

UNIVERSIDAD DE CUENCA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

**"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO"**

Trabajo de titulación previa a la
obtención del título de Psicóloga
Clínica.

AUTORAS:

**MARLENE MARITZA SILVA GONZÁLEZ.
VALERIA PRISCILA VIVAR VÁSQUEZ.**

DIRECTORA:

MGS. SANDRA EUGENIA LIMA CASTRO

**CUENCA - ECUADOR
2015**



RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de carácter mixto se utilizó además el método de estudio de caso. Participaron 8 adultos mayores institucionalizados en la Fundación Gerontológica Plenitud de la ciudad de Cuenca. Se aplicaron instrumentos como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), guía de observación (Q-LES-Q), Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM), Historia Clínica, Entrevista semiestructurada, Inventario de Historias de Pérdidas. Se estudiaron las variables independientes: soledad, adaptación, motivo de ingreso. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, asociación (Chi-cuadrado y p) en los programas SPSS 22 y Atlas.Ti. **Resultados:** La prevalencia de depresión obtenida en esta investigación fue del 50%, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12, 5%. Factores asociados como: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores. Además se encontró que las tres variables independientes son predictores de depresión puesto que se explicó en un 85% la varianza de la variable dependiente niveles de depresión ($R^2 = 0,85$).

Palabras claves: ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO, FACTORES ASOCIADOS, DEPRESIÓN.



ABSTRACT

Objective: Identify factors associated with depression in the institutionalized older adult. **Materials and Methods:** A descriptive study of mixed character, the case study method was also used. Population: 8 elderly institutionalized in the Gerontological Foundation Plenitud of the city of Cuenca. Instruments such as the Geriatric Depression Scale Yesavage (GDS), observation guide (Q-LES-Q) Loneliness Scale for the Elderly (IMSOL-AM), medical history, semi-structured interview, Inventory Stories losses, were applied. The independent variables were studied: Loneliness, adaptation, reason for admission. It was made a Bivariate analysis of depression and the independent variables. Analysis by percentage, association (chi-square p) in SPSS 22 and ATLAS.ti programs. **Results:** The prevalence of depression obtained in this study was 50%, this percentage obtained 25.0% mild depression, 12.5% moderate depression and severe depression 12, 5%. Associated factors such as: loss of roles, dependency status, lack of emotional support networks, the presence of dysfunctional patterns and comorbidity with processes of unresolved grief favor the emergence of depressive symptoms in older adults. It was found also that the three independent variables are predictors of depression as explained 85% variance of the dependent variable levels of depression ($R^2 = 0.85$).

Keywords: INSTITUTIONALIZED ELDERLY, ASSOCIATED FACTORS, DEPRESSION.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS	4
CLAUSULAS.....	6
CAPÍTULO I.....	12
1. LA TERCERA EDAD	12
1.1 Conceptualización de la Tercera Edad.....	14
1.1.1 Enfoque Biológico.....	16
1.1.2 Enfoque Psicológico.....	21
1.1.3 Enfoque Social.....	33
1.1.4 Definición de Residencia Geriátrica.....	40
CAPITULO II.....	45
2. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.....	45
2.1. Definición de Depresión.....	48
2.2 Tipos de Depresión.....	49
2.3 Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado	51
2.4. Etiología.....	53
2.5 Factores asociados a la Depresión en el Adulto Mayor.....	54
2.5.1 Factores Biológicos.....	54
2.5.2 Factores Psicológicos.....	56
2.5.3 Factores Sociales.....	68
2.5.4 Factores Institucionales y Trato del Personal de Cuidado Diario.....	73
2.5.5 Factores de Protección.....	77
2.6 Adaptación en el Adulto Mayor.....	82
2. 7 Diagnóstico.....	85
2.8 Instrumentos de Evaluación.....	89
2.9 Consecuencias de la Depresión en el Adulto Mayor.....	90
CAPITULO III.....	94
3. METODOLOGÍA.....	94



3.1 Pregunta de Investigación	94
3.2 Alcance de la Investigación	94
3.3. Universo y Muestra.....	95
3.4 Criterios de Inclusión.	95
3.5 Criterios de Exclusión:	95
3.6 Variables de Estudio e Instrumentos utilizados.	95
3.7 Procedimiento De Investigación.	98
3.8 Procesamiento de Datos	99
CAPITULO IV.....	101
4. ANALISIS DE RESULTADOS.....	101
CAPITULO V.....	120
5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y DISCUSIÓN.	120
CAPITULO VI.....	129
6. BIBLIOGRAFÍA:	129
CAPITULO VII.....	137
7. ANEXOS.....	137
7.1 Protocolo de Tesis.....	137
7.2 Historia Clínica.....	150
7.3 Entrevista Semiestructurada.....	151
7.4 Inventario de Historias de Pérdidas (IHP).....	153
7.5 Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.	154
7.6 Observación.	155
7.7 Inventario Multifacético de Soledad. IMSOL-AM.	156
7.8 Consentimiento Informado.....	157
7.9 Análisis Funcional de Depresión (Caso Inés)	158
7.10 Análisis Funcional de Depresión (Caso Bertha).	159
7.11 Análisis Funcional de Depresión (Caso Elisa).	160
7.12 Análisis Funcional de Depresión (Caso Julia).	161
7.13 Análisis Funcional de Depresión (Caso Cecilia).	162
7.14 Análisis Funcional de Depresión (Caso Zoila).	163
7.15 Análisis Funcional de Depresión (Caso Blanca).	164
7.16 Análisis Funcional de Depresión (Caso Manuel).	165



CLAUSULAS.



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Yo, *Marlene Maritza Silva González*, autora de la tesis “**Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 25 de Febrero del 2015.

Marlene Maritza Silva González

C.I: 0705400158.



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Yo, *Valeria Priscila Vivar Vásquez*, autora de la tesis “**Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 25 de Febrero del 2015.

Valeria Priscila Vivar Vásquez.

C.I: 0104440037



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Yo, *Marlene Maritza Silva González*, autora de la tesis “**Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicóloga Clínica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 25 de Febrero del 2015.

Marlene Maritza Silva González

C.I: 0705400158.



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Yo, *Valeria Priscila Vivar Vásquez*, autora de la tesis “**Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Psicóloga Clínica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 25 de Febrero del 2015.

Valeria Priscila Vivar Vásquez.

C.I: 0104440037



INTRODUCCIÓN

Las expectativas sobre la vejez que se instalan en nuestra sociedad hoy en día no son buenas, ya que estamos en un entorno donde gobiernan los prejuicios hacia esta etapa de la vida, estableciéndose en el imaginario social sinónimos para designar a la vejez como señal de enfermedad y muerte, ignorando así los atributos y las características propias de las personas de la tercera edad y comportándonos como si esta realidad fuera a permanecer siempre ajena a nosotros.

Estos prejuicios firmemente arraigados crean en nuestro pensar que las enfermedades son parte de la vejez, adjudicando estereotipos de toda clase principalmente pensando que la tristeza y la soledad son características del longevo. Es por ello que hemos podido darnos cuenta que el fenómeno del envejecimiento resulta importante para la investigación ya que estamos frente, a uno de los grupos más vulnerables de nuestra población aún más siendo los adultos mayores que se encuentran institucionalizados puesto que a través de nuestro estudio hemos podido visualizar que el proceso de institucionalización ejerce efectos negativos en su estado de ánimo debido al cambio brusco en el modo de vivir y la ruptura de los roles sociales que desempeñaba cuando era parte inherente de la sociedad.

Por lo citado es que hemos elegido a este grupo poblacional como eje principal para el desarrollo de nuestra investigación. Nos hemos enfocado en conocer e identificar cuáles son los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado en la Fundación Gerontológica "Plenitud". De este modo el planteamiento y desarrollo de esta tesis se fundamenta en una interrogante: ¿La relación de los adultos mayores con sus pares y personal de cuidado diario, así como la percepción que tienen los adultos mayores respecto a su estadía en el centro geriátrico ejercen alguna influencia significativa sobre su estado de ánimo depresivo?



Para responder a nuestro interrogante hemos decidido estudiar el tema de la depresión en el adulto mayor institucionalizado abarcando una serie de conceptos sólidos que permitieron tener una perspectiva amplia sobre esta problemática. Se utilizó un enfoque descriptivo de carácter mixto apoyándonos en el método de estudio de caso.

Según la Organización Panamericana de la Salud, una persona “adulto mayor” es aquella que alcanza la edad de 60-65 años de edad independientemente de su historia clínica y situación particular. Para abordar este concepto es necesario desarrollar una perspectiva que abarque una definición integradora biopsicosocial que amplíen el entendimiento del término vejez. Por lo tanto la ciencia ha propuesto diversas teorías (biológicas, psicológicas y sociales) sobre las causas del envejecimiento. Las teorías como la del desgaste, la teoría del ciclo de vida, la teoría de la desvinculación, entre otras, han sido fundamentales para explicar el proceso del envejecimiento. Este entendimiento lo desarrollamos con mayor profundidad en el capítulo I.

En esta etapa de la vida se calcula que el 25% de las personas mayores de 60 años padece algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente y para diagnosticarla los profesionales han tenido ciertas dificultades puesto que en el longevo se presentan padecimientos propios de esta etapa donde no hay causa única de morbilidad sino predomina la multicausalidad. Por el contrario se cree erróneamente que la depresión es una característica de la edad. Y hay que mencionar que los adultos mayores institucionalizados son más vulnerables de sufrir padecimientos psiquiátricos como es en el caso de la depresión puesto que conlleva cambios drásticos en todos los aspectos de sus vidas.

Es importante el estudio de la vejez y los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado como una forma de sensibilizarnos con los fenómenos que ocurren en esta etapa de la vida, fortaleciendo así nuestra formación como Psicólogas Clínicas.

CAPÍTULO I.

1. LA TERCERA EDAD.





INTRODUCCIÓN

En este primer capítulo se abordará la temática de los Adultos Mayores Institucionalizados, teniendo en cuenta la edad como rasgo universal de los individuos, además, se revisarán las estadísticas del envejecimiento de la población en el Ecuador así como las teorías e investigación acerca de las causas del envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso universal en el cual ocurren cambios biopsicosociales. Por lo tanto, la ciencia propone diversas teorías (biológicas, psicológicas y sociales) sobre el proceso del envejecimiento.

Con respecto a las teorías del envejecimiento biológico, dicho brevemente, se basan en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales, dentro de las teorías biológicas en este capítulo se va a señalar:

1) La Teoría de los radicales libres de Denham Harman en 1956; 2) La Teoría del error catastrófico de Orgel, 1963; 3) la Teoría del desgaste de Hans Selye en 1974; 4) Teoría del debilitamiento del sistema inmunológico de Mishara y Riedel, 2000; 5) La Teoría de las células madre y células troncales, sus autores Charge y Rudnicki, 2004; 6) Teoría de la regulación genética de Leo Szilard, 1959.

En cuanto a las teorías psicológicas del envejecimiento, se estudiarán los enfoques que investigan los procesos de envejecimiento tanto físico como mentales partiendo de la interacción del medio con el organismo y las características que definen diferentes papeles y roles en el desarrollo humano. Se mencionará en este apartado las siguientes teorías y modelos psicológicos: 1) El enfoque del ciclo vital de Baltes (1987); 2) La teoría de Erickson (1902-1997); 3) La teoría de Robert Peck (1955); 4) El enfoque de Roger Gould (1972-1978); 5) La teoría de Havighurot (1974); 6) La Teoría de Daniel Levinson (1986) y 7) La Teoría de las Necesidades De Maslow (1982).



Del mismo modo, el siguiente aspecto a tratarse en este capítulo son las teorías sociales del envejecimiento, que se centran en las características de la sociedad y las condiciones de vida del adulto mayor, dicho de otra manera, cómo el adulto mayor enfrenta su propio envejecimiento dentro de un contexto social que lo condiciona. Entre las teorías a señalar en esta sección, tenemos: 1) La teoría de la actividad de Leontiev (1903-1979); 2) La teoría de la desvinculación o de la disociación sostenida por Cumming y Henry en 1961; 3) La teoría de la continuidad formulada por Atchley en 1975; 4) La teoría Representación social y vejez de Serge Moscovici. 1979; 5) Teoría del Construccinismo Social de Kenneth J. Gergen, 1996; 6) La Teoría del Envejecimiento Exitoso y Productivo de Rowe y Kahn, 1997; 7) Teoría de la Economía Política del Envejecimiento de Meredith Minkler y Carroll Estes, 1999.

En último lugar, para fines de este estudio, se definirá lo que es un Centro geriátrico y los motivos de la institucionalización de las personas adultas mayores.

1.1 Conceptualización de la Tercera Edad.

En Ecuador, al igual que en el resto del mundo, ha aumentado el número de personas adultas mayores, de ahí que el envejecimiento de la especie humana, ha sido motivo de preocupación (García, 2007). Para ilustrar mejor, en las últimas décadas, según datos demográficos, en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), la mayoría reside en la sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. El 11% de los adultos mayores viven solos; mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con sus hijos (49%), nietos (16%) y esposo o compañero (15%) (Villacís, 2011).



Lo anterior, no implica que la esperanza de vida aumente con mayor bienestar; por el contrario, se espera que los adultos mayores sufran enfermedades crónico-degenerativas acompañadas de la pérdida de capacidades funcionales, emocionales y cognitivas, las cuales limitarán las actividades físicas y una vida independiente de este grupo social (Beyer, 2007). Además de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, existen padecimientos psiquiátricos como la depresión o ansiedad, enfermedad de Parkinson y la demencia de Alzheimer, las cuales se presentan cada vez con mayor frecuencia en personas en proceso de envejecimiento como resultado de las características individuales, genéticas, factores ambientales, ocupacionales, sociales y culturales (Beyer, 2007).

Prosiguiendo con nuestro análisis, no es fácil definir el envejecimiento, debido a los factores biopsicosociales que intervienen en esta etapa (Beyer, 2007). De hecho, existen numerosas definiciones, a continuación citaremos algunas de ellas.

La Organización Mundial de la Salud (2012), considera a la vejez como una etapa de la vida, en la cual está implicada las dimensiones de desarrollo personal, psicológico y sociocultural. Por otra parte, una consideración necesaria respecto a la Tercera edad, consiste en que algunos autores han comenzado a diferenciar el término Tercera Edad, de la llamada Cuarta Edad. La Tercera Edad comienza con el cese de la actividad profesional y culmina con la pérdida de autonomía física, mental y económica, en este momento empieza la Cuarta Edad.

Además podemos señalar que la vejez es un proceso multifacético de maduración y declinación y que se pierde la capacidad de adaptación, de ahí que la personalidad humana es una totalidad indivisible en interacción con la cultura y la biosfera (Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera, 2007).



Al mismo tiempo García, 2007 (citado en Castro et al., 2007) sostiene que la vejez es una construcción socio-cultural y que una persona se siente vieja a través de los otros. La identidad no es sino la representación que nos hacemos de nosotros a través de la visión de los otros. Es decir que afecta no sólo la forma en que otras personas (normalmente más jóvenes) lo perciben e interactúan con él, sino que también influye la autodefinición y comportamiento de los propios adultos mayores (Castro et al., 2007).

Uhlenberg y Dannefer (2007) (citado en Castro et al., 2007) relacionan a la vejez con la edad, sostiene que esta característica se refiere a las personas y a sus estructuras sociales.

Con el objetivo de obtener una visión integral del proceso de envejecimiento para fines de este estudio abordaremos este tema, desde los enfoques: biológico, psicológico y social.

1.1.1 Enfoque Biológico.

Desde un enfoque biológico, Zetina (citado en Rodríguez, 2011) sostiene que la tercera edad es un proceso asociado a la disminución de la eficacia del funcionamiento orgánico que lleva a la muerte, se refiere a la disminución de las funciones fisiológicas que se presentan en la tercera edad debido al deterioro orgánico. A partir de allí se define un envejecimiento primario y uno secundario.



El envejecimiento primario se enfoca en la herencia, en la cual, a pesar de los factores que influyen como las enfermedades o traumas, también hay cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre personas. El envejecimiento secundario por su parte, se refiere a la pérdida de las capacidades ocasionadas por los traumas, caídas o enfermedades (Rodríguez, 2011).

Así mismo, se mantiene dos tipos de envejecimiento: el envejecimiento intrínseco o envejecimiento biológico, que es un proceso inevitable, genéticamente determinado, que progresa lentamente a medida que avanzamos en edad, pero puede acelerarse por factores ambientales. En cambio, el envejecimiento extrínseco no se trata solo de procesos celulares, sino que es una respuesta al proceso de adaptación a los factores externos propios del medio ambiente, se produce como resultado de la exposición diaria a los radicales libres procedentes de fuentes variadas tales como: exposición a la radiación ultravioleta, al humo de tabaco y a la polución. Estos radicales libres dañan lípidos, proteínas y ADN, lo cual limita la capacidad de las células para funcionar y para mantener su integridad (Alves et al., 2013).

Cuando se llega a la vejez en el cuerpo se produce una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y funcionales que terminan por alterar el equilibrio homeostático consiguiendo de esta manera llegar a ser incompatibles con la vida (Alves et al., 2013). En cuanto a lo biológico se producen cambios en la piel, con la aparición de arrugas, pérdida de elasticidad, manchas, cambios en el cabello por modificación del color, aparecen las canas, cambios en la estatura por el aumento de la curvatura de la columna vertebral, etc (Alves et al., 2013).



A medida que las personas envejecen, los sentidos se van alterando progresivamente parte de su funcionalidad, afectando el estilo de vida cotidiana y las relaciones sociales. La pérdida de la visión y/o audición contribuyen al aislamiento social y a la falta de estimulación cognitiva. Con el avance de los años se produce una lentitud de las funciones motrices. La pérdida de velocidad motora se acompaña de: disminución del tiempo de reacción, aumento de la fatiga muscular, dificultad en los desplazamientos fundamentalmente al sentarse y levantarse (temblores). También, mientras el hombre envejece su cerebro va progresivamente perdiendo neuronas y reduciendo el tamaño de estas provocando así problemas neurológicos (Montalvo y Ruales, 2011).

Algunos autores han planteado teorías relacionadas con este enfoque, entre ellas tenemos:

Teoría de los Radicales Libres: Denham Harman en 1956 (citado en Hernando, 2006), propuso la teoría más popular sobre el envejecimiento, sugiriendo que los radicales libres producidos durante la respiración aerobia (modalidad de metabolismo en la cual se necesita que el oxígeno tenga intervención para que los seres vivos obtengan energía de las moléculas orgánicas, donde el carbono es oxidado y el oxígeno es empleado como oxidante) causan daño oxidativo que se acumula y resulta en una pérdida gradual de los mecanismos homeostáticos, en una interferencia de patrones de expresión génica y pérdida de la capacidad funcional de la célula, lo que conduce al envejecimiento y a la muerte.

De acuerdo con dicha teoría, existe interrelación entre la generación de oxidantes, la protección antioxidante y la reparación del daño oxidativo. La expectativa de vida puede ser aumentada al disminuir el grado de los fenómenos oxidantes. Esto se lograría con la mejoría de los hábitos higiénico-dietéticos y con el aumento de las defensas antioxidantes (Hernando, 2006).



Teoría del Error Catastrófico: Orgel en 1963 (citado por Hernando, 2006), sostiene que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular; se sabe que se producen errores en los procesos de replicación y transcripción del ADN durante la síntesis de proteínas.

Los errores en la replicación y transcripción llevan a un progresivo aumento y acumulación de las proteínas erróneas, siendo ésta la causa del envejecimiento al afectarse el metabolismo y la viabilidad celulares. Estas modificaciones darían lugar a clones o familias celulares que podrían llegar a tener un predominio sobre las células originarias, creando condiciones poco favorables para la supervivencia del organismo (Hernando, 2006).

Teoría del Desgaste: Hans Selye en 1974 (citado en Durán, 2013), formula la teoría del desgaste, en la cual propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo.

Además establece que los animales envejecen porque sus sistemas vitales acumulan daños por el desgaste o estrés de la vida diaria, y desgastan las actividades bioquímicas normales que acontecen células, tejidos y órganos. Puesto que el desgaste natural molecular, afecta directamente a las mitocondrias o centrales eléctricas que aportan la energía para todas las actividades celulares (Durán, 2013).

Los defensores de esta teoría consideran al cuerpo como una máquina; piensan que es un reloj magistral que controla todos los órganos y que las funciones celulares se ralentizan con el tiempo y se vuelven menos eficientes en la reparación de las defunciones corporales producidas por agresiones ambientales (Pérez y Sierra, 2009).



Teoría del Debilitamiento del Sistema Inmunológico: En el año 2000, Mishara y Riedel (citado en Durán, 2013) sostiene que el genoma nuclear actúa como un “reloj molecular” o un “reloj celular”, controlando y programando los cambios que se desarrollan en un organismo desde su concepción, a través de las distintas etapas biológicas, hasta el envejecimiento. Surge un deterioro inmunitario como resultado de este proceso, que conduce a la aparición de un mayor número de procesos de autoinmunidad (Durán, 2013).

Algunos creen que la decadencia del sistema inmunológico es la causa del envejecimiento, ya que contribuye a la vulnerabilidad de las personas mayores frente a la enfermedad. Según esta teoría el sistema inmunológico destruye ciertas partes sanas del cuerpo “el sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra si mismo y atacar algunas partes del cuerpo como si fueran invasores extranjeros. Puesto que es probable que con el tiempo aparezca un cierto material imperfecto y que sea tratado como una amenaza, aumenta en consecuencia el peligro para los tejidos normales. Eisdorfer, 1971(citado en Hernando, 2006)

Teoría de la Regulación Genética: Leo Szilard en 1959 (citado en Hernando, 2006), recalca que las especies poseen un grupo de genes que permiten el desarrollo y la reproducción de los individuos. La fase de reproducción está en función de la capacidad de defensa del organismo ante factores adversos determinados. El envejecimiento tendría una relación directa con el desequilibrio de los factores que permiten el mantenimiento de la fase de reproducción (Hernando, 2006).

Teoría de las Células Madre y Células Troncales: Propone que el envejecimiento y el descenso en la capacidad de regeneración y respuesta a estrés, podrían ser debidos a un agotamiento en las células troncales. Charge y Rudnicki, 2004 (citado en Pérez y Sierra, 2009).



Muchos tejidos responden a daños mediante la activación de células troncales locales, tales como las células satelitales del músculo, lo que lleva a la reposición de células dañadas y eliminadas. Otros tejidos, como el páncreas y el hígado, parecen utilizar un mecanismo diferente, a través del cual células diferenciadas son capaces de desdiferenciarse, proliferar, y rediferenciarse . Brown y Martínez , 2004 (citado en Pérez y Sierra, 2009).

Con el envejecimiento, la capacidad regenerativa de diversos tejidos disminuye, y aparentemente, esto ocurre mediante una variedad de mecanismos. Las células troncales asociadas al folículo piloso (y que son también activadas en respuesta a daño a la piel) se pierden paulatinamente con la edad entre los 60 y 61 años (Pérez y Sierra, 2009).

1.1.2 Enfoque Psicológico.

Antes de describir las teorías psicológicas del envejecimiento, definiremos el término psicogerontología. La Psicogerontología es la ciencia que estudia la psicología del envejecimiento abarcando el comportamiento y los procesos mentales de las personas mayores desde una perspectiva psicosocial. Dicha teoría sostiene que en el envejecimiento se presentan modificaciones tanto en la cognición, el afecto y en la personalidad (Jayro, Cardona, María, Henao y Qintero, 2009). Al mismo tiempo, para Richard y Munafo (1993), la psicogerontología es la ciencia que trata de describir, explicar, comprender el proceso de envejecimiento a través de diversos planteamientos teóricos. Si la Gerontología es el conjunto de disciplinas que estudian el envejecimiento desde una concepción integradora biopsicosocial, las cuestiones concernientes a la salud mental en el envejecer nos ubican en el campo de la psicogerontología (Jayro et al., 2009).

Por lo tanto, desde la psicología existen algunas teorías que hacen referencia a los aspectos psíquicos de las personas de la tercera edad, podemos citar la Teoría del Ciclo Vital que introduce la noción de que la vejez es una etapa más



en el proceso total del ciclo de vida (Minsal e Ibáñez, 2008). A continuación se realizará una breve revisión por la teoría antes mencionada y por cada uno de los supuestos que contribuyeron a su desarrollo.

La Teoría del Ciclo de Vida (Baltes, 1987): Baltes y sus colegas desarrollaron el enfoque del desarrollo del ciclo vital. Esta teoría nos acerca a la noción de que la situación y la posición social experimentada en la vejez están determinadas por los acontecimientos, decisiones y conductas de los individuos en etapas anteriores de su vida (Minsal y Ibáñez, 2008). Esta teoría, también permite un acercamiento al análisis de la importancia de los cambios que se producen en la vejez dentro del contexto de la existencia de los individuos (incluyendo en el análisis la consideración de variables tan importantes como la situación laboral anterior, las pautas de matrimonio y fertilidad, la educación, etc.) y preguntarnos si esos cambios constituyen o no una fuente de ruptura con las etapas anteriores (Minsal y Ibáñez, 2008).

La perspectiva de ciclo de vida introduce la noción de que la vejez es una etapa más en el proceso total del ciclo vital. Es decir, la vejez no implica necesariamente una ruptura en el tiempo ni el ingreso a una etapa terminal sino que es parte de un proceso (y un proceso en sí misma) donde el individuo continúa “dialogando” con la sociedad, al igual que como lo hace en etapas anteriores. Sin embargo, su aporte más importante ha sido el establecer que, al ser la vejez una etapa más del ciclo de vida (regida por restricciones y privilegios, al igual que otras etapas de la vida), no tendría, por definición, razón para ser una etapa de exclusión social (Minsal y Ibáñez, 2008).

Otro aporte importante derivado de esta perspectiva es la idea de la interacción de los ciclos de vida, que pone de manifiesto que los ciclos de vida de los individuos se relacionan entre sí, fundamentalmente a través de las relaciones familiares. “Dentro del ciclo de vida de cada generación suceden acontecimientos inesperados e involuntarios a través de los cambios en las vidas de las generaciones con las que se relacionan (Minsal y Ibáñez, 2008).



Pero también, es posible hacer lo mismo con la vejez , en cuanto fenómeno social, es decir, analizar los enfoques que privilegian el criterio de la sociedad, aquellos que privilegian los factores culturales (la vejez como subcultura y grupo social minoritario), los factores del entorno social y la condición física y los que se centran en el debate de la adaptación social de los sujetos envejecidos (abordando fundamentalmente las teorías derivadas de enfoques funcionalistas y conductistas, como la teoría del retraimiento, la teoría de la actividad y la teoría del vaciado de roles). Un caso extremo de la relación entre vejez y estructura social, está en la teoría de la dependencia estructurada o gerontología crítica, que analiza la vinculación entre el constructo social llamado vejez y las particularidades de la sociedad capitalista (Minsal y Ibáñez, 2008).

Baltes, 1990 y Thomaes, 1979 (citado en Martínez, 2006) asume el continuo proceso de cambio y estabilidad de la persona desde el nacimiento hasta la muerte. Tres tesis caracterizan esta concepción:

1. En cada etapa de la vida pueden observarse cambios psíquicos; también en la edad joven y madura.
2. Al mismo tiempo, en cada etapa, aún en la niñez y la juventud, aparece una constante de la conducta y la experiencia.
3. La variabilidad interindividual en la conducta y la experiencia queda demostrada en cada una de las etapas vitales.

En una posterior ampliación, Baltes propuso siete principios para su psicología del desarrollo del ciclo vital, de los que sólo mencionaremos los más importantes. Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998 (citado en Martínez, 2006):



1. La idea central pone su acento en el desarrollo continuado, a lo largo de toda la vida. El desarrollo ontogenético es un proceso sin fin, en el que no existen momentos o espacios prioritarios. Siempre pueden ocurrir procesos continuos acumulativos o procesos discontinuos innovativos. Esto significa, que todos los campos son igual de importantes para el desarrollo, teniendo siempre en cuenta las características, metas o exigencias particulares de cada edad.
2. El desarrollo de todo el ciclo vital está caracterizado por una multidireccionalidad y una multidimensionalidad inter e intraindividuales. La multidimensionalidad indica que el desarrollo no corre de forma paralela, sino diferencial, entre los distintos ámbitos de las conductas o recursos.
3. En relación con este tema, se advierte que el desarrollo vital es un doble juego entre pérdidas y ganancias. Mientras que al principio predominan las ganancias, estas van cediendo con el paso del tiempo en campos concretos.

Erikson (1902-1997): Erikson explica el desarrollo humano, desde la infancia a la senectud, como una búsqueda de la identidad personal. Dicho autor plantea ocho estadios psicosociales (crisis) por los que atravieza el individuo. La resolución positiva de cada estadio es esencial para poder acceder a las etapas siguientes. Si por el contrario, el paso de una etapa a otra superior no se resuelve de forma satisfactoria, continúa demandando energía y causando dificultades. La naturaleza de cada crisis es diferente y se caracteriza por una bipolarización (positiva-negativa). Por lo tanto, Erikson sostiene que toda personalidad sana debe resolver la crisis de forma adecuada. (Martínez, 2006).



Eric Erickson (1985) (citado en Jayro et al., 2009), señala una última etapa que corresponde al tema tratado que es “la integridad del yo frente a la desesperación cuya tarea importante es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza; donde ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes; junto a las enfermedades aparecen las preocupaciones relativas a la muerte”.

Además, Erikson sostiene que en esta última etapa de la vida, la contradicción se expresa entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte. Durante este período el sujeto analiza los estadios anteriores, metas, objetivos fijados, alcanzados y no logrados, etc. El individuo entra así en un proceso filosófico orientado hacia la espiritualidad, las relaciones sociales y la búsqueda del envejecimiento satisfactorio (sabiduría), que según este autor, muy pocos individuos llegan a experimentar del todo (Martínez, 2006).

De igual modo, la teoría de Erikson menciona que la primacía de la integridad permite la emergencia de la sabiduría, descrita como una especie de preocupación informada y desapegada por la vida frente a la muerte. En contrapartida aparece el desdén, como reacción ante el sentimiento de un creciente estado de acabamiento, confusión y desamparo (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

A partir de estos principios, este autor plantea una secuencia de encrucijadas en las que el yo se ha de enfrentar a ciertos compromisos y demandas sociales. Si las encrucijadas se superan con éxito, suponen una expansión y la adición de nuevas competencias y cualidades al yo, si no, pueden implicar un estancamiento e incluso una regresión del yo que dificulta el abordaje de encrucijadas futuras (Martínez, 2006).



Desde este punto de vista, el envejecimiento, se contempla como un proceso abierto que puede suponer tanto pérdida como ganancia en función de como se resuelve o no cada una de las encrucijadas. Puede haber maneras de envejecer ciertamente muy negativas, dominadas por el aislamiento, con sentimientos de culpa, de depresión y con temor a la muerte, pero también hay muchas otras altamente positivas (Papalia, et al., 2005).

Robert Peck (1955): Otra concepción que señala directamente el desarrollo de la edad adulta es la de Peck (1959, 1968), que establece cuatro etapas para la adultez y tres para la senectud. Al explicar los retos especiales de la vida adulta, Peck propone cuatro problemas o conflictos del desarrollo adulto:

- **Aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza física.** A medida que empiezan a deteriorarse la resistencia y la salud, las personas deben canalizar gran parte de su energía de las actividades físicas hacia las mentales.
- **Socialización frente a sexualización en las relaciones humanas.** Es otro ajuste impuesto por las restricciones sociales y por los cambios biológicos. Los cambios físicos pueden obligar a redefinir las relaciones con miembros de ambos sexos, a dar prioridad a la confianza sobre la intimidad sexual o la competitividad, es decir, la relación es más racional y sentimental, el sexo se basa cada vez más en la comprensión, sentimientos y conocimiento más profundo.
- **Flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo.** La flexibilidad emotiva es el origen de varios ajustes que se hacen en la madurez, cuando las familias se separan, cuando los amigos se marchan y los antiguos intereses dejan de ser el centro de la vida.



- **Flexibilidad frente a rigidez mental.** El individuo debe luchar contra la tendencia a obstinarse en sus hábitos o a desconfiar demasiado de las nuevas ideas. La rigidez mental es la tendencia a dejarse dominar por las experiencias y los juicios anteriores. A semejanza de las etapas de Erikson, ninguno de los conflictos de Peck se restringe a la madurez ni a la vejez. Las decisiones tomadas en los primeros años de vida sientan las bases de las soluciones en los años de la adultez y las personas maduras comienzan ya a resolver los desafíos que se les presentarán en la senectud. Se necesita una disposición abierta a los cambios, una mentalización más flexible, dispuesta siempre a valorar y aceptar los cambios. Peck ,1955 (citado en Hernando, 2006).

Peck, por otra parte, fija tres tareas principales para el envejecimiento:

- 1) **Transcendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo.** Teniendo en cuenta el riesgo de enfermar a esta edad y la disminución del rendimiento físico, es obligado "transcender" los problemas físico-corporales, es decir, centrar las metas vitales en el rendimiento mental y espiritual, y en las relaciones sociales.
- 2) **Diferenciación del ego frente a preocupación por el trabajo.** Al llegar la jubilación y abandono del puesto de trabajo, la persona mayor debe valorarse a sí misma, a través de actividades independientes de su anterior vida laboral y de las características positivas adquiridas en su personalidad.
- 3) **Transcendencia del ego frente a preocupación por el ego.** El temor a la propia muerte debe verse desistido por las aportaciones personales a cualquier nivel: aportaciones por medio de los hijos y del legado material o cultural para las futuras generaciones (Hernando, 2006).



Roger Gould (1972-1978): En la psicología del desarrollo de la edad adulta son frecuentes, como se puede apreciar, las teorías caracterizadas por las etapas vitales. Algunos autores las describen como transiciones. Gould, por ejemplo, habla de siete transiciones y en cada una de ellas se dan determinadas “transformaciones” (Martínez, 2006).

Para fines de este estudio, se citará la séptima transición que corresponde al tema investigado:

Séptima transición: 50 a 60 años. La vida se concibe diferente en valores necesidades y propósitos, hay más comprensión con el pasado y el presente, aumentan los afectos hacia la familia. Aumenta el interés por la nueva generación y se pretende trasladar la experiencia y los conocimientos. Se asume que la vida es finita. En esta teoría los grupos de años biológicos son orientativos, no estrictos. Gould, 1978 (citado en Hernando, 2006).

Robert Havighurst (1974): Havighurst (citado en Hernando, 2006).se ha interesado principalmente por el desarrollo en las sociedades occidentales. Propone cinco períodos en el desarrollo evolutivo del individuo, de los cuales tres corresponden a la madurez, el resto a la etapa de la vejez. Se citarán los períodos más cercanos a esta última.

1. El periodo final de la madurez (de los 50 a los 60). Hay otros roles que se han de ir adjudicando. Se proyecta un nuevo grupo de edad, con declive de bríos, variables económicas, inminente jubilación y la muerte que comienza a vislumbrarse como una realidad.



2. Para Havihgurst, la jubilación induce al retiro (la década de los sesenta años). En el nuevo contexto asume una reducción de ingresos y un aumento de tiempo libre. Por lo tanto deben fomentarse nuevos roles, nuevas amistades, nuevos grupos de edad, otras aficiones, etc. Pero especialmente debe afirmarse la identidad, adaptándola a la nueva situación vital.
3. La aceptación del retiro (década de los setenta y más): buscar la manera de conservarse lo más ágil y saludable posible, acomodándose a los límites físicos propios de la edad. Aceptar los fallecimientos de familiares y amigos de edades similares. Seguir en definitiva con la nueva identidad y los nuevos roles adquiridos.

Daniel Levinson (1986): Levinson (1986) y sus colaboradores de la universidad de Yale investigaron una muestra de 40 varones, a base de entrevistas y con el Tematic Apperception Test, (Morgany Murray, 1935), para estudiar diversas variables (instrucción, religión, política, trabajo, ocio, amistad y relaciones familiares), intentando encontrar lo que dieron en llamar la "estructura de la vida" y definieron como "la pauta que subyace o diseña la vida de un sujeto en un momento determinado" planteando la existencia de un sistema de relaciones del individuo que evoluciona a lo largo de su vida, lo llamó "estructura de la vida" (Martínez, 2006).

De igual modo, con los autores antes mencionados, Levinson defiende que a lo largo de la vida, aparecen cuatro periodos de 20 a 25 años cada uno con diversos niveles. Levinson habla de la pre-adulthood, la adulthood temprana (17-45 años), la adulthood intermedia (40-65 años) y la adulthood tardía (de los 60 años en adelante), también menciona una última fase, la ancianidad (Martínez, 2006).



A continuación se señalará tres etapas que están relacionadas con la vejez:

- Adultez intermedia (40 a 50 años): El individuo tiende a buscar nuevas opciones en la familia, en el trabajo y en el ámbito social. Es una etapa de transición.
- Culminación de la adultez intermedia (55 a 60 años): el individuo tiene una situación sólida en sus intereses pero aparece una crisis en la transición a la vejez.
- Adultez tardía (60 en adelante): es una etapa de evocaciones al pasado, ya no hay expectativas ni ideales, es tiempo de paz espiritual y examen de lo que ha sido la vida en espera de una muerte cada vez más próxima (Hernando, 2006).

Teoría de las Necesidades De Maslow (1982): Para concluir este apartado, se mencionará una última teoría. Maslow (citado en Durán, 2012), sostiene que "cada individuo necesita amor, afecto y consideración en las relaciones humanas para sentirse satisfecho". Asimismo, sostienen que los sentimientos tanto de dar como de recibir amor están edificados sobre una base de seguridad y necesidades físicas satisfechas.

A través de la teoría de Maslow, permite comprender la vejez como una etapa en la que se puede lograr la satisfacción. Aporta elementos importantes para relacionar la vejez y la calidad de vida la cual dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales (Espinoza, 2005). Por lo tanto, sólo en la medida que el Adulto Mayor encuentre elementos agradables en su rutina diaria podrá acceder a una mejor calidad de vida. Estos satisfactores deben, además, ser los correctos, es decir, no deben conformarse con pseudosatisfactores o inhibidores, ya que le provocarían una falsa sensación de bienestar, que en el fondo tarde o temprano va a producir un quiebre (Espinoza, 2005).

La satisfacción de las necesidades de los adultos mayores, en gran parte de los casos, pasa a ser responsabilidad de sus familiares o representantes legales, quienes deberán proveerlos de vivienda, salud, vestido y protección permanente, así como contribuir a la satisfacción de sus necesidades afectivas y espirituales, permitiéndolos integrarse a su núcleo familiar (Durán, 2012)

Según Maslow, las necesidades pasan de las más fundamentales, como las que permiten el funcionamiento del organismo para la subsistencia, y las necesidades secundarias por ejemplo de amor y pertenencia, sentirse querido y en un espacio donde se pueda sentir cómodo, para desarrollar pertenencia, lo que lleva directa relación con el nivel de autoestima que pueda lograr el Adulto Mayor, elemento indispensable para sobrepasar esta etapa de la vida. Desarrollando vínculos de afecto y respeto, ser considerado como una persona con la sabiduría que le proporcionan los años (Espinoza, 2005).

Maslow (1982) señala que las necesidades son una serie de factores jerarquizados que actúan sobre el ser total, dentro de las necesidades abarca tanto las de origen fisiológico como las de origen psicológico. Para lo cual plantea una pirámide explicativa (Durán, 2012) (véase el Gráfico 1).

Gráfico 1.

Jerarquía de las Necesidades según Maslow.



Adaptado de: Maslow 1982.
Realizado por: Valeria Vivar y Marlene Silva.



Como se puede observar en el gráfico, de acuerdo con esta tipología, los diferentes tipos de necesidades se orientan a dimensiones distintas. Maslow, 1982 (citado en Durán, 2012):

- **Necesidades fisiológicas:** Se refieren a las necesidades fundamentales del organismo humano en tanto a su funcionamiento biológico y fisiológico, las cuales simplemente aseguran la supervivencia, tales como alimento, aire, refugio, sexo y sueño, son las necesidades que primero deben de ser satisfechas para poder tener elementos con los cuales luchar en búsqueda de los otros satisfactores.
- **Necesidad de seguridad:** Las necesidades de seguridad son aquellos satisfactores que permiten a la persona saber que no está corriendo riesgos innecesarios que pongan en peligro su vida o integridad física.
- **Necesidad de aceptación y afecto:** cuando las necesidades de seguridad y de bienestar fisiológico están medianamente satisfechas, la siguiente clase de necesidades contiene el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un cierto grupo social y están orientadas, a superar los sentimientos de soledad y alienación.
- **Necesidad de respeto y reconocimiento:** también conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo. En este punto Maslow distingue dos variantes de la estima dado el origen de la misma, la estima por parte de los demás y la propia estima. La estima por parte de los demás incluye conceptos como prestigio, reconocimiento, aceptación, deferencia, estatus, reputación y aprecio, que son elementos que le permiten al individuo saberse digno de estar en compañía de los demás. En cambio, la autoestima o la propia estima incluyen aspectos como la autovaloración, el autorespeto, la confianza en sí mismo, capacidad de autonomía y libertad, los cuales conforman una autoimagen que al



individuo le permite obtener armas para un completo desenvolvimiento de sus propias facultades.

- **Necesidad de Autorrealización:** Son las más elevadas, se hallan en la cima de la jerarquía, a través de su satisfacción personal, encuentran un sentido a la vida mediante el desarrollo de su potencial en una actividad. Son ejemplo de ella autonomía, independencia, autocontrol.

En síntesis la "Teoría de las Necesidades de Maslow", propone una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas; esta jerarquía se modela identificando cinco categorías de necesidades y se construye considerando un orden jerárquico ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. De acuerdo a este modelo, a medida que el hombre satisface sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está "razonablemente" satisfecha, se disparará una nueva necesidad (Colvin y Rutland, 2008).

1.1.3 Enfoque Social.

El enfoque social engloba a los hábitos sociales, roles del individuo relativo a las expectativas de la sociedad. Una aproximación teórica elaborada dentro de esta perspectiva de análisis es la teoría funcionalista sobre la tercera edad, que considera a la vejez como una forma de ruptura social, y en términos de la teoría del rol, como una pérdida progresiva de funciones. Esta perspectiva social, a su vez, incluye temas como el trabajo, estado civil, la jubilación, residencias del adulto mayor, los cambios en las relaciones personales en la vejez, entre otros (Papalia, et al., 2005).

Dentro de este enfoque mencionaremos las siguientes teorías sociales del envejecimiento.



La Teoría de la Actividad: Leontiev (1903-1979) (citado por Romero, 2007), uno de los discípulos más reconocidos de Vigotsky, reformula el concepto central de la psicología vigotskiana, centrando su objeto de análisis en la actividad. Este modelo postula que las personas de la tercera edad con un proceso de envejecimiento fisiológico implica seguir con los mismos roles de la edad adulta o en todo caso sustituir los perdidos por otros, es decir, mantenerse activo.

La explicación central de esta teoría es que el ajuste a la vejez se produce con éxito si los individuos conservan un nivel de actividad similar al de etapas anteriores de su vida. La teoría no plantea la necesidad de que la persona mayor siga realizando su actividad laboral, sino que busque nuevos papeles que reemplacen al anterior (Romero, 2007).

Otro componente de esta teoría considera las preferencias de las personas mayores y las elecciones que realizan en cuanto al grado de actividad que desean mantener; para algunas personas mayores, disponer de tiempo para una reflexión tranquila puede ser tan importante como otras actividades más dinámicas (Romero, 2007).

Según Leontiev, es posible diferenciar tres niveles en la actividad: actividad, acción y operaciones. La actividad es entendida como una concretización individual, que tiene un origen social y es útil para la satisfacción de necesidades. De este modo, la actividad está cargada culturalmente de valores, dirigida a un fin, teleológica y motivada para conseguir una determinada meta. El segundo concepto, es la acción, que está en un nivel jerárquico inferior al de la actividad y superior al de las operaciones. La acción se diferencia de la actividad por dirigirse al logro de una meta concreta. Habitualmente una actividad puede incluir distintas acciones, del mismo modo que se pueden diferenciar distintas operaciones en una misma acción (Romero, 2007).



En pocas palabras, conservar un sentido positivo de sí mismo y su bienestar físico, indicará que las personas se han adaptado con éxito a la vejez (Romero, 2007).

La Teoría de la Desvinculación o Retraimiento: La teoría de la desvinculación, también llamada de desacoplamiento presentada en principio por Cumming y Henry en el año 1961, sostiene que se produce una desvinculación mutua entre el individuo y la sociedad a la que pertenece. El sujeto va dejando de representar su rol y la sociedad cada vez le da menos oportunidades (Merchán y Cifuentes, 2014).

Algunos autores creen que son los adultos mayores los que inician por sí mismo la desvinculación de la sociedad; otros, mantienen una postura opuesta, que es la sociedad la que aparta progresivamente a los más mayores. Lehr en 1969 habla de desvinculación transitoria, la cual coincidiría con acontecimientos importantes, por ejemplo la jubilación, una vez superada el evento, comenzarían otra vez las relaciones sociales (Merchán y Cifuentes, 2014).

Consecuentemente, esta actitud de desenganche del senescente va originando una cascada imparable de comportamientos y reacciones que le impulsan a la búsqueda del retiro social, como lugar óptimo deseado para conseguir la satisfacción personal en su vejez: Alejamiento de interacciones sociales, desinterés por la vida de los demás, reducción de compromisos sociales, interés principal centrado en sí mismo, en su mundo interior y circunstancias personales (Merchán y Cifuentes, 2014).

A la par que el individuo se va desvinculando de la sociedad, también ésta va promoviendo acciones para favorecer este distanciamiento entre la sociedad y el individuo que envejece facilitando la exclusión del medio social: Cese de actividades laborales, pérdida del rol social o familiar (Merchán y Cifuentes, 2014).



Teoría de la Continuidad.: La teoría de la continuidad, que deriva de la teoría de la actividad, procede a juicio de autores como Lowenthal (1975) y Neugarten (1964), también de la teoría del ciclo vital antes citada, sostiene que en el proceso de envejecimiento hay una tendencia natural al mantenimiento de los roles que ha venido desempeñando durante su vida. La teoría de la continuidad a diferencia de las dos anteriores propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata tan sólo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez (Díaz, 2011).

La teoría de la continuidad se basa en los postulados básicos:

1. El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad así como el sistema de valores permanecen intactos.
2. Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida (Díaz, 2011).

A lo largo de su evolución, el individuo va integrando su experiencia e imagen de él mismo en lo que se conoce como “autoconcepto” y personalidad lo que va determinando sus respuestas a nuevas situaciones. En función de su coherencia y funcionamiento interno, cada individuo tiende a producir su propio ambiente que le corresponde. Éste se convierte en el factor externo que favorece la continuidad del estilo de vida que ha ido creando (Díaz, 2011).



Teoría de la Representación social: Resulta interesante estudiar uno de los modelos relativamente recientes en Psicología social: las "Representaciones Sociales" de Serge Moscovici (1979) (citado en Freitas y Ferreira, 2013), dicha propuesta teórica esboza un planteamiento metodológico interesante y renovador dentro del análisis del sentido común y de lo cotidiano, que permite dar una explicación útil en el estudio de la construcción social de la realidad del adulto mayor.

Según Serge Moscovici, la representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la preparación de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social. Mora, 2002 (Citado en Freitas y Ferreira, 2013).

Una característica esencial de la representación social es que, al ser socialmente compartida, no sólo define al objeto y le da sentido, sino que en cierto modo lo crea, lo construye. La vejez es en definitiva una realidad socialmente construida; por tanto, podemos concluir que: las representaciones sociales son el consenso normativo que regula las expectativas, las actitudes y las conductas de los demás grupos hacia adultos mayores como categoría social, y de los adultos mayores hacia sí mismos como grupo y como individuos (Freitas y Ferreira, 2013).

A raíz de las comprobaciones hechas en su investigación, Moscovici infiere tres dimensiones de la representación social (Freitas y Ferreira, 2013):

- a) **Dispersión de la información:** Es la organización o suma de conocimientos con que cuenta un grupo acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social. Por lo tanto, esta dimensión conduce necesariamente a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas.



- b) **El campo de representación:** Expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo grupo. Permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas.
- c) **La actitud:** Es la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se puede considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación.

En consecuencia, es razonable concluir que nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición (Freitas y Ferreira, 2013).

Teoría del Construccinismo Social: El Construccinismo social, socioconstruccinismo o más recientemente construccinismo relacional emerge en Estados Unidos a manos de Kenneth Gergen (1996), se trata de una teoría sociológica y psicológica del conocimiento que considera cómo los fenómenos sociales se desarrollan particularmente desde contextos sociales. Este grupo de teorías se basa en que el envejecimiento y los problemas enfrentados por las personas adultas mayores se construyen socialmente y resultan de concepciones sociales del envejecimiento y de los adultos mayores (Díaz, 2011).



Por otra parte, Gergen sustenta que el Estado y la economía (nivel macro) pueden ser vistos como configuradores de la experiencia y condición del envejecimiento, pero los individuos también construyen activamente sus mundos a través de interacciones personales (nivel micro) y a través de estructuras y procesos organizacionales e institucionales (nivel meso), que constituyen sus mundos sociales y su sociedad (Díaz, 2011).

De igual manera, se han hallado dos trabajos en México que se basan fundamentalmente en el construccionismo social. En primer lugar, Montes (2003) (citado en Díaz et al., 2002) menciona que la vejez trae consigo un proceso de marginación en diversas esferas vitales, como el retiro voluntario o forzado del trabajo, el cambio en la estructura y composición de los hogares, el relevo en la toma de decisiones, un nivel de ingresos menor y la pobreza en algunos casos. Este proceso incide en la imagen que de las personas adultas mayores recibe la sociedad.

En segunda instancia, Larralde, hace la salvedad explícita de que existen otros, que son el de la vulnerabilidad social y el de grupos vulnerables y discriminación, en el que incluye al grupo de los adultos mayores. Por lo tanto, define los grupos vulnerables como “aquellos que por sus condiciones sociales, económicas, culturales, físicas o psicológicas corren el riesgo de sufrir discriminación y/o violaciones contra sus derechos humanos (Larralde, 2006).



La Teoría del Envejecimiento Exitoso y Productivo: La teoría del envejecimiento exitoso y productivo es más reciente y expande el arco de las teorías de la actividad y la continuidad hacia tres componentes fundamentales que Rowe y Kahn (1997) sintetizaron de la siguiente manera: baja probabilidad de enfermedad y de incapacidad relacionada con la enfermedad, alta capacidad funcional física y cognitiva, y compromiso activo con la vida. Estos tres componentes se potencian mutuamente y coadyuvan en la creación de una imagen positiva de las personas adultas mayores basada en su prolongada productividad (Díaz, 2011).

Teoría de la Economía Política del Envejecimiento. De acuerdo a esta teoría: el estatus, los recursos de las personas adultas mayores, e incluso la trayectoria del propio proceso de envejecimiento están condicionados por la posición del adulto mayor en la estructura social y los factores económicos y sociales. Minkler y Estes, 1999 (citado en Díaz, 2011).

Hemos culminado el recorrido por las diversas teorías del envejecimiento, a continuación se desarrollará lo que es un Centro geriátrico y las características que posee.

1.1.4 Definición de Residencia Geriátrica.

El tema del «Adulto Mayor institucionalizado» se utiliza mucho en la sociedad actual como consecuencia directa de las crisis económicas, sociales y culturales, por otro lado, a las familias de esta población por distintos factores les resulta insuficiente e incompetente para ellos brindar atención a los adultos mayores, siendo necesario otros recursos que cumplan las funciones para el cuidado del mismo (Castro, Brizuela, Gómez y Cabrera, 2007).



En relación, a lo expuesto anteriormente, la atención dirigida a este grupo etario se profesionaliza cada vez más y lo que antes quedaba en manos de la familia del adulto mayor, ahora es llevado a cabo por psicólogos, terapéuticos, enfermeros, cuidadores y trabajadores sociales, entre otros que forman parte de la residencia geriátrica (Fernández y Crespo, 2011).

El concepto de Residencia Geriátrica aglutina numerosas formas de definición. El Estatuto Básico de Centros del IMSERSO (citado en Fernández y Crespo, 2011) las define como establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios.

Se les conoce también como centro geriátrico, centros de retiro, casa de acogida, estancia, es una institución especializada en brindar cuidados especiales tanto psicológicos, de enfermería, atención médico-geriátrica y de trabajo social que requieren los adultos mayores. “En su ingreso el adulto mayor es evaluado por profesionales de la salud quienes elaboran una historia clínica para conocer si el motivo de ingreso es por problemas físicos, mentales, sociales, económicos u otros” (Ramírez, 2010).

Desde una perspectiva diferente, Goffman (1961) hace referencia a estos Centros como instituciones totales, como un lugar de residencia, donde un gran número de individuos en igual situación aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Esta clase de instituciones, plantea el autor, se caracterizan por romper con la lógica de la vida cotidiana: las actividades son desarrolladas en un mismo lugar, la planificación de las mismas responde a los objetivos de la institución y no a necesidades personales, el geriátrico, concluye, altera a su vez la espontaneidad y naturalidad del intercambio diario con aquellos que ya envejecieron (Castro et al., 2007).



El concepto de dependencia entra a formar parte de estas definiciones ya que el adulto mayor por motivos anteriormente señalados requiere la asistencia técnica de terceras personas destinadas al trato integral de esta población. Así también se tienen definiciones del concepto de dependencia como el que cita Oslo 2000 “un estado en que las personas, debido a la pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias, a la vez que también podría estar originada o verse agravada por la ausencia de integración social, relaciones solidarias, entornos accesibles y recursos económicos adecuados para la vida de las personas mayores (Cardona, Estrada, Chavarriaga, Segura, Ordóñez y Osorio 2008).

En base a esta definición, Cardona (2008) expresa la dependencia como aquella “situación en la que una persona con discapacidad precise ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad”. O como señala la OMS (2010): “la presencia misma de la dependencia radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para las actividades de la vida cotidiana” (Cardona et al., 2008).

En lo que respecta a las circunstancias que motivan el ingreso del adulto mayor en una residencia se señala los problemas de salud física o psíquica (enfermedades), los problemas relacionados con la convivencia (soledad o imposibilidad de vivir sólo/a) y los problemas de carácter socioeconómico (falta de recursos) (Fernández y Crespo, 2011).

Otras causas frecuentes de internación geriátrica, según Matusevich (1998) (citado en Gonzalvo, 2014) son:

- **Causas físicas:** Las institucionalizaciones son por causas que incluyen discapacidades motoras, trastornos sensoriales, consecuencias de



accidentes cerebro-vasculares, procesos con déficit cognitivos como son las demencias, y enfermedades crónicas como la diabetes.

- **Causas psicológicas:** Incluyen los trastornos afectivos, los temores a morir abandonado, los trastornos psicóticos crónicos, las neurosis, los trastornos de personalidad, y el sentirse una molestia para los demás.
- **Causas sociales:** Dentro de este grupo se encuentran el abandono familiar, la carencia de cobertura médica domiciliaria, los problemas de vivienda y los problemas referidos a la inseguridad social.

En resumen, la institucionalización o no-institucionalización de las personas de edad avanzada ha sido objeto de controversia y ha estado influida por diferentes corrientes de opinión. Ambos tipos de residencia para las personas de la tercera edad tienen ventajas y desventajas. Las personas que viven en instituciones de larga estancia tienen mejores cuidados de enfermería y por norma modifican hábitos y modos de vida, que son factores de riesgo incapacitante. La mayoría de los autores observa, por el contrario, que existe una mayor dependencia funcional en los adultos mayores institucionalizados que en aquéllos que viven en su domicilio (Guevara, 2014).

Conclusiones:

En consecuencia de lo descrito en este capítulo y en base a las teorías anteriormente mencionadas se puede llegar a definir al envejecimiento como un proceso universal inevitable en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción entre sí, es decir, es un proceso normal de cambios los cuales se encuentran relacionados con el tiempo, cambios que inician al momento del nacimiento y continúan a lo largo de la vida.

Por consiguiente las teorías del envejecimiento, por un lado, dan cuenta de una visión de la vejez como una etapa de pérdidas, padecimiento y vulnerabilidad, y en una segunda instancia permiten considerar a la vejez como una etapa más en el desarrollo del ser humano como producto de la resolución de las crisis psicosociales en las etapas previas.



A través de estas diferentes teorías nos damos cuenta que el envejecimiento es un proceso multifactorial y de ahí surge la dificultad para abordarlo desde una teoría única, es decir, ninguna teoría por sí sola tiene cuerpo conceptual suficiente para explicar la multicausalidad del envejecimiento. Sin embargo, quizá la posición más razonable que pueda adoptarse por ahora, es que como la gerontología es todavía una ciencia tan joven, no dispone aún de los conocimientos básicos requeridos para poder dar una exacta o buena explicación de porqué envejecemos.

Por otro lado los centros geriátricos son establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, se han convertido en la residencia de muchos adultos mayores debido a consecuencias directas de las crisis económicas, sociales y culturales que atraviesan las familias. Es importante que las personas adultas mayores institucionalizadas encuentren en su residencia un lugar de integración donde puedan participar activamente, mantener relaciones sociales; debido a que las relaciones sociales no solo inciden sino que resultan básicas para el desarrollo personal, afectivo, para la salud física y mental. La institucionalización debería ser, en lo posible, una decisión adecuadamente trabajada.

CAPITULO II

2. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO





INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aumento de la esperanza de vida ha incrementado la población geriátrica en el mundo lo que hace a las personas más vulnerables para presentar enfermedades mentales como la demencia y la depresión; esta última considerada la enfermedad del presente y del futuro en la población adulta mayor (Campo, Urruchurtu, Solano, Vergara y Cogollo, 2008). La OMS calcula que el 25% de las personas mayores de 60 años padece algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente, sólo superada por la demencia a partir de los 75 años (Gum, 2008).

En el envejecimiento, con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, este fenómeno es significativamente menospreciado y con frecuencia pasado por alto (Chapman y Perry, 2008).

Aún hoy, en esta población etaria, la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, pasando desapercibida puesto que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología por lo que con frecuencia la depresión en el longevo no es detectada, siendo un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quien la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad (Chapman y Perry, 2008).



Hay que mencionar además que los adultos mayores institucionalizados son más propensos a sufrir de depresión en comparación con los adultos no institucionalizados, debido a que el ingreso a Centros geriátricos conlleva cambios drásticos en todos los ámbitos de sus vidas (Hernández, 2007).

Para ilustrar mejor en Cuba, en el año 2011, se realizó un estudio descriptivo para determinar la existencia de depresión en 116 senescentes institucionalizados de la Isla de la Juventud, obteniendo los siguientes resultados: El 24.13 % de los entrevistados presentó signos de depresión y el nivel de depresión que tuvo mayor prevalencia fue la depresión menor con un 20.6 %, concluyendo que la mayor cantidad de deprimidos se encuentra en los hogares de adultos mayores (Ferrás, González, Pérez, Borges y Lamorú, 2012).

Al mismo tiempo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010), en Chile halló una prevalencia de depresión en los Adultos Mayores del 9,5%. También, se informa una prevalencia de esta enfermedad en una comunidad de adultos institucionalizados del 1,7% para depresión establecida y del 8,5% para depresión leve (Angulo, Sánchez, Ulloa, Baena y Feliciano, 2012). Por otro lado, en un estudio reciente realizado en Barranquilla, con el objetivo de establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años de centros de cuidado geriátrico, se encontró que la prevalencia de depresión fue de 36.4 %, y predominó depresión leve (24.2 %) (Borda, Anaya, Pertúz, Romero, Suárez, 2013).

Además se debe considerar que en el imaginario de muchos longevos, el geriátrico es considerado la última e irremediable estación de la vida al haber sido alienados por sus familias ya que en este grupo poblacional existe el prejuicio de que quien fue institucionalizado no es apreciado por la propia familia de origen y les es muy difícil comprender motivos como rehabilitación o dificultades para vivir solo (Chapman y Perry, 2008).



La consecuencia principal de la institucionalización, escribe el autor, es la pérdida de capacidades que el adulto poseía antes del ingreso, debido al desarrollo de un vínculo de dependencia, anteriormente mencionado, que lleva a un creciente deterioro en el funcionamiento autónomo en la medida en que el geriátrico provee demasiada asistencia. (Hernández, 2007).

Se debe tener en consideración, al mismo tiempo, que existen casos en que realmente las familias no pueden hacerse cargo de estas personas o se han vuelto tan dependientes que requieren una internación, al respecto Matusevich (citado en Gonzalvo, 2014) sostiene: “El problema ético radica cuando la persona no es consultada si es que es capaz de dicha decisión, o cuando son simples lugares de “guardado” donde no se respetan los mínimos derechos humanos y se recurre a restricciones, malos tratos y decisiones atropelladas, donde la familia los abandona y sigue su vida cómodamente; donde las condiciones de cuidado lejos de procurar atención, rehabilitación y bienestar se limitan a techo y comida”.

2.1. Definición de Depresión.

La Sociedad Americana de Psiquiatría define a la depresión como una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades. En contraste con la tristeza normal, la depresión tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo (Aguilar y Ávila., 2006).

Otros autores sostienen que la depresión es un trastorno del afecto caracterizado por estados de tristeza prolongada en el tiempo, intolerancia a las frustraciones, agotamiento y cambios en todos los aspectos generales de la vida que tiene un componente cognitivo que implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Bacca, González y Uribe, 2005).



Cuando una persona sufre de depresión generalmente sus diferentes áreas de funcionamiento, tales como su vida laboral, afectiva, relacional y personal, se ven alteradas negativamente ya que la persona pierde el interés en las actividades que realiza diariamente (Bacca et al., 2005).

Estas enunciaciones se correlacionan con la definición de depresión que realiza el autor Delgadillo (2010), la depresión es un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida, además, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático el autor antes citado, especifica que la persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo, por lo tanto, la depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio (Delgadillo, 2010).

La depresión constituye una información afectiva de la pérdida de valor y de sentido en la propia vida, provocando un vacío existencial y en muchos casos la desmotivación para seguir viviendo, pues creen que vivir ya no es importante (Crespo, 2011).

2.2 Tipos de Depresión.

Como se afirmó arriba, la depresión en el adulto mayor origina un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida del interés por las actividades habituales (Martínez, 2006), por lo tanto, es necesario conocer los tipos de depresión que se clasifican en función a los síntomas que muestra los sujetos.



En la práctica clínica predominan algunos síndromes: Depresión mayor que equivale, en términos generales, a la categoría antes denominada depresión atípica, psicótica y endógena (Becerra, 2008). En cambio, la Depresión menor, correspondería a la antes englobada en el rubro depresión neurótica; comúnmente acompañada de ansiedad. (Becerra, 2008).

Hecha esta salvedad, la OMS y las sociedades psiquiátricas en el sentido de mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales, han propuesto dos sistemas clasificatorios ampliamente establecidos y utilizados en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales de la edad adulta y también de la niñez y adolescencia. Fruto de todo este esfuerzo son el DSM-IV y la CIE-10 (OPS, 2009).

Dicho lo anterior, para el sistema de clasificación DSM V, los Trastornos Depresivos, según su intensidad, se pueden clasificar como leves, moderados o graves (APA, 2013), así mismo, para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional (OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión) (Véase Tabla 1).

Tabla 1

Comparación de los sistemas de clasificación de los Trastornos Depresivos según el CIE-10 y DSM-V.

DSM-V.	CIE 10.
TRASTORNOS DEPRESIVOS. Trastornos de desregulación destructiva del estado de ánimo (diagnóstico entre los 6 y los 18 años). Trastorno de Depresión Mayor. - Episodio único. - Episodio Recurrente. Especificar la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave. Con características psicóticas, En remisión parcial, En remisión total, No especificado) Trastorno Depresivo persistente (distimia) <i>Especificar si:</i> En remisión parcial, En remisión total <i>Especificar si:</i> Inicio temprano, Inicio tardío. <i>Especificar si:</i> Con síndrome distímico puro; Con episodio de depresión mayor persistente; Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual; Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual. <i>Especificar la gravedad actual:</i> Leve, Moderado, Grave. Trastorno Disfórico Prementrua. Trastorno Depresivo Inducido por sustancias/medicamentos <i>Especificar si:</i> Con inicio durante la intoxicación. Con inicio durante la abstinencia. Trastorno depresivo debido a afección médica <i>Especificar si:</i> Con características depresivas Con episodio de tipo de depresión mayor Con características mixtas Otro trastorno depresivo especificado Trastorno depresivo no especificado.	TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) Episodio maniaco Hipomanía. Manía sin síntomas psicóticos. Manía con síntomas psicóticos. Otros episodios maniacos. Trastorno bipolar afectivo Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco. Trastorno bipolar, episodio actual maniaco sin síntomas psicóticos. Trastorno bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos. Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos. Trastorno bipolar, episodio actual mixto. Trastorno bipolar, actualmente en remisión. Episodio depresivo Episodio depresivo leve Episodio depresivo moderado. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Trastorno depresivo recurrente Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión Otros trastornos depresivos recurrentes. Trastornos afectivos persistentes. Ciclotimia Distimia Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes. Otros trastornos afectivos Trastorno afectivo sin especificar.

Fuente: DSM V y CIE 10.

Realizado por: Valeria Vivar y Marlene Silva.



2.3 Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado.

La prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados ha sido documentada por algunos autores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión ocupa el tercer lugar de la carga mundial de morbilidad y será segunda en 2020. En una muestra de cerca de 50.000 personas mayores que viven en centros de atención residencial en cinco jurisdicciones canadienses, casi la mitad (44%) tenían un diagnóstico y/o síntomas de depresión (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Igualmente en una investigación denominada “La prevalencia y la sintomatología de la depresión en las personas mayores que viven en instituciones en Inglaterra y Gales”, se encontró que la depresión fue altamente prevalente en las instituciones; tras una estratificada sub-muestra aleatoria de 2.640 participantes de los cuales 340 residían en las instituciones, demostró que la prevalencia de la depresión en las personas que viven en instituciones fue del 27,1% en comparación con el 9,3% en los que viven en el hogar (Zuckerbrot, Cheung, Jensen, Stein y Laraque, 2007).

En un estudio realizado en una población de 5. 064.907 personas de 60 años o más que residían en Centros geriátricos de siete ciudades participantes de América Latina, encontraron que la prevalencia de depresión en adultos mayores es variable (Menéndez, 2005). Se observó que en Buenos Aires la prevalencia llegó a un 21,9%; en Sao Paulo un 7%; en Santiago de Chile un 33,4%; en la Ciudad de México un 23,2% y en Montevideo un 23,8%; estos autores utilizaron la misma herramienta para diagnóstico de depresión es decir la escala geriátrica de Yesavage (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Se ha reportado que en los adultos mayores que viven en residencias, las condiciones de vida y la falta de contacto social se han asociado con síntomas depresivos (Cardona, et al., 2008).



Además, los estudios de Pérez y Arcia (2007), han hallado asociación entre viudez con una mayor probabilidad de síntomas depresivos, al igual que el estado de salud físico, el desarrollo de actividades de la vida diaria y la autonomía de los adultos mayores. Del mismo modo en la población colombiana se ha registrado que los adultos mayores que residen en la comunidad junto a sus familias representan una población “sobreviviente” más sana, mientras que los que viven en residencias o asilos, están caracterizados por mayor vulnerabilidad y menores redes de apoyo social. Pese a la elevada prevalencia de la depresión, se estima que sólo un 10% de los longevos que la sufren reciben un tratamiento adecuado (Becerra, 2008).

Así mismo, en el año 2011, en un estudio realizado en Ecuador, sobre la prevalencia de la depresión en 84 adultos mayores institucionalizados en asilos de la provincia del Cañar, se encontró que el 70% de los adultos tenían depresión, de quienes el 69,70% eran varones y 70,59% fueron mujeres. El rango de edad que más casos de depresión presenta, es el comprendido entre los 80-89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino (Crespo, 2011).

De igual forma, Muhlenbrock et al. (2011) agregaron que el adulto mayor institucionalizado puede representar mayores índices de depresión, fenómeno asociado a factores como el tiempo de institucionalización y enfermedades de contexto clínico que se constituyen como indicadores relacionados con un aumento de la sintomatología depresiva.

2.4. Etiología.

Existen factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a la etiología de la depresión en los adultos mayores institucionalizados. La institucionalización en residencias se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso (Crespo, 2011).



Existen una serie de acontecimientos vitales responsables de la depresión en el adulto mayor de diversa naturaleza y que son capaces de generar cambios en el individuo, la familia y la comunidad. El cambio puede considerarse como positivo o negativo para la salud individual y/o familiar. Algunos eventos que acontecen y caracterizan fundamentalmente esta etapa de la vida, como la jubilación, la viudez, la aparición de enfermedades, la tendencia al aislamiento socio-familiar, etcétera pueden favorecer la aparición de la depresión en esta población (Pérez y Arcia, 2007).

2.5 Factores asociados a la Depresión en el Adulto Mayor.

Entre los factores de riesgo asociados a la depresión se encuentran: factores biológicos, psicológicos y sociales. Contar con información sobre los factores de riesgo asociados a la depresión en población de las personas de tercera edad, permitirá sentar las bases para el desarrollo de estrategias efectivas en el ámbito de la salud pública (Márquez, Soriano, García y Falcón, 2005).

2.5.1 Factores Biológicos.

La depresión tiene un efecto sistémico y los adultos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores, así, la actividad de la serotonina y su unión a ciertos receptores disminuye con el envejecimiento, coadyuvando para la fisiopatología de la depresión (Cuadros, 2011).



El cambio en las emociones se acompaña de complejas modificaciones neuroendocrinas donde la secuencia de eventos fisiopatológicos no ha sido bien establecida. Por otro lado, la demencia, la enfermedad vascular cerebral (con lesiones en el hemisferio izquierdo o ganglios basales) y la enfermedad de Parkinson, son patologías que afectan el sistema nervioso central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad (Cuadros, 2011).

Así como también algunas enfermedades tales como la enfermedad cardiovascular, las fracturas de cadera, dolor, la incontinencia urinaria, pueden volver vulnerables a los adultos mayores para el desarrollo de la depresión (Cuadros, 2011).

2.5.1.1 La salud física deficitaria y las limitaciones funcionales.

La salud física es una preocupación básica de muchas personas mayores y está frecuentemente relacionada con estados de salud mental. Más de dos terceras partes de las personas que tienen más de 55 años han padecido, por lo menos, una enfermedad crónica diagnosticada durante su vida, y en torno a un 40 % han tenido dos o más enfermedades de esta clase (Börsch, Hank y Jürges, Eds). La enfermedad es percibida como un freno, el dolor que puede ponerle fin a la existencia, de ahí que las personas mayores se preocupan constantemente por sus dolencias y malestares, abogando por la salud de otros tiempos (Urrutia y Villarraga, 2010).

Además, está demostrado que hay una comorbilidad importante de los trastornos de salud mental y de las enfermedades crónicas, que incluyen las lesiones recurrentes (por ejemplo las caídas), los accidentes cardiovasculares y el dolor crónico. Los trastornos mentales tienen mucho impacto en la discapacidad, la evolución de la enfermedad, cumplimiento terapéutico y riesgo de mortalidad prematura. De igual manera, muchas personas mayores experimentan también limitaciones funcionales debido a los problemas



relacionados con la salud. Por ejemplo, hasta un tercio de la población de la tercera edad experimenta limitaciones de movilidad y discapacidad de visión y de audición (Scottish Executive Social Research, 2006).

Las actividades funcionales se asociaron con la presencia de depresión siendo los adultos con déficit funcional los que tienen mayores prevalencias de síntomas depresivos moderados y síntomas severos, en comparación con los de una adecuada funcionalidad (Estrada, Cardona, Segura, Ordóñez, Osorio y Chavarriaga, 2013).

2.5.2 Factores Psicológicos.

Los factores psicológicos más importantes que desempeñan un papel en el desarrollo de la depresión incluyen las pérdidas inherentes a la vejez, tales como los de la salud o personas significativas, así como la soledad que experimentan los adultos mayores en centros geriátricos (Thakur y Blazer, 2008).

Las personas mayores institucionalizadas tienen problemas psicológicos más graves que los que permanecen con sus familias, por la presencia de factores tanto personales como institucionales que influyen en su estado de ánimo (Cardona, et al., 2010). Así mismo, los síntomas relacionados con el estado de ánimo depresivo y la gravedad de la enfermedad (por ejemplo, deseando estar muerto, el futuro sombrío) y algunos síntomas no específicos son más comunes en las personas que viven en residencias de adultos mayores en comparación con los que viven en la comunidad (Thakur y Blazer, 2008).

Además, los adultos mayores institucionalizado carecen de la compañía que más le satisface en términos de comprensión, afecto y comunicación, a su vez, en algunos casos llevan una vida de aburrimiento, que conduce al aislamiento, la monotonía, agravamiento de las dificultades económicas, generando en el longevo sentimientos de minusvalía e inutilidad y vacío existencial lo que



constituye un factor desencadenante para vivenciar un estado depresivo (Pérez y Arcia, 2007).

Con relación a lo mencionado en el párrafo anterior, los distintos estudios realizados en hogares para adultos mayores en España, señalan que existe una mayor tasa de depresión en aquellos adultos mayores institucionalizados. Sentimientos de abandono en la residencia, aislamiento o alejamiento de la red socio familiar habitual, cambios significativos en el estilo de vida con adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar la intimidad y la autonomía, originan sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad y bajo nivel de satisfacción (Crespo, 2011).

Lo hallado por algunos autores, respecto a la autonomía del adulto mayor, se encontró que la mayor prevalencia de síntomas depresivos estuvo asociada con la dependencia para realizar las actividades diarias. La incapacidad y la dependencia implican sentimientos de frustración que generan depresión (Crespo, 2011).

Los factores psicológicos, a su vez, involucran el tipo de personalidad desarrollada durante la vida premórbida.

Personalidad.

Diversos estudios en adultos mayores señalan que las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión (Crespo, 2011). Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo (Crespo, 2011).



Las dos modalidades de personalidad más vulnerables para la depresión son la personalidad obsesivo-compulsiva y la personalidad límite (Crespo, 2011):

- La personalidad obsesiva es fácilmente captable por introducirse en su conducta habitual rasgos que denotan perfeccionismo, puritanismo, ansia de puntualidad, meticulosidad y afán de limpieza.
- La personalidad límite se deja identificar directamente por una integración unitaria débil y, sobre todo, por la dificultad para cultivar y mantener relaciones afectuosas con otras personas. Sus episodios de descompensación con sintomatología polimorfa, en la que ocupa un lugar destacado el estado depresivo, son otra pieza para efectuar la detección de esta personalidad.

Además, en la tercera edad se manifiestan rasgos que habían estado ocultos tras los mecanismos de una actividad creadora o de defensa, en ambos sexos, y la personalidad se vuelve frágil, vulnerable por los agentes físicos y por el medio social; las resistencias son menos enérgicas y los sentimientos pueden centrarse en el temor (Saldaña y Molina, 2009).

El esfuerzo del organismo es mayor para mantener el equilibrio, además internamente se puede sentir angustia de no ser capaz de realizar los esfuerzos impuestos por la vida, de no poder soportarlos de no recuperar el equilibrio; en consecuencia, los rasgos de conducta y carácter pueden manifestarse negativamente (Saldaña y Molina, 2009).

Veamos a continuación, con mayor profundidad, algunos factores psicológicos, mencionados en los antepuestos párrafos, que al igual, que el factor Personalidad, influyen en el estado de ánimo de los adultos institucionalizados:



Soledad.

La soledad según muchos autores constituye otro de los temores en esta etapa del desarrollo puesto que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea, entonces, no debe ser asociada como un patrimonio de la vejez, sino que esto está en dependencia de la red de influencias sociales y culturales que entretejen la vida del adulto mayor (Urrutia y Villarraga, 2010). A su vez, la soledad en el adulto mayor está ligado con su percepción, su mentalidad, la capacidad que tiene para adaptarse y la forma de resolver sus asuntos (Ruiz, 2008).

La soledad produce disminución en la calidad de vida, aumento en los problemas de salud y una relación significativa con la depresión (Pirkko, et al., 2006). Puede ser producida por diferentes causas en las personas mayores, como el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables, a lo que contribuyen factores como la muerte o la ausencia de sus parientes, dificultades motoras y de desplazamiento, limitaciones perceptivas (sordera, ceguera) que marcan barreras con los otros y diferentes ritmos de vida con las generaciones más jóvenes (Pirkko, Niina, Reij, Timo, Kaisu, 2006).

La soledad es una experiencia subjetiva que se percibe como negativa y que va acompañada a su vez por tristeza, malhumor y ansiedad, indica que es el peor mal de la vejez. La experiencia de la soledad, a veces, puede ser vivida como una verdadera muerte social, una muerte del significado de la presencia en el mundo dada por el cuestionamiento de las crisis anteriormente mencionadas (Cornachione, 2006).



Hay que distinguir la soledad, que es un estado afectivo interior, un sentimiento que escapa a la observación objetiva. El aislamiento es un fenómeno observable y cuantificable que nos remite al concepto de separación, incomunicación, la falta de redes sociales, la marginación, el desarraigo, desamparo entre otras; es la falta de compañía y de encuentro con otros significativos. En otras palabras, uno puede estar aislado sin sentir soledad o puede tener numerosos contactos y sentirse terriblemente sólo (Pisa, 2011).

Por tal motivo se habla de dos tipos de soledad: la objetiva, referida a la falta de compañía permanente o temporal, aunque esta no siempre es desagradable y puede convertirse en una experiencia deseada y gratificante; y la subjetiva, cuyo estado no es buscado, que aflige y hace sentir sola a la persona (Ruiz, 2008).

Se ha demostrado que los diferentes tipos de apoyo social representan un importante factor para el alivio de la soledad. Cuando la intimidad se muestra principalmente por el intercambio de apoyo emocional, será el principal protector contra la soledad, y en las culturas donde las personas tienen la intención de proporcionar apoyo instrumental como un indicador de la cercanía y la intimidad en las relaciones ayudando a la resolución de problemas diarios serán un importante factor para paliar la soledad (Sánchez, Buz y Gierveld, 2012).

En un estudio realizado en la población europea se encontró que la convivencia con un cónyuge o pareja fue consistentemente asociada con la menor prevalencia de la soledad entre los países. La combinación de vivir solo y tener mala salud era asociada con 10 veces mayor probabilidad de sentirse solo en comparación con la convivencia con alguien y la buena salud (Sundstrom, Fransson, Malmberg y Davey, 2009)



Insatisfacción Personal.

La satisfacción de vida es definida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la vida, representando un resumen de la evaluación de las metas y logros que rodea al curso de la vida entera. La dimensión depende en gran medida del balance personal de cada individuo, así las personas mayores deben intentar llenarse de contenidos, de deseos, y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia. Por consiguiente, la satisfacción de vida, junto con la percepción de la salud, constituye uno de los dos principales componentes del estado de ánimo de las personas de la tercera edad (Sepúlveda, Rivas, Bustos e Illescas, 2010).

Los aspectos personales que más proporcionan satisfacción personal son las habilidades que se tienen para realizar las actividades diarias de la vida. Al mismo tiempo, la situación económica actual genera satisfacción puesto que los jubilados se sienten más satisfechos mientras los más insatisfechos son los desempleados e inactivos laboralmente puesto que de ello derivan el cubrimiento de las necesidades de subsistencia (Inga y Vara, 2006).

Igualmente, la satisfacción en el adulto mayor institucionalizado hace referencia al sentimiento de contento, alegría por la vida, sentirse en posición en la vida, que si bien se experimenta de manera individual, tiene un alto significado en el aspecto relacional, en especial en lo relativo a la familia, amigos, vecinos y relacionados (Inga y Vara, 2006).

Por lo tanto, la satisfacción social está mirada desde las percepciones, preocupaciones y apoyo recibido por la familia como red de apoyo social primario que le brinda el soporte moral al adulto para enfrentar las diferentes situaciones de la vida diaria y con el soporte moral que brinda la red de apoyo secundario constituida por amigos y por último el soporte social que brindan los grupos de organización social, que brindan acompañamiento al adulto institucionalizado (Cardona y Agudelo, 2007).



De igual manera, se encontró que el apoyo y refuerzo social obtenido contribuye de forma directa a su aumento. Es decir, mientras mayor refuerzo y atención social reciban los ancianos de sus semejantes, mayor satisfacción sentirán por sus vidas. En sentido contrario, mientras más resentidos se encuentren, mientras mayor dependencia social les genere su incapacidad y mientras más aislados se comporten, estarán menos satisfechos con sus vidas (Inga y Vara, 2006)

Además, y en referencia a los elementos que producen insatisfacción de forma general, hay una preocupación por situaciones de naturaleza socioeconómica, como la seguridad y la satisfacción de necesidades básicas (Cardona y Agudelo, 2007).

Pérdidas y Duelo.

La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a muerte del cónyuge, de seres queridos y la jubilación, las cuales afectan al estado emocional de los adultos mayores (Chávez, 2011).

La Muerte del Cónyuge e Hijos.

La viudez suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El adulto mayor se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social (Rodríguez, 2009).



Cuanto más unida haya sido la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza. El modo como los longevos viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad (Rodríguez, 2009).

Aparte de las variables ligadas al modo de haberse producido la pérdida hay que contar con el influjo de otras circunstancias, entre las que sobresale el grado de la reacción a superarse esgrimida por el sujeto doliente. La muerte de un hijo es la pérdida más traumatizante por ser vivida por el progenitor como la destrucción de una parte de sí mismo, precisamente la parte más vinculada a los proyectos y las esperanzas. Hay varias circunstancias que favorecen la complicación del duelo con un estado depresivo, como las siguientes: el fallecimiento súbito o inesperado, el padecimiento prolongado y doloroso y la muerte evitable (Crespo, 2011).

La resolución satisfactoria o insatisfactoria del proceso de duelo depende en gran medida de diversos factores relacionados con la pérdida o mediadores de ésta (Worden, 2004) (citado en Chaurand, 2010): cómo era la persona, antecedentes históricos, variables de personalidad, edad y género, estresantes actuales, etc. En general, la pérdida de un hijo, un esposo/a o un hermano (relaciones de primer grado) son consideradas más serias e inquietantes que las de relaciones de segundo grado (p. ej., abuelos, tíos, etc.) y que otras pérdidas. Pero hay siempre grandes diferencias individuales en función de cuando sucedió la pérdida, cómo sucedió (de forma violenta vs. natural, repentina vs. anticipada), las características de afrontamiento de la propia persona (segura vs. insegura), etc., éstos son factores relevantes para determinar el nivel de la sintomatología depresiva o del duelo, siendo estas dos formas de sufrimiento diferentes la una de la otra. La respuesta natural a la pérdida que constituye el duelo está formada por un conjunto de reacciones a nivel cognitivo, conductual, emocional, etc (Chaurand, 2010).



Pérdidas Múltiples.

Con la edad, el número de muertes de amigos y miembros de la familia aumenta, este número cada vez mayor de pérdidas en un período breve, puede hacer que la persona se desborde y no elabore los duelos. Además de estas pérdidas, hay otras que puede experimentar la persona de edad, como la pérdida de ocupación, de su ambiente, de las constelaciones familiares, de vigor físico, incluyendo las discapacidades físicas, la disminución de las propias sensaciones y, para algunos, la pérdida del funcionamiento cerebral (Chávez, 2011).

Entre este tipo de pérdidas podemos encontrar las vinculadas con:

- **La jubilación:** En la que el trabajo- el objeto valorado- se le quita desde “afuera”.
- **Las pérdidas orgánicas:** Disminución de la sensibilidad de los sentidos, fallas en la memoria, dificultad para el aprendizaje, etc. como dificultades internas que llevan a los problemas en las actividades valoradas.
- **La ausencia reiterada o pérdida de objetos que permitan al sujeto sentirse valioso:** La progresiva disminución del diálogo de la familia con el adulto mayor aumenta la necesidad de ser escuchado y conversar.
- **El traslado del adulto mayor:** Sus posesiones (casa y elementos que en ella se encuentran) son objetos que le facilitan conservar un relativo equilibrio y con ello su identidad tiene estabilidad. Cuando éste es trasladado de su hogar para llevarlo al geriátrico, por ejemplo, se agrega otra pérdida más y otro conflicto (Chávez, 2011).

Esquemas Disfuncionales.

La interpretación del adulto mayor sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo, por lo tanto, la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los acontecimientos puede dar lugar a un trastorno depresivo (Lemos y Londoño, 2007).



Las personas de la tercera edad con depresión tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (por ejemplo: autoconcepto, atribuciones), es decir, este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión (Lemos y Londoño, 2007).

En relación a este tema, citaremos la teoría de la indefensión aprendida y su reformulación. Seligman (1975) (citado en Vázquez, 2010) hipotetizó que la depresión se produce cuando el adulto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el adulto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma (Lemos y Londoño, 2007).

Existen tres deficiencias fundamentales, que aparecen como consecuencia de estar expuestos a situaciones no controlables y no predecibles (Ferrandiz, 1996) (citado en Vázquez, 2010).

1. La deficiencia motivacional, que se caracteriza por una disminución de respuestas. Las personas mayores de edad han aprendido que su actuación no sirve para nada y por lo tanto ni siquiera se esfuerzan en resolver sus problemas. Se adaptan a éstas situaciones, se habitúan quedando totalmente desmotivados.
2. La deficiencia cognitiva, que produce una disposición cognitiva negativa. A los individuos les resulta difícil aprender que sus respuestas han sido eficaces, aun cuando realmente lo hayan sido y distorsionan la percepción de control; creen que en todo lo que emprendan fracasarán, ya que han adquirido la expectativa de independencia entre su conducta y sus consecuencias.
3. La deficiencia emocional, se define como un incremento en la emotividad y ansiedad seguido de depresión. La incontrollabilidad produce frustración, miedo, insatisfacción en el adulto mayor.



Posteriormente, Abramson et al. (1978) (citado por Lemos y Londoño, 2007) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el adulto hace sobre la causa de su indefensión. También señalan que algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo atribucional como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal. Para este autor, las atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión (Lemos y Londoño, 2007).

Continuando con nuestro análisis, Beck et al. (1979) (citado en Lemos y Londoño, 2007), sostiene que la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente, y los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o pérdidas. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica (Lemos y Londoño, 2007).

Igualmente, según Perris (1989) existen cuatro elementos cognitivos que explican la depresión: 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas (Vázquez, 2010).



El adulto mayor deprimido tiene una visión negativa de sí mismo; se ve como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador. Por otro lado, presentan pensamientos automáticos negativos, repetitivos, involuntarios e incontrolables, lo que facilita que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (Lemos y Londoño, 2007).

Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los adultos mayores deprimidos son: la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobregeneralización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobrestimar o infra valorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas) (Lemos y Londoño, 2007).

De igual modo, existen otras distorsiones cognitivas en las personas de la tercera edad, entendidas como errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales (Vázquez, Muñoz, Becoña, 2006):

- Actitudes distorsionadas sobre las implicaciones de la edad: prejuicios sobre las normas relacionadas con la edad y creencias relacionadas con la vejez.
- Percepción negativa de la salud e incapacidad física como también creencias desfiguradas acerca de los efectos invalidantes de las indisposiciones o malestares menores relacionadas con la edad, además, atribuciones desadaptativas e inadecuadas de su enfermedad y etiquetaciones subjetivas erróneas y depresivas de sus síntomas físicos.



- Distorsiones cognitivas frecuentes como la sobregeneralización, inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico, descalificación de lo positivo, magnificación, catastrofismo, abstracción selectiva.
- Actitudes distorsionadas sobre las implicaciones de la jubilación: creencias equivocadas sobre la propia capacidad para implicarse en diferentes actividades, visión negativa de sus propias capacidades después de la jubilación, creencias disfuncionales sobre las expectativas de los otros.
- Incremento de la autoatención negativa debido a la soledad y a los problemas físicos, sociales o económicos.

Al mismo tiempo, estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecen latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2006).

2.5.3 Factores Sociales.

Las causas que llevan a un sujeto a deprimirse son múltiples, sin existir aún un consenso por parte de los investigadores; dentro de estos factores se hallan la viudez, relaciones sociales, apoyo familiar y circunstancias demográficas (Hernández, 2007).

En un estudio en personas de la tercera de 60 años, dirigido a determinar la influencia de los factores biosociales en su estado depresivo, con un total de 149 adultos mayores deprimidos, constató que la depresión predominó en longevos de 60 a 69 años, del sexo femenino, viudos, jubilados y con un bajo nivel de escolaridad. El 90,6 % señaló como responsables de su depresión a ciertos acontecimientos vitales; su discreta incorporación a la vida social, así como el insuficiente apoyo socio-familiar contribuyeron notoriamente a su actual depresión (Pérez y Arcia, 2007).



Por otra parte, en un estudio realizado en Medellín sobre “Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados” con una muestra de 276 adultos, encontraron que la prevalencia de sintomatología depresiva fue similar por sexo y edad, y que los adultos dependientes para la realización de actividades cotidianas, tuvieron mayores porcentajes de síntomas de depresión. En general, pérdida de roles, estado de dependencia y calidad de vida disminuida aumentan la sintomatología depresiva, el motivo de ingreso a la residencia, es de suma importancia, situación que fue hallada en el estudio donde una alta proporción de adultos mayores que fueron llevados por los familiares y/o que no se institucionalizaron de forma voluntaria presentaron síntomas depresivos (Estrada, et al., 2013).

La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos. Es común que ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades. Si bien estas pérdidas no son causa-efecto de la depresión, existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas. Por otra parte, la mayoría de los autores concuerdan en que el efecto representado por estas pérdidas, no es suficiente para explicar la aparición de un cuadro depresivo (Cerquera y Meléndez, 2010).

Falta de Apoyo Social y Familiar.

La creación de los Centros geriátricos tiene como misión el entregar a la familia una ayuda integral con aquellos adultos mayores que no pueden recibir los cuidados demandados en sus hogares, debido a la complejidad de sus patologías, así como de la falta de tiempo de los integrantes del grupo familiar, sin embargo, esta “intención” de las residencias es algo del pasado, o que involucra a un número reducido de casos (Duran, 2010).



Hoy en día encontramos Centros geriátricos llenos de adultos mayores que no han visto a su familia en meses, años, o incluso desde el mismo momento que fueron institucionalizados; no reciben apoyo, cariño ni preocupación por parte de su familia, por otro lado, la escasez de relación con los hijos percibida por los adultos, tanto en cantidad como sobre todo en intensidad y calidad de afecto, representa un importante motivo de frustración en esta etapa (Duran, 2010).

El acompañamiento familiar ha sido reconocido como un aspecto de vital importancia para estos pacientes con trastornos depresivos, donde un ambiente familiar positivo, aquel en el cual se evidencia cohesión familiar, armonía, respeto, demostraciones de afecto y una adecuada comunicación acompañada de una genuina expresión de sentimientos entre miembros en cualquier tema relevante, si por el contrario, en casos donde la familia es tipo disfuncional, el adulto mayor suele ser más vulnerable a los síntomas depresivos (Flores, Huerta, Herrera y Alonso, 2012).

Aunque lastimosamente no todos los longevos cuentan con este tipo de apoyo social, pues muchos están aislados de sus familias, ya sea porque nunca se casaron ni conformaron su propia familia nuclear, o porque fueron reclusos por sus familiares en instituciones geriátricas por diversas causas ya mencionadas, posicionándose por tanto la institución como una red de apoyo y en muchos casos la principal para algunos adultos mayores (Duran, 2010).

Con respecto al apoyo social, el tener un núcleo de amistades con el que poder intercambiar información, realizar actividades de ocio y tiempo libre puede ser muy importante a la hora de combatir estados depresivos. La amistad, se convierte en una fuente donde se comparten intereses comunes, vinculación social, ayuda mutua y por tanto un alto grado de intimidad y valoración personal (Pisa, 2011; Ruiz, 2008).



Tener una gran red social se asocia con un mejor estado ánimo en las personas de la tercera edad. La alta frecuencia de contacto con amigos indica un intercambio emocional positivo; el disfrute y el compartir buenos momentos se consideran un mecanismo potencialmente protector frente a la depresión. Igualmente, tener un número adecuado de amigos cercanos (por lo menos dos), es uno de los mejores métodos para evitar la depresión. En general, las personas sin amigos son las que más presentan sintomatología depresiva, seguidas de quienes sólo tienen un buen amigo (Cardona, et al., 2010)

En conclusión, tener amigos representa un gran soporte en el momento de afrontar problemas emocionales y físicos (Pisa, 2011; Cardona, et al., 2010).

Cambios en el Rol Social del Adulto Mayor.

Los cambios bruscos o frecuentes en el modo de vivir, la ruptura de los roles que desempeña los adultos mayores facilitan la instauración de un estado depresivo en esta población. El mayor riesgo se produce cuando el sujeto ha abandonado la antigua situación o rol y todavía no se ha insertado en la nueva ni adquirido nuevos roles (Ayala, 2011).

Al mismo tiempo, la pérdida de roles de los adultos mayores (rol de esposo, abuelo, amigo, rol laboral, etc.), ha implicado la pérdida de espacios de pertenencia y esto ha contribuido a generar algún grado de indefensión de los adultos mayores que se expresa muchas veces en desamparo y abandono, puesto que no se aprecia su “aporte” social y familiar constituyéndose en una carga para la familia y la sociedad (Beekman, Copeland y Prince, 2006).



Uno de los grandes problemas de la vejez es la jubilación, ya que constituye un cambio en el cual el adulto deja de realizar actividades en las cuales siempre basó su seguridad. Las personas mayores empiezan a sentir que su espacio se empieza a encoger. Ahora con la jubilación, ya no asisten a su oficina, no se involucran en cuestiones de trabajo. Eventualmente su salud empieza a tener imperfecciones, tal vez dejan de manejar y así poco a poco se empiezan a desempeñar menos roles (Ayala, 2011).

Sin embargo, muchas personas también ven la jubilación como una especie de liberación de la rutina, un tiempo para comenzar a vivir o probablemente un momento para la búsqueda y realización de ciertos pasatiempos actividad creativa que no pudieron desarrollar anteriormente por las exigencias del trabajo y la familia (Beekman, Copeland y Prince, 2006).

Para Vaz y Soares (2011) el jubilado se encuentra con una problemática conocida como la indefinición de su posición social (indefinición que no se da en otras etapas vitales) al poseer un rol sin rol, pues al concluir con el periodo de producción sus obligaciones sociales son mínimas y aparecen otros derechos como el de cobrar una pensión. Es decir, el sujeto después de tener un trabajo que le proporcionaba una posición social reconocida y un estatus, tras la jubilación, pasa a desempeñar un rol pasivo de descanso y ocio.

En suma, existen una serie de prejuicios sobre la vejez, como son la de no tener vida productiva, no tener experiencias ni necesidades sexuales, ser inútil, trasnochado y dependiente. Sin embargo, la experiencia, la capacidad de relativizar las cosas, saber juzgar objetivamente, la sabiduría procedente de la experiencia, etc., podrían permitir a las personas mayores mantener un rol social importante (Ayala, 2011).



Falta de Actividades de Ocio.

La realización de actividades lúdicas puede ser la respuesta al vacío que puede dejar el aumento de tiempo libre provocado, por ejemplo, por la jubilación (Cardona, et al., 2010).

El uso de actividades diarias juegan un papel importante en el estado emocional de las personas mayores. Así los adultos mayores institucionalizados pueden una mejor salud mental cada vez que realizan distintas actividades, por ejemplo juegos, paseos, actividades deportivas, lo cual es parte de un repertorio de conductas saludables de esta población (Plati, et al., 2006). Así la realización de las actividades lúdicas dentro de las instituciones geriátricas, socializan y dignifican en las personas mayores su condición de adulto mayor institucionalizado (Cardona, et al., 2010)

Por otro parte, algunos adultos mayores suelen ponerle trabas a la intención de mantener un estilo de vida activo y productivo, propiciando el deterioro de sus capacidades físicas e intelectuales, por lo cual limitan el acceso al disfrute y recreación de su tiempo libre (Cardona, et al., 2010).

Por consiguiente en la Tercera Edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y el estado de ánimo de los individuos (Urrutia y Villarraga, 2010).

2.5.4 Factores Institucionales y Trato del Personal de Cuidado Diario.

Dentro de los factores institucionales se abordará, tanto las características de las residencias geriátricas como el trato del personal de cuidado diario asociados a la depresión en el adulto mayor (Tabueña, 2006).



Como se afirmó al inicio del capítulo, el cambio en las estructuras familiares ha condicionado que muchas familias no puedan asumir el cuidado de sus familiares de tercera edad y éstos tengan que ingresar en instituciones residenciales, que no siempre reúnen las condiciones adecuadas para poder proporcionar cuidados de calidad (Rubio, 2007)

Lo ideal sería que a estas personas mayores, se les procurase en su última etapa los cuidados y la atención necesaria requeridas por su propia situación de adulto mayor, humanizando los cuidados en las residencias, pero desgraciadamente, en muchos centros se prioriza la rentabilidad económica, antes que la calidad asistencial (Tabueña, 2006).

Para lograr la calidad y la humanización en el trato residencial, es necesario considerar al personal como un pilar fundamental en la atención y cuidado de las personas mayores institucionalizadas. Este autor señala, que la escasez de recursos materiales y humanos, la excesiva carga de trabajo, los bajos salarios, la falta de reconocimiento profesional, la rigidez administrativa, las variables de personalidad, favorecen el cansancio y la desmotivación del personal de cuidado diario y como consecuencia pueden aflorar actitudes negativas de los trabajadores hacia los adultos mayores (Tabueña, 2006).

Como se ha dicho, la depresión se encuentra relacionada con factores institucionales y con el trato del personal sanitario teniendo en cuenta que en algunos Centros geriátricos se presentan situaciones de maltrato tanto físico como psicológico que favorecen la aparición de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés lo cual puede aumentar el riesgo de muerte (Rubio, 2007).



Las estadísticas sobre el maltrato en la vejez son datos alejados de la realidad, debido a que la mayoría de los adultos mayores que lo viven no lo denuncian. Esta situación tiene su origen en distintas razones: no aceptan que están siendo maltratados, tienen temor a las represalias; pues es el único familiar con el que cuentan; creen que es temporal; no quieren que su familiar o cuidador vaya a la cárcel; desconocen con qué autoridad deben dirigirse o su condición física o cognitiva no le permiten realizar una denuncia (Rubio, 2007).

Del mismo modo, para Tabueña, (2006), los malos tratos a personas mayores es una de las formas de violencia más oculta, debido a las propias características de vulnerabilidad y de dependencia de este colectivo. Para Tabueña, el maltrato a personas mayores, es un fenómeno silenciado, desconocido, incomprensido y escasamente detectado. Para esta autora, la dificultad de la detección es la falta de una definición universal y consensuada de los conceptos de abuso, negligencia, y malos tratos (Tabueña, 2006).

Para ilustrar mejor citemos algunas investigaciones. En estudio realizado por Zapata (2013) con el objetivo de determinar la percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera(o) en el Servicio de Geriátrica del HNGAI, señala que la percepción general del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera(o) en el servicio de geriatría es medianamente favorable 63%, el mismo resultado obtuvieron: la dimensión biológica 47%, la dimensión sociocultural 48% y la dimensión espiritual 48%, sin embargo en la dimensión emocional, los adultos mayores perciben el cuidado como desfavorable 62% (Zapata, 2013).

De igual forma, Huatuco (2009), en su investigación "La calidad del cuidado de enfermería y el grado de satisfacción según percepción del paciente adulto mayor", concluyó que los adultos mayores tienen un nivel de satisfacción medio respecto al trato personal siendo más baja la dimensión interpersonal 60% y respecto a la dimensión técnica asociada a la prestación de servicios, el 60%.

Por su parte, Camargo y Caro (2009), en su estudio sobre "Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: Evidencias para

la cualificación profesional” concluyeron que la percepción de comportamientos en relación con la dimensión deferencia respetuosa asociada a las relaciones interpersonales y la comunicación enfermera-paciente, el 56.8% de los adultos mayores manifestaron como favorable, en la dimensión asistencia segura asociada con la amabilidad, dedicación y calidez humana, el 71.6% describieron como medianamente favorable, en la dimensión interacción positiva asociada al contacto del personal al paciente con muestra de cariño, de tranquilizarlo y animarlo, el 73% revelaron como medianamente favorable y finalmente en la dimensión consideración de la experiencia del otro, arrojó que el 47.3% de los adultos mayores la perciben como medianamente favorable (Camargo y Caro, 2009).

A continuación se detalla los factores de riesgo en el maltrato institucional que afectan a las personas de la tercera edad (Tabueña, 2006) (Véase Tabla 2):

Tabla 2

Factores de Riesgo en el Maltrato Institucional.

Características de la Institución y factores estructurales.	Características del personal de cuidado diario.
<ul style="list-style-type: none">- Trabajo mal reconocido social y profesionalmente.- Espacios poco habitables.- Privacidad poco respetada.- Abuso o uso indebido de las contenciones físicas.- Escasa dotación de personal y de recursos adecuados.- Ausencia de programas de rehabilitación.- Escasas actividades recreativas que fomenten la interacción social.- Deficiencia o ausencia de un programa individualizado de atención al enfermo.- Conceptos erróneos del envejecimiento que deshumanizan a las personas mayores.- Los actos y actitudes discriminatorias por la edad.	<ul style="list-style-type: none">- Personal problemático o conflictivo.- Falta de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento ante los problemas y el estrés.- Malestar o sentimientos negativos en relación con el envejecimiento.- Falta de paciencia, ansiedad, trastornos afectivos o de ansiedad.- Síndrome de burnout.- Ausencia de formación y reciclaje sobre atención geriátrica- Tareas dificultosas y estresantes, monótonas y rutinarias.- Resentimiento hacia compañeros y sus superiores que se libera hacia los adultos mayores.- Excesiva carga de trabajo.- Conflictividad personal.

Fuente: Tabueña, 2006.

Realizado por: Valeria Vivar y Marlene Silva.



De igual modo, las instituciones pueden facilitar la aparición de situaciones de maltrato cuando hay masificación, cambios frecuentes de personal, déficits de formación, número de personal insuficiente, déficits de la estructura del edificio y la distribución de los espacios, deficiencias en la estructura organizativa del centro, trabajo mal remunerado, falta de mobiliario y ayudas técnicas, falta de cobertura de las bajas, laborales, falta de un programa de actividades acumulativas y adecuadas para los residentes (Rubio, 2007)

El cuidado del adulto mayor institucionalizado requiere incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende; entonces la intervención de enfermería va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de éstos (Uribe, Valderrama, Molina, 2007).

Según Zapata (2013), “La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en el que vive”. Por ello cuidar en enfermería no solo abarca la vigilancia de la salud sino también el acompañamiento a la persona, lo cual implica dar apoyo emocional y social.

2.5.5 Factores de Protección.

Muchas personas de la tercera edad que han sufrido pérdidas importantes se deprimen, pero muchos más, en circunstancias similares, no lo hacen, se podría decir que, la personalidad de los adultos mayores y ciertos recursos, como la resiliencia, otorga al adulto la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por situaciones de adversidad (Crespo, 2011).



Creemos que es importante profundizar el tema de la personalidad en la vejez y su influencia en el estado de ánimo depresivo, por tal motivo, se realizará un acercamiento conceptual a los términos resiliencia y personalidad resistente, conceptos que contribuyen significativamente a conocer la realidad de personas adultas mayores.

Resiliencia.

En la vejez, el concepto de resiliencia cobra relevancia, debido a que en esta etapa se presentan diversos eventos críticos y altamente estresantes y, cabe notar que, a pesar de ello, muchas personas mayores se adaptan a tales condiciones sin mostrar un decremento en el bienestar o en la satisfacción con la vida (Jiménez, 2011).

En su aplicación, el término resiliencia tuvo sus orígenes en la física, como aquella capacidad que tiene un cuerpo para resistir un choque, pero cuando se trasladó a las ciencias sociales, se tradujo como la capacidad que tiene una persona para poder desarrollarse y vivir positivamente en la sociedad aun habiendo experimentado situaciones adversas con riesgo de desenlace negativo (Rodríguez, 2009).

Becoña (2006), define la resiliencia como aquella capacidad para afrontar exitosamente las experiencias traumáticas evitando los desenlaces negativos asociados con el riesgo, es aquel proceso que permite sobrellevar positivamente las consecuencias negativas de la exposición al riesgo (Becoña, 2006).

Con respecto a la resiliencia en el adulto mayor como refiere Villalba (2003), la investigación en relación a la capacidad resiliente de las personas mostró que implica una progresión evolutiva, es decir, que a medida que cambian las circunstancias vitales, las vulnerabilidades y apoyos también sufren alteraciones (Fernández y Crespo, 2011).



Aun habiendo atravesado eventos críticos propios de la edad (pérdida de seres queridos, problemas de salud, económicos, etc.), muchas personas mayores muestran buen humor, vitalidad, motivación para llevar a cabo diversas actividades y manifiestan interés en seguir participando y contribuyendo con su familia y demás allegados, lo cual indica que se han adaptado a circunstancias adversas y han logrado mantener un adecuado funcionamiento, demostrando resiliencia frente a estos cambios (Jiménez, 2011).

Personalidad Resistente.

El constructo de personalidad resistente fue formulado originalmente por Kobasa, Maddi y Puccett (1982) para señalar que hay ciertas características de los individuos que hacen que las experiencias estresantes tengan un menor efecto negativo en ellos. Dicho patrón está conformado por tres elementos: compromiso, control y desafío. El compromiso implica la tendencia a involucrarse en las diversas actividades, las relaciones sociales y las instituciones. La característica de control se refiere a la tendencia a pensar y actuar con la convicción de la influencia personal que se tiene en el curso de los acontecimientos y por último, el desafío, tiene que ver con la capacidad para entender el cambio como una oportunidad y un incentivo para el crecimiento personal (Delahaij, Gaillard y Van Dam, 2010).

Tener una personalidad resistente permite que se perciba el estímulo como menos amenazante; conlleva mejores estilos de afrontamiento; mejora indirectamente las estrategias de afrontamiento al buscarse un mayor apoyo social; implica hábitos de vida más saludables, y ejerce efectos fisiológicos positivos que disminuyen la reactividad psicofisiológica ante el estrés (Delahaij, et al., 2010).

Las personas con personalidad resistente son menos propensas a padecer enfermedades físicas, más optimistas, menos estresadas y con una mayor variedad de estrategias de afrontamiento (Moreno, Garrosa, Corso, Boada y Rodríguez, 2012).



Prosiguiendo nuestro análisis, si realizamos la diferencia entre la resiliencia y la personalidad resistente, la personalidad resistente parece hacer alusión a un macrofactor de personalidad, compuesto por las tres dimensiones descritas (compromiso, desafío y control), dimensiones que pueden comprender la resiliencia pero no de modo exclusivo. De acuerdo con esto, la principal diferencia perceptible entre la resiliencia y la personalidad resistente es que la primera engloba algo más que la segunda (Maddi, 2005).

De esta forma, aquellas personas que alcancen elevados niveles de resistencia tendrán una mayor probabilidad de ser resilientes, fenómeno que no se producirá necesariamente a la inversa (Fernández y Crespo, 2011).

Planteamos la idea de que todos los individuos cuentan con ciertos recursos denominados protectores que sirven para atenuar o eliminar los efectos negativos de la exposición a circunstancias extremas (Fernández y Crespo, 2011).

Los factores protectores de las personas mayores se encuentran en tres áreas: las características y cualidades propias de la persona, el modo de enfrentar y resolver los problemas, la familia y el contexto social más amplio: en cuanto a la familia, es importante la relación de apoyo, cuidado y cariño que los integrantes mantienen con la persona mayor ya que cumplen una importante función en el desarrollo psicológico de la misma. En cuanto al entorno social, es el encargado de proporcionar diversos recursos para atender las necesidades del longevo y que pueda mantener una buena calidad de vida (Maddi, 2005).

Jiménez (2008), refiere que existen distintos recursos que potencian la resiliencia en los adultos mayores; estos recursos son:

- **Identidad Positiva:** Los mayores pueden ser menos vulnerables ante las circunstancias adversas cuando se evalúan positivamente y establecen niveles de funcionamiento diversos.



- **Control personal:** Cuando la persona cree que mediante sus propios comportamientos tiene el control sobre su vida y entorno, se activan ciertos estados emocionales que favorecen la salud y la adaptación exitosa a las situaciones de crisis.
- **Autoeficacia:** Esta variable es útil para que la persona mantenga el optimismo en diferentes circunstancias ya que consiste en la creencia de su capacidad para manejar las situaciones futuras.
- **Autoestima:** Se vincula con altos niveles de bienestar en instancias extremas debido a que consiste en la valoración que la persona tiene de sí misma y, por lo tanto, interviene a la hora de enfrentar el estrés.
- **Emociones Positivas:** Son estados de ánimo que proporcionan a los individuos experiencias subjetivas placenteras y que poseen gran relevancia en los momentos de adaptación ya que favorecen el bienestar, propician la obtención de recursos sociales, moderan la recuperación y reacción frente al estrés y, por ende, movilizan estrategias de afrontamiento adaptativas.
- **Optimismo:** Esta variable conlleva bienestar, beneficios en la salud y colabora en el afrontamiento de adversidades. De igual modo que la autoestima, no mantiene una relación lineal con resultados positivos.
- **Afrontamiento:** Consiste en un proceso de acomodación en el cual tanto la imagen del individuo como la de sus metas sufren alteraciones con el objetivo de atenuar los aspectos negativos de determinadas situaciones. Las personas mayores modifican sus estrategias frente a problemas que son difíciles o imposibles de resolver de manera activa y, en aquellas situaciones en que no pueden tener el control, tienden a aceptar las consecuencias y efectos.
- **Redes sociales y apoyo social:** Estas redes brindan ayuda instrumental para resolver ciertos problemas y potencian la autoestima y el sentimiento de autoeficacia. Lo importante es la percepción que los adultos mayores tienen del apoyo que recibe, la calidad de las relaciones que mantiene (Jiménez, 2008).



2.6 Adaptación en el Adulto Mayor.

Para describir el proceso de adaptación en el Adulto mayor, nos apoyaremos en la teórica de Callista Roy y su modelo de adaptación. Como ya hemos mencionado anteriormente el adulto mayor institucionalizado debe adaptarse a nuevas situaciones, éstas pueden ser tanto físicas, como psicológicas y sociales (modificaciones en los propios procesos mentales y en las relaciones del propio entorno), haciendo frente a diversos cambios que no siempre son fáciles de asimilar. Inclusive el cambio de residencia puede generar consecuencias psicológicas, llegando a una inadaptación que puede provocar depresión, aislamiento y abandono del propio residente (Díaz, et al., 2012).

El modelo de adaptación de Callista Roy (citado en Díaz, et al., 2012) fue elaborado en 1964 a partir del trabajo de Harry Helson en psicofísica, además de combinar la definición de sistemas que hace Rapoport y que considera a la persona como un sistema adaptativo. Roy, afirma que la adaptación es un proceso que consiste en la transacción entre las demandas del medio ambiente y las respuestas de la persona. Este proceso puede estar sujeto a cambios en el ambiente tanto interno como externo del individuo y dependerá del déficit o exceso en sus necesidades, dando como resultado conductas adaptativas eficaces o ineficaces. Lo clasifica de la siguiente manera:

- **Estímulo focal:** Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo.
- **Estímulos contextuales:** Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal, es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.
- **Estímulos residuales:** Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.



Roy, también identifica unos estímulos comunes a todas las personas, que en un momento dado pueden ser focales, contextuales o residuales. Entre estos se encuentran:

- Los estímulos culturales, que comprenden el nivel socioeconómico, la etnicidad y el sistema de creencias.
- Los estímulos familiares, que involucran la estructura y las tareas del grupo familiar.
- Los estímulos relacionados con la etapa de desarrollo.
- Los estímulos relacionados con la integridad de los modos adaptativos, con la efectividad del mecanismo cognitivo y el nivel de adaptación.
- Los estímulos relacionados con el ambiente, tales como los cambios en el ambiente interno y externo, la condición médica, la situación social, económica, entre otros (Díaz, et al., 2012)

Estos estímulos siempre están presentes y son relevantes al conjugarse con otros, pues desencadenan respuestas adaptativas o inefectivas en el individuo. La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos, y en un momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual. Roy (citado en Díaz et al, 2012).

Asimismo, Roy (citado en Orta y Vázquez, 2012) se centra en el concepto de adaptación de las personas y da a conocer cuatro modos de adaptación según la autora: función fisiológica, autoconcepto, función de rol y el modo de interdependencia. Describiremos brevemente cada uno de ellos:

- **Función fisiológica:** Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.



- **Autoconcepto:** Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la auto coherencia y la auto ideal) y la identidad moral y ética (incluye la auto observación y la autoevaluación). Los componentes del modo de auto-concepto son el yo físico, incluyendo la sensación del cuerpo y la imagen corporal, y el yo personal, incluyendo la auto-consistencia, yo ideal, y ser moral-ético-espiritual.
- **Función de Rol:** Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Esta función “es uno de los dos modos de adaptación social, y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad. El rol, interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, se describe como el conjunto de expectativas que se tienen del comportamiento de una persona que ocupa una posición hacia otra persona que ocupa otra posición. La necesidad básica en la que subyace el modo de adaptación de la función del rol, se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar” (Santa Cruz, 2013).
- **Interdependencia:** Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto. Santa Cruz (2013), refiere que este modo se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un grupo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones dependientes entre sí afectan el deseo y a la capacidad de dar a los demás y de recibir de ellos aspectos de todo lo que uno puede ofrecer, como es amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, responsabilidades, bienes materiales, tiempo y talento.



Niveles de adaptación.

Roy (citado en Díaz et al., 2012), afirma que el nivel de adaptación es el nombre dado a tres condiciones posibles de los procesos de la vida del sistema adaptativo humano: integrador, compensatorio, y comprometido.

El primer nivel es el integrador, describe las estructuras y las funciones del proceso de la vida en su totalidad para resolver necesidades del ser humano. El segundo nivel es el compensador, los mecanismos cognitivo y regulador han sido activados por un desafío a los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema, y, por último, el tercer nivel es el comprometido; cuando los procesos integrados y compensatorios son inadecuados, se presenta un problema de adaptación. La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo (Santa Cruz, 2013).

El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas reguladores y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona. Ramírez, et al, 2008 (citado en Santa Cruz, 2013).

2. 7 Diagnóstico

En esta población etaria la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento. Por lo que con frecuencia la depresión en el adulto mayor no es detectada, siendo éste un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quién la



padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad. Otro motivo por el cual pasa desapercibida la depresión en los adultos es debido a que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología (Becerra, 2008). Es importante mencionar que la depresión en adulto mayor difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes.

Hay que tomar en cuenta que, en el adulto mayor existen diferencias en la presentación clínica diferentes de los adultos jóvenes, en los primeros es más frecuente encontrar (Cortés, 2011):

- Irritabilidad o enojo
- Agitación, ansiedad, preocupación
- Pérdida del apetito con pérdida de peso
- Somatización
- Deterioro cognitivo o alteraciones de la memoria
- Actitudes obsesivas o compulsivas
- Aislamiento social
- Problemas maritales

El sistema internacional de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM V), ha reducido la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que ofrecen los pacientes de la tercera edad, quienes manifiestan síndromes atípicos, dificultando su diagnóstico y tratamiento (Henderson, 2013). Cabe resaltar que si bien la actualización del (DSM-IV-TR) por el (DSM V) incluye cambios dentro del trastorno depresivo, así, en los criterios diagnósticos para la depresión en el (DSM-IV-R) se pedía que se abstuviera de hacer el diagnóstico de depresión mayor en quienes habían tenido una “perdida” en los dos meses previos. Este concepto suponía entonces que el duelo protegía para el desarrollo de un episodio depresivo. El DSM-5 elimina ese criterio con base en que al hacerlo se evita que se dejen de diagnosticar cuadros depresivos asociados al duelo y se les afecte al dejarlos sin tratamiento (Henderson, 2013) (Véase Tabla 3).



Tabla 3

*Criterios de diagnóstico del episodio depresivo mayor según DSM V.***Criterios para el episodio depresivo mayor**

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

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

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

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

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día

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

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día

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

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

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

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

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

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

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

Realizado por: Valeria Vivar y Marlene Silva



Además de tomar en consideración los criterios diagnósticos para detectar la depresión, la sintomatología depresiva debe ser interpretada con mucha prudencia antes de realizar un diagnóstico y aconsejar una intervención psicológica o psiquiátrica ya que no hay que perder de vista el estilo cognitivo del sujeto, es decir la forma de pensar que ha ido desarrollando a lo largo de su vida. Las personas con una baja autoestima, con deficiencias en su área relacional, cierta incapacidad para resolver problemas y déficit en sus habilidades sociales suelen ser personas vulnerables ante la depresión Touriño, 2008 (citado en Cortés, 2011).

Finalmente en la etapa de adultez tardía es importante considerar la relación entre depresión y demencia es un tema complejo. Además de poder aparecer conjuntamente, ambas entidades demuestran un solapamiento en lo que se refiere a la clínica. (Wells, 1979) ofrece algunos indicadores para realizar un diagnóstico diferencial entre una persona pseudodemente y una persona realmente demenciada. La persona pseudodemente, generalmente tiene una historia pasada con trastornos afectivos. La persona demente presenta trastornos de memoria y trata de ocultarlos y disimilarlos, mientras que la persona pseudodemente se queja de padecerlos (Cortés, 2011).

Para realizar un diagnóstico diferencial de una persona mayor depresiva y de otra demente hay que realizar un análisis del estado de salud, identificar las quejas de memoria del sujeto, así como los cambios cognitivos y comportamentales recientes (Torrens, 2008). La depresión está asociada con un déficit de atención y del aprendizaje de nueva información, pero no del recuerdo de la información que ya haya sido registrado en el cerebro. Por el contrario la demencia está asociada con una atención y una capacidad de aprender pero con un pobre recuerdo de la información que ya haya sido registrada sobre todo cuando hay una demora en el recuerdo (Cortés, 2011).



2.8 Instrumentos de Evaluación.

Las escalas o instrumentos de medición deben poseer como características esenciales: validez y confiabilidad. Cuando va a seleccionarse algún instrumento debe considerarse, además del objetivo propuesto, su validez, especificidad, sensibilidad y confiabilidad. Se refiere a la capacidad del instrumento para diferenciar los casos (de depresión), de los que no lo son. La especificidad se refiere a la capacidad que tiene el instrumento para diferenciar los "no casos" (de depresión) de los que sí lo son, dicho en otras palabras en el porcentaje de pacientes con depresión (o con la enfermedad) quienes tuvieron una calificación positiva para el instrumento de detección. Es importante que el instrumento escogido haya sido validado en diferentes poblaciones para poder contar con la característica de universalidad (Caraveo, Medina, Rascón, Villatoro y Martínez, 2013).

De acuerdo a los objetivos del clínico, existen instrumentos que son útiles como ayuda para el diagnóstico de depresión, otros serán útiles para determinar la severidad de la depresión o bien para evaluar la respuesta al tratamiento que, se haya implementado (Ortiz y Alvarado, 2007). Entre los instrumentos más utilizados para evaluar la depresión en personas mayores podemos citar los siguientes: el Inventario de Beck, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, la Escala de autoevaluación de la depresión de Zung, 1965); la Escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff, 1977 (Caraveo et al., 2013).

Un problema especial en geriatría es que los pacientes con demencia, tienen un riesgo elevado de presentar depresión, sin embargo, en muchas ocasiones su avanzado deterioro cognitivo no permite la identificación de los síntomas depresivos, por lo que este diagnóstico se puede dificultar. Ante esta situación se cuenta con una escala de depresión que se conoce como Escala de Comell, la cual generalmente es aplicada por el médico a la familia o cuidador primario



que más convive con el paciente, para determinar si ciertos cambios en su conducta son debidos a la depresión (Caraveo et al., 2013).

2.9 Consecuencias de la Depresión en el Adulto Mayor.

Según, la American Psychological Association, la depresión tiene consecuencias físicas y mentales que pueden complicar un problema de salud existente de una persona de edad avanzada y desencadenar nuevas preocupaciones. Independientemente de la causa, la depresión puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores. El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas (Aguilar y Ávila, 2006).

Los programas de tratamiento para los pacientes de la tercera edad deprimidos que tienen una enfermedad cardiovascular y otras enfermedades importantes, suelen tomar más tiempo de lo normal y su resultado es menos satisfactorio. Además, los sentimientos de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, son más frecuentes entre las personas mayores, en especial aquellas con discapacidades o que están confinadas a residencias geriátricas (Aguilar, et al, 2006).

De acuerdo con la American Psychological Association, la depresión también puede tener otras formas de efectos potencialmente nocivos para la salud de una persona mayor. La depresión puede llevar a hábitos alimenticios que acaben resultando en obesidad, provocando también pérdida considerable del apetito y la reducción de niveles de energía, ocasionado a veces un trastorno conocido como anorexia geriátrica. Las personas deprimidas de la tercera edad también experimentan índices más altos de insomnio y pérdida de memoria (APA, 2013).



Por otra parte, Aguilar sostiene que el deterioro de la función cognoscitiva, aunque ahora se considera la depresión como un estado que puede preceder la demencia, la combinación de la depresión mayor y del deterioro cognoscitivo ya había sido vista, hace años, como un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, de igual forma, los adultos mayores deprimidos tienen tiempos de reacción más prolongados que lo normal, lo que aumenta los riesgos asociados con cocinar, auto-medicarse y otras tareas que requieren una atención completa (Aguilar, et al, 2006).

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del adulto mayor y, al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos. Las consecuencias, entre otras, son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento y mayor utilización de los servicios hospitalarios. La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis y mala autopercepción de la salud. Los mecanismos de estas asociaciones no son claros aunque, por ejemplo, es conocida la relación entre las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes, quizá debida a cambios de naturaleza cuantitativa y cualitativa del sistema inmunitario (Aguilar y Avila, 2006).

Además el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar y concebir la realidad. Afecta al ciclo normal de sueño-vigilia y alimentación. Se altera la visión de cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa (Crespo, 2011).



Los adultos mayores con depresión presentan problemas para dormir: sueño inquieto y despertares frecuentes, que hacen que el paciente se incorpore con frecuencia en la madrugada, siendo muy difícil el re-iniciar su sueño; presenta además fatiga y una sensación de pérdida de energía, que se manifiesta con una gran dificultad para empezar la mayoría de las acciones que habitualmente realizaba fácilmente, por ejemplo: una ama de casa tiene problemas para hacer cosas tan comunes a ella como el arreglo de su hogar, y aun el arreglo personal (Chong, 2012).

Por otro lado, las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión son diversas. El ánimo deprimido puede retrasar o impedir que el adulto mayor busque atención médica adecuada. Además, la depresión puede inhibir la participación del adulto en actividades que fomentan las relaciones interpersonales y que por lo tanto favorecen un buen estado de salud (Aguilar y Ávila, 2006).

Penninx y colaboradores (cómo se citó en Aguilar y Ávila, 2006) informaron que la depresión aumenta el riesgo de discapacidad para las actividades de la vida diaria (76%) y la movilidad (73%) en un periodo de seis años. De la misma manera, la depresión ligera o la depresión sin tristeza se asocian al desarrollo de discapacidades incluso en los longevos altamente funcionales o que alcanzaron un envejecimiento exitoso se ha demostrado que los adultos mayores deprimidos o con síntomas depresivos, tanto las personas de la comunidad como los adultos frágiles tienen mayor discapacidad física y social (Aguilar y Ávila, 2006).



Conclusiones:

A manera de conclusión podemos decir que la depresión en el adulto mayor institucionalizado es un importante problema de salud pública actual y con alta prevalencia a próximos años; es el trastorno afectivo más frecuente en el adulto mayor aun cuando su presencia puede pasar desapercibida.

Esta tiene su origen en múltiples factores tanto biológicos tales como son el género, la genética; cambios fisiológicos, etc., y de manera importante los cambios psicosociales que enfrenta la población de adultos mayores como parte inherente a la etapa del ciclo vital que les corresponde a las crisis propias de este ciclo, a la falta de cohesión, adaptabilidad familiar y en muchos casos a la disfunción familiar en la que se desarrolla la persona. El ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de esta fase del ciclo vital.

**CAPITULO III****3. METODOLOGÍA.**

La metodología de esta investigación fue de carácter mixta (cuantitativa y cualitativa), por ello se utilizó además el método de estudio de caso para analizar y describir la situación de los adultos mayores en la Fundación gerontológica “Plenitud”.

3.1 Pregunta de Investigación

¿La relación de los adultos mayores con sus pares y personal de cuidado diario, así como la percepción que tienen los adultos mayores respecto a su estadía en el centro geriátrico ejercen alguna influencia significativa sobre su estado de ánimo depresivo?

3.2 Alcance de la Investigación

De acuerdo al período y secuencia de trabajo es un estudio descriptivo. La presente investigación se ha centrado en cumplir los siguientes objetivos:

a. General

- Identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado en la Fundación gerontológica “Plenitud”.

b. Específicos:

- Determinar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el adulto mayor institucionalizado.
- Identificar y analizar las percepciones de los adultos mayores sobre su relación con sus pares y personal de cuidado diario.
- Detectar la percepción que tienen los adultos mayores institucionalizados respecto a su estadía en la Fundación gerontológica.
- Identificar los niveles de soledad en los adultos mayores.
- Describir el nivel de adaptación de los adultos mayores a la Institución.



3.3. Universo y Muestra.

Para efecto de esta investigación, se contó con un universo de estudio constituido por todos los adultos mayores que residen en la Fundación gerontológica “Plenitud”. Del universo de estudio se seleccionó una muestra de 8 adultos mayores comprendidos entre las edades de 60 y 100 años de edad, quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

3.4 Criterios de Inclusión.

Se incluyeron a los adultos mayores de ambos sexos con edades comprendidas entre 60 y 100 años de edad, funcionales sin ningún deterioro cognitivo grave y con diferente nivel de instrucción académica que accedieron a participar en la investigación firmando el consentimiento informado. Aquellas personas con dificultades para escribir o problemas visuales fueron asistidas por los encuestadores.

3.5 Criterios de Exclusión:

No participaron en este estudio, adultos mayores que padezcan de deterioro cognitivo grave y por ello no puedan llenar los instrumentos de la investigación y quienes no accedieron a participar del estudio.

3.6 Variables de Estudio e Instrumentos utilizados.

- **Historia Clínica:** Se elaboró una historia clínica que incluyó los aspectos más relevantes del desarrollo personal, familiar y social, de los adultos mayores que formaron parte de la investigación; esta investigación fue recogida con el objetivo de corroborar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el adulto mayor institucionalizado.
- **Entrevista semiestructurada:** Con el fin de poner en evidencia la percepción del adulto mayor con respecto a la relación con sus pares y personal de cuidado, y su vida institucional se elaboró una entrevista semiestructurada (Morales y Ruiz, 2011) y a su vez se incluyó apartados del Cuestionario sobre Calidad de vida: satisfacción y placer (Q-LES-Q).



Así la entrevista constó de tres apartados: Percepción de la relación con los pares (9 preguntas); percepción de la relación con el personal de cuidado diario (7 preguntas) y la percepción de los adultos mayores respecto a su estadía en el centro geriátrico (14 preguntas).

- **Inventario de Historia de Pérdidas.** Esta herramienta establecida por Chaurand, A., Feixas, G. y Neimeyer, R. nos permitió obtener de forma breve una descripción de la historia de pérdidas del sujeto, así mismo, nos ayudó a detectar los factores de riesgo o de complicación en el duelo ayudándonos a conocer la percepción que el paciente tiene tanto de la superación de su pérdida como de su sintomatología depresiva.
- **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).** Se trata de una escala autoaplicable de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13, cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: (0 a 4) Normal, (5 o +) Depresión; con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. El control de la calidad de los datos de la escala y las puntuaciones de las respuestas poseen una aceptable consistencia interna, con valores del coeficiente alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,85.
- **Observación.** Mediante esta técnica se pretendió obtener información de primera mano sobre el ambiente en el cual se están desarrollando, y del cual se realizaron interpretaciones para dar sentido a los datos recolectados y aproximarnos a la realidad de los adultos mayores. La guía de observación está basada en el Cuestionario sobre Calidad de vida: satisfacción y placer (Q-LES-Q). Está formulada por una escala de Likert que puntúa desde 0= Nunca hasta 5= Siempre. Consta de 11 preguntas y cuyo puntaje total se obtiene sumando el valor que corresponde a cada respuesta dada por el entrevistado. Si el puntaje



total es igual o menor a 11 equivale a un Nivel de Adaptación Comprometido; si es igual o menor a 33 obtiene un Nivel de Adaptación Compensatorio y por último, si es igual o menor a 55 equivale a un Nivel de Adaptación Integrado.

-

- **Escala de Soledad. IMSOL-AM (Montero y Rivera-Ledesma, 2009).**

El inventario está conformada por 20 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert donde 4 corresponde a "todo el tiempo" y 0 a "nunca", consta de dos sub-escalas, una denominada "alienación familiar" ($\alpha=.89$), que alude a la incomprensión, alejamiento y reprobación familiar que corresponden a los reactivos 1-2-4-5-6-8-9-10-11-13-15; la segunda sub-escala denominada "insatisfacción personal" ($\alpha=.89$), agrupa los reactivos vinculados con la insatisfacción y carencia de propósito en la vida: 3-7-12-14-16-17-18-19-20. La escala total fluctúa entre 0 y 80 puntos, donde 0 es ausencia de soledad, tiene una consistencia interna de $\alpha=.95$.

Para obtener el puntaje final de la escala, la autora sugiere que se sumen los puntajes obtenidos en los 20 reactivos y el total de puntos obtenidos se divida por 20, y así se obtendrá la puntuación total de cada uno de la muestra y se podrá determinar la frecuencia de experiencia solitaria, el mismo procedimiento se sugiere para las dos sub-escalas, sumar los 11 reactivos en el primer factor y en el segundo factor 9 reactivos y dividir dichos puntajes entre 11 y 9 respectivamente para mantener el rango de calificación de 0 a 4. Para determinar el número de personas que se sienten solas, se utilizará el percentil 70, así las personas que obtengan un puntaje igual o superior a este percentil son las que experimentan soledad, mientras que las que obtengan un porcentaje igual o inferior al percentil 25 son las que no se encuentran solas.



3.7 Procedimiento De Investigación.

En primer lugar se acudió a la Fundación gerontológica “Plenitud” para solicitar el permiso y la coordinación con la directora de la residencia, para ello se entregó un oficio formal pidiéndole la debida autorización para realizar la investigación. Consiguientemente se realizó la selección de las personas para el estudio del deterioro cognitivo y la elaboración de las historias clínicas para comprobar que los mayores cumplieran con los requisitos de inclusión. Posteriormente se les dio a conocer a los participantes todo lo concerniente al estudio por medio del consentimiento informado. Una vez confirmada su participación se procedió a la recolección de datos y a la aplicación de los instrumentos propuestos.

Aplicados todos los reactivos psicológicos planteados en la investigación, se diseñó para el análisis de la información cuantitativa una base de datos a través del programa SPSS v2.0, y se efectuó los debidos análisis estadísticos. Para el análisis cualitativo de la información se utilizó el programa Atlas.Ti versión 4.2, que permitió la codificación de los datos; mediante proceso a través del cual se fragmento los datos en función de su significación de acuerdo con las preguntas y objetivos de investigación.

Finalmente para lograr mayor comprensión de la alteración del estado de ánimo de cada adulto mayor que reside en la Fundación gerontológica “Plenitud”, se efectuó un estudio de caso través de la elaboración del análisis funcional o formulación clínica de casos, que podría describirse como un conjunto de hipótesis y juicios clínicos de los problemas de comportamiento (o conductas problema) del paciente y sobre las relaciones funcionales que existen entre estos y las variables que afectan a dichos problemas (Haynes, 2005).



En el análisis funcional se integró información del paciente que se obtuvo mediante diferentes medios de evaluación clínica (entrevista, observación, autoinformes, etc.). Se decidió elaborar el análisis funcional de cada uno de los casos de estudio ya que este procedimiento se utiliza como un instrumento de planificación del tratamiento que permite: a) determinar la necesidad de tratamiento, b) planificar y diseñar un tratamiento centrado en la persona, y c) obtener datos para evaluar la eficacia del tratamiento aplicado (Haynes, 2005).

3.8 Procesamiento de Datos

Análisis Cuantitativo.

Los datos obtenidos a través de la aplicación de los cuestionarios a los sujetos, se codificaron y analizaron con el SPSS. Se realizaron análisis descriptivos utilizando tablas de contingencia. Para determinar en qué medida las siguientes variables: niveles de soledad y de adaptación y motivo de ingreso se relacionan con los niveles de depresión, se efectuó un análisis de regresión lineal utilizando un nivel de confianza del 95%.

Análisis Cualitativo.

Los datos de las entrevistas e historia clínica fueron procesados a través, de transcripciones exactas en un cuaderno de nota, obteniendo resúmenes inmediatos después de la entrevista, además se utilizó grabaciones, registros anecdóticos. El análisis cualitativo de esta investigación se efectuó por medio de la herramienta de análisis Atlas.Ti.



A continuación se presenta el análisis funcional para cada caso de estudio que incluye los datos relevantes y el resumen de la información de las entrevistas y registros en los diagramas, partiendo de las categorías utilizadas por Mattaini y Thyer, 1996, que permiten visualizar los factores implicados en cada caso en sus dimensiones micro y macro y así comprender los factores asociados a la depresión en la persona adulta mayor. Los diagramas agrupan los siguientes factores: variables de vulnerabilidad (biológica, psicológica y social), variables desencadenantes tanto remotas e inmediatas (internas y externas) y por último, se identificaron factores de protección.

A través de este proceso de investigación se condensa información que nos facilitó una visión completa e integradora del material obteniendo las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

**CAPITULO IV****4. ANALISIS DE RESULTADOS.**

Según los datos obtenidos mediante las entrevistas nos demuestran que hubo mayor número de adultos en la edad comprendida entre 60-70 años, con 37,5 % y menos número de adultos entre 71 y 80 años con 12,5%. En su mayoría fueron mujeres con un 90% (7 mujeres) y el género masculino con un 10% (1 hombre). Se constató que los solteros y viudos ocupan el mayor porcentaje, y en menor porcentaje son casados, divorciados, separados; los mismos que fueron abandonados por su compañero de vida. El 75% de las personas adultas mayores tienen instrucción primaria. Solo el 12,5% de la población adulta posee estudios de educación secundaria y superior. El 75% de los adultos mayores presentan alguna enfermedad entre ellas: artrosis, hipertensión arterial, atrofia multisistémica progresiva, epilepsia y el 25 % de adultos no presentan enfermedad. Así mismo, los adultos mayores con o sin enfermedad presentan el 75% discapacidad motora y el 25% discapacidad sensorial. Se ha observado, que el 62,5% ha sufrido la pérdida de sus padres y el 25% han atravesado por la muerte de su conyugue, por otro lado, en menor porcentaje (12,5%) no refiere pérdidas de seres queridos.

Los adultos mayores que se encuentran institucionalizados por decisión propia son 3 (37,5%) personas, en la alternativa correspondiente a decisión de la familia fue de 6 (62,5%) adultos mayores. Los motivos que los adultos mayores declaran para haber tomado la decisión de ingresar a los establecimientos de larga estadía, es la viudez y/o la soledad. Alguno de ellos no tienen familiares que puedan hacerse cargo de su cuidado dada su soltería o bien por no querer ser “una carga para sus hijos”. Los familiares más cercanos que son sus hijos no cuentan muchas veces con tiempo ni posibilidades para cuidarlos, especialmente cuando ellos requieren de cuidados especiales, quedando en estos casos como única solución la internación de los adultos mayores.



En cuanto al número de meses de estancia en la Fundación, de cada participante geriátrico, que el tiempo mínimo de residencia fue de 3 meses y el máximo de 36 meses (3 años); el grupo de mayor estancia en el establecimiento es el que ha permanecido por 24-36 meses con un 12,5%, seguido del grupo que ha tenido una estancia de 12 a 24 meses con el 12,5%. Así mismo, el 50% de adultos mayores tienen una estancia entre 6-12 meses en el establecimiento de larga estadía y por último los que tienen menos antigüedad en la residencia (1-6 meses) corresponden al 25%.

En su gran mayoría los Adultos Mayores, un 62,5%, algunas veces reciben visitas, por otra parte, pocos los visitan siempre, casi siempre y rara vez (12,5%), provocando que los senescentes se sientan tristes y solos. Antes de su ingreso a la institución, el 37,5 % de los adultos mayores vivían con otros familiares; el 25% vivían con sus hijos; el 12,5% vivían con sus hermanos y el 25 % vivían con otros familiares: esposos y esposas, nueras y yernos (véase Tabla 4)



Tabla 4.

Características sociodemográficas de los participantes.

Variables		Muestra (n=8)	
		n	%
Sexo	Masculino	1	10,0
	Femenino	7	90,0
Edad	60-70	3	37,5
	71-80	1	12,5
	81-90	2	25,0
	91-100	2	25,0
Estado Civil	Soltero	3	37,5
	Casado	1	12,5
	Viudo	2	25,0
	Divorciado	1	12,5
	Separado	1	12,5
Instrucción	Primaria	6	75,0
	Secundaria	1	12,5
	Superior	1	12,5
Estado de salud	Artrosis	1	12,5
	Hipertensión arterial	3	37,5
	Artrofia multisistémica progresiva	1	12,5
	Ceguera	2	25,0
	Epilepsia	1	12,5
Pérdidas	Hermanos	1	12,5
	Muerte del conyugue	2	25,0
	Muerte de los padres.	5	62,5
Tiempo de residencia	1-6 meses	2	25,0
	6-12 meses	4	50,0
	12-24 meses	1	12,5
	24-36 meses	1	12,5
Motivo de ingreso	Decisión propia	3	37,5
	Decisión familiar	5	62,5
Con quienes vivía	Hijos	2	25,0
	Hermanos	1	12,5
	Sola	2	25,0
	Otros familiares	3	37,5
Frecuencia de visitas	Siempre	1	12,5
	Casi Siempre	1	12,5
	Algunas veces	5	62,5
	Rara vez	1	12,5

Fuente: Elaboración propia basada en la Historia Clínica y Entrevista.



Niveles de Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado en La Fundación Gerontológica “Plenitud”.

Dando respuesta al objetivo de investigación que consistía en determinar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el Adulto Mayor Institucionalizado. Se encontró que el 50% de los adultos mayores presentan depresión, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12,5% de las personas adultas mayores (véase Tabla 5)

Tabla 5

Nivel de depresión en el Adulto mayor institucionalizado.

Niveles	Nº	Porcentaje
Sin depresión.	4	50,0%
Leve	2	25,0%
Moderada	1	12,5%
Grave	1	12,5%
Total	8	100,0%

Fuente: Elaboración propia basada en la Historia Clínica, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y en el Análisis Funcional Depresión.

A las personas sin o con depresión (leve, moderada y grave) se les realizó una Historia clínica y se analizó la presencia de criterios diagnósticos según el DSM V, así mismo, se llevó a cabo un análisis funcional de cada caso para confirmar o no diagnóstico de depresión. Se obtuvo información relevante y se confirmó el diagnóstico en los 4 casos.



Niveles de Depresión y Soledad de los Adultos Mayores de la Fundación Gerontológica “Plenitud”.

En cuanto a la frecuencia de soledad, insatisfacción personal y alienación familiar en la muestra se observa lo siguiente:

El 62,5 % manifestó sentirse solo(a) y el 37,5% “ No se siente solo(a) “. Al analizar los factores que componen la escala IMSOL-AM, se puede observar que el 75% de la muestra se siente insatisfecha al carecer de un propósito en su vida y el 62.5% de la muestra, experimenta alienación familiar.

De los adultos mayores con depresión el 75% se sienten solos, experimentan alienación familiar (100%) y del mismo grupo, el 25% se siente insatisfecho desde el punto de vista personal; sin embargo, en el análisis de los adultos mayores sin depresión se advierte que un 50% se siente solo. El 25% experimenta alienación familiar y por último el 75% se siente insatisfecho (véase Tabla 6)

Tabla 6

Niveles de Depresión y Soledad de los Adultos Mayores.

Niveles de Depresión	Ausencia de Soledad	Soledad	Total
Sin depresión	50,0%	50,0%	100,0%
Leve	50,0%	50,0%	100,0%
Moderada		100,0%	100,0%
Grave		100,0%	100,0%
Total	37,5%	62,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia basada en la Escala de Soledad. IMSOL–AM (Montero y Rivera-Ledesma, 2009) y en el Análisis Funcional de Depresión.



Niveles de Depresión y de Adaptación de los Adultos Mayores de la Fundación Gerontológica "Plenitud".

Con respecto a los Niveles de Adaptación, el 62,5% presenta nivel de adaptación Integrado y 37,5% obtienen nivel de adaptación Compensatorio.

Los adultos mayores con depresión alcanzan un Nivel de Adaptación Compensatorio en un 75%; sin embargo, el 100% de los adultos mayores sin depresión tienen una adaptación integrada (Véase Tabla 7)

Tabla 7

Niveles de Depresión y de Adaptación de los Adultos Mayores Institucionalizados.

Niveles de Depresión	Nivel de Adaptación.		Total
	Compensatorio	Integrado	
Sin Depresión		100,0%	100,0%
Leve	50,0%	50,0%	100,0%
Moderada	100,0%		100,0%
Grave	100,0%		100,0%
Total	37,5%	62,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia basada en la Guía de Observación.

Niveles de Depresión y Motivo de Ingreso de los Adultos Mayores de la Fundación Gerontológica " Plenitud".

En cuanto a la Depresión y su asociación con el Motivo de Ingreso, se encontró en la población estudiada que los adultos mayores que presentan depresión (100%) ingresaron a la Fundación gerontológica por decisión de la familia, en cambio, el 75 % de los adultos que no presentan sintomatología depresiva ingresaron a la Institución por decisión propia (véase Tabla 8)

Tabla 8

Niveles de Depresión y Motivo de Ingreso de los Adultos Mayores de la Fundación Gerontológica " Plenitud".

Niveles de Depresión.	Motivo de Ingreso		Total
	Decisión propia	Decisión de la familia	
Sin Depresión	75,0%	25,0%	100,0%
Leve		100,0%	100,0%
Moderada		100,0%	100,0%
Grave		100,0%	100,0%
Total	37,5%	62,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia basada en la Historia Clínica.

Relación del Motivo de Ingreso, Niveles de Soledad y de Adaptación con la presencia de depresión en el Adulto Mayor de la Fundación Gerontológica Plenitud.

Con el objetivo de conocer si los niveles de soledad y de adaptación al centro geriátrico, como el motivo de ingreso son predictores de depresión en el adulto mayor se procedió a efectuar un análisis de regresión lineal simple. La tres variables independientes incluídas explicaron en un 85% la varianza de la variable dependiente niveles de depresión ($R^2 = 0,85$).



El estadístico F 7,964 contrasta la hipótesis nula de que el valor poblacional de R es cero por ello se puede decidir que hay una relación de dependencia entre las variables, además que el nivel crítico (sig 0,037) es menor a 0,05. Por otro lado los valores en beta de las variables fueron los siguientes: Niveles de adaptación al centro ($\beta = -,627$), Niveles de soledad ($\beta = ,372$), Motivo de ingreso ($\beta = ,292$), lo que nos permite interpretar que la variable que mejor explicaría la presencia de depresión en el adulto mayor son los niveles bajos de adaptación al centro, seguidos de la presencia de soledad y cuál fue el motivo de ingreso. Pero las variables no poseen capacidad predictora debido a que los coeficientes de significación son mayores a 0,05 (véase Tabla 9; Tabla 10).

Tabla 9

Variables asociadas a la depresión del Adulto Mayor Institucionalizado

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Sig
,926 ^a	,857	,749	,564	,037

* $p < 0,05$

Tabla 10

Valores de las Variables y su relación con la depresión del Adulto Mayor Institucionalizado.

Variabes	Beta	t	Sig
Niveles de Adaptación	-,627	-2,624	,059
Niveles de Soledad	,376	1,964	,121
Motivo de Ingreso	,292	1,225	,288

$p < 0,05$

Fuente: Elaboración propia basada en el análisis estadístico.



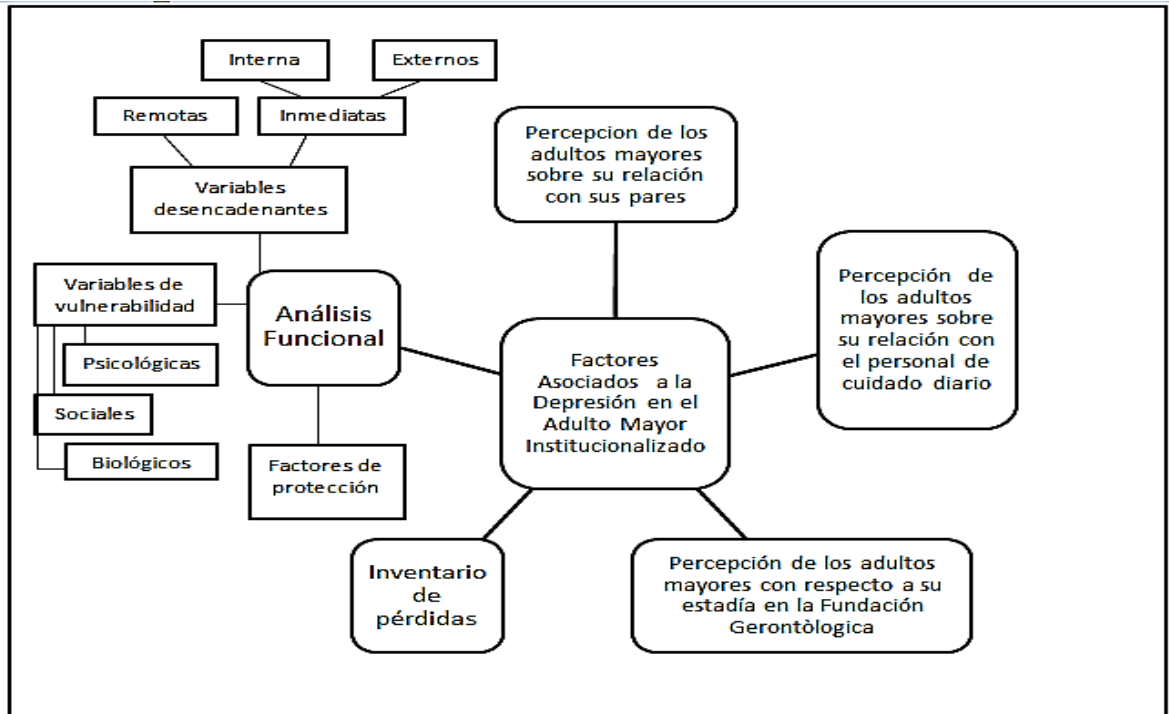
Análisis Cualitativo.

Se realizó un análisis de resultados mediante el software Atlas ti 6. Se ingresó en documentos separados a cada una de las 8 entrevistas semiestructuradas, para obtener información relacionada con los siguientes indicadores: la percepción de los adultos mayores sobre la relación con los pares, de la relación con el personal de cuidado diario y su percepción respecto a su estadía en el Centro geriátrico, luego, a partir del análisis de cada una de las respuestas a las preguntas se fueron formulando códigos los cuales sumaron un total de catorce. A su vez cada uno de estos códigos recogió un total de 54 citas distribuidas en cada uno de ellos según el número de frecuencia con el que aparecieron. Además, los códigos fueron agrupados en familias como son: Percepción de los adultos mayores sobre la relación con los pares, con el personal de cuidado diario y la percepción respecto a su estadía en el centro geriátrico; inventario de pérdidas y el análisis funcional cuyas variables fueron las desencadenantes, y dentro de estas variables se identificó a las variables remotas y las inmediatas (internas y externas o ambientales), variables de vulnerabilidad y factores de protección (véase Figura 2).

Por otro lado, para resguardar, la confidencialidad y el anonimato, los nombres de los sujetos fueron sustituidos por seudónimos

Figura 2

Resumen de las Familias por códigos.



Fuente: Información basada en el Análisis Funcional de Depresión.

Realizado por: Valeria Vivar y Marlene Silva.

Análisis Funcional

El análisis de los factores externos o ambientales, permite identificar algunas versiones como son el abandono de parte de los familiares y pérdidas de su rol social, así el adulto mayor Manuel cuenta que no le gusta el encierro porque “no hay con quien compartir ni conversar cada quien está por su lado”; por su parte Zoila cuenta que los demás andan “en otro mundo y por eso no hay buena relación”; Julia dice que desde que perdió la vista “...perdí el gusto por todo, no puedo opinar para mí todos los días son monótonos”, por su parte Bertha advierte que a pesar de que vivía en un barrio de borrachos, era mejor afuera que adentro: “Mis hijos solo vienen para acá a preguntar sobre las pensiones y no suben a verme ni a preguntar como estoy”. Ninguno de este grupo considera que la vida haya mejorado a partir de su institucionalización.



En lo que respecta a factores internos se ha observado que los sentimientos de estos pacientes estimulan un estado de ánimo negativo por ejemplo Manuel guarda resentimiento con sus hijos y señala que siente “iras y tristeza porque el padre es para siempre y no se les abandona cuando les da la gana”, por su parte Bertha guarda resentimiento con sus hijos pues cree que le han pagado mal “dejándome aquí donde no hay ni respeto ni comprensión”, Julia dice no tener ganas de conversar, prefiere estar “sentada en la soledad”. Se trata del mismo grupo que el anterior, con sentimientos guardados que se tomaron el tiempo de comentarlos ampliamente pues su vida puede ser vista como una tragedia.

En lo que respecta a los desencadenantes, se advierten dos versiones. Por un lado Manuel, Zoila, Julia y Bertha, lamentan la decisión de su familia pues se sienten defraudados por ellos, aunque en algunos casos intentan justificar la decisión de “haberlos encerrado” debido a los cuidados especiales que se requieren a esta edad. Sus enfermedades como la insuficiencia renal, la ceguera, la epilepsia fueron coadyuvantes de esta decisión. Por otro lado, se ha determinado otra versión y en ella se encuentra Blanca quien ve el lado positivo de las cosas y aparte de los cuidados de su salud dice que le llevaron para “estar acompañada”; Inés, al igual que Elisa, decidió por su propia cuenta “venir para acá para no estar sola”. Si se analiza los desencadenantes remotos, se encuentra que la incapacidad de decidir o la pérdida de control sobre las situaciones está asociada a la depresión, mientras que, en aquellos casos que hubo voluntad para participar del centro geriátrico, las cosas fueron mucho mejor.

Dentro de los aspectos relativos a la vulnerabilidad se advierten diversos aspectos. Uno de ellos es lo relativo a los problemas psicológicos, entre ellos se encuentran la soledad y la angustia. Manuel señala “yo no soy de las personas abiertas o amigables para que disfruten de mi compañía sino al contrario prefiero aislarme”; mientras que, Julia guarda resentimiento con lo que le rodea y manifiesta “que cada quien viva su vida y la sufra como la sufro yo”. Por otro lado, los adultos mayores entrevistados padecen algún problema de salud, sin embargo, en el caso de Julia es muy crítico pues ella señala que



por ser discapacitada su situación es la peor “por tal motivo no me toman en cuenta y yo también no puedo guiarme a alguien para compartir porque vivo en tinieblas y en la soledad”.

Percepción de las Personas Adultas Mayores Institucionalizados sobre su Relación con los Pares.

En el aspecto social se advierte que por un lado Bertha por ejemplo señala “...no me gusta participar” de las actividades con las compañeras; no obstante, en la versión contraria Blanca, refiriéndose a la socialización, se siente muy contenta y dice “nos ponemos alegres, felices y contentos porque nos hacen sentir valiosos” o en el caso de Inés manifiesta que tiene una amiga íntima en el centro geriátrico, al igual que Elisa quien opina de Inés que es “una persona culta y educada”

Los Factores de protección son muchos, sin embargo, a diferencia de los anteriores aspectos que estuvieron marcados principalmente por las personas con depresión, en esta ocasión ocurre al revés.

Cecilia advierte que uno de los logros de su vida ha sido llegar hasta el centro, pues ella misma solicitó ir a la Fundación gerontológica “me trajo un profesor porque yo le pedí para no estar sola”; Blanca dice que en el centro está mucho mejor que en su casa “no me siento sola como cuando estaba en mi casa me sentía desamparada”; Elisa, al igual que los anteriores señala “decidí venir acá en el centro para ayudar en algo, aunque sea viendo si alguien necesita algo para llamar a las enfermeras”.

En lo que respecta al apoyo familiar, sólo en el caso de Inés fue evidente que señaló estar conforme con la frecuente visita de sus hijos ayer estuve con mis hijos me sentí bien, pero señala que le hace mucha falta la casa. Por su parte Elisa siente que no sólo es una cuestión personal sino que ella puede ayudar a resolver problemas a los demás “me siento y puedo ser útil ayudar en algo”. En el caso de Julia, se encontró algo muy positivo “a mí me gusta rezar esa es la actividad que más me gusta, yo siempre les hago rezar a todas porque tengo buena voz”.



En relación con lo antes mencionado, en ningún de los adultos mayores con depresión se advirtió una personalidad que coadyuve su situación, mientras que, en el otro grupo, se encontró cualidades en su personalidad determinantes. Cecilia señala “yo soy alegre”; Blanca dice “me divierto de vez en cuando” o también “yo busco compañía para tener si quiera que conversar porque o sino me aburro”; Inés afirma “a veces están algunos disgustándose eso no me gusta les digo que no discutan no peleen, a veces nos reímos por una broma”; Finalmente, Elisa manifiesta “me gusta compartir con todos, no me gusta estar sola” y entre risas recuerda su complicidad y la amistad en el centro “Recuerdo que iba a dar la paz a Inés y chocamos, las dos caímos en cámara lenta y nos reímos mucho”.

Como se ha señalado anteriormente, los factores de protección están más presentes en el grupo que no padece depresión pues ellos se encuentran más a gusto con la vida y tienen una percepción mucho más positiva de su situación que el grupo de personas que padece de depresión.

Percepción de las Personas Adultas mayores Institucionalizadas sobre su relación con el personal de cuidado diario.

En el apartado B. de la entrevista semiestructura aplicada a la población adulta mayor se obtuvo información relevante sobre este tema. Dicho apartado contiene 7 preguntas con el objetivo de destacar las percepciones y conceptos que los adultos mayores tienen sobre el personal que labora en la institución donde residen. Para examinar la variable “Percepción de la relación con el personal de cuidado diario”, se analizaran temas como la calidad de atención que abarca contenidos como el trato y el respeto brindado por el personal de cuidado diario a las personas adultas mayores como también situaciones de discriminación o maltrato.

Así mismo, se considera información relacionada con la atención adecuada para los problemas de salud brindada por el personal de cuidado. De igual modo, se indagará la percepción que los residentes asumen sobre la vocación del personal sanitario y las expectativas que plantean para tener una mejor la relación con sus cuidadores.



Con relación al trato y respeto que brinda el personal de cuidado diario a las personas de la tercera edad, se sintetiza que el mitad de los longevos consideran que reciben un buen trato, como es el caso de Elisa que interpreta que "es un buen trato, ellas son amables conmigo, cuando las llamo vienen por ejemplo a ayudarme en lo necesite". Sin embargo, una cuarta parte considera que reciben un trato regular, citamos a Julia "las personas que trabajan más tiempo aquí y me conocen me tratan bien, con cariño y amabilidad pero hay enfermeras que se integran a cada rato ellas son groseras o poco atentas". En cambio, un mínimo porcentaje considera que recibe malos tratos y que niega que está sufriendo dicha situación por el miedo a sufrir represalias, por ejemplo, Bertha deduce que "las demás persona son groseras más vale no decir nada, así uno esté quejándose no hacen nada, cuando uno se queja les cae mal quieren que este en silencio por eso cuando a uno la no le estiman ya no le quieren mejor no hablar, o se toman con uno".

En cuanto al respeto percibido por el adulto mayor, la mayoría de los adultos mayores considera que recibe el respeto que merece por parte del personal de cuidado, como es el caso de Susana que expone que "todos me respetan y me consideran, comentario confirmado por Inés, quien sostiene que las enfermeras" me respetan y me obedecen". Por su parte, la minoría considera que el personal no los respetan como se merecen y no permite establecer vínculos afectivos, como es el caso de Bertha que señala que "no es una atención muy cariñosa ni respetuosa y ver que se portan así uno también se deslía".



Por otro lado, cuando se les preguntó a los investigados si es que alguna vez sintieron alguna situación de rechazo debido a su condición de adultos mayores, seis de los ocho entrevistados dijeron que no le ha pasado, mientras 2 adulto mayores expresaron que si sienten que han sido descalificados por su edad. Se puede observar que el principal contexto en que los adultos mayores han sentido situaciones de rechazo, es en el ámbito social; en esta cuestión, Bertha asocia la falta de atención y cuidado por parte del personal de enfermería con el termino falta de respeto, aludiendo "es mejor no llevarse con nadie les cae mal que de repente uno se queje por todo, por eso a ellos no les caigo bien por eso se portan mal. A veces a uno le quieren tratar mal, a uno le quieren empujar, le quieren tratar de la manera que sea, pero uno paga tuviera que haber un poco de respeto siquiera, ellas no nos dan la mano, uno tiene que esforzarse por coger el bastón, ellas no dicen voy a darle la mano a esta pobre vieja que no puede caminar".

Así mismo, Zoila asocia la idea de "ignorar a las personas mayores" como una forma de rechazo hacia las personas mayores, señala "Rechazo siempre va a haber por el hecho de que uno depende de ellos y uno tiene que esperar de ellos para que nuestra vida siga en pie, rechazo no he sentido con palabras, en ese aspecto no, pero con las actitudes de algunas enfermeras se puede sentir que algunas ya están cansadas de nosotros, se molestan cuando uno les pide un favor o a veces no nos toman en cuenta y piensan que nos quejamos por el hecho de molestar su paciencia".

Prosiguiendo con nuestro análisis, con respecto a la percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida para su problema de salud, todas las personas adultas mayores entrevistadas indican que reciben atención adecuada para su enfermedad, para citar, Cecilia relaciona la atención adecuada con la satisfacción de las necesidades fisiológicas como la alimentación: "Son buenas me dan de comer, nos dan café, nos atienden", información que es corroborada por Inés, quién detalla "Me ayudan a bañar, a subir las escaleras, no es una casa de primera pero una está más o menos atendida". En cambio, Manuel al igual que Zoila asocia la atención adecuada con el tratamiento y control de su problema de salud, por ejemplo, Manuel,



señala " sufro de convulsiones ellos siempre están cuidándome y atentos cuando presienten que me va a dar ataques, siempre están dándome la medicina", por su parte, Zoila sostiene " Si esa es la razón por la que vine a acá para que me hagan el favor de llevarme a las diálisis y para que me ayuden controlando mi enfermedad y por esa parte son excelentes, están atentas cuando me tengo que ir al hospital".

En lo tocante, a la percepción que los residentes asumen sobre la vocación del personal sanitario, la mayoría de las personas adultas, sostienen que cumplen con su trabajo con el objetivo de obtener un sustento económico y no por vocación, pongamos por caso a Zoila, nos comenta que "Lo hacen por cumplir con su trabajo, no creo que disfruten la compañía de viejos aburridos como nosotros que lo único que hacemos es quejarnos de nuestros dolores, si a ellas no les pagaran no hicieran nada por nosotros", comentario que es compartido por sus compañeros. Cosa parecida sucede con Bertha, quién además de estar de acuerdo con el criterio de sus compañeros, agrega que "lo hacen más por pena más que voluntad, cuando no hay cariño y voluntad uno se da cuenta".

Para terminar con esta apartado sobre la " Percepción de la relación con el personal de cuidado diario", examinaremos las expectativas que tienen los adultos mayores que residen en la Fundación gerontológica con respecto a sus cuidadores. Se puede observar que todos los participantes considera que para ayudar a mejorar su situación de Adulto Mayor, el personal de cuidado diario debería brindar atención a sus necesidades de afecto, de pertenencia a un grupo, de aceptación y estima, a sí mismo, sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Por ejemplo, Zoila solicita "Espero que san más pacientes y que se pongan en el lugar de nosotros, porque ellas también han de tener familiares viejos o algún día ellas también serán viejas como nosotras y querrán que sean tratadas con amor y comprensión. Eso espero, que sean más comprensivas y bondadosas"; " Que las personas que nos cuidan sean más pacientes y nos traten con cariño y no solo por cumplir con su trabajo u obligación" menciona Julia.



Por otro lado, Cecilia y Manuel requieren que el personal de cuidado “sean más pacientes con nosotros y se interesen por el mundo en el que vivimos cada uno y traten de ser nuestros amigos para así tener con quien conversar, que nos visiten y hablen con nosotros”.

Percepción de las Personas Adultas Mayores respecto a su Estadía en la Fundación Gerontológica.

Se constata que el 50% de las personas entrevistada han ingresado sin su voluntad a la Institución. Por un lado Manuel, Zoila, Julia y Bertha, lamentan la decisión de su familia pues se sienten defraudados por ellos, aunque en algunos casos intentan justificar la decisión de haberlos internado debido a los cuidados especiales que se requieren a esta edad. Sus enfermedades como la insuficiencia renal, la ceguera, la epilepsia fueron coadyuvantes de esta decisión. “Mi familia me trajo para que me cuiden en mi salud, que me ayuden a controlar la presión y para estar acompañada” Los motivos de ingreso aducidos son diversos. En la mayor parte de los casos, el factor desencadenante ha sido la soledad y el abandono y en otros la necesidad de cuidados especiales en los adultos mayores. Dos personas solteras de género femenino vivían solas sin ninguna red de apoyo familiar, a diferencia de la mayor parte de adultos que vivían en compañía del de hijos/as u otros familiares.

Los adultos mayores muestran en su mayoría actitudes divididas con relación a su opinión sobre el centro; en su totalidad no están descontentos, ni insatisfechos del todo. Los 8 entrevistados manifiestan agrado por el hecho de que la institución cubre sus necesidades básicas de alimento y seguridad, así por ejemplo, Blanca declara que “La atención es buena desde que llegue me han tratado bien, me atienden, me sirven, nos dan de comer, se preocupan cuando estamos enfermos y nos atienden” Cecilia de igual manera advierte “Aquí siquiera nos dan de comer y nos cuidan”. Esta provisión de seguridad por parte de la residencia es el principal aspecto positivo. Sentirse atendidos/as a cualquier hora del día o de la noche, es, quizá, la razón principal para sentirse bien en la residencia.



Sin embargo se puede observar que existen opiniones donde se contrarresta el lado positivo con el negativo poniendo en evidencia que no todos muestran felicidad o satisfacción plena debido a que la institución no cumple con sus demandas de atención e infraestructura “Es muy frío en lo físico, necesitamos más espacio para movilizarnos” “ La atención es buena pero a la vez mala porque no podemos movilizarnos de un lugar a otro, existen muchas gradas que son un impedimento para poder relacionarnos con los demás, hay veces que no hacen caso a nuestros pedidos cuando sentimos alguna dolencia o tristeza”. Por otro lado en un mínimo porcentaje conservan una imagen completamente negativa del centro manifestando desagrado o enfado, en este aspecto requiere una matización puesto que estas personas llevan menos de un año y además fueron presionadas y engañadas para que ingresaran al centro, por lo que se puede suponer que estos residentes no han logrado integrarse a su nuevo hábitat, sin haber podido superar la tensión que produce el cambio de entorno.

La mayoría de los ancianos/as declara haberse acoplado al ritmo de vida de la residencia pero que en un primer momento necesitaron de un período de adaptación y que en un principio los sentimientos de hostilidad e impotencia no dejaron de ser frecuente en ellos.

El aspecto de la incomunicación y el aburrimiento entre los ancianos/as aparece como el elemento más perturbador del clima de la institución, con consecuencias sobre su bienestar individual. “No hacemos actividades para distraernos, cada quien pasa en su cuarto y permanecemos en silencio, no me gusta que no haya alguien quien haga actividades para nosotros, no hay compañerismo, ni alegría. En general las personas están segregadas por plantas limitando la interacción entre los habitantes. Las personas que se encuentran en peor estado de salud nos han expresado que esta situación les perturba pues los días se tornan monótonos y aburridos. Pasar el día sin tener nada que hacer contribuye a crear o mantener la apatía y la falta de interés que se detecta, en ocasiones, en la población anciana institucionalizada.



Inventario de Historias de Pérdidas.

Se aplicó el Inventario de Historia de pérdidas a los 8 adultos mayores institucionalizados, se obtuvieron los siguientes resultados:

El 100 % de las personas adultas mayores con depresión mencionan haber perdido a sus padres, hermanos e hijos; el 50% hace más de 15 años; el 37,5 % en la etapa de la niñez y el porcentaje restante (12,5%) hace 2 años atrás.

Las causas más frecuente del fallecimiento de sus seres queridos es debido a enfermedades como el Cáncer, problemas cardiacos, enfermedades cerebrovasculares o derrame cerebral, por otras enfermedades que provocan muerte repentina y por accidentes. EL 62,5% de la ruptura del vínculo afectivo con sus padres fue de manera inesperada y el porcentaje restante (37,5%) tras un periodo de enfermedad o deterioro. Las personas adultas mayores con depresión que corresponden al 50% (4 personas) de la población estudiada, la totalidad ha sufrido la pérdida de un ser querido de manera inesperada (por accidentes, enfermedades cerebrovasculares y cardiacas), de dicho porcentaje, el 37.5% de los adultos consideran no haber superado estas pérdidas y que sufren de sintomatología depresiva (como sentirse contantemente triste, desmotivado y sin energía o placer) como resultado de las mismas.

A diferencia del grupo anterior, las personas de la tercera edad sin depresión (50%); el 25% (2 personas), han sufrido las pérdidas tras un periodo de enfermedad o deterioro facilitando la superación de pérdidas emocionales y dicho porcentaje considera que no presentan síntomas depresivos como resultado de las mismas. Sin embargo, algunas pérdidas se viven como más significativas que otras, suelen venir acompañadas de dolor y sufrimiento y requieren un tiempo de recuperación y readaptación, es así que el 12,5%(1) a pesar de perder a sus parientes tras un periodo de enfermedad, considera no haber superado estas pérdidas principalmente de su esposo, por ejemplo, Inés señala "Desde el momento que murió mi esposo, deje de salir, ya nada es igual, ya no disfruto conversando con mis compañeros, me hace falta" y considera que presenta síntomas depresivos como resultado de aquella.

**CAPITULO V.****5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y DISCUSIÓN.**

Gracias al análisis cualitativo de la información se encontró que los factores que están relacionados a una mayor posibilidad de los adultos mayores de presentar síntomas depresivos fueron: presentar discapacidades físicas, quebrantos en el estado de salud y presentar mayor dependencia para la realización de las actividades cotidianas, así como la percepción de la falta de terapias recreativas y ocupacionales, y la comorbilidad con procesos de duelos no resueltos. Del mismo modo la falta de vínculos de amistad entre los mismos longevos, y el personal de cuidado, la falta de redes de apoyo emocional tanto familiar y del personal de cuidado, la ruptura de roles sociales y la presencia de esquemas disfuncionales favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores residentes en la Fundación Plenitud.

Por otro lado los hallazgos obtenidos dentro del análisis estadístico confirmaron, que los niveles de soledad y de adaptación al centro geriátrico, como el motivo de ingreso están relacionados con los niveles de depresión en el adulto mayor institucionalizado de la Fundación Plenitud ya que las tres variables independientes incluidas en el modelo de regresión lineal explicaron en un 85 % la varianza de la variable dependiente niveles de depresión ($R^2 = 0,85$) siendo el nivel crítico ($\text{sig} < 0,037$), pero el valor predictivo de estas variables no es significativo quizás porque los datos presentados están extraídos de una muestra pequeña, por ello los resultados tienen obvias limitaciones metodológicas.

La prevalencia de Depresión obtenida en la investigación fue del 50%, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12,5%.



En cuanto a los niveles de Depresión y Soledad de los Adultos Mayores se encontró que el 75% se sienten solos, experimentan alienación familiar (100%) y del mismo grupo, el 25% se siente insatisfecho desde el punto de vista personal; sin embargo, en el análisis de los adultos mayores sin depresión se advierte que un 50% se siente solo. El 25% experimenta alienación familiar y por último el 75% se siente insatisfecho

Con respecto a los Niveles de Adaptación, el 62,5% presenta nivel de adaptación Integrado y 37,5% obtienen nivel de adaptación Compensatorio. Los adultos mayores con depresión alcanzan un Nivel de Adaptación compensatorio en un 75%; sin embargo, el 100% de los adultos mayores sin depresión tienen una adaptación integrada.

En cuanto a la Depresión y su asociación con el Motivo de Ingreso, se encontró que los adultos mayores que presentan depresión (100%) ingresaron por decisión de la familia, en cambio, el 75 % de los adultos que no presentan sintomatología depresiva ingresaron a la Institución por decisión propia.

Con respecto al análisis cualitativo se concluye lo siguiente:

En cuanto a la percepción de las personas adultas mayores sobre la relación con sus pares, se deduce que los adultos mantienen una buena relación con los otros residentes, no obstante, algunos de ellos prefieren distanciarse emocionalmente de los demás como un mecanismo de protección, ya que de acuerdo a los datos proporcionados por aquellas personas, temen establecer vínculos afectivos o confiar en los otros por miedo al abandono o tal vez por el temor a ser lastimados, colocando una barrera entre ellos y los otros. Es necesario recalcar que en algunos casos, las experiencias personales juegan un papel importante al momento de establecer lazos con sus compañeros.



Prosiguiendo con nuestro análisis, el 100% de los Adultos Mayores Institucionalizados, dentro de la Fundación no poseen un par o amigo íntimo con el cual compartir sus experiencias y vivencias personales, lo que indica que dentro de la Fundación se crean grupo de interés orientados a sólo compartir actividades pero sin producirse relaciones afectivas entre ellos.

De acuerdo a la percepción de los Adultos Mayores, tener un amigo en la Institución, significa un gran apoyo emocional y una disminución del sentimiento de soledad. Además de convertirse en un referente para ir internalizando de una mejor manera los cambios propios de esta etapa. En este análisis se advirtió que la actitud positiva y la necesidad de socializar, conversar, hacer amigos, reír, está presente en el grupo sin depresión. Es importante señalar que en este grupo se identificó que ellos estuvieron de acuerdo en ingresar a la residencia geriátrica.

Paralelamente a los datos anteriores se puede constatar como resultado que los Adultos Mayores Institucionalizados poseen buenas relaciones entre ellos, aunque no con un lazo importante para satisfacer sus necesidades afectivas. Por lo tanto, si bien es cierto no existen mayores dificultades de convivencia, no se cuenta con un grupo de socialización establecido como tal, desaprovechando la oportunidad de promover un factor de protección contra la depresión en algunos adultos mayores.

Por otra parte, la percepción de las personas adultas mayores sobre su relación con el personal de cuidado diario es medianamente buena (50%) en la mitad de los casos; seguido de poco menos de la mitad que se encuentran medianamente satisfechos y una mínima parte consideran que los cuidados de enfermería no son tan satisfactorios.



Esto podría deberse a que los adultos mayores que residen en la Fundación Gerontológica "Plenitud", si bien tienen una opinión positiva del personal de cuidado diario debido a que satisfacen sus necesidades fisiológicas y otorgan atención adecuada para su problema de salud, ellos perciben el cuidado de enfermería en la dimensión emocional (afecto, comprensión, reconocimiento social, etc.) como desfavorable. Por ello, cuando se recogen las expectativas que tienen los adultos respecto a sus cuidadores, expresan que desean recibir un buen trato, con afecto, amabilidad, respeto, que demuestre interés por lo que hacen y que se comuniquen con ellos sin discriminación por razón de edad. La falta de respeto es considerada por nuestros mayores como la forma más dolorosa de trato inadecuado hacia ellos.

Se deduce que la insatisfacción que refieren los adultos institucionalizados sobre sus necesidades emocionales y psicológicas, está asociada con la presencia de depresión en los longevos.

Por otro lado, las percepciones de los adultos mayores con respecto a su estadía en la Fundación gerontológica "Plenitud", en su mayoría (70%) son favorables. El principal aspecto positivo que resaltan todos es la provisión de seguridad, protección y cuidados que proporciona el Centro. Sin embargo aspectos como la infraestructura y la incapacidad para movilizarse de una planta a otra, según refieren los adultos mayores, es un riesgo de sufrir accidentes o lesiones graves así como también les conduce a un relativo aislamiento respecto de sus compañeros. Otro aspecto que incide negativamente en la percepción de su estadía es el relacionado al aburrimiento y la apatía sobre todo para los que se encuentran en peor estado de salud debido a la escasez de actividades ocupacionales programadas para las diferentes poblaciones que habitan en esta institución.

En cuanto a los factores de protección se concluye que tener una personalidad resistente, contar con redes sociales de apoyo, la capacidad de resiliencia y el tener creencias religiosas permiten que los estímulos negativos se perciban como menos amenazantes y conlleve a mejores estilos de afrontamiento.



Recomendaciones.

- Sería importante que la Fundación Gerontológica “Plenitud” implemente programas de terapia ocupacional y recreativa para todos los adultos mayores especialmente para los que no se encuentran en buen estado de salud como son las personas discapacitadas y no videntes, esto promoverá un entorno ocupacional participativo, familiar y significativo, en el que las personas mayores puedan realizarse, involucrándose y disfrutando de su día a día.
- Se recomienda que el personal de cuidado desarrolle estrategias de prevención ante factores estresantes para poder afrontar el cuidado de los adultos mayores y así paliar los efectos del Síndrome de Burnout, síndrome de cuidador o el síndrome de sobrecarga, que pueden tener repercusiones en el trato con el adulto mayor.
- Implementar programas de intervención psicológica en la prevención y el tratamiento de la depresión así como también promover factores protectores y detectar oportunamente a residentes con factores de riesgo.
- Diseñar e implementar redes de apoyo que proporcionen mayor seguridad emocional y mayor intimidad y así se pueda evitar los efectos psicopatológicos de la institución.
- Se recomienda mejorar parte de la infraestructura principalmente reforzando las rampas y aportando mayor seguridad en las escaleras puesto que estas son indispensables para brindar mayor seguridad física y evitar restricciones a la autonomía de los residentes. Tratando de conseguir la máxima accesibilidad a los diferentes entornos así los adultos mayores tendrán la oportunidad de interactuar, socializar y de movilizarse sin correr ningún peligro que atente a su seguridad.



Discusión.

Los resultados obtenidos en este trabajo no pretenden generalizarse a la población anciana institucionalizada en centros residenciales ya que es necesario asumir las limitaciones que presenta un tamaño de muestra reducida como el que hemos tenido que asumir.

Sin embargo gracias al análisis estadístico se pudo comprobar que los niveles de soledad y de adaptación al centro geriátrico, como el motivo de ingreso son predictores de depresión en el adulto mayor institucionalizado de la Fundación Plenitud ya que las tres variables independientes incluidas explicaron en un 85 % la varianza de la variable dependiente niveles de depresión ($R^2 = 0,85$)

El estadístico F7, 964 contrasta la hipótesis nula de que el valor poblacional de R es cero por ello se puede decidir que hay una relación entre las variables siendo el nivel ($\text{sig} < 0,037$), pero el valor predictivo de estas variables es moderado. Estos resultados obtenidos están relacionados con lo destacado por otros investigadores que señalan que la soledad produce disminución en la calidad de vida, debido a que puede influir en el aumento en los problemas de salud y la prevalencia de trastornos afectivos como la depresión” (Cornachione, 2006 ; Pirkko, et al. 2006) . Por ello , es de suma importancia considerar el desarrollo de estrategias psicoterapéuticas dentro de la Fundación Gerontológica “Plenitud” , ya que los datos encontrados en el presente estudio arrojaron que el 50% de los adultos esta Fundación se siente solo/a.

Es preciso señalar que el valor predictivo de las variables es moderado debido quizás a que la institucionalización de las personas de las personas adultas mayores pueden tener ventajas y desventajas. Así las personas que viven en instituciones de larga estancia tienen mejores cuidados de enfermería, pero por norma modifican hábitos y modos de vida, que pueden ser factores de riesgo para la depresión, además hay que considerar que existe una mayor dependencia funcional en los adultos mayores institucionalizados lo cual influye en su estado de ánimo (Guevara, 2014).



La prevalencia de Depresión obtenida en la investigación fue del 50%, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12, 5%. Estos datos se asemeja a lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (2010), donde de una muestra de cerca de 50.000 personas mayores que viven en centros de atención residencial, casi la mitad (44%) tenían un diagnóstico y/o síntomas de depresión. Asimismo, en un estudio reciente realizado en Barranquilla, se encontró que la prevalencia de depresión fue de 36.4 %, y predominó depresión leve (24.2 %) (Borda, et al., 2013).

A continuación nos centraremos en los resultados obtenidos en el análisis cualitativo.

Los datos obtenidos de la percepción de las personas adultas mayores sobre la relación con sus pares, señala que los adultos mantienen una buena relación con los otros residentes, no obstante, algunos de ellos prefieren distanciarse emocionalmente de los demás. Lo que es confirmado por Cardona, et al. (2010), quien sostiene que algunos adultos mayores suelen ponerle trabas a la intención de relacionarse con los demás, ya sea por experiencias negativas, o por temor a sufrir otra pérdida, propiciando el deterioro de sus capacidades físicas, intelectuales y sociales (Cardona, et al., 2010; Inga y Vara, 2006).

Por otro lado, los hallazgos en nuestra investigación en relación a la percepción de los adultos mayores sobre su la relación con el personal de cuidado diario, se asemejan a los encontrados por Huatuco (2009), al comprobar que los adultos mayores tuvieron un nivel de satisfacción medio respecto al trato brindado por el personal de cuidado.



Así mismo, más de la mitad de los adultos mayores que residen en la Fundación gerontológica "Plenitud", están satisfechos con el cuidado en la dimensión fisiológica, pero no obstante, en las expectativas piden mayor afecto, aprecio, reconocimiento social. Por lo tanto, la intervención de enfermería tendría que ir dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística (Camargo y Caro, 2009; Cardona, et al., 2008; Durán, 2012; Maslow 1982; Pisa, 2011; Uribe, Valderrama, Molina, 2007). Es decir, el cuidar en enfermería no solo abarca la vigilancia de la salud sino también el acompañamiento a la persona, lo cual implica dar apoyo emocional y social (Zapata, 2013).

Así mismo, en los resultados encontrados en relación a la percepción de los adultos mayores con respecto a la estadía en la Fundación Gerontológica Plenitud se destaca como principal aspecto positivo lo referido por los longevos a la satisfacción que sienten al ser provistos de seguridad, protección y ayuda en los cuidados para las tareas diarias por el hecho de no poder valerse por sí mismos pero sin embargo esto provocaba en ellos un sentimiento de minusvalía e inutilidad al verse limitados en el manejo de su autonomía. Esto es confirmado por (Crespo, 2011) quien sostiene que la mayor prevalencia de síntomas depresivos está asociada con la dependencia para realizar las actividades diarias. La incapacidad y la dependencia implican sentimientos de frustración que generan depresión (Crespo, 2011).

Por otro lado se ha puesto de manifiesto como un aspecto que incide negativamente en la estadía de los adultos mayores, es la situación de aburrimiento y apatía que experimentan, especialmente para los que se encuentran en peor estado de salud, esto debido a la falta de un soporte emocional que brinde comprensión y afecto y también a la falta de actividades recreacionales y ocupacionales que ayuden a paliar los sentimientos de vacío. Como señala (Cardona, et al., 2010) que la falta de realización de actividades lúdicas puede ser la respuesta al vacío que experimentan muchos adultos mayores debido a su estado de fragilidad. (Cardona, et al., 2010).



Además (Pérez y Arcia, 2007) confirman lo expuesto ya que en su estudio se encontró que los adultos mayores institucionalizados al carecer de compañía en términos de comprensión, afecto y comunicación, en algunos casos llevan una vida de aburrimiento, carente de metas y objetivos, que conduce al aislamiento, la monotonía, generando en el longevo sentimientos de minusvalía e inutilidad y vacío existencial lo que constituye un factor desencadenante para vivenciar un estado depresivo (Pérez y Arcia, 2007)

En cuanto a la información obtenida a través del Inventario de Historias de pérdidas y en corroboración con el DSM V, no se observa casos de duelos patológicos (APA, 2013). Se podría decir que cada persona experimenta el duelo de una forma diferente, influyéndole el escenario donde se desarrolló este proceso y el apoyo que reciba. En todas las entrevistas al volver a mencionar a sus seres queridos fallecidos, los adultos mayores experimentan nuevamente sentimientos de pérdidas, sin tratarse de un duelo patológico (Martínez, 2006; Chaurand, 2010).

**6. BIBLIOGRAFÍA:**

1. Aguilar, S. y Ávila, J. (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Clínica de Geriatria del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. *Revista Gaceta Médica de México*. 143(2), 141-148. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
2. Alves, R., Castro, T., y Trelles, M. (2013). Factores intrínsecos y extrínsecos implicados en el envejecimiento cutáneo. *Cirugía plástica ibero-latinoamericana*, 39(1), 89-102. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-8922013000100013&lng=es
3. Angulo, LF., Sánchez, JP., Ulloa, M., Baena, A., y Feliciano, JE. (2012). *Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del municipio de Chía. y su relación con percepción de funcionalidad familiar*. Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria Cundinamarca. Universidad de la Sabana. Bogotá.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. APA. (2013), Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA. Disponible en: <http://www.integratek.es/wp-content/uploads/2014/05/DSM5ESP.pdf>
5. Ayala, C. (2011). *Niveles de depresión en pacientes que reciben fisioterapia debido a traumatismos. Informe final del Trabajo de Grado Académico, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Psicológicas. Quito.*
6. Bacca, A., González, A., y Uribe, A. (2005). Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *PRISMA (Publicaciones y Revistas Sociales y Humanísticas)*, (5), 53-63. Disponible en: <http://search.proquest.com.v.biblioteca.ucuenca.edu.ec/prisma/docview/750061871/fulltextPDF/C84CA8BC92294375PQ/2?accountid=36749>
7. Becerra, J. (2008). Functional analysis of psychiatric cases: its usefulness in understanding the pathology.
8. Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (1).
9. Beekman, A., Copeland, J., y Prince, M. (2006). Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
10. Beyer, J. (2007). Managing depression in geriatric populations. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 19(4). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18058280>



11. Borda, M., Anaya, M., Pertúz, M., Romero, L., Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Revista Salud Uninorte*, 29(1), 64-73. Retrieved February 02, 2015. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-555220130001100008&lng=en&tlng=es>.
12. Börsch, A., Hank, K., y Jürges, H. (Eds). Health, Ageing and Retirement in Europe First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging*. Disponible en: available at:<http://www.share-project.org>
13. Camargo, I., y Caro C. (2009). Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: Evidencias para la cualificación profesional. *Avances en enfermería*, 27 (1), 48-59.
14. Campo A., Urruchurtu, Y., Solano T., Vergara A., y Cogollo Z. (2008). Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructor de la Escala de Yesavage para depresión geriátrica en Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 24 (1),1-9.
15. Caraveo, J., Medina, M. E., Rascón, M. L., Villatoro, J., Martínez, A., y Gómez, M. (2013). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México.
16. Cardona, D., Estrada, Chavarriaga, L., Segura, Á., Ordoñez, J., y Osorio, J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 414-424. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300007&lng=en&tlng=es.10.1590/S0124-00642010000300007.
17. Cardona, D., Estrada, A., Segura, A., Chavarriaga, L., Ordóñez, J., y Osorio, J. (2008). The Dependence Of Elderly Institutionalized Is A Matter Of Quality Of Life. *Revista CES Salud Pública*. 1(2).
18. Cardona, D. y Agudelo, H. (2007). Satisfacción Personal como Componente de la Calidad de Vida de los Adultos de Medellín. *Revista de Salud pública*. 9 (4), 541-549. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a06.pdf>
19. Castro, M., Brizuela, S., Gómez, M., y Cabrera, J. (2007). *Adultos Mayores Institucionalizados en el Hogar de ancianos Fray Mamerto Esquiú*. Universidad Nacional de Catamarca, Facultad de Humanidades, Argentina.
20. CE. Special Eurobarometer: Mental Wellbeing. (2006). Disponible en: <http://www.ec.europa.eu/publicopinion/archives/ebs/ebs248en.pdf>
21. Cerquera, A. y Meléndez, C. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento Psicológico*, 63-71.
22. Chapman, D. y Perry, G. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing Chronic Disease*, 5(1). Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0150.htm



23. Chaurand, A. (2010). El Inventario De Historia De Pérdidas: Presentación Y Utilidad Clínica. *Revista de Psicoterapia*. Universidad de Barcelona,84(21). Disponible: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3740176>
24. Chávez, A. (2011). Duelo y Depresión en el Adulto Mayor. *Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia*.
25. Chong, D. (2012). Bio-psycho social aspects shattering elderly health. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 79-86. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0864-2125201200020009&lng=es>.
26. Colvin, M. y Rutland, F. (2008). Is Maslow's Hierarchy of Needs a Valid Model of Motivation. *Louisiana Tech University, College of business*. Disponible en: <http://www.business.latech.edu/>
27. Cornachione, M. (2006). *Psicología de la vejez*. Argentina: Editorial Paidós.
28. Cortés, A. R., Villarreal, E., Galicia, L., Martínez, L., y Vargas, E. R. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista médica de Chile*, 139(6), 725-731.
29. Crespo, J. (2011). Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011. Tesis previa a la obtención del título de Médico. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3497>
30. Cuadros, B. (2011). Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. Residencia de mayores de Jaen. *Documentos de Trabajo Social*, 51. Disponible en: http://www.trabajo-socialmalaga.org/archivos/revista_dts/52_5.pdf
31. Delahajj, R., Gaillard, A., y Van Dam, K. (2010). Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. *Personality and Individual Differences*, 49, 386-390
32. Delgadillo, L. (2010). Depresión en adultos mayores del Valle de Toluca, Estado de México. *BIBLIOPSIQUIS*. Disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/763>
33. Díaz, A. (2011). Estudios de Población y Enfoques de Gerontología Social en México. *Papeles de población*, 17(70), 49-79. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000400004&lng=es&tlng=es.
34. Diaz, L. et al. (2002). Análisis de los Conceptos del Modelo de Adaptación de Callista Roy. *Aquichán*, 2 (1), Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en&nrm=iso.



35. Durán, C. (2010). Fortalecimiento de los Lazos Afectivos entre el Adulto Mayor y su Familia. *Universidad Pontificia Bolivariana*. Disponible en: http://repository.upb.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/950/1/digital_19675.pdf
36. Durán, J. (2012). *Percepción de los adultos y las adultas mayores sobre su relación con la familia, el contexto social y el Estado*. Fundación Comunidad Geriátrica "Jesús de Nazareth", Cuenca, 2012. Tesis previa a la obtención del título de Magister en Intervención Psicosocial y Familiar. Universidad de Cuenca. Facultad de Jurisprudencia. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/451/1/tesis.pdf>.
37. Durán, L. (2013). La vejez en movimiento. Un enfoque integral. Editorial Dunken.
38. Espinoza, P. (2005). *Autopercepción y Nivel De Satisfacción Necesidades Afectivas, Adultos Mayores Institucionalizados Comuna De Santiago*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social. Universidad academia de humanismo cristiano. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/177/1/ttraso140.pdf>
39. Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordóñez, J., Osorio, J., y Chavarriaga, L. (2013). Depressive Symptoms in Institutionalized Elderly People and Factors Associated. *Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-9267201300010100009&lng=en&tlng=es.
40. Fernández, V. y Crespo, M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-5274201100010002&lng=es.
41. Ferras, L, González, M., Pérez, A., Borges, E., y Lamorú, F. (2012). Depresión en gerontes institucionalizados. Municipio Isla de la Juventud *Revista de Medicina*, 13(2).
42. Flores, S., Huerta, Y., Herrera, O., y Alonso, O. (2012). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3(2), 89- 100. Disponible en:<http://10.5460/jbhsi.v3.2.30224>.
43. Freitas, M, Ferreira, M. (2013). Vejez y persona anciana: representaciones sociales de adolescentes escolares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(3). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es0104-1169-rlae-21-03-0750.pdf>
44. Gonzalvo, M. (2014). Bienestar Psicológico y Resiliencia en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados. *Universidad Abierta Interamericana*.
45. Guevara, S. (2014). Instrumento de valoración gerontológica para el proceso de institucionalización en el hogar Carlos María Ulloa: país: Costa Rica. *Revista Humanitas*, 11 (11), 1659-1852.
46. Gum, S. (2008). La vejez, *Sudamericana*. Buenos Aires.



47. Haynes, S. (2005). La formulación clínica conductual de caso: pasos para la elaboración del análisis funcional. En: Caballo V, director. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid. Editorial Pirámide.
48. Henderson, V. (2013). Nursing Theories Practice Group. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
49. Hernando, M. (2006). Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo. *Dialnet*, 37-64. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756876>
50. Hernández, Z. (2007). El trabajo psicoterapéutico con un grupo de residentes geriátricos. *El Ágora*.
51. Huatuco, GJ. (2009). La calidad del cuidado de enfermería y el grado de satisfacción según percepción del paciente adulto mayor en el Centro de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Escuela de enfermería Padre Luis Tezza.
52. Inga, J., y Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 475-486. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300004&lng=pt&tlng=es.
53. Jayro, L., Cardona, J., María, M., Henao, V. y Quintero, E. (2009). Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica*. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12011791006.pdf>
54. Jiménez, M. (2011). La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1(2).
55. Jiménez, M. (2008). Resiliencia y vejez. *Portal Mayores*, 80, 1-17.
56. Larralde, S. (2006). Discriminación y grupos vulnerables en México. El caso de los adultos mayores, *Documentos de Trabajo*, (252).
57. Lemos, M. y Londoño, N. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Universidad CES: Informes Psicológicos*, (9), 55-69.
58. Lucero, R. y Casali, G. (2006). Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*, 70(2). Recuperado en: http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/06_emc_01.pdf
59. Maddi, S. (2005). On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist*.
60. Márquez, E., Soriano, S., García, H., y Falcón, G. (2005). Depresión en el adulto mayor: Recuencia y factores de riesgo asociados. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 36(6), 345-6.
61. Martínez, M. (2006). Teorías del envejecimiento. *Teorías históricas de la vejez*, 1-9. Disponible en: <http://www.uam.es/personal/pdi/elapaz/mmmartin/2asignatura/temas/unidad1/3/tema3.pdf>



62. Martínez, A. (2006). Desarrollo de la Edad Adulta. Teorías y Contextos. *Revista Complutense de Educación*, 16 (2).
63. Merchán, E. y Cifuentes, R. (2014). Teorías psicosociales del envejecimiento. *Asociación Cicerón*. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
64. Minsal, C., y Ibáñez. (2008). *Dependencia de los Adultos Mayores en Chile*. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud. División Planificación Regional de MIDEPLAN, M España, Documento de Trabajo.
65. Mishara, B y Riedel, R. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Editorial Morata. Tercera edición. Madrid, España.
66. Montalvo, M. y Ruales, A. (2011). *Percepción De Los Adultos Mayores Sobre La Atención Recibida En Los Centros Del Adulto Mayor En El Asilo León Ruales De La Ciudad De Ibarra Y En El Asilo Carmen Ruiz De Echeverría De La Ciudad De Cotacachi, Periodo Noviembre 2010 A Julio-2011*. Universidad Técnica del Norte. Facultad de Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2326>.
67. Moreno, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M., y Rodríguez, R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: Las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*, 24(1).
68. Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., y Vargas, L. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(4), 331- 337.
69. OMS. Guía de Bolsillo, Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión, CIE-10. Ginebra.
70. Organización Mundial de la Salud. (2010). Centro de Prensa. La salud mental y los adultos mayores. Datos y cifras. *Organización Mundial de la Salud* Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es>
71. Organización Mundial de la Salud. (2012). Género y el Envejecimiento. *GenSalud*. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/hdp/hdw/genderageingsp.PDF?ua=1>
72. Organización Panamericana de la Salud. (2009). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, OPA, 8 (1).
73. Orta, M. y Vázquez, G. (2012). Proceso de Atención de Enfermería: Modelo de Sor Callista Roy. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/publicaciones/centrosalud8/495-498.pdf>
74. Papalia, D., Wendkos, O., y Duskin, R. (2005). Edad Adulta Tardía En Desarrollo Humano. México. Editorial EDAMSA, 673-753.



75. Pérez, V. y Sierra, F. (2009). Biología del envejecimiento. *Revista médica de Chile*, 137 (2), 296-302. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872009000200017&script=sci_arttext
76. Pérez y Arcia. (2007). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *La Habana-Cuba*. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n3/mgi02308.pdf>
77. Pirkko, R., Niina, S., Reij, T., Timo S., y Kaisu, P. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people a population based study. *Gerontology*, 52, 181-187
78. Pisa, H. (2011). Soledad, depresión y aislamiento. *Revista de Psicogeriatría*.
79. Plati, M., Covre, P., Lukasova, K. y Coutinho, E. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 89-100.
80. Ramírez, L. (2010). *Semiología Geriátrica*. Universidad Nacional de Colombia: Quebecor World Bogotá S.A.
81. Rodríguez, A. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*, 26(80).
82. Rodriguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulocodigo=2555848>
83. Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003&lng=es
84. Romero, D. (2007). Actividades de la vida diaria. Universidad de Castilla-La Mancha. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia*, 2 (23).
85. Rubio, R. (2007). Avances sobre la situación de Violencia, maltrato y abandono de los mayores en la actualidad. *VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, (CEOMA)*. Madrid
86. Ruiz, A. (2008). La terrible soledad. Disponible en: <http://www.grupobuho.es/mensajeforo/144699-la-temible-soledad>.
87. Saldaña, A. y Molina, G. (2009). Etapas de la Vida Psicología del Adulto mayor. Disponible en: <http://www.enplenitud.com/psicologia-del-adulto-mayor.html>
88. Sánchez, M., Buz, J., y Gierveld, J. (2012). Loneliness and the exchange of social support among older adults in Spain and the Netherlands Additional services for Ageing and Society.
89. Santa Cruz, M. (2013). Proceso de adaptación de los adultos mayores al ingreso en el asilo de ancianos. Tesis para obtener el título de licenciado en enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/118>



90. Sepúlveda, C., Rivas, E., Bustos, L., y Illesca, M. (2010). Perfil Socio- Familiar en Adultos Mayores Institucionalizados: Temuco, Padre Las Casas Y Nueva Imperial. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 49-61. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300007&lng=es&tlng=es.10.4067/S0717-95532010000300007.
91. Scottish Executive Social Research. (2006). Community Care And Mental Health Services For Adults With Sensory Impairment In Scotland. Disponible en: www.scotland.gov.uk/socialresearch.
92. Sundstrom, G., Fransson, E., Malmberg, B., Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*.
93. Tabueña, M., (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 3(5), 275-291.
94. Thakur, M. y Blazer, M. (2008). Depression in long-term care. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 9 (2). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18261699>.
95. Uribe A, Valderrama L, y Molina J. (2007). Salud Objetiva y Salud Psíquica en Adultos Mayores Colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 75-81.
96. Urrutia, N. y Villarraga, C. (2010). Una Vejez Emocionalmente Inteligente: Retos Y Desafíos. *Congresos Académicos Internacionales*.
97. Vaz, A. y Soares, G. (2011). La depresión entre los ancianos en el distrito de Braganca. *Revista de Enfermagem*. Disponible en: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087-2832011000200005
98. Vázquez, B. (2010). Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos. *Universidad Complutense*. Madrid.
99. Vázquez, F., Muñoz, R., y Becoña, E. (2006). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Universidad de Santiago de Compostela (España). Psicología Conductual*, 3(8), 417-449.
100. Villacís, B. (2011). Ecuador en cifras. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
101. Zapata, S. (2013). *Percepción Del Paciente Adulto Mayor Sobre El Cuidado Que Recibe De La Enfermera En El Servicio De Geriatria Del Hospital Almenara*. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería. Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.
102. Zuckerbrot, R., Cheung, A., Jensen, P., Stein, R., y Laraque, D. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, 120(5), 1299-1312.



7. ANEXOS.

7.1 Anexo 1.

Protocolo de Tesis.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
(TESIS DE PREGRADO)**

1. TEMA:

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

La presente tesis pretende identificar los factores asociados a la depresión en los adultos mayores que residen en una Fundación gerontológica.

Son varios los motivos por los que los adultos mayores permanecen temporalmente o permanentemente en las instituciones; entre los motivos más frecuentes están el ingreso por voluntad de la familia, problemas mentales, físicos, indigencia, convalecencia, etc. Pero independientemente de los motivos que llevan al adulto mayor a convivir en un Centro geriátrico, nos encontramos con el proceso de adaptación a un nuevo hábitat, a un nuevo estilo de vida de dependencia y en convivencia con personas extrañas, alejados del calor familiar y aislado de su contexto ambiental y social. Con relativa frecuencia los ancianos institucionalizados pueden desarrollar delirium y depresión por el impacto en el proceso de adaptación al medio.

En estudios estadísticos se revela que más del 95% de las personas de edad avanzada viven bajo institucionalización de los cuales la mayoría de residentes son viudos o solteros, el 75% son o han sido indigentes y el 80% no recibieron educación elemental. Estos datos nos revelan que cada día es más frecuente



que una persona anciana acuda a estos centros ya sea voluntaria o involuntariamente (López, 2010).

Estos y otros factores son los que nos han permitido cuestionarnos cuál son los factores psicosociales que favorecen o perjudican el estado de ánimo del adulto, mayor institucionalizado, que luego de una vida autónoma e independiente se ve limitado en sus capacidades tanto físicas, psíquicas y sociales.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿La relación de los adultos mayores con sus pares y personal de cuidado diario, así como la percepción que tienen los adultos mayores respecto a su estadía en el centro geriátrico ejercen alguna influencia significativa sobre su estado de ánimo depresivo?

4. OBJETIVOS.

a. GENERAL

- Identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado en la Fundación gerontológica "Plenitud".

b. ESPECIFICOS:

- Determinar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el adulto mayor institucionalizado.
- Identificar y analizar las percepciones de los adultos mayores sobre su relación con sus pares y personal de cuidado diario.
- Detectar la percepción que tienen los adultos mayores institucionalizados respecto a su estadía en la Fundación gerontológica.
- Identificar los niveles de soledad en los adultos mayores.
- Describir el nivel de adaptación de los adultos mayores a la Institución



5. JUSTIFICACIÓN.

En las últimas décadas la proporción de la población geriátrica en el mundo ha ido en aumento. La situación de Ecuador en términos de distribución demográfica, actualmente existen 1'229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la región Sierra (596.429) seguido de la Costa (589.431), lo que supone un rápido incremento en el número y en la proporción de personas de 60 y más años de edad (INEC, 2010).

De las cifras mencionadas, un 81% de los adultos mayores refieren estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, en tanto el 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder (INEC, 2010). Se deduce que la edad avanzada, rara vez llega sola, sino que habitualmente se acompaña de fragilidad, comorbilidad, aislamiento social e incremento de patologías que han llevado al aumento de la institucionalización como una alternativa para las familias o para el mismo adulto mayor.

En una investigación cuantitativa realizada acerca de la prevalencia de la depresión en adultos mayores en asilos de la provincia de Cañar, de los 84 adultos mayores residentes, el 74% presenta depresión. Sentimientos de abandono en la residencia, adaptación a un reglamento y normas originan sentimiento de minusvalía; se enfrentan a cambios como el desplazamiento de su espacio vital que estaba constituido por su núcleo familiar al espacio institucional, que le resulta extraño y desconocido habitado por cuidadores y compañeros con quienes debe compartir ese nuevo escenario, reconfigurar sus diferentes roles y establecer relaciones interpersonales (Crespo, 2011). En distintos estudios realizados en hogares para ancianos en España, señalan que existe una mayor tasa de depresión en aquellos ancianos institucionalizados, que en los que viven en la comunidad. Por lo tanto, creemos factible investigar esta temática.



Una de las razones sobre las cuales se argumenta la realización de este estudio son las escasas investigaciones sobre el adulto mayor institucionalizado que se han realizado en Ecuador y menos aún sobre el tema referido a los factores asociados a la depresión del mismo, quién reside en un escenario institucional, lo cual, plantea retos significativos a las ciencias sociales, en cuanto, abre las posibilidades para desencadenar directrices y constructos teóricos en beneficio, tanto del adulto mayor como de la comunidad en general y de las instituciones de atención al adulto mayor, en particular.

6. MARCO TEÓRICO.

Conceptualización de la tercera edad.

Según la Organización Panamericana de la Salud se habla de una persona “adulto mayor” cuando alcanza la edad de 60-65 años de edad independientemente de su historia clínica y situación particular (OPS, 2009). Para abordar este concepto es necesario una perspectiva que abarque una definición integradora biopsicosocial que amplíen el entendimiento del término vejez. Según la perspectiva biológica de Birren y Zarit (1985) establecieron el envejecimiento biológico como proceso de cambio del organismo que con el tiempo disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y de adaptación a las demandas ambientales. El enfoque psicológico establece modificaciones de las funciones mentales y afectivas. La sociología en cambio establece las circunstancias o factores sociales que influyen en el estado de la persona que envejece (Milán, 2010).

Significado de envejecer desde el enfoque psicológico.

La psicogerontología es la ciencia que estudia la psicología del envejecimiento abarcando el comportamiento y los procesos mentales de las personas mayores desde una perspectiva psicosocial. Se presentan modificaciones tanto en la cognición como en la personalidad (Jayro et al., 2009). Distintos autores nos dan un acercamiento a la personalidad del adulto mayor entre los más destacados podemos citar a Eric Erickson con sus ocho estadios de cambio, la última que corresponde al tema tratado es “la integridad del yo frente a la desesperación” cuya tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de



desesperanza; primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes; junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte” (Jayro et al., 2009).

Centro Geriátrico.

Un Centro Geriátrico conocido también como centros de retiro, casa de acogida, estancia o residencia es una Institución especializada en brindar cuidados especiales tanto psicológicos, de enfermería, atención médico-geriátrica y de trabajo social que requieren los adultos mayores. “En su ingreso el anciano es evaluado por los profesionales de la salud quienes elaboraran una historia clínica siendo importante conocer si el motivo de ingreso es por problemas físicos, mentales, sociales, económicos u otros” (Ramírez, 2010).

La Depresión en el Adulto Mayor.

Cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto puesto que en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza (Gallo y Rabins, 1999) (citado en (Ramírez, 2010)).

La depresión es la primera causa de consulta psiquiátrica para los mayores de 60 años. Además, la Organización Mundial de la Salud calcula que el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente, sólo superada por la demencia a partir de los 75 años. Un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado (Gum, 2008).

Es importante tener presente que el envejecimiento conlleva cambios en todos los niveles: físico, social, mental, psicológico y espiritual. También existen aspectos negativos y aspectos positivos del envejecer. Los aspectos negativos son muy conocidos: las enfermedades, la autoimagen negativa, la pérdida de relaciones sociales, la disminución de los ingresos, la cercanía de la muerte (Gum, 2008).



Niveles de Adaptación del Adulto Mayor.

En Psicología se considera la adaptación como un "proceso de comportamiento" mediante el cual, hombres y animales mantienen un equilibrio entre sus variadas necesidades, o entre sus necesidades y los obstáculos del ambiente (Encyclopedia Britannica, 1970). Friedrich Dorsch, en su Diccionario de Psicología, indica que "adaptación" en lo psíquico, como en lo físico, es toda modificación de una manera de ser, de una estructura, de una función, de una conducta, etc., tendente a acomodarse a las condiciones exteriores. Por consiguiente, la mala adaptación equivale a conducta asocial o neurótica. Por otra parte, el Diccionario Riolduero de Psicología atribuye al término adaptación, en su acepción sociológica y psicológica, el significado de: "ajuste de la conducta humana por profesión y formación a los requerimientos sociales del medio ambiente" (Maldonado, 2008).

Entendiéndose como nivel de adaptación a la capacidad del sistema humano para responder positivamente en una situación determinada, existen tres niveles de adaptación: 1) Integrado, es aquel en el cual el ser humano, tiene todas las estructuras y las funciones del proceso de vida en su totalidad para resolver sus necesidades; 2) Compensatorio, es cuando se afectan los procesos del ser humano, en el cual se activa el sistema cognitivo y el sistema regulador (como mediadores para el afrontamiento; y 3) Comprometido, es cuando los procesos integrados y compensatorios son inadecuados resultando un problema de la adaptación o desequilibrio (Maldonado, 2008).

7. METODOLOGÍA.

7.1 Pregunta de Investigación

¿La relación de los adultos mayores con sus pares y personal de cuidado diario, así como la percepción que tienen los adultos mayores respecto a su estadía en el centro geriátrico ejercen alguna influencia significativa sobre su estado de ánimo depresivo?



7.2 Alcance de la Investigación

De acuerdo al período y secuencia de trabajo es un estudio descriptivo. La presente investigación se ha centrado en cumplir los siguientes objetivos:

c. General

- Identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado en la Fundación gerontológica "Plenitud".

d. Específicos:

- Determinar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el adulto mayor institucionalizado.
- Identificar y analizar las percepciones de los adultos mayores sobre su relación con sus pares y personal de cuidado diario.
- Detectar la percepción que tienen los adultos mayores institucionalizados respecto a su estadía en la Fundación gerontológica.
- Identificar los niveles de soledad en los adultos mayores.
- Describir el nivel de adaptación de los adultos mayores a la Institución

7.3. Universo y Muestra.

Para efecto de esta investigación, se contó con un universo de estudio constituido por todos los adultos mayores que residen en la Fundación gerontológica "Plenitud". Del universo de estudio se seleccionó una muestra de 8 adultos mayores comprendidos entre las edades de 60 y 100 años de edad, quienes cumplieron con los criterios de inclusión.

7.4 Criterios de Inclusión.

Se incluyeron a los adultos mayores de ambos sexos con edades comprendidas entre 60 y 100 años de edad, funcionales sin ningún deterioro cognitivo grave y con diferente nivel de instrucción académica que accedieron a participar en la investigación firmando el consentimiento informado. Aquellas personas con dificultades para escribir o problemas visuales fueron asistidas por los encuestadores.



7.5 Criterios de Exclusión:

No participaron en este estudio, adultos mayores que padezcan de deterioro cognitivo grave y por ello no puedan llenar los instrumentos de la investigación y quienes no accedieron a participar del estudio.

7.6 Variables de Estudio e Instrumentos utilizados.

- **Historia Clínica:** Se elaboró una historia clínica que incluyó los aspectos más relevantes del desarrollo personal, familiar y social, de los adultos mayores que formaron parte de la investigación; esta investigación fue recogida con el objetivo de corroborar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el adulto mayor institucionalizado.
- **Entrevista semiestructurada:** Con el fin de poner en evidencia la percepción del adulto mayor con respecto a la relación con sus pares y personal de cuidado, y su vida institucional se elaboró una entrevista semiestructurada (Morales y Ruiz, 2011) y a su vez se incluyó apartados del Cuestionario sobre Calidad de vida: satisfacción y placer (Q-LES-Q). Así la entrevista constó de tres apartados: Percepción de la relación con los pares (9 preguntas); percepción de la relación con el personal de cuidado diario (7 preguntas) y la percepción de los adultos mayores respecto a su estadía en el centro geriátrico (14 preguntas).
- **Inventario de Historia de Pérdidas.** Esta herramienta establecida por Chaurand, A., Feixas, G. y Neimeyer, R. nos permitió obtener de forma breve una descripción de la historia de pérdidas del sujeto, así mismo, nos ayudó a detectar los factores de riesgo o de complicación en el duelo ayudándonos a conocer la percepción que el paciente tiene tanto de la superación de su pérdida como de su sintomatología depresiva.
- **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).** Se trata de una escala autoaplicable de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13, cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son: (0 a 4) Normal, (5 o +) Depresión; con una elevada sensibilidad y



especificidad (S=84% y E=95%) con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión.

- **Observación.** Mediante esta técnica se pretendió obtener información de primera mano sobre el ambiente en el cual se están desarrollando, y del cual se realizaron interpretaciones para dar sentido a los datos recolectados y aproximarnos a la realidad de los adultos mayores. La guía de observación está basada en el Cuestionario sobre Calidad de vida: satisfacción y placer (Q-LES-Q). Está formulada por una escala de Likert que puntúa desde 0= Nunca hasta 5= Siempre. Consta de 11 preguntas y cuyo puntaje total se obtiene sumando el valor que corresponde a cada respuesta dada por el entrevistado. Si el puntaje total es igual o menor a 11 equivale a un Nivel de Adaptación Comprometido; si es igual o menor a 33 obtiene un Nivel de Adaptación Compensatorio y por último, si es igual o menor a 55 equivale a un Nivel de Adaptación Integrado.
- **Escala de Soledad. IMSOL-AM (Montero y Rivera-Ledesma, 2009).** El inventario está conformada por 20 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert donde 4 corresponde a "todo el tiempo" y 0 a "nunca", consta de dos sub-escalas, una denominada "alienación familiar" ($\alpha=.89$), que alude a la incomprensión, alejamiento y reprobación familiar que corresponden a los reactivos 1-2-4-5-6-8-9-10-11-13-15; la segunda sub-escala denominada "insatisfacción personal" ($\alpha=.89$), agrupa los reactivos vinculados con la insatisfacción y carencia de propósito en la vida: 3-7-12-14-16-17-18-19-20. La escala total fluctúa entre 0 y 80 puntos, donde 0 es ausencia de soledad, tiene una consistencia interna de $\alpha=.95$.

Para obtener el puntaje final de la escala, la autora sugiere que se sumen los puntajes obtenidos en los 20 reactivos y el total de puntos obtenidos se divida por 20, y así se obtendrá la puntuación total de cada uno de la muestra y se podrá determinar la frecuencia de experiencia solitaria, el mismo procedimiento se sugiere para las dos sub-escalas, sumar los 11 reactivos en el primer factor y en el segundo factor 9 reactivos y dividir dichos puntajes entre 11 y 9 respectivamente para mantener el rango de calificación de 0 a 4.



Para determinar el número de personas que se sienten solas, se utilizará el percentil 70, así las personas que obtengan un puntaje igual o superior a este percentil son las que experimentan soledad, mientras que las que obtengan un porcentaje igual o inferior al percentil 25 son las que no se encuentran solas.

7.7 Procedimiento De Investigación.

En primer lugar se acudió a la Fundación gerontológica “Plenitud” para solicitar el permiso y la coordinación con la directora de la residencia, para ello se entregó un oficio formal pidiéndole la debida autorización para realizar la investigación. Consiguientemente se realizó la selección de las personas para el estudio del deterioro cognitivo y la elaboración de las historias clínicas para comprobar que los mayores cumplieran con los requisitos de inclusión. Posteriormente se les dio a conocer a los participantes todo lo concerniente al estudio por medio del consentimiento informado. Una vez confirmada su participación se procedió a la recolección de datos y a la aplicación de los instrumentos propuestos.

Aplicados todos los reactivos psicológicos planteados en la investigación, se diseñó para el análisis de la información cuantitativa una base de datos a través del programa SPSS v2.0, y se efectuó los debidos análisis estadísticos. Para el análisis cualitativo de la información se utilizó el programa Atlas.Ti versión 4.2, que permitió la codificación de los datos; mediante proceso a través del cual se fragmento los datos en función de su significación de acuerdo con las preguntas y objetivos de investigación.

Finalmente para lograr mayor comprensión de la alteración del estado de ánimo de cada adulto mayor que reside en la hogar gerontológico “Plenitud”, se efectuó un estudio de caso través de la elaboración del análisis funcional o formulación clínica de casos, que podría describirse como un conjunto de hipótesis y juicios clínicos de los problemas de comportamiento (o conductas problema) del paciente y sobre las relaciones funcionales que existen entre estos y las variables que afectan a dichos problemas (Nezu, Nezu, Peacock & Girdwood, 2004 (citado en Haynes, 2005).



En el análisis funcional se integró información del paciente que se obtuvo mediante diferentes medios de evaluación clínica (entrevista, observación, autoinformes, etc.). Se decidió elaborar el análisis funcional de cada uno de los casos de estudio ya que este procedimiento se utiliza como un instrumento de planificación del tratamiento que permite: a) determinar la necesidad de tratamiento, b) planificar y diseñar un tratamiento centrado en la persona, y c) obtener datos para evaluar la eficacia del tratamiento aplicado (Haynes, 2005).

7.8 Procesamiento de Datos

Análisis Cuantitativo.

Los datos obtenidos a través de la aplicación de los cuestionarios a los sujetos, se codificaron y analizaron con el SPSS. Se realizaron análisis descriptivos utilizando tablas de contingencia. Para determinar en qué medida las siguientes variables: niveles de soledad y de adaptación y motivo de ingreso se relacionan con los niveles de depresión, se efectuó un análisis de regresión lineal utilizando un nivel de confianza del 95%.

Análisis Cualitativo.

Los datos de las entrevistas e historia clínica fueron procesados a través, de transcripciones exactas en un cuaderno de nota, obteniendo resúmenes inmediatos después de la entrevista, además se utilizó grabaciones, registros anecdóticos. El análisis cualitativo de esta investigación se efectuó por medio de la herramienta de análisis Atlas.Ti.

A continuación se presenta el análisis funcional para cada caso de estudio que incluye los datos relevantes y el resumen de la información de las entrevistas y registros en los diagramas, partiendo de las categorías utilizadas por Mattaini y Thyer, 1996 y Mattaini, 1996, que permiten visualizar los factores implicados en cada caso en sus dimensiones micro y macro y así comprender los factores asociados a la depresión en la persona adulta mayor. Los diagramas agrupan los siguientes factores: variables de vulnerabilidad (biológica, psicológica y social), variables desencadenantes tanto remotas e inmediatas (internas y externas) y por último, se identificaron factores de protección.

A través de este proceso de investigación se condensa información que nos facilitó una visión completa e integradora del material obteniendo las conclusiones y recomendaciones del trabajo.

8. ESQUEMA TENTATIVO DEL INFORME DE INVESTIGACIÓN.

MATRIZ DE CONSOLIDACION DEL PROCESO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACION								
	PREGUNTA DE INVESTIGACION VARIABLES		AMBITO DE LA INVESTIGACION	METODO	TECNICAS	INSTRUMENTOS/ HERRAMIENTAS	MUESTRA	
01	Factores asociados.	Depresión.	Adultos Mayores Institucionalizados dentro de un Centro geriátrico de la ciudad de Cuenca.	Descriptivo. Se trata describir aquellos factores asociados a la depresión en el Adulto Mayor institucionalizado identificando y analizando las percepciones de los mismos sobre la relación con sus pares, personal de cuidado diario y residencia en la Fundación gerontológica.	Lectura: Identificar, analizar y seleccionar los referentes teóricos y conceptuales.	Fuentes bibliográficas	Adultos Mayores (60 y más años), que residen en la Fundación gerontológica "Plenitud", ubicado en la ciudad de Cuenca.	
02						Reactivos psicológicos: Determinar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el adulto mayor		Cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS).
03						Entrevista: Identificar y analizar las percepciones de los adultos mayores sobre su relación con sus pares,		Guía de entrevista. Cuaderno de nota.
04						Observación: Obtener el Nivel de adaptación.		Registros anecdóticos
						Registros biográficos: para indagar las percepciones de los adultos mayores respecto a su vida institucional.		Historia de Vida.

9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

OBJETIVOS		ACTIVIDADES	RESPONSABLES	TIEMPO.															
GENERAL	ESPECIFICOS			Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6										
Identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado	Investigar los diversos referentes teóricos entorno a la Institucionalización, Adaptación y Depresión en el Adulto Mayor, para la construcción de una base conceptual.	Recolección de citas bibliográficas: libros, revistas y documentos virtuales relacionados al tema de Redacción del marco teórico.	Valeria Vivar Maritza Silva	X	X	X	X	X	X										
			Valeria Vivar Maritza Silva	X	X	X	X	X											
OE-01	Determinar la presencia de depresión y su nivel de intensidad en el adulto	Aplicación de Reactivos psicológicos: Historia clínica. Escala de Depresión	Valeria Vivar Maritza Silva				X	X	X										
OE-02	Identificar y analizar las percepciones de los adultos mayores sobre su relación con sus pares y personal de cuidado diario.	Observación de las relaciones de los Adultos mayores con sus pares y cuidador.	Valeria Vivar Maritza Silva				X	X	X	X	X								
OE-03	Detectar la percepción que tienen los adultos mayores con respecto a su estadía en el centro geriátrico.	Realización de la historia de vida	Valeria Vivar Maritza Silva						X	X									
OE-04	Describir el nivel de adaptación de los adultos mayores a la Institución.	Aplicación de la Escala autoaplicada de adaptación social (SASS).	Valeria Vivar Maritza Silva						X	X									
		Tabulación de datos de las entrevistas y encuestas, y discusión de resultados.	Valeria Vivar Maritza Silva									X	X	X	X				
		Elaboración de conclusiones y recomendaciones.	Valeria Vivar Maritza Silva														X	X	X



7.2 Anexo 2.

Historia Clínica



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO"

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN: No HC.
NOMBRES Y APELLIDOS:
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
EDAD:
ESTADO CIVIL:
INSTRUCCIÓN:
PROFESIÓN:
RELIGIÓN:
FECHA DE ENTREVISTA:

MOTIVO DE INGRESO:

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS:

ANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA:

ANAMNESIS FAMILIAR, NORMAL Y PATOLÓGICA:

ANAMNESIS SOCIAL, NORMAL Y PATOLÓGICA:

ANAMNESIS LABORAL, NORMAL Y PATOLÓGICA:

EXÁMEN DE FUNCIONES PSÍQUICAS:

TEST PSICOLÓGICOS APLICADOS.

RESULTADOS DE LOS TEST PSICOLÓGICOS:

-FACTORES PREDISponentes:

-FACTORES DESENCADENANTES:

-FACTORES DE PROTECCIÓN:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

PRONÓSTICO:

Realizado por:

VALERIA VIVAR VÁSQUEZ
MARLENE SILVA GONZÁLEZ



7. 3 Anexo 3.

Entrevista Semiestructurada

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO"**

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Nombre:
Edad:
Fecha de la entrevista:
Entrevistador:

La entrevista que se presenta a continuación constituye una guía para recopilar cierta información necesaria acerca de las percepciones de los adultos mayores sobre su relación con sus pares, personal de cuidado diario y con respecto a su estadía en el centro geriátrico.

A. PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN CON PARES.

1. ¿Cómo es la relación que usted tiene con los otros residentes del establecimiento? y ¿Por qué?
2. ¿Se divierte conversando con compañeros de la Fundación Gerontológica?
3. ¿Se lleva bien con los compañeros?
4. ¿Se interesa por los problemas de otras personas?
5. ¿Tiene usted alguien a quien pueda considerar un amigo íntimo?
6. ¿Tiene usted un amigo a quien puede pedir ayuda si lo necesita?
7. ¿Prefiere quedarse solo en lugar de compartir con los compañeros?
8. ¿Algunas personas le irritan con sus acciones o con sus palabras?
9. ¿A menudo se siente solo a pesar de estar rodeado por un grupo de compañeros?

B. PERCEPCIÓN DE RELACIÓN CON EL PERSONAL DE CUIDADO DIARIO.

10. ¿Cómo es su relación con las personas que están a su cuidado? ¿Por qué?
11. ¿Recibe atención adecuada para su problema de salud por parte del personal sanitario?
12. ¿Cómo es el trato que recibe por parte del personal sanitario de la Fundación Gerontológica? ¿Considera que es un buen trato? ¿Por qué?



13. ¿Considera que recibe el respeto que merece por parte del personal sanitario?
14. ¿Cree usted que lo hacen por cumplir o realmente disfrutan de su Compañía?
15. ¿Alguna vez sintió discriminación por su condición de adulto (a) mayor por parte del personal de cuidado? ¿En qué contexto?
16. ¿Qué expectativas que tiene con respecto a los cuidadores?

HISTORIA DE VIDA INSTITUCIONAL.

C. PERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES RESPECTO A SU ESTADÍA EN FUNDACIÓN GERONTOLÓGICA.

1. ¿Por qué motivo ingresó a la Fundación Gerontológica?
2. ¿Cuál es la opinión que usted tiene del establecimiento en que se encuentra actualmente? ¿Por qué?
3. ¿Qué le gusta de la Fundación Gerontológica? ¿Por qué?
4. ¿Qué no le gusta de este establecimiento? Y ¿Por qué?
5. Evalúe los siguientes aspectos:
 - a) Espacio físico:
 - b) Compañía:
 - c) Cuidado del personal:
 - d) Alimentación:
 - e) Actividades:
6. ¿Cómo considera usted que ha sido su estadía en este establecimiento? (Por ejemplo: positiva, negativa, indiferente). ¿Por qué?
7. ¿Está conforme con el lugar donde reside? ¿Por qué?
8. De las actividades que usted realiza diariamente en el establecimiento ¿Cuál es la actividad que más le gusta realizar y cuál es la que menos le gusta?
9. ¿Hace alguna de las actividades que usted mencionó anteriormente? ¿Por qué?
10. ¿Qué le gustaría hacer al interior del establecimiento?
11. ¿Está contento con la labor que realiza el centro geriátrico para el Adulto Mayor? ¿Cuál es su rol dentro de la institución?
12. ¿Qué mejoraría Usted de este lugar de residencia?
13. ¿Qué expectativas tiene respecto a la Fundación Gerontológica?
14. ¿Describa algún recuerdo o anécdota durante su residencia en la Fundación Gerontológica? (Pensamientos, emociones).



7. 4 Anexo 4.

Inventario de Historias de Pérdidas (IHP).

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO"**

INVENTARIO DE HISTORIAS DE PÉRDIDAS (IHP)

Chaurand, A., Feixas, G. y Neimeyer, R.

Nombre:

Edad:

Fecha de la entrevista:

Entrevistador:

El propósito de las siguientes preguntas es registrar de forma breve y detallada las pérdidas que usted ha vivido a lo largo de su vida hasta el día de hoy. Asegúrese de leer con atención cada pregunta y responder de forma concreta, es importante que mencione solamente las pérdidas que considere más significativas.

	Nombre o descripción de la pérdida (si es de otra persona, describa la relación con usted, por ej. mamá, abuelo, amigo, profesor)	¿Hace cuánto sucedió? (Especificar si en meses o años)	¿Como sucedió? * (Por enfermedad, accidente, suicidio, homicidio, de forma esperada o inesperada, etc.)	¿Considera usted haber superado esta pérdida? (Siempre que sea posible, contestar si o no)
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				
f)				
g)				
h)				
i)				
j)				

Si sufre usted actualmente alguna sintomatología depresiva como sentirse constantemente triste, desmotivado y sin energía o placer, ¿Considera que ésta se presentó como resultado de alguna de las pérdidas mencionadas previamente?

-Si

-No

- No considero que yo tenga síntomas depresivos

¿De cuál(es)? (escriba la(s) letra(s) que corresponden a las pérdidas escritas con anterioridad)



7. 5 Anexo 5.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO"

Nombre:

Edad:.....

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
PUNTUACIÓN TOTAL		

Respuestas correctas afirmativas (ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15): _____

Respuestas Negativas (ítems 1, 5, 7, 11 y 13): _____

PUNTAJE TOTAL: _____

(0-4) Normal: _____ (5 o +) Depresión: _____

(0-4) Normal: _____ (5-8) Leve: _____ (9-11) Moderado: _____ (12-15) Grave: _____

**7.6 Anexo 6.****Observación.**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO"**

Guía de Observación para obtener el Nivel de Adaptación.

Nombre:

	Nunca (0)	Rara vez (1)	Algun as Vece s (2)	Frecue nteme nte (3)	Muy Frecu ente ment e (4)	Siem pre (5)
1. Interactúa con otros adultos mediante sonrisas, saludos, afirmaciones						
2. Usualmente está de buen humor						
3. Es sociable y mantiene relaciones positivas con compañeros y personal de cuidado diario						
4. Se acerca a otros en forma positiva, para integrarse a las actividades.						
5. Es dependiente del personal de cuidado o compañeros.						
6. El personal de cuidado diario se muestra amable con los adultos mayores.						
7. El personal de cuidado diario responden a las inquietudes de los adultos mayores						
8. Existen normas de cortesía						
9. Hasta qué punto el adulto mayor es sociable y busca la compañía de otros						
10. Existen muestras de consideración y preocupación por otros.						
11. Participa en las actividades que se llevan a cabo en el centro						



7.7 Anexo 7.

Inventario Multifacético de Soledad. IMSOL-AM.

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR
INSTITUCIONALIZADO"**

INVENTARIO MULTIFACÉTICO DE SOLEDAD, IMSOL-AM (Montero y Rivera-Ledesma, 2009).

Nombre:

Fecha:.....

Encontrará una serie de preguntas que describen diversos sentimientos. Indique con qué frecuencia experimenta dichos sentimientos empleando para ello la clave que se encuentra al lado derecho de cada oración. Responda de manera sincera y espontánea, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, lo que importa es lo que usted sienta

Afirmaciones	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
1. ¿Siente que solo cuenta consigo mismo (a).?	4	3	2	1	0
2. ¿Se siente rechazado (a)?	4	3	2	1	0
3. ¿Se siente inseguro (a) acerca de su futuro?	4	3	2	1	0
4. ¿Se siente aislado (a)?	4	3	2	1	0
5. ¿Se siente incomprendido (a) en su familia?	4	3	2	1	0
6. ¿Se siente vacío (a) de cariño?	4	3	2	1	0
7. ¿Se siente cansado (a) de luchar por la vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Se siente encerrado (a) en mi mismo (a)?	4	3	2	1	0
9. ¿Se siente solo (a)?	4	3	2	1	0
10. ¿Se siente apartado (a) de su familia?	4	3	2	1	0
11. ¿Se siente abandonado (a)?	4	3	2	1	0
12. ¿Siente su vida vacía?	4	3	2	1	0
13. ¿Siente que su familia desconoce sus sentimientos?	4	3	2	1	0
14. ¿Se siente insatisfecho (a) con mi vida?	4	3	2	1	0
15. ¿Siente que su familia desapueba su manera de ser?	4	3	2	1	0
16. ¿Siente que su vida carece de propósito?	4	3	2	1	0
17. ¿Se siente desamparado (a)?	4	3	2	1	0
18. ¿Siente que la soledad es su única compañía?	4	3	2	1	0
19. ¿Siente que su vida está llena de conflictos y tristeza?	4	3	2	1	0
20. ¿Se siente triste?	4	3	2	1	0



7.8 Anexo 8.

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO"

Yo,..., portadora de la Cédula de identidad N°..., declaro por medio de la presente que las estudiantes: Valeria Vivar y Maritza Silva, egresadas de la carrera de Psicología Clínica, me han informado adecuadamente de los objetivos de la investigación y de los procedimientos de aplicación de instrumentos en la cual participo de forma voluntaria.

He sido también informada que los resultados son totalmente confidenciales y que de ninguna manera ni mi nombre ni mi identidad serán publicados sin mi autorización.

Los resultados que se deriven de la investigación servirán para contribuir al conocimiento científico y podré acceder a ellos si así lo prefiero.

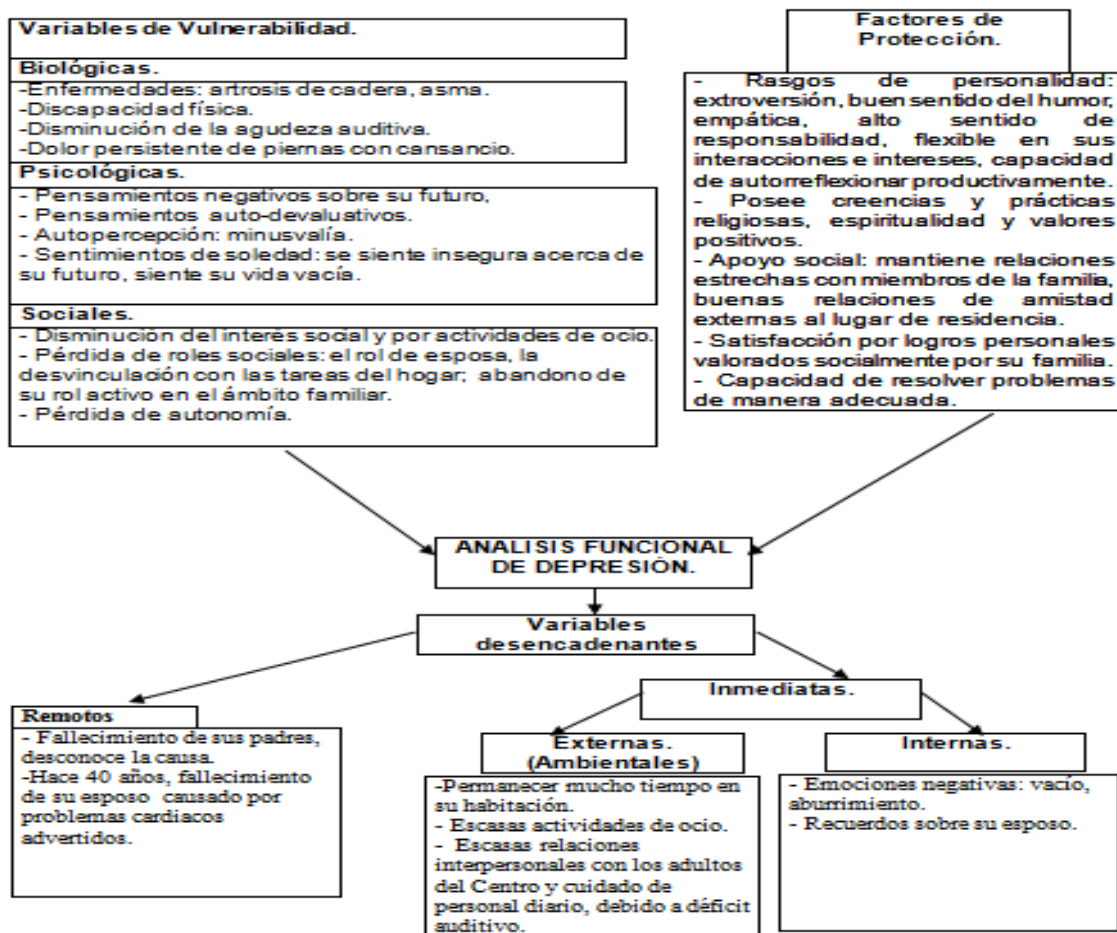
Firma de la participante

Firma del evaluador

Firma del evaluador

7.9 Anexo 9.

Análisis Funcional de Depresión (Caso Inés)



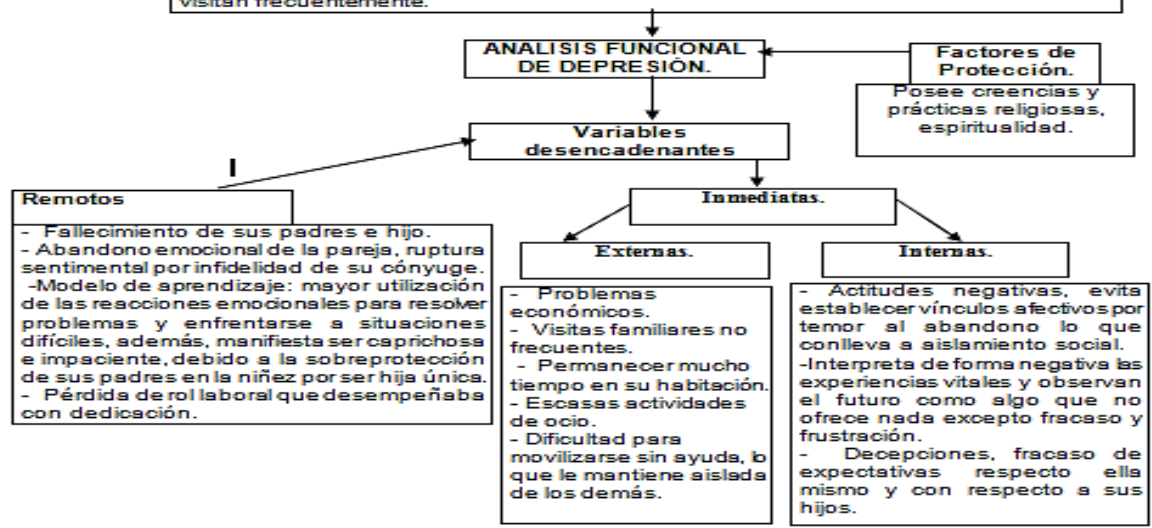
MANTENEDORES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Estar en su habitación por más tiempo del habitual. - Valoración de los recuerdos de su esposo. - Pensamientos acerca del futuro, existe preocupación por depender de los demás a raíz de su discapacidad física. - Pérdida de roles sociales. - Escasas actividades de ocio. - Escasas relaciones interpersonales con los adultos del Centro y cuidado de personal diario, debido a déficit auditivo. 	<p>A nivel conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanece en su habitación la mayor parte del tiempo viendo televisión. <p>A nivel cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos negativos sobre su futuro. - Pensamientos auto-devaluativos "me siento inútil" <p>A nivel psicofisiológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insomnio de conciliación. <p>A nivel emocional-motivacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emociones de tristeza, desesperanza y aburrimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empeoramiento del estado de ánimo. - Aislamiento social.

Realizado por: Valeria Vivar y Marlene Silva.

7.10 Anexo 10.

Análisis Funcional de Depresión (Caso Bertha).

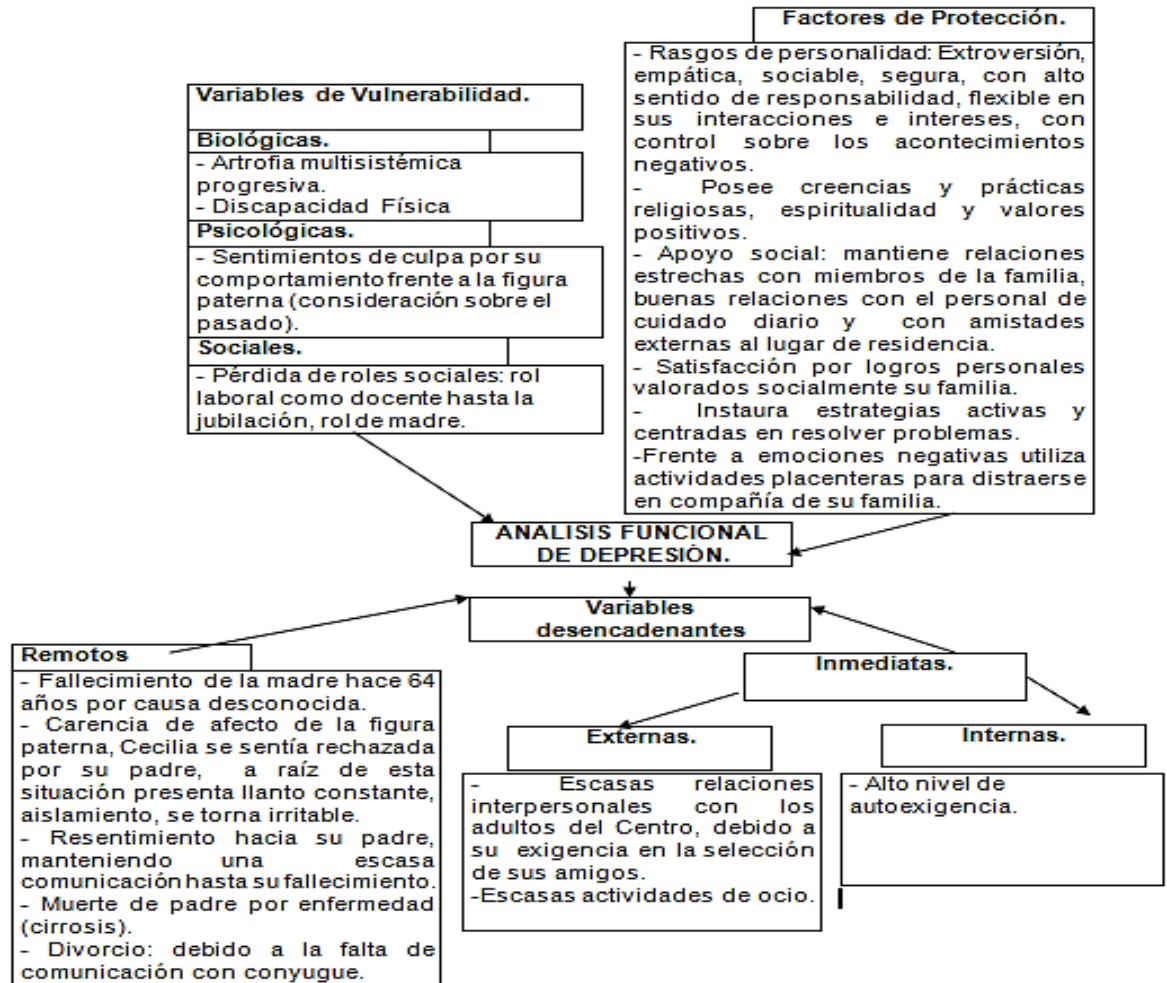
Variables de Vulnerabilidad.
Biológicas.
-Artritis, hipertensión arterial. - Discapacidad física.
Psicológicas.
-Esquemas disfuncionales: filtraje: "me voy a morir aquí, a nadie le importo", pensamiento polarizado: "todo es malo aquí", interpretación del pensamiento: "eso lo hace por pens", visión catastrófica: "me voy a enfermar más y a morir aquí", etiquetas globales: "soy una inútil, no sirvo para nada". Excesiva necesidad de aprobación por parte de otros. Incapacidad para confiar en los otros. - Decepciones, fracaso de expectativas respecto a ella mismo y a sus hijos, incluso del control de la propia vida (deterioro de funciones asociado a enfermedades físicas, discapacidades y vejez). - Autopercepción: minusvalía, bajo concepto de sí mismo. - Sentimientos de soledad: se siente insatisfecha con su vida, incomprendida, se siente vacía.
Sociales.
-Aislamiento social. - Pérdida de roles sociales, rol de docente, desvinculación con las tareas del hogar. - La falta de apoyo social, se siente rechazada y abandonada por sus hijos quienes no la visitan frecuentemente.



MANTENEDORES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Estar en la cama más tiempo del habitual, debido a discapacidad motora. - Valoración de la infidelidad de su esposo. - Pérdida de roles sociales. - Escasas actividades de ocio. - El estilo de afrontamiento pasivo, centrado en la emoción y rumiativo, dando vueltas constantemente a las razones por las que su familia la abandonó en el Centro geriátrico, responde a éstas situaciones con pasividad, resignación y aceptación depresiva. - Manifiesta una excesiva dependencia con respecto a sus más allegados. En este sentido, se puede inferir a partir del discurso de la paciente la imposibilidad de sentirse valiosa sin el apoyo de otros significativos. - Decepciones, fracaso de expectativas respecto a ella misma y a sus hijos. - Conflictos con familiares y amigos. 	<p>A nivel conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanece fría y distante con los compañeros y personal de cuidado, por temor a establecer vínculos afectivos y luego ser abandonada. - Verbalización constante de quejas somáticas. <p>A nivel cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos negativos sobre su futuro. - Pensamientos auto-devaluativos. - Rumiasiones constantes. - Dificultad para tomar decisiones. - Pensamientos relacionados con la muerte. <p>A nivel psicofisiológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insomnio de conciliación y al siguiente día presencia de somnolencia. <p>A nivel emocional-motivacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emociones de tristeza, desamparo, desesperanza, fracaso, autodesprecio y aburrimiento e imitación. - Anhedonia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Empeoramiento del estado de ánimo, mayores síntomas depresivos. - Aislamiento social. - Conflictos con familiares y amigos. - Culpa y sensación de falta de control. - Conflictos con familiares y amigos.

7.11 Anexo 11.

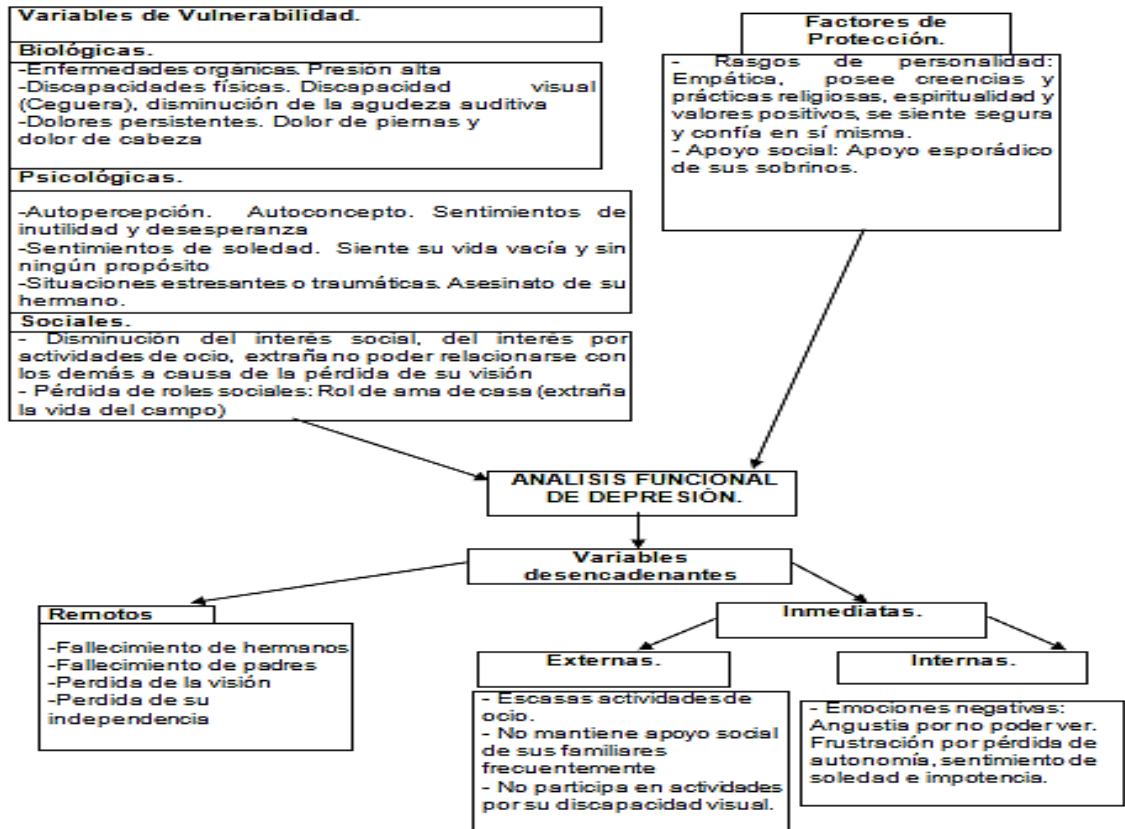
Análisis Funcional de Depresión (Caso Elisa).



MANTENEDORES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de roles sociales. - Escasas actividades de ocio. - Recuerdos tristes sobre su niñez. - Enfermedad invalidante. - Evita establecer vínculos afectivos debido a que no se siente escuchada y comprendida por los demás. 	<p>A nivel conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se preocupa por las necesidades de los compañeros, pide al personal de cuidado para que los atienda. - Interactúa con compañeros elegidos según sus expectativas. <p>A nivel cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alto nivel de autoexigencia. <p>A nivel emocional-motivacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emociones de aburrimiento e irritación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empeoramiento del estado de ánimo.

7.12 Anexo 12.

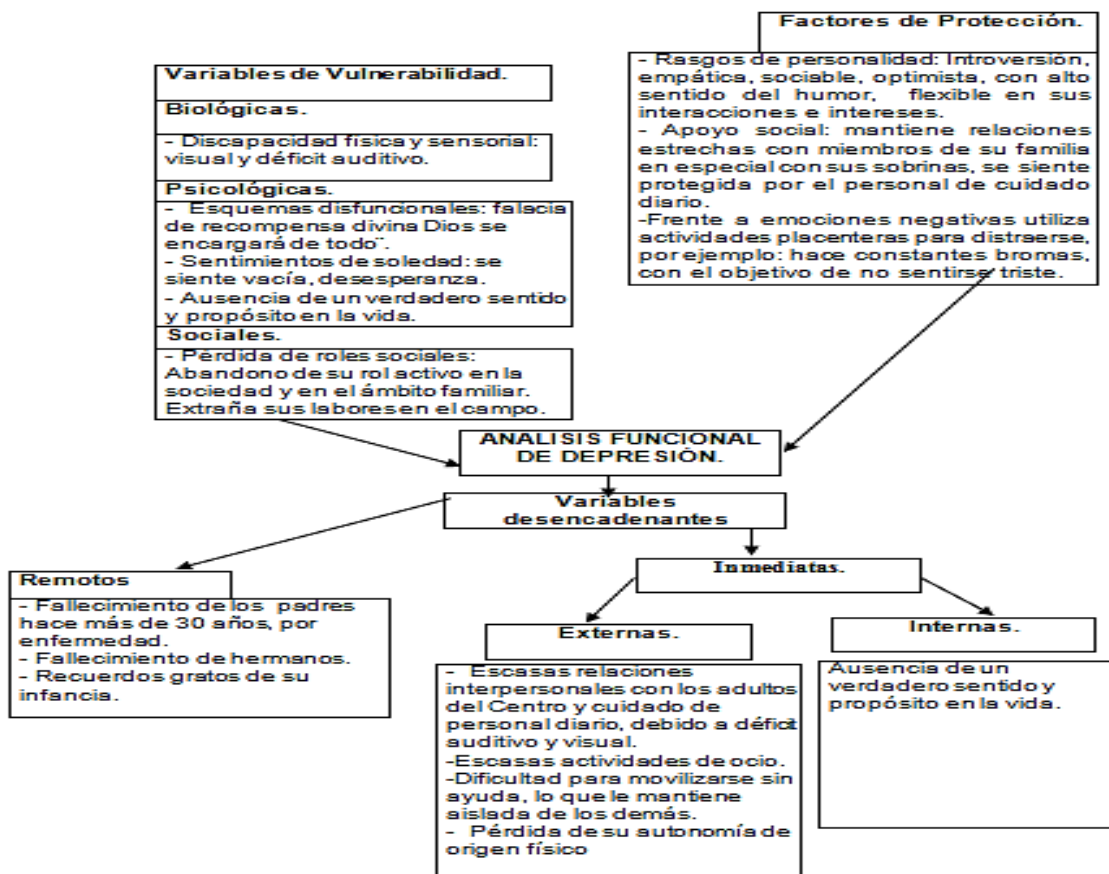
Análisis Funcional de Depresión (Caso Julia).



MANTENEDORES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Inmovilidad física, no puede desplazarse de un lugar a otro - Escasa relación con sus compañeros por su discapacidad visual. - No recibe visitas constantes - Pérdida de roles sociales. - Escasas actividades de ocio. 	<p>A nivel conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se mantiene aislada de sus pares y personal de cuidado, no participa ni se involucra en actividades diarias. <p>A nivel cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento de autoevaluación y minusvalía. <p>A nivel psicofisiológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas del sueño <p>A nivel emocional-motivacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emociones de inutilidad, tristeza, desesperanza, indiferencia afectiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empeoramiento del estado de ánimo. - Aislamiento social. - Tristeza profunda

7.13 Anexo 13.

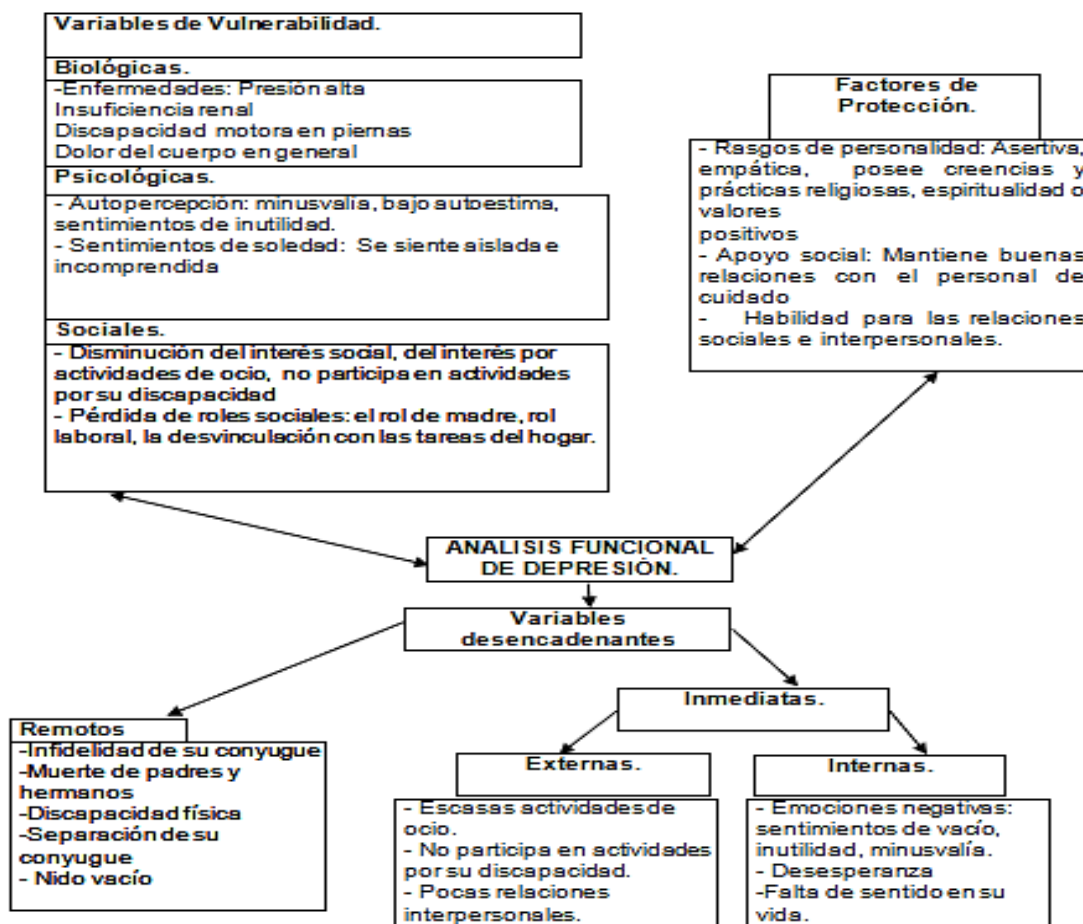
Análisis Funcional de Depresión (Caso Cecilia).



MANTENEDORES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Estar en un rincón sentada la mayor parte del tiempo, debido a discapacidad motora y sensorial. - Pérdida de roles sociales. - Escasas actividades de ocio. - El estilo de afrontamiento pasivo, responde a situaciones con pasividad, resignación y aceptación positiva. 	<p>A nivel conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentada en un rincón la mayor parte del tiempo lo que no le permite establecer relaciones sociales. <p>A nivel cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamientos auto-devaluativos "me siento inútil" con referencia a su condición física. - Pensamientos positivos sobre su futuro. - Encuentra cosas positivas en situaciones adversas. <p>A nivel emocional-motivacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emociones de aburrimiento, pero también se muestra alegre y entusiasta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social. - Sensación de falta de control sobre su cuidado personal.

7.14 Anexo 14.

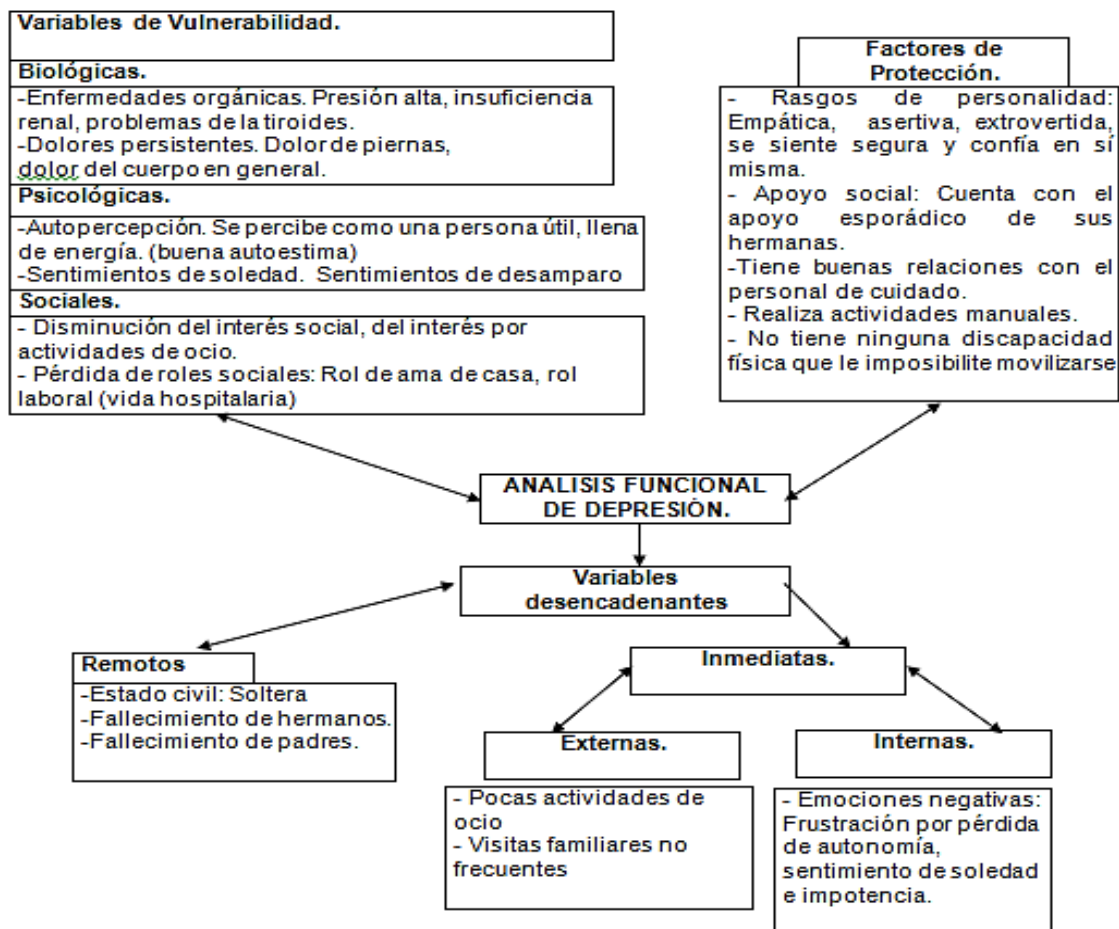
Análisis Funcional de Depresión (Caso Zoila).



MANTENEDORES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Inmovilidad física, no puede desplazarse de un lugar a otro - No recibe visitas constantes - Pérdida de roles sociales. - Escasas actividades de ocio. 	<p>A nivel conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - No participa ni se involucra en actividades diarias. <p>A nivel cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento de muerte y minusvalía <p>A nivel psicofisiológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas del sueño y patrón de apetito <p>A nivel emocional-motivacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emociones de inutilidad, tristeza, desesperanza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empeoramiento del estado de ánimo. - Aislamiento social. - Tristeza profunda - Sensación de cansancio y fatiga

7.15 Anexo 15.

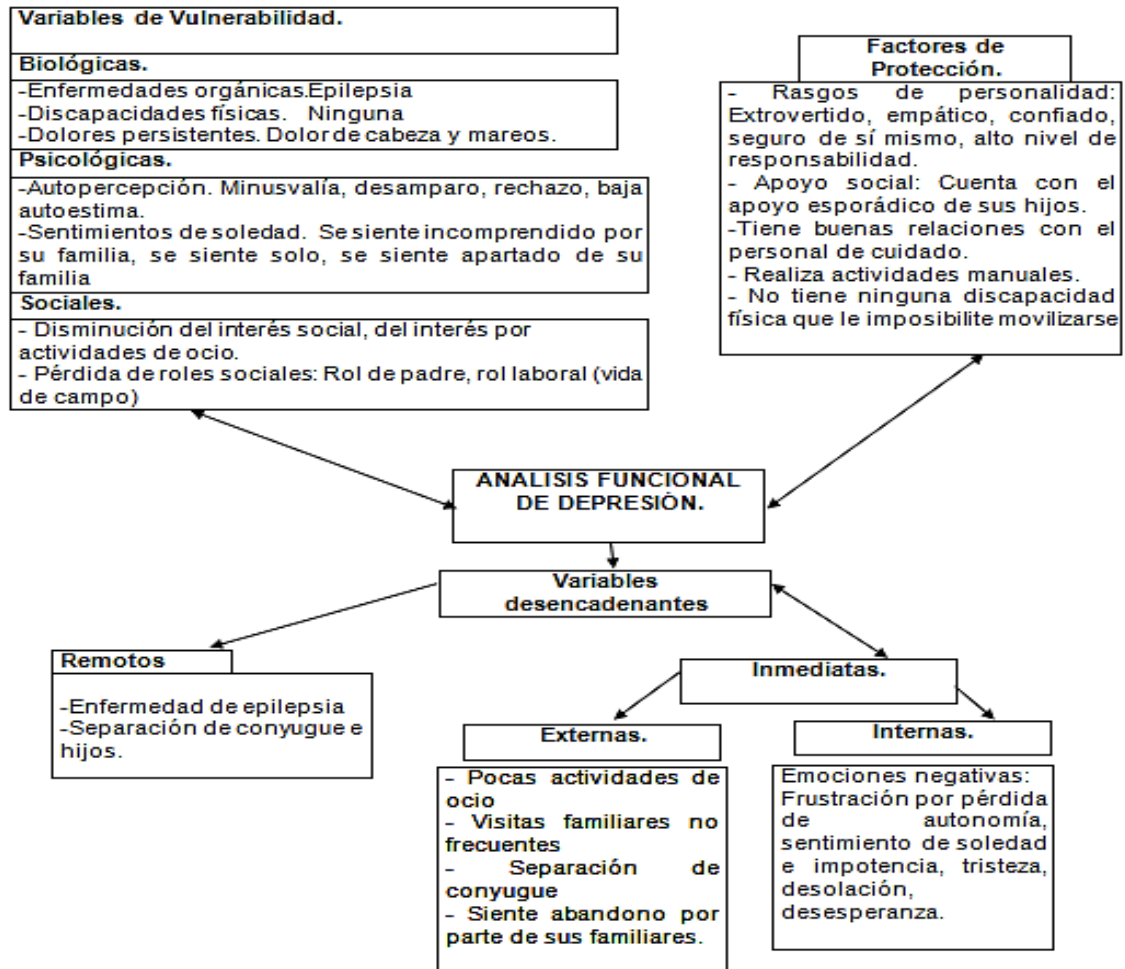
Análisis Funcional de Depresión (Caso Blanca).



MANTENEDORES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> -No recibe visitas constantes - Pérdida de roles sociales. - Escasas actividades de ocio. 	<p>A nivel conductual</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participa y se implica en actividades diarias <p>A nivel cognitivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento resiliente. <p>A nivel psicofisiológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas del sueño <p>A nivel emocional-motivacional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emociones de esperanza 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de cansancio y fatiga

7.16 Anexo 16.

Análisis Funcional de Depresión (Caso Manuel).



MANTENEDORES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
-No recibe visitas constantes - Pérdida de roles sociales. - Escasas actividades de ocio. - Separación de conyugue e hijos	A nivel conductual - No participa y ni se implica en actividades diarias A nivel cognitivo. - Pensamiento de minusvalía y abandono A nivel psicofisiológico. - Problemas del sueño A nivel emocional-motivacional - Emociones de desesperanza y abandono	- Empeoramiento de su estado de ánimo. - Empeoramiento de su estado de salud por su enfermedad