necesariamente se debe al abandono por parte de sus familiares, ya que en un 59% se evidenció una pérdida de valores internos que conllevan a sentir vacío y frustración (factores noógenos) en el anciano institucionalizado, evidenciando de esta manera la validez del supuesto.
- Dentro de los síntomas depresivos que más se evidenciaron en los ancianos institucionalizados fueron: Sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer en las actividades, sentimientos de culpa o inutilidad, fatiga y pérdida de energía, estos resultados fueron similares en ambas muestras, es decir en ancianos visitados como los no visitados.
- Se evidenció un alto índice de abandono en el anciano institucionalizado por parte de sus familiares, que se manifestó en: Baja autoestima, llanto, tristeza y autoreproches, se observó en ambas muestras, pero eran mucho más evidentes y recurrentes en la muestra de ancianos que nunca recibían una visita familiar. Esto reafirma que la familia contribuye de manera significativa al fortalecimiento conductual del anciano institucionalizado.
- En relación a los factores noógenos, se evidenció una clara pérdida de valores internos, que se manifestó en

el sentir del anciano institucionalizado, y estos se identificaron ambas muestras, en ancianos visitados como los no visitados , ya que estos se sentían solos, tristes, incapaces, dependientes, engañados y con un marcado vacío existencial.

- Se observó que la institución "Casa Geriátrica María", no importando las limitaciones a nivel de infraestructura y económica, le brinda al anciano una buena atención en la medida de lo posible.

RECOMENDACIONES

- Brindar apoyo psicológico a ancianos institucionalizados, que tenga como finalidad que la persona de la tercera edad recupere su voluntad de sentido y fortalecer su valor actitudinal para que tomen una actitud digna frente a su situación y de esa manera evitar el vacío existencial y realizar el sentido de su existencia.
- Creación de programas que vayan en función de cubrir las necesidades recreativas, físicas y psicológicas del anciano institucionalizado, con el fin de que aminoren las problemáticas existentes tales como: Aparición y desarrollo de síntomas depresivos, pérdida de funciones motoras e intelectuales, por falta de estimulación y recreación del anciano y el fortalecimiento de valores internos que le ayudarían a las personas de la tercera edad a cambiar su actitud frente a la vida.
- Toda institución que preste el servicio a ancianos, tome como política de institucionalización (cuando es posible), el compromiso perenne a los familiares para que visiten por lo menos a su familiar anciano 4 veces al mes, con el fin de responsabilizar a los familiares de que el anciano no es un estorbo y que merece respeto y afecto hasta el final de sus días.
- Motivar a los estudiantes de Psicología, a que realicen investigaciones con relación a las personas de la tercera edad, con el fin de que la geriatría no sea algo

desconocido en Guatemala, sino que ayuden a través de los nuevos conocimientos, a darle una mejor atención y servicio al anciano de Guatemala.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Confort, Alex
Una buena edad la tercera Edad.
Barcelona, Editorial Blume, 1986.
Pág. 279
- 2) Forciea, Mary Ann
Secretos de la Geriatria.
México, Ministerio McGraw-Hill Interamericana, 1999
Pág. 309
- 3) Girón Mena, Manuel Antonio
Liberación de la vejez.
Guatemala, Editorial Cenaltex Ministerio de Educación,
1987
Pág. 149
- 4) Hernández Sampieri, Roberto et.al
Metodología de la Investigación.
México, Editorial McGraw-Hill, 1998
Pág. 501
- 5) Guttmann, David
Logoterapia para profesionales
Editorial Desclée de Brower, S.A. 1998.
Pág. 34.
- 6) Kastenbaum, Robert
Vejez años de plenitud.
México, Editorial Harper & Row Latinoamericana, S.A. de
C.V., 1980
Pág. 127
- 7) López-Ibor, Juan José
Lecciones de Psicología Médica.
Editorial Masson, S.A.
Pág. 500
- 8) Monedero, Carmelo
Psicopatología General
Pág. 851

- 9) Ledesma, Jimeno
Estudios sobre la depresión.
Editorial Universidad de Salamanca, 1989
Pág. 361

- 10) Passanante, María Inés
Políticas Sociales para la tercera edad.
Buenos Aires, Editorial HVMANITAS.
Pág. 167

- 11) Rowe, Doroty
La depresión: El camino de la salida del túnel.
Barcelona, Editorial PIADOS, 1988
Pág. 269

- 12) Sarason, Irwin G.
Psicología Anormal.
México, Editorial PRENTICE HALL, Hispanoamericana, 1996
Pág. 675

- 13) Vallejo Nájera, Juan
Ante la Depresión.
Barcelona, Editorial Planeta, 1996
Pág. 144

- 14) Zetina Castellanos, Waldemar
Fundamentos teóricos de la Investigación.
Guatemala, Editorial Universitaria, 1996
Pág. 147

- 15) Revista AMIGA: Artículo "Una morada repleta de vidas".
Ignacio Lacrériga (autor),
Guatemala, Editorial Prensa Libre,
Semestral
Febrero 2003
Pág. 42

- 16) Revista Española: Artículo "El anciano y la familia".
Dr. Jaime Enrique Encinas (Autor)
Barcelona, Editorial Ínter América Española,
Semestral
Enero 2,004
Pág. 45

- 17) Enciclopedia de la Psicología Océano. La Edad Adulta
Grupo Editorial Océano, Tomo IV
Pág. 260
- 18) [www. Tópicosdepsicogeriatría.com](http://www.Tópicosdepsicogeriatría.com)
- 19) [www. Psiconet.com](http://www.Psiconet.com)

ANEXOS

TEST DE EVALUACIÓN DE SINTOMAS DEPRESIVOS.

Sexo: M _____ F _____ **Edad:** _____.

Instrucciones: Marque la casilla de los apartados que correspondan con su estado actual, ya que se obtendrá una lista de síntomas que puede ayudar a determinar si hay indicios de depresión.

1. Mantiene sentimientos de tristeza o irritabilidad:

SI NO

2. Perdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba.

SI NO

3. Cambios en el peso o en el apetito.

SI NO

4. Cambio en las pautas de dormir (Disminución o aumento de las horas de sueños)

SI NO

5. Sentimiento de culpa o inutilidad.

SI NO

6. Dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones.

SI

NO

7. Fatiga o pérdida de energía.

SI

NO

8. Agitación o disminución de la actividad notado por otros.

SI

NO

9. Pensamiento de suicidio o muerte.

SI

NO

10. ¿Le sucede todo esto desde hace más de dos semanas?

SI

NO

Test elaborado por el médico psiquiatra Adalberto Campo Arias, Profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

Institución: Casa Geriátrica María.

Formato de Entrevista.

Sexo: M. _____ F. _____

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas.

1. ¿Usted es feliz en este momento? (Sentido de vida)

SI NO

Por qué _____

2. ¿Cuál cree usted que es el sentido de su vida? (Vacío y Frustración)

a. Estar con su familia b. Ser independiente
c. Ser feliz d. Ninguno

3. ¿Qué proyecto a lo largo de su vida ha logrado, metas, objetivos de vida? (Autorrealización y autotranscendencia)

SI NO

Cuáles: _____

4. ¿A lo largo de su vida cree usted que ha aportado de forma positiva a su familia o amigos, para mejorar su vida y la de ellos? (valor creativo - Dar)

SI NO

Qué Cosas: _____

5. ¿Qué ha recibido usted de su familia y amigos? (Valores Experienciales - Recibir)

- a. Amor. _____ b. Amistad. _____
c. Solidaridad. _____ d. Cosas Materiales. _____
e. Nada. _____ f. Otros. _____

6. ¿Cómo se siente hoy en día al estar en este lugar? (Valores Actitudinales y Tríada Trágica.)

7. ¿Si pudiera cambiar algo de su vida, qué cambiaría?

- a. Nada. b. Algunas cosas. c. Todo.

Por qué: _____

GUIA DE OBSERVACIÓN

Instrucciones:

Cada estudiante observará el entorno social en el cual aplicará la presente guía de observación. Debiendo completar todos los datos que en la misma se exponen.

DATOS GENERALES:

Nombre del Centro Asistencial:

Ubicación:

Acceso:

TIPO DE VIVIENDA:

Material de construcción de las paredes:

Ladrillo _____	Block _____
Madera _____	Lámina _____
Caña _____	Lepa _____
Cartón _____	Plástico _____

Material de los techos:

Terraza _____	Lámina _____
Duralita _____	Paja _____
Cartón _____	Plástico _____

Tipo de ventanas:

Madera fina _____	Aluminio _____
Hierro _____	Madera rústica _____
Plástico _____	Sin ventanas _____

Número de pisos:

1 piso _____	2 pisos _____
3 pisos _____	4 pisos o más _____

URBANIZACIÓN:

Bueno	Regular	Deficiente
Drenajes _____	_____	_____
Alcantarillado _____	_____	_____
Drenajes a flor de tierra _____	_____	_____
Tipos de calles:		
Concreto _____	_____	_____
Adoquín _____	_____	_____
Asfalto _____	_____	_____
Tierra _____	_____	_____
Estado de las calles:		
Bueno _____	Regular _____	_____
Malo _____	Intransitable _____	_____

SERVICIOS:

Agua:

Domiciliar _____	Chorro público _____
Pila pública _____	Toneles _____
Otros _____	No hay _____

Luz:	Cantidad	Teléfono:	Cantidad
Contadores privados	_____	Teléfonos públicos	_____
Contador comunitario	_____	Teléfono comunitario	_____
Colgados del serv. Púb.	_____		
Otros	_____		
Alumbrado público	_____		

Transporte:	Cantidad	Mercado:	Cantidad
Línea urbana autobús	_____	Mercado municipal	_____
Ruleteros	_____	Mercado callejero	_____
Línea extraurbana	_____		
Taxis-ruleteros	_____		

Seguridad Pública:	Cantidad
Transitan radiopatrullas	_____
Policía privada	_____
Policía nacional	_____

ENTORNO SOCIAL:

Tipo de comercios:	Cantidad	Tipo de actividades:	Cantidad
Mercados cantonales	_____	Bancarias	_____
Supermercados	_____	Industriales	_____
Almacenes	_____	Comerciales	_____
Tiendas	_____	Agrícolas	_____
Restaurantes	_____	Deportivas	_____
Comedores	_____	Recreativas	_____
Expendios de comida	_____	Religiosas	_____
Bares	_____	Comunitarias	_____
Cantinas	_____		
Expendios de bebidas	_____		

Prostitúbulos _____

Otros _____

CONDUCTAS SOCIALES:

Conductas Individuales: Cantidad Conductas grupales: cantidad

Personas trabajando _____ Comités de vecinos _____

Personas estudiando _____ Grupos deportivos _____

Personas compartiendo _____ Grupos religiosos _____

Personas recreándose _____ Grupos sindicales _____

Personas agrediéndose _____ Alcohólicos anónimos _____

Trabajo infantil _____ Grupos políticos _____

Niños de la calle _____ Maras _____

Alcoholismo _____

Drogadicción _____

Prostitución _____

Mendicidad _____

Delincuencia _____

RESUMEN

La investigación consiste en describir la incidencia de síntomas depresivos en personas institucionalizadas de la tercera edad que sufren de marginación familiar, comprendidos entre 60 y 65 años de edad de ambos sexos. Siendo un estudio de carácter descriptivo tuvo como objetivo principal; describir y determinar si la marginación familiar tiene una influencia importante en la incidencia de síntomas depresivos, así como también contribuir al fortalecimiento conductual de las personas.

Dentro de las técnicas de recolección de datos utilizadas para esta investigación se contemplan las siguientes: Una guía de observación institucional, prueba de diagnóstico psicológico elaborada por el médico psiquiatra Adalberto Campo Arias y una Entrevista Estructurada elaborada por las investigadoras, las cuales fueron aplicadas de forma individual, para identificar los indicadores relacionados con los síntomas depresivos y los factores noógenos en los ancianos institucionalizados.

La investigación reveló una gran incidencia de síntomas depresivos tales como: Sentimientos de tristeza, pérdida de interés en actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, etc. Si bien desde la perspectiva humanista-existencial, la causa central de la depresión es la pérdida de la autoestima, pero la pérdida en sí no es tan importante como el cambio en la autoevaluación del individuo como resultado de esta

Se consideró que los ancianos institucionalizados que sufren de marginación familiar experimentaron una pérdida de valores internos que van encaminados al apareamiento de síntomas depresivos, de igual manera existieron hallazgos que

evidenciaron esa misma pérdida de valores internos en ancianos que eran frecuentados por sus familiares. Se observó en ambas muestras, incidencia de síntomas depresivos pero estos fueron mucho más evidentes y recurrentes en la muestra de ancianos que nunca recibían una visita familiar. Esto reafirma que la familia contribuye de manera significativa al fortalecimiento conductual del anciano institucionalizado, es por ello que se ve la necesidad de recomendar dentro de las políticas de institucionalización el compromiso perenne de la visita familiar, de dos a cuatro veces al mes, de esta manera minimizar la baja autoestima, tristeza, llanto y autoreproches que le impiden al anciano tener un sentido de vida.