



Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

**LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR Y EL
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VIDA**

Estudio comparativo realizado en los Servicios Sociales del Adulto
Mayor IESS

Cuenca –Ecuador

Trabajo de graduación previo a la obtención
del título de Psicólogo Clínico

Autor: Omar Patricio Novillo Verdugo

Director: Máster Alberto Astudillo

Cuenca – Ecuador

2013

Dedicatoria

A mis padres Miguel y Alicia por su ejemplo, cariño, comprensión y paciencia.

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad del Azuay, a mi Director de tesis el Máster Alberto Astudillo, a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS de Cuenca, a su coordinadora la Socióloga Martha Ugalde, al Dr. Jorge Ipiates, a mi primo Jorge Aldaz Verdugo, a la familia Meza-Verdugo y de manera muy especial al Dr. Patricio Meza.

Omar Novillo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN GENERAL.....	1
CAPÍTULO I EL ADULTO MAYOR	3
INTRODUCCIÓN	3
1.1 El envejecimiento en nuestros días	4
1.2 Conceptos de envejecimiento.....	4
1.3 Aspecto biológico del adulto mayor	5
1.4 Cambios psicológicos	6
1.5 Cambios psicosociales	8
1.6 Teorías de la personalidad.....	13
1.6.1 Teoría de Robert Peck	16
1.6.2 Modelo socio-cognitivo del desarrollo de la personalidad.....	17
CONCLUSIONES	19
CAPÍTULO II LA DEPRESIÓN	20
Introducción	20
2.1 Etimología de la palabra Depresión	21
2.2 Historia.....	21
2.3 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).....	24
2.3.1 La depresión en el CIE 10	24
2.3.2 Clasificación de la Depresión según el CIE 10	26
2.4 Depresión en el adulto mayor	27
2.4.1 Teorías explicativas sobre la depresión en el adulto mayor	28
2.5 La terapia y la depresión	31
2.5.1 Psicoterapia dinámica (orientada hacia el “insight”).....	31

2.5.2 Psicoterapia de apoyo	33
2.5.3. Psicoterapia cognoscitiva	35
2.5.4 Psicoterapia breve.....	36
Conclusiones	38
CAPITULO III LA JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES DE ABRAHAM MASLOW	
MASLOW	39
Introducción	39
3.1 Las necesidades básicas	40
3.2 La motivación humana.....	41
3.3 La jerarquía de las necesidades según Abraham Maslow	44
3.3.1 Necesidades fisiológicas.....	45
3.3.2 Necesidad de seguridad	45
3.3.3 Necesidades de amor y pertenencia.....	46
3.3.4 Necesidad de respeto	47
3.3.5 Necesidades de autorrealización.....	48
3.4 Teoría de Erik Erikson	49
3.4.1 Teoría de Robert Havighurst	53
3.5 Autorrealización.....	55
3.5.1 Necesidades insatisfechas.....	57
Conclusiones	59
CAPÍTULO IV INVESTIGACIÓN DE CAMPO	
Introducción	60
4.1 Datos generales del Centro donde se llevo a cabo el presente estudio	61
4.2 La muestra.....	61
4.3 Aplicación de Encuesta Psicosocial	61
4.4 Aplicación de Test de depresión de Hamilton	62
4.5 Aplicación de Escala de depresión geriátrica Yesavage	63
4.6 Aplicación de Encuesta Plan de Vida	63
4.6 Procesamiento de los datos obtenidos y tabulación de los mismos	65
Conclusiones	130
CONCLUSIONES FINALES	
CONCLUSIONES FINALES	131
RECOMENDACIONES	
RECOMENDACIONES	133
ANEXOS	
ANEXOS	137

ÌNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Edad.....	65
Tabla 2: Género.....	66
Tabla 3: Instrucción.....	67
Tabla 4: Ocupación antes de Jubilarse.....	68
Tabla 5: ¿En la actualidad con quién vive ud?.....	69
Tabla 6: Participo activamente como integrante de grupo a más del I.E.S.S.....	70
Tabla 7: Humor depresivo.....	71
Tabla 8: Sentimiento de culpa.....	72
Tabla 9: Suicidio.....	73
Tabla 10: Insomnio Precoz.....	74
Tabla 11: Insomnio Intermedio.....	75
Tabla 12: Insomnio Tardío.....	76
Tabla 13: Trabajo y actividades.....	77
Tabla 14: Inhibición Psicomotora.....	78
Tabla 15: Agitación Psicomotora.....	79
Tabla 16: Ansiedad Psíquica.....	80
Tabla 17: Ansiedad Somática.....	81
Tabla 18: Síntomas somáticos gastrointestinales.....	82
Tabla 19: Síntomas generales.....	83
Tabla 20: Síntomas genitales.....	84
Tabla 21: Hipocondría.....	85
Tabla 22: Pérdida de Peso.....	86
Tabla 23: Introspección.....	87
Tabla 24: Gravedad del cuadro.....	88
Tabla 25: ¿Está satisfecho con su vida?.....	89
Tabla 26: ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?.....	90
Tabla 27: ¿Siente que su vida está vacía?.....	91
Tabla 28: ¿Se encuentra a menudo aburrido?.....	92
Tabla 29: ¿Tiene a menudo buen ánimo?.....	93
Tabla 30: ¿Teme que algo malo le pase?.....	94

Tabla 31: ¿Se siente feliz muchas veces?.....	95
Tabla 32: ¿Se siente a menudo abandonada?.....	96
Tabla 33: ¿Prefiere quedarse en casa a salir?.....	97
Tabla 34: ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?...98	
Tabla 35: ¿Piensa que es maravilloso vivir?.....	99
Tabla 36: ¿Le cuesta iniciar nuevos Proyectos?.....	100
Tabla 37: ¿Se siente lleno/a de energía?.....	101
Tabla 38: ¿Siente que su situación es desesperada?.....	102
Tabla 39: ¿Cree que mucha gente está mejor que Ud.?.....	103
Tabla 40: Diagnóstico.....	104
Tabla 41: Dieta Alimenticia.....	105
Tabla 42: Ingiero líquidos.....	106
Tabla 43: Salud Sexual.....	107
Tabla 44: Hábito postural del sueño.....	108
Tabla 45: Vida Sexual.....	109
Tabla 46: Seguridad Física.....	110
Tabla 47: Relación con mi familia.....	111
Tabla 48: Las actividades que realizo en mi vida diaria.....	112
Tabla 49: Ingresos Económicos.....	113
Tabla 50: Salud Actual.....	114
Tabla 51: Vida afectiva y sexual.....	115
Tabla 52: Vida Social.....	116
Tabla 53: Esposo/a o pareja.....	117
Tabla 54: Amistad.....	118
Tabla 55: Seguridad de pensar, hacer y sentir.....	119
Tabla 56: Consideración de hijos hacia sus padres.....	120
Tabla 57: Confían en mí.....	121
Tabla 58: Me respeten.....	122
Tabla 59: He tenido éxito.....	123
Tabla 60: Merezco reconocimiento.....	124
Tabla 61: He cultivado valores de carácter moral.....	125
Tabla 62: Creatividad.....	126
Tabla 63: Mis reacciones son espontáneas y desprejuiciadas.....	127

Tabla 64: Aceptación física, mental y espiritual.....	128
Tabla 65: Capacidad para resolver problemas.....	129

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Edad.....	65
Gráfico 2: Género.....	66
Gráfico 3: Instrucción.....	67
Gráfico 4: Ocupación antes de Jubilarse.....	68
Gráfico 5: ¿En la actualidad con quién vive ud?.....	69
Gráfico 6: Participo activamente como integrante de grupo a más del I.E.S.S.....	70
Gráfico 7: Humor depresivo.....	71
Gráfico 8: Sentimiento de culpa.....	72
Gráfico a 9: Suicidio.....	73
Gráfico 10: Insomnio Precoz.....	74
Gráfico 11: Insomnio Intermedio.....	75
Gráfico 12: Insomnio Tardío.....	76
Gráfico 13: Trabajo y actividades.....	77
Gráfico 14: Inhibición Psicomotora.....	78
Gráfico 15: Agitación Psicomotora.....	79
Gráfico 16: Ansiedad Psíquica.....	80
Gráfico 17: Ansiedad Somática.....	81
Gráfico 18: Síntomas somáticos gastrointestinales.....	82
Gráfico 19: Síntomas generales.....	83
Gráfico 20: Síntomas genitales.....	84
Gráfico 21: Hipocondría.....	85
Gráfico 22: Pérdida de Peso.....	86
Gráfico 23: Introspección.....	87
Gráfico 24: Gravedad del cuadro.....	88
Gráfico 25: ¿Está satisfecho con su vida?.....	89
Gráfico 26: ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?.....	90
Gráfico 27: ¿Siente que su vida está vacía?.....	91

Gráfico 28: ¿Se encuentra a menudo aburrido?.....	92
Gráfico 29: ¿Tiene a menudo buen ánimo?.....	93
Gráfico 30: ¿Teme que algo malo le pase?.....	94
Gráfico 31: ¿Se siente feliz muchas veces?.....	95
Gráfico 32: ¿Se siente a menudo abandonada?.....	96
Gráfico 33: ¿Prefiere quedarse en casa a salir?.....	97
Gráfico 34: ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?.....	98
Gráfico 35: ¿Piensa que es maravilloso vivir?.....	99
Gráfico 36: ¿Le cuesta iniciar nuevos Proyectos?.....	100
Gráfico 37: ¿Se siente lleno/a de energía?.....	101
Gráfico 38: ¿Siente que su situación es desesperada?.....	102
Gráfico 39: ¿Cree que mucha gente está mejor que Ud.?.....	103
Gráfico 40: Diagnóstico.....	104
Gráfico 41: Dieta Alimenticia.....	105
Gráfico 42: Ingiero líquidos.....	106
Gráfico 43: Salud Sexual.....	107
Gráfico 44: Hábito postural del sueño.....	108
Gráfico 45: Vida Sexual.....	109
Gráfico 46: Seguridad Física.....	110
Gráfico 47: Relación con mi familia.....	111
Gráfico 48: Las actividades que realizo en mi vida diaria.....	112
Gráfico 49: Ingresos Económicos.....	113
Gráfico 50: Salud Actual.....	114
Gráfico 51: Vida afectiva y sexual.....	115
Gráfico 52: Vida Social.....	116
Gráfico 53: Esposo/a o pareja.....	117
Gráfico 54: Amistad.....	118
Gráfico 55: Seguridad de pensar, hacer y sentir.....	119
Gráfico 56: Consideración de hijos hacia sus padres.....	120
Gráfico 57: Confían en mí.....	121
Gráfico 58: Me respeten.....	122
Gráfico 59: He tenido éxito.....	123
Gráfico 60: Merezco reconocimiento.....	124

Gráfico 61: He cultivado valores de carácter moral.....	125
Gráfico 62: Creatividad.....	126
Gráfico 63: Mis reacciones son espontáneas y desprejuiciadas.....	127
Gráfico 64: Aceptación física, mental y espiritual.....	128
Gráfico 65: Capacidad para resolver problemas.....	129

LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR Y EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VIDA

Estudio comparativo a realizarse en los Servicios Sociales del Adulto Mayor IESS

Cuenca –Ecuador

RESUMEN

En el presente trabajo de titulación se realizó con el objetivo de determinar que los adultos mayores que no sufren depresión han cumplido mejor su plan de vida que los adultos mayores que sufren depresión. Para esto se ha utilizado la investigación bibliográfica referente al adulto mayor, depresión, jerarquía de necesidades de Maslow, cumplimiento de las mismas; y el trabajo de campo con la recolección de estas informaciones mediante instrumentos elaborados para esta tarea y dos reactivos psicológicos, test de Hamilton y Escala de depresión de Yesavage aplicados a una muestra de cuarenta personas pertenecientes a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS de la ciudad de Cuenca para posteriormente correlacionarlas, mediante trabajo estadístico, con la satisfacción de haber alcanzado de buena manera su plan de vida y derivado de ello gozar de una buena salud mental libre de depresión.

ABSTRACT

DEPRESSION IN THE ELDERLY AND FULFILLMENT OF THEIR LIFE PLAN

Comparative study in the Social Services for the Elderly in IESS

Cuenca-Ecuador

The goal of the present graduation project was to determine that the elderly who do not suffer depression are those who have fulfilled their life plan better than the elderly who suffer depression. In order to develop this study, we carried out a bibliographic investigation regarding the elderly, depression, Maslow's Hierarchy of Needs, and the fulfillment of these needs. In the field study, the information was gathered through instruments that were developed during this investigation as well as through two psychological tests: Hamilton Test and Yesavage's Depression Scale, which were applied to a sample of 40 people from the Social Services for the Elderly in IESS in the city of Cuenca. Then we established a correlation through a statistic work. The study showed that they had the satisfaction to fulfill their life plan and as a result they presented good mental health and were free of depression.



Diana Lee Rodas
Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN GENERAL

La motivación para la realización de este trabajo se dio debido a que el postulante hizo sus prácticas pre profesionales por un lapso de cuatro meses en los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS, donde se encontró con algo muy importante y muy inquietante como es la depresión en el adulto mayor esto debido a que algunos tenían cosas, actos, proyectos, pérdidas, etc. que les frustraba al no haberlas resuelto correctamente o como ellos lo hubiesen esperado realizarlas y que al presente los agobiaba. El presente trabajo es un intento de comparación de los niveles de depresión entre los adultos mayores y el cumplimiento del plan de vida de la muestra de estudio.

En la adultez mayor los cambios biológicos, psicológicos y sociales son muy importantes para el entendimiento y comprensión sobre las personas que cursan esta etapa de la vida. La salud física y las modificaciones en sus cuerpos, los orígenes de su deterioro físico debido al normal proceso de envejecimiento, su salud mental y el deterioro de la misma por razones de adaptación a este período de la vida; la depresión considerada una de las enfermedades ubicadas en segundo lugar luego de las cardiopatías, siendo el grupo etario más vulnerable a padecerla por factores propios del envejecimiento.

Uno de los factores importantes en el ser humano es la “motivación”, el impulso que lleva a la persona a actuar de determinada manera, puede ser provocado por un estímulo externo, que proviene del ambiente, o generado internamente por procesos mentales del individuo. La motivación y el sistema cognitivo de los individuos están profundamente influidos por su ambiente físico y social, su estructura fisiológica, los procesos fisiológicos, y sus necesidades y experiencias anteriores. En consecuencia, todos los actos del individuo están guiados por su cognición por lo que siente, piensa y cree siendo así, el presente trabajo va a tratar sobre las necesidades, la jerarquía de las necesidades de Maslow y la satisfacción de cada una de ellas o la frustración por no haberlas podido cubrir.

En el trabajo de campo, los instrumentos utilizados son: los reactivos Psicológicos aplicados (Test de depresión de Hamilton, Escala de Depresión geriátrica de Yesavage), Encuestas: Psicosocial y Satisfacción o Insatisfacción del Plan de Vida que se aplicarán a los pacientes que asisten a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS, con la finalidad de hacer el trabajo comparativo. El Test de Depresión de Hamilton conjuntamente con la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage determinarán cuantitativa y cualitativamente el nivel de depresión entre los pacientes; la Encuesta Psicosocial nos permitirá determinar el nivel económico social, edad, género, instrucción, pertenencia a un grupo familiar o social y la encuesta del Plan de Vida para medir individualmente cuantitativa y cualitativamente si las escalas de necesidades han sido satisfechas y de qué manera han influenciado en los estados anímicos.

CAPÍTULO 1

EL ADULTO MAYOR

INTRODUCCIÓN

En la etapa de la adultez mayor sus cambios biológicos, psicológicos y sociales son muy importantes para el entendimiento y comprensión sobre las personas que cursan esta etapa de la vida. La salud física y las modificaciones en sus cuerpos, debido al normal proceso de envejecimiento, su salud mental y el deterioro de la misma por razones de adaptación a este período de la vida, que involucra también la parte social como son la jubilación, la viudedad, el abandono familiar, la institucionalización. Teorías de la personalidad como los de autores Eysenck, Peck y el modelo socio-cognitivo del desarrollo de la personalidad planteado por Whitbourne.

1.1 El envejecimiento en nuestros días

El envejecimiento para muchas personas es algo terrible, fatal que les es difícil el aceptar que todos inevitablemente envejecemos, no quieren saber nada acerca de ese tema. De hecho, hoy la juventud considera la ancianidad como un estado de marginación, es decir, el “viejo”, el “anciano”, y otros términos que llegan a ser hasta despectivos, cuando el término respetable para las personas que llegan a esta etapa de la vida es “adulto mayor”. La juventud teme la pérdida de energía, control, flexibilidad, sexualidad, movilidad física, memoria e incluso inteligencia desconocen que el adulto mayor está lleno de sabiduría, experiencia, se ha realizado como persona, como abuelo, como padre, como amigo, etc. Es indiscutible que los cambios físicos y mentales son inevitables, pero esto se da en todas las etapas de la vida, hay muchos adultos mayores que esta etapa no les limita sino que les abre la posibilidad de disfrutar de otras experiencias. (Stuart-Hamilton, 2002)

1.2 Conceptos de envejecimiento

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, gradual, con cambios y transformaciones que se producen a nivel biológico, psicológico y social. Por tanto el envejecimiento del ser humano es un conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. La palabra envejecimiento, decadencia, declive, equivocadamente en nuestra sociedad es sinónimo de senectud, cuando su verdadero significado es una etapa del ciclo vital en la que el individuo se llena de sabiduría de la cual se beneficia por la experiencia adquirida. El envejecimiento no es considerado un proceso de involución y de retorno a estadios anteriores, sino como un proceso de evolución en el cual las modificaciones psicológicas profundas del individuo aparecen a lo largo de todo su ciclo vital. (Muñoz 2002)

El envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como la capacidad de respuesta a los agentes nocivos que inciden en el individuo. OMS. (2012), [Versión electrónica],

“Envejecimiento” [Consulta 28 de noviembre de 2012]. Disponible en Web: <<http://www.who.int/topics/ageing/es>>

1.3 Aspecto biológico del adulto mayor

La “edad biológica” hace referencia al estado de evolución/degeneración física del cuerpo. El envejecimiento es el estado final de desarrollo que toda persona sana y sin accidentes experimenta. Entonces encontramos en el adulto mayor, que el nivel de los tejidos, la piel y los músculos se vuelven menos elásticos (la teoría de la reticulación), la regeneración celular disminuye notablemente dando lugar al cambio en la apariencia física como la aparición de canas, la piel arrugada, un cambio de postura, etc. Estas alteraciones tienen efecto perjudicial en el funcionamiento corporal. Por citar unos ejemplos, el sistema urinario se vuelve más lento y menos eficaz en la eliminación de toxinas, el sistema gastrointestinal ya no extrae como debiera ser los nutrientes, hay disminución en la masa muscular, hay menos abastecimiento de oxígeno, la fuerza del corazón disminuye y las arterias se encogen y endurecen haciendo que el bombeo de sangre en todo el cuerpo consuma más energía, hay la pérdida de vasos capilares que lleven sangre a los músculos, la disminución de oxígeno también influye sobre los músculos, por ende la coordinación motora fina y la velocidad del tiempo de respuesta disminuye (Botwinick, Shock 1952 - 1984). Todos estos cambios repercuten en el funcionamiento del cerebro y, por tanto, en la actividad psicológica. Sin embargo todos los estudios demuestran que los hombres mueren en mayor número que las mujeres y a una edad más temprana.

Aun así hay ciertos tipos de trastornos que no son exclusivos de la etapa del adulto mayor, sino consecuencias dejadas por malos hábitos en otras épocas de su vida, por ejemplo una persona que pasa mucho tiempo en un ambiente donde el sonido es muy fuerte desarrollará problemas auditivos (Olsho 1985), o un fumador desarrolla problemas respiratorios; problemas en la columna en las mujeres pueden deberse al trabajo de cuando estas mujeres eran madres y cargaban a sus hijos (Whitbourne, 1985), etc. Es decir no podemos concluir que todos los cambios que trae consigo la edad sean parte normal de los procesos de

envejecimiento, contribuyen también a esto los accidentes que uno haya sufrido y su estilo de vida.

1.4 Cambios psicológicos

La inteligencia

Para muchas personas cuando hablan sobre la inteligencia en los adultos mayores, responden que ellos tienen más conocimiento, pero que son más lentos pensando las cosas. Para aclarar esto, el envejecimiento tiene como característica el aumento de la sabiduría y una disminución del juicio. Clayton y Birren (1980) en un estudio que realizaron descubrieron que los adultos jóvenes y de mediana edad tienen una tendencia mayor que los adultos mayores a asociar la sabiduría con la edad avanzada. La inteligencia medida en términos generales con test para medir la inteligencia global es cuestionada, ya que para muchos autores la inteligencia implica muchos aspectos de la vida, es decir existen tipos de inteligencia y algunos serán más inteligentes en ciertas áreas que otros que serán más inteligentes en otras diferentes, esto va a depender de las destrezas de cada persona. No se trata de negar la capacidad intelectual general que tenemos todos los individuos, pero para que los individuos tengan más capacidad en ciertas áreas que otros, dependerá de las destrezas intelectuales específicas, y de las necesidades.

Cattell (1971) y Horn (1978) identificaron dos de esas destrezas especializadas y las llamaron “Inteligencia Cristalizada” e “Inteligencia Fluida”. La primera mide la cantidad de conocimientos que un individuo ha acumulado durante toda su vida, la segunda mide la capacidad de resolver problemas para los que no hay soluciones que puedan derivarse de la educación formal o las prácticas culturales. En lo que respecta al deterioro de la inteligencia cristalizada en los adultos mayores, Meacham (1990), manifiesta y defiende que “la esencia de la sabiduría no está en lo que se conoce sino en cómo se guarda y utiliza ese conocimiento”. Esto implica que a pesar de que el adulto mayor pueda hablar sobre los conocimientos almacenados, en cualquier forma de interpretación, existe al menos

la posibilidad de una disminución. Sin embargo a pesar de esto, la resolución de problemas, inteligencia fluida, disminuye notablemente en el adulto mayor, y que la inteligencia cristalizada es un hecho que ésta se pierde cuando el adulto mayor ha entrado en una demencia, al igual que toda la fluida.

Algo muy importante es no confundir la inteligencia cristalizada con la sabiduría, si bien está ligada a parte de la personalidad y la inteligencia de la persona, también es independiente en parte de esos factores. La sabiduría es vista como la capacidad de resolver los problemas de la vida diaria. Los investigadores han encontrado también que la sabiduría es una capacidad beneficiosa, y está fuertemente relacionada con la satisfacción vital en los adultos mayores (Ardelt, 1997-1998). Las destrezas disminuyen porque no se practican o se practican escasamente Teorías del Desuso y Teoría de los Cambios debidos al enlentecimiento en la conducción neural. Está relacionado con tareas específicas, como la atención, la organización conceptual, la creatividad, etc. Parece difícil en general decidir que parte del cambio del envejecimiento se debe a efectos de cohorte (grupo de personas nacido y educado en el mismo período de tiempo/histórico) y no a envejecimiento “puro”.

La memoria

La queja común de muchos adultos mayores es de que su memoria “no es la que era”, al parecer es justificada. La memoria disminuye en los últimos años, y se ha propuesto que esto se debe en parte a los cambios fisiológicos en el cerebro de las personas que envejecen. La reducción en el número y eficacia de las neuronas implica que la memoria de las personas adultas mayores, el sistema físico de almacenamiento de la memoria está comprometido, lo que hay una gran posibilidad de que tenga consecuencias psicológicas. “Entrando en más profundidad en el nivel anatómico del cerebro en los adultos mayores, relacionado con el debilitamiento de la memoria, existe cambios anatómicos y funcionales en los lóbulos frontales, y el hipocampo. El hipocampo actúa como una “estación de relevo” entre la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo; con respecto al lóbulo frontal, un déficit, puede perturbar gravemente la planificación y el ordenamiento de los recuerdos” (Muñoz, 2002). Más sin embargo, se puede

observar que las destrezas de la memoria que no disminuyen son de inteligencia cristalizada (conocimientos de hechos, procedimientos, etc.). Los problemas de memoria aparecen más cuando se trata de procesar nueva información y ocuparse de otras tareas (inteligencia fluida).

En esta parte hay que advertir que el debilitamiento de la visión y audición, afectará las destrezas lingüísticas. Visto de un modo general, un deterioro en la salud física puede reducir, la mayoría de las veces, las oportunidades de conversación. Los hábitos de lectura cambian hacia materiales de lectura menos complejos, pero esto puede ser discutible, en vista de que tenemos por un lado la disminución de destrezas intelectuales o por un cambio de motivación. (Muñoz, 2002)

1.5 Cambios psicosociales

El ser humano durante toda su vida busca una adaptación al medio, en la niñez, en la adolescencia, en la adultez joven, porque están en fase de crecimiento; en el caso del adulto mayor, la alternativa es de envejecer o morir, donde existe un doble esfuerzo: adaptarse al medio más hostil y con menor número de posibilidades para sus capacidades personales y vitales; y, un esfuerzo para adaptarse a la vejez como situación estable, con el cambio o desaparición del sentido de la vida propia. Esto hace referencia a como el individuo debe comportarse en edades cronológicas particulares en la sociedad.

Lastimosamente en la sociedad competitiva y de masas, de población productiva en todos los campos, especialmente en la que vivimos la occidental, la edad avanzada no se ve como una acumulación de conocimientos y de experiencia, sino más bien como de relajamiento forzoso. Así llega la jubilación, el retiro de la vida productiva conduciendo al adulto mayor a una forma de minusvalía para la sociedad, la misma sociedad los ve como una carga de la cual hay que gastar recursos tanto económicos como de tiempo para tratarlos; personas que ya no aporta económicamente y que no es tan indispensable sus relaciones sociales, siendo en muchos casos abandonados por sus familias, la sociedad y las relaciones

interpersonales, entonces mucho mayor es el abandono social por parte de la gran sociedad. (Muñoz, 2002)

Por ello, en nuestras sociedades se han creado instituciones para esta población. Pero la mayoría son de cuidados primarios olvidando la parte afectiva, emocional, pasando a ser considerado el adulto mayor como una fuente de ingreso económico para las instituciones por lo que es tratado como un objeto, que simplemente hay que darle sustento diario para su vida biológica, más no su parte psicológica y social, claro está que hay sus honrosas excepciones, aun así, como mencionamos anteriormente, esto se da por la razón de que los adultos jóvenes y medios no desean o no pueden con una “carga” más y delegan responsabilidades a terceras personas en el cuidado de los mismos.

Hay otras instituciones donde no son de tiempo completo y ofrecen una variedad de actos, programas, viajes, atención en salud física y mental, etc. que sirven para el esparcimiento de los adultos mayores. Esto es muy positivo para su salud mental y física ya que estos adultos mayores se valen por sí mismos, porque ellos son los que voluntariamente se afilian a estos grupos con la finalidad de sociabilizar y distraerse de la rutina monótona ya que han terminado de servir a sus familias, a sus trabajos y es tiempo de relajación y de goce por los años que han servido a la sociedad como gente productiva económicamente y en otros ámbitos, pero cabe destacar que aún así estos adultos mayores no se desconectan de la sociedad sino que empiezan a cumplir otro rol.

El adulto mayor como ser social se ve obligado a establecer relaciones humanas y a una apertura hacia los demás. Sin embargo existen barreras que impiden el establecimiento de adecuadas relaciones interpersonales y sociales, dado por una serie de prejuicios, actitudes y conductas en las relaciones de unas personas con otras. La desconfianza, desilusiones, desengaños, traiciones, servilismo, entre otros son factores que afectan las relaciones humanas y en particular de este grupo de atención prioritaria.

Hay personas que buscan despertar en los demás el sentido de solidaridad, otras que se caracteriza por el individualismo, egocentrismo, debido a su formación, a la estructura social, por defender su estatus o una situación conocida; las frustraciones. Esto impide que se lleve a cabo adecuadamente relaciones humanas entre las personas a nivel general y a nivel particular en instituciones públicas y privadas, lo que repercute en la eficiencia y eficacia en las actividades cotidianas, al igual que en el equilibrio de la salud mental.

Todo esto va en relación con su Desarrollo personal y en su formación integral (el adulto mayor por ser persona sigue en proceso de formación), busca el crecimiento del individuo en lo físico, psicológico y social, procurando que el hombre sea un ser hecho para los demás; por otra parte, mejora aptitudes personales a fin de convertirlo en una persona capaz de adaptarse a los grupos sociales que su condición de adulto mayor lo determinan, en forma eficiente. De esto, en general tenemos poca conciencia, pero es algo que no se adquiere conceptualmente, sino a través de la práctica, de la experiencia y vivencias, que hacen que cambie su forma de pensar, sentir y actuar.

Los cambios de comportamiento de los adultos mayores deben aceptarse como inevitables; pero no se puede determinar en qué medida son consecuencia de deterioro neurológico y porque también obedecen al cambio de situación social, psicológica y fisiológica. Al llegar a una edad mayor, la persona experimenta cambios en los ambientes, y también se dan cuenta cómo otros son lejanos o le ofrecen menos interés.

En realidad esto ha pasado siempre en cada una de las etapas evolutivas del individuo; nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues tienen otros tintes de marginación social. Por eso el adulto mayor se encuentra con capacidades disminuidas, que le permitan un trabajo de adaptación (las motivaciones o refuerzos sociales). Al tener un gran déficit de dichas capacidades, le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias y esto conlleva a una inevitable baja en su

autoestima con la consecuencia de tener el adulto que propende a la irritabilidad, agresividad, decaimiento y en conjunto a la depresión. (Muñoz, 2002)

Según una clasificación del adulto mayor por etapas, (Santrock 2006) existen: El adulto mayor joven, el adulto mayor de mediana edad, el adulto mayor de avanzada edad, y el adulto mayor de muy avanzada edad. A continuación haremos una breve descripción de cada una de ellas:

1. El Adulto mayor joven. Comienza desde los sesenta hasta los sesenta y nueve años. Durante esta década existe una importante transición, como por ejemplo el retiro o la reducción de horas de trabajo, los ingresos suelen reducirse, y los amigos y compañeros empiezan a desaparecer.
Con excepciones de individuos de sesenta años que poseen una energía vital lo suficientemente grande como para buscar actividades nuevas y diferentes. Muchos de los recién retirados son sanos, fuertes y bien educados y dedican su tiempo, del cual ya disponen, al progreso personal o a las empresas políticas o comunitarias. Algunos siguen practicando con regularidad las actividades sexuales y deportivas, u otros se dedican a negocios pequeños o al cuidado de sus nietos.
2. El Adulto mayor de mediana edad. Comienza desde los setenta hasta los setenta y nueve años de vida. Durante ésta década muchos sufren pérdidas y enfermedades, las cuales van volviéndose molestos, así como van contemplando la muerte de los amigos y familiares. Su vida social se ve disminuida, y presenta: preocupación, ansiedad e irritabilidad. La declinación de la actividad sexual.
3. El adulto mayor de avanzada edad. Comprende desde los ochenta a los ochenta y nueve años de vida. Los octogenarios, por lo general, sufren de muchas y crecientes dificultades para adaptarse e interactuar con su entorno. Esto genera que algunos sean institucionalizados o abandonados por parte de sus familiares, además que pasan más tiempo en consultas médicas e internamientos hospitalarios.

4. El Adulto mayor de muy avanzada edad. Va desde los noventa en adelante. En esta clasificación la población es disminuida; pero si han superado bien las otras etapas y sub etapas de la vida se puede decir que pasarían sus días más tranquilos, siempre que no exista enfermedades psiquiátricas y físicas.

La percepción de los adultos mayores en un estudio realizado por Gram y Baker (1989), en el cual se les pedía a los mayores imaginarse su posición social en diferentes edades de la vida. Así se descubrió que los adultos mayores cuando se percibían como niños se sentían inferiores y en la adolescencia iba creciendo su estatus, siendo mucho mejor en la adultez joven y en la mediana edad, para después verse en la edad actual donde se percibían en iguales condiciones que los niños.

Sin embargo la exposición a los adultos mayores en comunicaciones positivas sobre el envejecimiento puede mejorar sus destrezas y por ende su autoimagen. Los cambios de imagen en el adulto mayor pueden mermar mucho más su autoestima, dichos cambios pueden ser físicos, que se notan a simple vista, y cambios psicológicos que se notan en sus actitudes y desenvolvimiento familiar, social.

La jubilación para un adulto mayor puede ser tomada de varias maneras. Así para una persona que disminuye progresivamente su carga horaria se va habituando a la idea de que ya tiene que retirarse, pero sigue laborando, claro con menos intensidad. Algunos esperan con ansias la jubilación y cuando les llega sienten un placer enorme y disfrutan de su retiro. Otros la jubilación obligatoria les puede generar problemas psicológicos ya que dichas personas se sienten inútiles, que ya no sirven y que son una carga para la sociedad.

La viudez es la pérdida por fallecimiento del compañero de cualquiera de los dos géneros, y afecta con más frecuencia a las mujeres que a los hombres, debido que las expectativas de vida son mayores en las mujeres que en los varones. La muerte de uno de los conyugues puede ser menos dolorosa si la persona que fallece ha sufrido una enfermedad larga, su pareja va asimilando poco a poco que su

enfermedad le va a conducir inevitablemente a la muerte y acepta con cierta resignación y hasta con compasión por el descanso de su par que está sufriendo. No está por demás mencionar que los adultos mayores tienen una reacción más suave ante esta circunstancia que los adultos jóvenes, porque están más preparados para aceptar la muerte de un compañero.

Existe otro factor que conduce al adulto mayor a una autoimagen de minusvalía y depresión el cual es el factor económico, ya que al estar en retiro de la vida laboral y por ende de la dependencia del percibir un salario, a cambio recibe una pensión jubilar que es disminuida con relación a su anterior bienestar económico en vida laboral. El factor familia, hijos, nietos, etc., que generen un apoyo social y de cierto modo un apoyo económico disimulado, pueden disminuir considerablemente el riesgo de una afección psicológica.

La pérdida de la memoria, la disminución de la vida intelectual, la personalidad, todos estos factores también pueden convertirse en posibles detonantes para una depresión en el adulto mayor. Otro factor es el recuerdo persistente a lo largo de su vida y más aún en esta etapa de episodios desagradables acontecidos en el pasado.

Para que exista una satisfacción vital en el adulto mayor, lo recomendable y esperable es que se adhiera a grupos de su misma etapa y comparta recuerdos de los logros y satisfacciones conseguidos por ellos en su juventud, el compartir distracciones que van de acorde con su edad, y el ejercicio físico dentro de la medida posible que pueda hacerlo, el incentivarlos a descubrir nuevas experiencias, etc. claro está con un debido proceso de ayuda al adulto mayor para que dicho ser humano no sea obligado a cumplir estas tareas sino lo haga por su propia voluntad y le cause satisfacción. (Carrasco, 2005)

1.6 Teorías de la personalidad

Hay muchos conceptos sobre personalidad, pero una definición más general es: “las características y maneras de comportarse individuales que, en su organización o pauta, explican los ajustes específicos de un individuo a su ambiente total”

(Muñoz, 2002, p.15). La personalidad no puede ser abordada con rigidez conceptual, tales como la teoría de los rasgos (Costa y McCrae, 1992), el rasgo se lo define como una característica duradera de la personalidad de un individuo que es la base de su comportamiento, o la del desarrollo personal (Jung, 1933; Erikson, 1950; Levinson, 1986) o por último el enfoque llamado sociocognitivo, que analiza y comprende como el adulto mayor interioriza e integra los cambios que se producen en su vida relacionándolos con el ambiente que les rodea, sin embargo la complementariedad de éstas y otras concepciones contribuyen a ampliar la visión de cómo se realiza el desarrollo personal del adulto mayor.

Para algunos psicólogos la personalidad se configura en la edad temprana y permanece estable hasta la vejez; otros sostienen que, con el pasar de los años, aparecen cambios en el desarrollo personal (Muñoz, 2002).

“Un estudio (Costa y McCrae, 1986) determina que los rasgos de personalidad se encasillan en cinco factores generales:

1. Neuroticismo versus control emocional. El neuroticismo caracterizado por mala adaptación e inestabilidad afectiva. Incluye ansiedad, hostilidad, timidez, sufrimiento emocional, impulsividad y vulnerabilidad.
2. Extraversión versus introversión. Este rasgo mide la capacidad para establecer vínculos con otras personas. Engloba: preferencia por estar en compañía de otros, asertividad, necesidad de estar ocupado, tendencia a experimentar emociones positivas, calidez y exteorización. En definitiva, refleja la tendencia del individuo a ser feliz rodeado con los demás.
3. Apertura a la experiencia. Evalúa la búsqueda de experiencias nuevas, el gusto por lo desconocido y los deseos de correr riesgos o intentar nuevas empresas.
4. Sensibilidad a las relaciones personales. Intenta medir la forma en la que la persona se relaciona con los demás.
5. Minuciosidad. Describe la conducta pertinaz para conseguir metas, organización, método y autodisciplina”. (Muñoz 22-31)

Los autores de esta investigación concluyen aduciendo que el envejecimiento no influye sobre la personalidad del individuo, que la personalidad de los individuos no cambia de forma sistemática y predecible en el transcurso del tiempo.

Según Eysenck (1985-1987) la personalidad está medida, aunque para muchos autores la personalidad no se puede medir porque según como se comporte las personas en un contexto social e histórico dado pueden ser vistas por buenas por unos y malos por otros, en Extraversión-Introversión, Neuroticismo y Psicoticismo y este respetable autor defendió que la personalidad está determinada por el grado en que las personas muestran estos tres rasgos. El rasgo de Extraversión-Introversión (E) mide el grado en que una persona es sociable y asertiva, al contrario una persona introvertida es tímido y retirado, muy parecido al estudio de (Costa y McCrae 1986). El rasgo de psicoticismo (P) se muestra en una persona emocionalmente fría y antisocial, y el de neuroticismo (N) evalúa a los individuos ansiosos e inestables emocionalmente. Hay que aclarar que las personas que tengan puntuaciones altas en las escalas P y N no significan necesariamente que una persona esté perturbada mentalmente; estos rasgos E, P y N se pueden medir utilizando el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ). Extraversión-Introversión, Psicoticismo y Neuroticismo se alteran mientras las personas envejecen y el género tiene una influencia importante. Psicoticismo disminuyeron la edad, mucho mayor en hombres que en mujeres. Los cambios en Extraversión-Introversión tanto en hombres como en mujeres es curioso, porque tanto los hombres como las mujeres se vuelven más introvertidos en la etapa de adulto mayor, los hombres entre los sesenta y setenta años son más introvertidos que las mujeres. Los cambios en Neuroticismo en la adultez mayor no son muy notables se dan en ambos géneros. Eysenck sostiene que estos descubrimientos predicen que los adultos mayores deberían ser menos propensos a cambios bruscos en el estado de ánimo y, por tanto, más tranquilas. Esto en una situación ideal óptima podría convertir a las personas de la tercera edad en más calmadas y serenas pero podría producirse igualmente una apatía o indolencia indeseables. Además afirmó que los cambios de personalidad a través del ciclo vital son el resultado de cambios fisiológicos que alteran el sistema nervioso.

Para muchos psicólogos no están convencidos que estos cambios se deban a las alteraciones en el sistema nervioso y apuntan a que estos cambios se deben a los cambios de estilo de vida. Así un adulto mayor se puede volver más introvertido porque la sociedad va limitando sus necesidades. Además algunos otros afirman que estos cambios a nivel personal influyen grandemente a incidir en las enfermedades, es decir los vuelve más propensos a contraerlas o a peorarlas.

1.6.1 Teoría de Robert Peck

Robert Peck,(1955) afirmó que la mayoría de las personas bien adaptadas aprecian que su sabiduría compensa con creces su disminuida fortaleza física, su vigor y su aspecto juvenil, dicha sabiduría es el eje conductor que permite a cualquier persona, distinguir, elegir y asimilar ante los diversos hechos que se presentan en su vida. Además aprecian la personalidad de los demás en la medida en que los valoran como amigos y no como objetos sexuales. Asimismo las personas utilizan sus experiencias pasadas como guía para resolver nuevas inquietudes.

- Diferenciación del ego frente a preocupación por la función laboral. La inquietud de Peck es el valor que da una persona al trabajo y, hasta cierto punto a la familia. ¿Qué le pasará a ésta tras la jubilación? Y cuando los hijos abandonan el hogar. ¿Los adultos mayores empezarán a sentirse inútiles? Para estas inquietudes y para evitar esas crisis Peck sugiere que antes de la jubilación y la vejez una persona necesita desarrollar alternativas y actividades valiosas a fin de utilizar el tiempo libre de forma eficaz.
- Trascendencia corporal frente a preocupación corporal. Según Peck la persona que muestra trascendencia corporal podrá disfrutar de la vida en toda su extensión pese a los malestares físicos menores. Sin embargo, la persona que se preocupa por las molestias físicas no llegará a disfrutar de la vida en esta etapa.
- Trascendencia del ego frente a preocupación por el ego. La persona que muestra trascendencia del ego ha llevado, por lo general, una vida generosa y desinteresada. Su filosofía de la vida incluye una sana

aceptación de la muerte. Por el contrario, el individuo que se muestra preocupado por el ego vive esta etapa con egoísmo y abatimiento. Esto a causa de las preocupaciones por las necesidades personales y la muerte, es una persona egoísta, y por lo tanto pasará mucho tiempo en soledad y rechazo por parte de los demás. (Muñoz, 2002)

1.6.2 Modelo socio-cognitivo del desarrollo de la personalidad

Para algunos autores el desarrollo personal y el autoconcepto son sentimientos propios e individuales (Maslow 1970 y Rogers 1980) y que el contexto social determina al individuo de la misma manera que éste determina el ambiente que le rodea (Bandura 1986). Para Whitbourne (1987) la personalidad es lo primordial en la identidad del individuo, al realizar una construcción de su pasado, presente y futuro y ésta a la vez está formada por los deseos vitales de futuro y reorganización de la historia pasada de cada individuo.

Esto evoluciona en función con su edad, nivel socio económico, contexto y estereotipos sociales, esto forma la identidad individual que surge como un proceso de equilibrio entre el cambio y la estabilidad que la persona desea mantener a lo largo de toda su vida. “La identidad en la edad propecta se basa en la integración del conocimiento que la persona posee de su potencial físico, mental, de sus ideas, objetivos, roles sociales y limitaciones. Así, la identidad se estabiliza con el envejecimiento, y cuanto más tiempo se mantiene, más seguro está el sujeto que la percepción de su personalidad es adecuada”. (Muñoz 80)

Los factores que pueden provocar la crisis de identidad son: cambio fundamental en la salud, pérdida de un miembro esencial, cambio en la intimidad, posiblemente pérdida de un conyugue, cambio de residencia, crisis económica, trastorno de ideas personales, políticas, religiosas, etc. Según este modelo los tipos de personalidad son: asimilador, estable y conservador, acomodaticio, inestable, mixto y equilibrado.

Desde el punto de vista psicoanalítico, hay muy poca información al respecto, ya que Freud no creía valiosa las intervenciones en pacientes de edad avanzada ya

que para él ellos no tenían mucho tiempo de vida como para poder disfrutar de los beneficios del psicoanálisis. Para Freud, la gente que entra en la vejez sigue siendo importante la capacidad de amar, pero más que al trabajo debe darse mayor énfasis a la capacidad que tiene la persona de hacer frente a la muerte. (Muñoz, 2002)

CONCLUSIONES

Los diferentes cambios, en las distintas áreas del adulto mayor, tienen mucha similitud entre los diversos estudios de personalidad, todos resaltan que la personalidad está fijada en gran parte antes de que las personas ingresen a la etapa de la adultez mayor y que los adultos mayores pueden ajustar su personalidad, pero no cambiarla de modo radical. Existen muchas maneras de envejecer bien, pero todas implican el aceptar las limitaciones y renunciar a responsabilidades sin sufrir un sentimiento de pérdida, luchar contra los temores a los estragos del envejecimiento enfrentándoles lo más activo posible. Hechos que llegan con la adultez mayor como la jubilación, la pérdida de la pareja, la partida de los hijos, la institucionalización, el deterioro biológico, la actividad productiva para conservar la salud, etc. son factores biopsicosociales que determinarán un anciano lleno de sabiduría, sociable, sin egoísmos y muchas cualidades, este ser humano será un adulto mayor sano desde el punto de vista psicológico, en otros adultos mayores puede pasar lo contrario especialmente si abandonan la actividad productiva para conservar la salud, será la causa de un adulto mayor que temerá mucho la muerte, la soledad y se embargará de amargura inevitablemente alcanzando la depresión.

CAPITULO 2

LA DEPRESIÓN

Introducción

La depresión es un trastorno afectivo que ha sido estudiada y tratada desde la Edad Antigua hasta nuestros días. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad mental es muy común, se estima que hasta un tercio de la población sufre de un episodio depresivo leve en algún momento de su vida. Además es un trastorno muy costoso que afecta la economía no sólo de las personas que la padecen sino de las instituciones estatales y privadas en vista de que demanda, ocupación de camas en hospitales, tratamientos y las ausencias laborales que ocasiona. No se puede dejar de considerar también el grado de angustia que genera para quienes tienen este problema y sus familiares. Varias investigaciones de profesionales de la salud mental, consideran a la depresión en el adulto mayor como una de las enfermedades ubicadas en segundo lugar luego de las cardiopatías, siendo el grupo etario más vulnerable a padecerla por factores propios del envejecimiento.

2.1 Etimología de la palabra Depresión

Según Stanley Jackson (1989) los registros de este padecimiento existen desde los tiempos Hipocráticos a la Época Moderna” indicando que la depresión tiene sus orígenes en la palabra “melancolía” que proviene de la antigua lengua griega con los términos “melán” (negro) y “jole” (bilis) que describía abatimiento, tristeza. Posteriormente, en la antigua Roma es adaptado al latín como “melancholia”. En la época del Imperio Romano llamaban a la bilis negra “atra bilis” (bilis oscura) esto en latín, que significa de triste semblante. Luego en un procedieron a nombrarla en la misma lengua latina “melancholia” y debido a una serie de raíces fueron poco a poco configurando el término actual “depresión”. Algunas de ellas son: “de premere” (empujar u oprimir hacia abajo), “depressio” que a su vez procede de “depressus” que significa derribado, abatido.

El actual término se lo emplea por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII en lengua inglesa como “depression”, en su forma en español es “depresión”. Kraepelin (1856-1926) la designó como locura depresiva refiriéndose a la enfermedad y la depresión como un estado de ánimo caracterizado por el abatimiento. (Jackson, 1989)

2.2 Historia

En la Antigüedad clásica, el médico griego Hipócrates de Cos (460 a. C.- 370 a. C.) en su teoría del predominio o desequilibrio de un humor sobre los otros, explicaba que la “Melancolía” (Depresión) se debía a la presencia de bilis negra que provocaba en los individuos un abatimiento, apatía y un marcado sentimiento de tristeza.

En el siglo I, Areteo de Capadocia médico romano, manifestó la melancolía como una frialdad del ánimo, tristeza y obsesión de un pensamiento. Por la misma época Celso (filósofo griego, siglo II) desarrolla algunas consideraciones de tratamiento para esta enfermedad como la distracción con cuentos y juegos del agrado del paciente, viajes periódicos de distracción a otros países y tratamiento farmacológico como la sangría. Claudio Galeno de Pérgamo otro gran médico de la Roma antigua, mantiene en el siglo II los postulados hipocráticos, enfatizando

la importancia del miedo como síntoma afín con la tristeza. Estos preceptos se mantuvieron hasta el siglo V donde se retoma el estudio de la melancolía. (Jackson, 1989)

En la Edad Media (siglos V a XV) en Bizancio, Oribasio de Pérgamo (médico griego) cita las mismas características de la melancolía que describió Hipócrates y citando a Rufo de Éfeso afirmó que el mejor tratamiento contra la melancolía es el coito. (Jackson 50). Desde el punto de vista religioso, a la melancolía se la vinculó con el demonio, entendiéndola como una tentación o pecado, pasando a llamarse acedia o apátheia (desidia, apatía).

Pablo De Engina en su obra "Epítome, Hypomnema o Memorandum" refutó la tesis de comparar la melancolía con la posesión demoníaca. "La melancolía es un trastorno del intelecto sin fiebre... Los síntomas comunes a todos ellos son el miedo, la desesperación y la misantropía. Algunos desean la muerte y otros tienen miedo a morir, algunos ríen constantemente, y otros sollozan; algunos se creen impelidos por altas instancias, y predicen el futuro, como si estuvieran bajo la influencia divina; y a estos, por ello se les llama endemoniados o posesos". (De Engina, 1538).

El tratado de la melancolía, obra de Ishaq Ibn Imran en el siglo X, en Bagdad describe que en las personas que sufren de melancolía hay presencia de los siguientes síntomas: sentimientos de angustia y soledad debidos a una idea irreal además de síntomas somáticos como la pérdida del sueño y de peso. Constantino el Africano, en el siglo XI traduce la obra de Ishaq Ibn Imran y asume que la melancolía puede aquejar al espíritu más que otras enfermedades somáticas y siguiendo esta postura establece un tipo de melancolía como: la hipocondría, ubicada en la boca del estómago. Para este autor la tristeza es debido a la pérdida del objeto amado. (Jackson, 1989)

En el Renacimiento, Robert Burton (1577-1640) redactó durante toda su vida su obra llamada Anatomía de la melancolía, que constaba de tres tomos, donde explicaba que esta enfermedad no se debe a una causa única, sino que puede tener

varias: desde el amor a la religión, la política, la influencia de las estrellas o simplemente el aburrimiento. Puede localizarse en la cabeza, el cuerpo o los hipocondrios y muchas veces viene acompañado de fantasías, y resaltando también el miedo y la tristeza como síntomas principales. (Jackson, 1989)

Para el siglo XVII Thomas Willis, considerado el pionero de la neuro anatomía, fue el primer médico en rechazar la teoría de los cuatro humores. Para él la melancolía se debía a procesos químicos del cerebro y del corazón. Mencionó cuatro tipos de melancolía: 1) la debida a una alteración al cerebro, 2) la originada por una mala función del bazo, 3) una originada y con efecto en todo el cuerpo, y, 4) la melancolía histérica originada en el útero. Mantiene el miedo y la tristeza como síntomas e introduce el concepto de afectación de la conciencia frente a la afectación de la conducta, esto dio origen a que John Locke posteriormente formule los conceptos de locura parcial y locura general. Pero fue William Cullen (1710-1790) que relacionó a la melancolía con un estado de menor energía cerebral, para él, el melancólico sufría de anergia (falta de tono nervioso). (Jackson, 1989)

Philippe Pinel (1745-1826), describió que el origen de los trastornos anímicos está en la percepción y las sensaciones, y se refirió a su época como la de causas morales (fanatismos religiosos, desilusiones intensas, amores apasionados...). Sin atacar a esas causas no se puede tratar la melancolía, denominada por él como delirio parcial o delirio sobre un objeto.

En las primeras décadas del siglo XX se empieza a utilizar más frecuentemente el término depresión, específicamente por Kraepelin (1856-1926) para referirse a la melancolía, y de allí aparecen nuevos términos como ansiedad, histeria, obsesión, fobia, distimia e hipocondría (este último término ya citado por Constantino el Africano en el siglo XI). Finalmente la Organización Mundial de la Salud define el significado y sintomatología de lo que se llama depresión endógena o mayor como un síndrome orgánico con síntomas principales como alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de manifestaciones psicósomáticas. (Jackson, 1989)

2.3 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

El CIE 10 es una clasificación de enfermedades, con el propósito de permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. Este sistema fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud con la participación de muchos y reconocidos profesionales de la salud en todas las áreas de la misma, fue concebido de tal manera que los términos diagnósticos los convierte en códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. Su edición original fue elaborada en inglés (OMS. Ginebra. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. 1992) y hasta la actualidad la OMS sigue trabajando en ella. (CIE 10 Contraportada).

2.3.1 La depresión en el CIE 10

Este está clasificado en episodios y trastornos se encuentra en el Capítulo V, Trastornos mentales y del comportamiento, Trastornos del humor (afectivos). Comienza con los episodios depresivos con el código alfanumérico F32 hasta el F34 que corresponde a los trastornos.

Los síntomas de la depresión son: humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Otras manifestaciones de los episodios depresivos son:

- a) Disminución de la atención y concentración.
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en episodios leves).
- d) Perspectiva sombría del futuro.
- e) Pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones.
- f) Trastornos del sueño.
- g) Pérdida de apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de riesgo, leve, moderado, grave, habitualmente se requiere de una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas descritos anteriormente pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial, como por ejemplo los síntomas somáticos como la pérdida del placer por cosas que antes disfrutaba un individuo, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, el humor depresivo es mayor en las mañanas, inhibición o agitación psicomotriz observadas o referidas por terceras personas, pérdida marcada del apetito conjuntamente con la pérdida del peso corporal y la pérdida marcada de la libido. (OMS, 1992)

2.3.2 Clasificación de la Depresión según el CIE 10

*Los códigos alfanuméricos son los con se registra en el CIE 10 las enfermedades.

CLASIFICACIÓN DE LOS EPISODIOS DEPRESIVOS	CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) PERSISTENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo leve *F32.0 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve F33.0 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclotimia *F34.0
<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo moderado *F32.1 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado *F33.1 	
<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos *F32.2 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos *F33.2 	<ul style="list-style-type: none"> • Distimia *F34.1
<ul style="list-style-type: none"> • Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos *F32.3 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos *F33.3 	

2.4 Depresión en el adulto mayor

En el caso de los adultos mayores y relacionándolos con la satisfacción o no del cumplimiento del plan de vida se puede decir que la depresión se origina por la acumulación excesiva de estrés, por los problemas no resueltos. Los adultos mayores, también en otras etapas de la vida, cuando sufren de depresión aguda se convierten en personas solitarias, poco sociables y con tendencia a sufrir enfermedades psicosomáticas como úlceras gástricas, dolores frecuentes de cabeza, mala circulación sanguínea, palpitaciones cardíacas, insomnio, falta de apetito, etc. (Lyddon, 2002)

Para diagnosticar la depresión en el adulto mayor, según Alarcón, Mazzotti y Nicolini (2005) no hay que limitarse a mencionar la tristeza o síntomas depresivos pasajeros que toda persona puede padecer en un momento determinado. El proceso normal de envejecimiento puede producir algunos de los síntomas descritos anteriormente para episodios depresivos o trastornos. Así muchos adultos mayores tienen dificultades para dormir, comen poco, no tienen el mismo ánimo y energía y se cansan con facilidad; suelen también quejarse de trastornos de memoria y falta de concentración.

Es posible observar en personas mayores un cambio en sus refuerzos conductuales; por ejemplo el cambio de domicilio puede jugar un papel muy negativo aunque se lo haya realizado para mejorar sus condiciones. Se puede decir que determinados hechos que impliquen privaciones de algo importante para la persona mayor puede desencadenar un trastorno depresivo. Ante acontecimientos de esta índole, es normal que el adulto mayor pase un tiempo deprimida, pero si no llega a afrontar correctamente su situación va a sentir cambios cognitivos y emociones trasladándolos a un comportamiento deprimido; cuando esto sucede se puede afectar al normal funcionamiento del SNC, segregando menos de los neurotransmisores que contribuyen a regular su estado emocional. El estilo de vida es muy importante en estos casos. Los adultos mayores que realizan actividades, tienen amigos e interaccionan con la familia, practican deporte, etc., parecen inmunes contra la depresión. (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005)

Cuando hay factores para diagnosticar una depresión no hay que dejar de lado el estilo cognitivo del individuo, es decir, la forma de pensar que ha ido desarrollando a lo largo de su vida. Las personas con una baja autoestima, con déficit en el aspecto social, la falta de relaciones suelen ser individuos vulnerables ante la depresión. Sin embargo, en las personas mayores los signos de depresión pueden manifestarse de otra manera, siendo en ocasiones difícil establecer un diagnóstico diferencial, porque algunas manifestaciones de depresión son parecidas a otras enfermedades mentales que tienen los síntomas parecidos. (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005)

Como por ejemplo la denominada pseudodemencia depresiva que se caracteriza por un estado depresivo con perturbaciones cognitivas en personas no dementes (Levesque, 1990), aunque hay las posibilidades de que un adulto mayor demente también sea depresiva y una depresión puede originar una demencia. Wells (1979) da unas pautas para realizar un diagnóstico diferencial entre una persona pseudodemente y una persona con demencia. La persona pseudodemente, generalmente tiene una historia pasada con trastornos afectivos, mientras que la persona demente presenta trastornos de memoria e intenta ocultarlos o disimularlos, en cambio el pseudodemente se queja de padecerlos.

La persona demente trata de recordar haciendo esfuerzos inútiles, mientras que el pseudodemente no lo intenta y se muestra pasivo. Cabe señalar que la ingesta de ciertos medicamentos y algunas enfermedades puede producir síntomas parecidos a la depresión u originarla. (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005)

2.4.1 Teorías explicativas sobre la depresión en el adulto mayor

J. Birren (psiquiatra gerontológico, 1980) propuso un modelo pluridimensional de este proceso patológico el cual se apoya en seis características: 1) degradación de la autoestima, 2) declive de la adaptación de su representación de la realidad, 3) disminución del control de su entorno, 4) pérdida de la autonomía que aumenta con el envejecimiento, 5) aparición del desequilibrio de la personalidad y 6) degradación en la capacidad de adaptación a los cambios. Ciertos estudios

permitieron observar clínicamente que algunos pacientes de la tercera edad hipertensos y tratados con hipotensores, como la reserpina, desarrollaban episodios depresivos, investigando más a fondo se llegó a descubrir que la reserpina destruía las sustancias químicas que aseguraban la sinapsis, afectando a los neurotransmisores (Akiskal y Mckinney, 1973).

Justamente con respecto a los neurotransmisores y su relación con la depresión en el adulto mayor, otras teorías explican que el proceso de envejecimiento contribuye a disminuir la capacidad de fabricar neurotransmisores y que a estas edades existen determinadas enzimas que se encargan de la destrucción de los neurotransmisores, como por ejemplo la MAO. Estudios posteriores no están de acuerdo con este modelo explicativo ya que en sus estudios la disminución de los neurotransmisores no se observa en todos los adultos mayores. Sin embargo otros estudios acusan de la depresión en el adulto mayor al cambio hormonal que se da en avanzadas edades. Hoy en día los profesionales de la salud mental asocian a la depresión cuando surgen cambios en el entorno de las personas y que estas los percibe de forma negativa. Como conclusión de estos estudios, los cambios bioquímicos producidos por el cerebro son el resultado y no la causa de la depresión, es decir que el cambio en el medio ambiente del adulto mayor y que no se puede adaptar genera el déficit de los neurotransmisores encargados de evitar la depresión. (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005)

Desde el punto de vista psicológico, los conductistas (Ferster, 1974; Rotter, 1966; Lewinsohn, 1975) señalan que la depresión es originada por la falta de la frecuencia de la realización de conductas que refuerzan positivamente o que están reforzadas positivamente, y como consecuencia de la ausencia de la realización de estas conductas estas se extinguen, lo que explicaría la pasividad y falta de motivación en los adultos mayores depresivos.

Para reforzar esta teoría existen claros ejemplos de cambios o extinción de conductas como la jubilación, la aparición de enfermedades, la disminución de ingresos económicos, la pérdida de la pareja, una menor actividad, etc., estas

situaciones privan a las personas adultas mayores de refuerzos positivos con el consiguiente reducción de las situaciones gratificantes.

Siguiendo la misma línea conductista Seligman (1975) acuñó el término “indefensión aprendida” que consiste en que cuando una persona recibe estímulos aversivos al realizar una conducta, propicia una resignación que puede llevar a provocar situaciones incontrolables por la voluntad. Citó un ejemplo: un adulto mayor depresivo, su causa dicha persona no ha decidido por sí misma abandonar su hogar y ser institucionalizado y tras dicha institucionalización no puede satisfacer sus conductas que le causan bienestar, es decir lo que le gusta hacer, y cree que sus esfuerzos por cambiar la nueva situación serán inútiles estos adultos mayores ante esta imposibilidad de controlar su propia situación les hace sentir indefensos y, al mismo tiempo, propicia el desarrollo de los síntomas depresivos. (Alarcón, Mazzotti y Nicolini, 2005)

Desde el punto de vista cognitivo Aaron y Beck (1967) postularon que la depresión es un trastorno del pensamiento, consecuencia de estructuras cognitivas erróneas o inapropiadas ya que determinados estados de ánimo provocan una visión distorsionada de la realidad, estos pensamientos suelen ser persistentes, involuntarios favoreciendo a una baja autoestima y autoinculpación. Según Beck entre los principales errores del pensamiento depresivo están:

- a) Focalización de lo negativo, el sujeto solo pone énfasis en los aspectos negativos de las cosas con una fuerte tendencia a infravalorarse.
- b) Los sujetos se consideran culpables de todo lo malo que hay a su alrededor.
- c) Se perciben todas las experiencias en términos extremistas de todo o nada.
- d) El depresivo saca conclusiones generales a partir de detalles sin trascendencia y específicos a los que conecta con situaciones concretas.
- e) A partir de una información muy sesgada e incluso de información claramente en contra, la persona llega a determinadas conclusiones sin fundamentos. (Alarcón, Mazzotti y Nicolini 440-452)

2.5 La terapia y la depresión

El tratamiento para la depresión la debe realizar los profesionales de la salud mental como los psiquiatras y en especial los psicólogos, y en casos muy complejos pueden trabajar ambos profesionales en sincronía. Los tratamientos son muy variados comenzando con psicoterapias, medicación y en algunos casos internamiento en casas de salud, pero como mencioné anteriormente el trabajo debe ser en equipo tanto el psicólogo como el psiquiatra. Sin embargo el objetivo de este trabajo es abordar los tratamientos psicoterapéuticos ya que es la mejor manera de expresar el sufrimiento y enseñar a los pacientes a solucionar sus conflictos. Algunas psicoterapias son de corto plazo (10 a 20 semanas) y otros serán de largo plazo, según las necesidades del paciente. (MSP, 1998). A continuación voy a resumir las psicoterapias más utilizadas para tratar esta enfermedad.

2.5.1 Psicoterapia dinámica (orientada hacia el “insight”)

En el modelo psicodinámico se da la convergencia de modelos teóricos explicativos de base psicoanalítica, en los que el psicoanálisis es el marco conceptual básico, pero no la única teoría conceptual explicativa de su quehacer clínico, ni sus técnicas se ajustan a las propias del tratamiento psicoanalítico convencional. Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud, a finales del siglo XIX, pero se ha ampliado tanto que incluye las ideas de los pensadores que han revisado los conceptos de Freud e incluso aquéllos que las han rechazado.

Esta terapia se desarrolla de la siguiente manera, el terapeuta intentará desarrollar una alianza terapéutica y simultáneamente comprender los conflictos anteriores a la depresión y las defensas utilizadas por el paciente para mantener dichos conflictos. Ya en el curso del tratamiento el terapeuta utiliza interpretaciones (afirmaciones en respuesta a algo que el paciente dijo o hizo) con la finalidad de aclarar los sentimientos o las ideas del paciente acerca de un tema en particular o de comparar la forma en que incidentes similares han sido manejados en el pasado y en el presente. Se tiene que llegar a las interpretaciones de defensa del deseo que nos indican el mecanismo de defensa que utiliza el paciente con el fin de evitar un

deseo oculto, que a menudo es inconsciente, se vuelva consciente. El paciente recreará con el terapeuta pensamientos y sentimientos inconscientes experimentados en una fase más temprana de la vida por otras personas significativas; esto se llama transferencia. Al pasar el tiempo los sentimientos de transferencia serán analizados con el fin de reconstruir y resolver los conflictos que han existido en las relaciones previas del paciente, esto ayudara al paciente a vivir una vida sin barreras levantadas por él mismo.

Los pacientes más adecuados para este tipo de tratamiento deben poseer las siguientes características:

- Capacidad de crear una alianza con el terapeuta.
- Capacidad previa de crear relaciones humanas estables.
- Capacidad de tolerar ideas y sentimientos dolorosos o amenazantes durante el tratamiento.
- Capacidad de tomar conciencia psicológica capaz de encontrar la posibilidad de que el origen de sus problemas sean entendidos desde el punto de vista psicológico.

Los pacientes con trastornos del pensamiento formal y con una conducta psicótica en épocas pasadas no son pacientes aptos para esta psicoterapia. Esta psicoterapia puede romper las defensas del paciente y hacer que las personas con trastorno del pensamiento pierdan el contacto con la realidad. De igual manera esta contraindicación aplica para las personas que sufren de trastorno de personalidad límite o con una personalidad narcisista. Ellos pueden evolucionar hacia una psicosis o desarrollar actos suicidas impulsivos como respuesta a una situación de estrés. Algo muy importante es que tanto el paciente como el terapeuta establezcan objetivos mutuos en una fase temprana del tratamiento, o de lo contrario se corre el riesgo de perder la alianza terapéutica con el paciente. Cuando se va avanzando en el tratamiento se debe seguir trabajando con los objetivos. Por lo general la identificación y la resolución de los conflictos relacionados con la depresión son objetivos de importancia, en vista de que el paciente tiende a deprimirse repetidamente a causa de un mismo conflicto. (Lyddon, 2002)

2.5.2 Psicoterapia de apoyo

Históricamente, el apoyo ha sido utilizado desde siglos atrás por el ser humano en las más diversas y variadas circunstancias como por ejemplo, el padre de familia, el profesor, el hechicero, el médico, el psicólogo, etc. En cualquier forma de intervención el solo hecho de ofrecer ayuda a quien la necesita, significa apoyo emocional y la persona que ofrece su ayuda es una figura comprensiva, que los escucha y lo acepta tal como es, sin críticas, y que también lo refuerce y lo ayude a clarificar el panorama hasta que esté en condiciones de enfrentarse al problema, es sin duda, un elemento importante para la superación de las dificultades emocionales de una persona. (Pancheri, 1987)

En el campo psicoterapéutico esta técnica utiliza una serie de recursos destinados a restablecer o reforzar las defensas del yo, en pacientes cuya percepción se encuentra mal integrada, enseñándoles a enfrentar con éxito sus problemas emocionales. Su finalidad es restaurar la homeostasis psicológica, el equilibrio que permita reducir o eliminar los síntomas que generan ansiedad en los pacientes a través de mecanismos reforzantes. El establecimiento de una buena relación terapéutica constituye el aspecto más importante de todo el proceso psicoterapéutico. Es decir es decisivo que el paciente sienta que el terapeuta sea una persona que le comprenda, que tenga la capacidad de empatía para enfrentar juntos los problemas que no puede resolver por sí solo. Además del establecimiento de un clima emocional favorable propicia la comunicación y elimina la resistencia. Otro de los aspectos que deben tomarse en cuenta, es que esta terapia está orientada básicamente a tratar las dificultades actuales, evitando investigar el pasado del paciente o tratar de llegar al inconsciente del individuo.

La Psicoterapia de apoyo se basa en tres objetivos:

1. Reducir la ansiedad y la agresividad.
2. Aumento de la capacidad de análisis de sus relaciones interpersonales.
3. Aumento de la capacidad de introspección.

Para este autor, una sencilla actitud tranquilizadora y aceptación por parte del paciente, es la regla fundamental para alcanzar el primer objetivo. Posteriormente

se trabaja con el paciente con explicaciones e interpretaciones simples hasta llegar a hacer análisis más complejos, con esto se cumple el segundo objetivo. Y el tercer objetivo se cumple cuando el terapeuta hace nacer en el paciente una toma de consciencia frente a su propio comportamiento. La psicoterapia de apoyo proporciona un período de aceptación y dependencia temporal para un paciente que necesita ayuda, para tratar con sentimientos de culpa, vergüenza y ansiedad y así conseguir que el paciente se enfrente con la frustración o las presiones externas, las mismas que han sido intensas o traumáticas no pudiendo ser controladas en forma eficaz. (Pancheri, 1987)

Para el criterio de Noyes y Kolb (1975) en esta Psicoterapia el apoyo es la técnica fundamental cuando hay que tomar medidas inmediatas para aliviar a un paciente del cual se sabe muy poco y que sufre de angustia incontrolable. Perales (1992) manifiesta que esta Psicoterapia busca aliviar el yo de sus emociones “psicotóxicas” (culpa, miedo, cólera, etc.) con el objetivo de guiar al paciente a su equilibrio psicológico que tenía antes de padecer la enfermedad, a través de la reducción de los síntomas y de la guía adecuada en el manejo de los síntomas inmediatos. (Grimaldo, 1995)

Técnicas:

1. Liberación de los sentimientos: la descarga emocional mediante la verbalización alivian el yo del paciente.
2. Reforzamiento del principio de la realidad: cuando la crisis emocional es intensa el paciente pierde el control de la realidad refugiándose en la fantasía. El terapeuta debe ser objetivo en sus apreciaciones y críticas para que el paciente adopte una actitud más realista y menos emocional.
3. Alentar el sentimiento de esperanza real: El terapeuta debe tener confianza en sí mismo, dar seguridad e identificarse con las técnicas que utiliza, pues a través de ellas proyectará esa confianza en el paciente.
4. Estimular la socialización: se trata de promover las condiciones sociales que favorezcan las relaciones interpersonales y grupales a fin de que el paciente realice una serie de actividades placenteras, sociales y recreativas.

5. Dar seguridad y confianza: es uno de los métodos de apoyo más importantes que utiliza la Psicoterapia de apoyo, reforzándose cualquier actividad positiva que realice el paciente sea ésta social, laboral, académica o de cualquier índole.
6. Enseñarle a razonar: el terapeuta debe educar al paciente a utilizar sus potenciales cognitivos, reforzándole continuamente cualquier actividad a fin de darle confianza en su capacidad de resolver sus dificultades.
7. Reorganización perceptiva: es guiarle al paciente a que tenga una función de comprensión de todo lo que estaba desorganizado de su propia vida.
8. La interpretación: es desarrollar el insight del paciente y por medio de las interpretaciones se pretende que el paciente comprenda la causa y naturaleza de su desadaptación, así como, los medios del que dispone el terapeuta para ayudarlo a superar esta dificultad.
9. La sugestión: es la inducción de ideas, sentimientos y acciones que ejerce el terapeuta sobre el paciente con la finalidad de lograr determinados objetivos positivos.
10. Persuasión y consejo: incluyen actividades tales como analizar en forma realista la situación, explicar las causas, explicarle la necesidad de cambio de actitudes o hábitos inadecuados. (Grimaldo 63)

2.5.3. Psicoterapia cognoscitiva

Esta psicoterapia está basada en el fundamento de que el estado de ánimo y las conductas depresivas de una persona están marcados por conocimientos o pensamientos automáticos que tienen su origen de experiencias de vida anteriores que predisponen a la depresión. Estas percepciones erróneas o alteradas incluyen una interpretación negativa, una evaluación negativa del yo y una visión negativa del futuro. El desamparo aprendido hace que un paciente se sienta incapaz de salir de una situación adversa. Las personas piensan o aprendieron que se culpan y sienten malestar por situaciones fuera de su alcance.

Según Beck, uno de los mejores autores sobre esta terapia, describió algunos de los pensamientos equívocos que predisponen a la depresión, estos son:

- Para ser feliz debo tener éxito en todo lo que me propongo.
- Para ser feliz debo ser aceptado por todos en todo momento.
- Si cometo un error significa que soy un inepto.
- No puedo vivir sin otra persona.
- Si alguien no está de acuerdo conmigo significa que no le gusto.
- Mi valor como persona depende de lo que los otros piensan de mí.

Esta psicoterapia para la depresión es la indicada si el paciente es capaz y desde luego está dispuesto a trabajar con la finalidad de darse cuenta por su propia cuenta, desde luego con ayuda del terapeuta, que sus pensamientos, ideas equivocadas son las que le conducen a la depresión. Según esta psicoterapia estas ideas y pensamientos erróneos forman parte de la identidad del paciente, y cuanto mayor tiempo el paciente se haya sentido deprimido más fuertemente se aferrará a esto.

En la terapia cognitiva se ayuda al paciente a reconocer la forma idiosincrática en la que él interpreta los acontecimientos como consecuencia de su preocupación y pensamientos negativos. Cuando estos errores cognitivos son verbalizados muchos de ellos inmediatamente se perciben como inadecuadas. Mientras prosiga el tratamiento se exploran nuevas ideas, pensamientos y el experimentar esto se le refuerza al paciente a romper con las viejas creencias. (Lyddon, 2002)

2.5.4 Psicoterapia breve

Este tipo de psicoterapia nace por el interés creciente de la posibilidad de limitar el tiempo para el tratamiento de la depresión sin disminuir su eficacia, su duración puede ser de 4 a 6 sesiones en un período de tiempo entre 3 a 6 meses. Esta es dinámica y los criterios para su aplicación son como antecedentes de por lo menos una relación afectiva significativa, la capacidad inmediata para interactuar con el terapeuta para que surja la alianza terapéutica, la capacidad para tolerar afectos intensos como culpa, ansiedad y depresión, que el paciente sea consciente de identificar un síntoma principal específico y una buena respuesta con respecto a la

transferencia que sugieren un cierto alivio de la ansiedad y la necesidad de examinar más profundamente el problema.

La psicoterapia breve tiene tres objetivos principales los cuales son el modificar o abolir el síntoma que condujo al paciente a la consulta, generar alguna influencia positiva sobre la adaptación general del paciente, y posiblemente iniciar modificaciones a nivel de la estructura de la personalidad.

La presente psicoterapia aplicada a la depresión se centra en movilizar atributos positivos del paciente que puedan ser utilizados para manejar la situación de estrés; con los sistemas de apoyo resolver las dificultades del medio y así poder descubrir modos de prevención el desarrollo de crisis similares en el futuro. Utiliza las entrevistas tradicionales, la terapéutica conductual, las técnicas de relajación, la biorretroalimentación, el tratamiento somático, sexo terapia y la terapia de grupo; es posible utilizar cualquiera de estos métodos aislados o en combinación. Cuando la psicoterapia breve se vuelve psicodinámica utiliza la transferencia, análisis de los sueños, asociaciones verbales y conducta no verbal. (Lyddon, 2002)

Conclusiones

La depresión es un trastorno que se tiene registro desde la Cultura Clásica Helénica, donde el médico Hipócrates de Cos ya describía la sintomatología de esta enfermedad. En la actualidad poseemos una guía muy importante sobre las enfermedades, elaborada por grandes profesionales de la salud, como lo es el CIE 10, ésta aborda de una manera muy profunda toda la depresión en todas sus tipos de manifestaciones y con la sintomatología para poder detectar y diagnosticar dicha enfermedad. Respecto a la depresión en el adulto mayor hay algunas teorías sobre las causas de la aparición de esta enfermedad unas resaltan el aspecto biológico otros el social y las que abarcan al adulto mayor como un ser biopsicosocial. Los tratamientos también han sido muy variados a lo largo de la historia y han ido evolucionando hasta llegar a las actuales psicoterapias en donde priman la sugestión, la persuasión, la empatía terapeuta - paciente, el reconocimiento de sus errores cognoscitivos, la motivación hacia ideas, pensamientos y actos positivos, pero sobre todo la intervención urgente al paciente.

CAPÍTULO 3
LA JERARQUÍA DE LAS
NECESIDADES DE
ABRAHAM MASLOW

Introducción

Uno de los factores importantes para entender el comportamiento humano es por medio del conocimiento de “motivación”, y los diferentes sentidos que giran en torno a esta concepción. Es así que, motivo es el impulso que lleva a la persona a actuar de determinada manera, es decir que da origen a un comportamiento específico. Este impulso a la acción puede ser provocado por un estímulo externo, que proviene del ambiente, o generado internamente por procesos mentales del individuo. En este aspecto la motivación se relaciona con el sistema de cognición del individuo. Cognición o conocimiento representa lo que las personas saben respecto de sí mismos y del ambiente que las rodea. El sistema cognitivo de cada persona incluye sus valores personales y está profundamente influido por su ambiente físico y social, su estructura fisiológica, los procesos fisiológicos, y sus necesidades y experiencias anteriores. En consecuencia, todos los actos del individuo están guiados por su cognición por lo que siente, piensa y cree. Por consiguiente en el presente capítulo se va a tratar sobre las necesidades, la jerarquía de las necesidades de Maslow y las tareas y virtudes obtenidas al ir las satisfaciendo conjuntamente con las Tareas Evolutivas de Erik Erikson para comprender las motivaciones del adulto mayor.

3.1 Las necesidades básicas

Generalmente las necesidades básicas están ligadas a las motivaciones, las mismas que tienen relación con las pulsiones (Teoría de la reducción de la pulsión) como el hambre, la sed, las relaciones sexuales, etc. La Teoría de la reducción de las pulsiones sostiene que las necesidades corporales básicas crean un estado de tensión o activación llamado “pulsión”. Para satisfacer estas necesidades aparece la conducta motivada que es un intento por reducir este estado desagradable de tensión del cuerpo y regresarlo a un estado de homeostasis. Cuando tenemos hambre, buscamos comida para reducir la pulsión de hambre. Cuando estamos cansados, buscamos un lugar para descansar. Cuando tenemos sed, encontramos algo que beber.

De acuerdo con esta teoría, las pulsiones se dividen en dos categorías. Las pulsiones primarias y las pulsiones secundarias. Las pulsiones primarias no son aprendidas, se encuentran en todos los animales (incluyendo a los humanos), y motivan la conducta que es vital para la supervivencia del individuo o de la especie (hambre, sed y sexo). Las pulsiones secundarias son exclusivas de los seres humanos y estas se adquieren a través del aprendizaje. Por ejemplo nadie nace con una pulsión para adquirir gran riqueza, pero mucha gente es motivada por el dinero. Otras pulsiones secundarias, por ejemplo en el adulto mayor, incluyen obtener un retiro de la vida laboral con gran reconocimiento y pasar a otra etapa de la vida en las mejores condiciones, etc. (Morris y Maisto, 2000)

El hambre, por ejemplo, está regulada a corto y a largo plazo. La regulación del hambre, consiste en una interacción entre los procesos a corto plazo que están bajo control homeostático, como la ingesta de calorías, y los procesos a largo plazo que operan bajo la regulación metabólica, metabolismo y células grasas. El hambre surge de las señales cerebrales y periféricas. El principal centro de hambre en el cerebro es el hipotálamo lateral. Las señales periféricas (no cerebrales) son la boca, las distensiones del estómago y la temperatura del cuerpo. Sin embargo, las señales periféricas provocadoras del hambre más estudiada son los niveles de glucosa y grasa en el cuerpo. (Morris y Maisto, 2000)

La sed, al igual que el hambre es estimulada por señales internas y externas. Entre las señales internas tenemos el nivel de líquidos dentro de las células del cuerpo, instigando la activación de la pulsión de sed cuando las células se deshidratan. El otro regulador de la sed (señales externas) supervisa la cantidad de líquido fuera de las células. Cuando el nivel de líquido extracelular disminuye, fluye menos sangre a los riñones, los cuales liberan a su vez una sustancia en el torrente sanguíneo que desencadena la pulsión de la sed. (Epstein 1969) (Morris y Maisto, 2000). En el caso de los adultos mayores el hambre y la sed son muy importantes ya que su metabolismo es diferente que un individuo joven.

El sexo es la pulsión primaria que motiva la conducta reproductiva. Al igual que las otras pulsiones primarias, puede ser activada y desactivada por condiciones biológicas en el cuerpo y por señales ambientales. Pero difiere de ellas en que el hambre y la sed son vitales para la supervivencia del individuo, mientras que el sexo sólo es vital para la supervivencia de la especie. Las hormonas juegan un papel importante sobre esta pulsión principalmente para el desarrollo de los órganos sexuales primarios y, a diferencia del ser humano como animal racional de los otros animales no racionales las personas pueden sentir excitación sexual en cualquier momento. Siguiendo con la perspectiva fisiológica: el encéfalo ejerce una influencia poderosa sobre la pulsión sexual, en particular el sistema límbico donde se origina la excitación sexual. (Baron, s. a.). Con relación al adulto mayor en la mayoría de los casos en esta etapa de la vida las personas ya han cumplido con los fines reproductivos y de crianza de los hijos sin embargo el sexo adquiere otro sentido más allá que la reproducción, pero hay excepciones existen adultos mayores que forman un nuevo hogar con una pareja joven y si su condición física y biológica le permiten podrá engendrar una nueva vida.

3.2 La motivación humana

Al hablar sobre la motivación humana necesariamente tenemos que referirnos nuevamente a las necesidades ya que son estas las que movilizan al ser humano a conseguir satisfacer dichas necesidades, y como habíamos visto anteriormente las necesidades van desde las básicas como el hambre, la sed, la reproducción, y lo

que diferencia al ser humano de las demás especies animales, las necesidades cognitivas que van mucho más allá de las necesidades biológicas como por ejemplo la autorrealización. Sin embargo la existencia de una necesidad y que ésta se manifieste en forma de deseo o de tendencia aún no es suficiente para que se realice una actividad. Para que esto suceda es indispensable que exista un objetivo para responder a una necesidad y este sea el estímulo para actuar y esta actuación sea determinada para la consecución de un fin. Por eso se elaboró un Cuestionario Psicosocial con variables como la edad ya que las motivaciones varían según la edad, también tenemos el género.

En el ser humano, los objetivos que le estimulan (motivación) a actuar pueden reflejarse en forma de imágenes o representaciones, de pensamientos o de conceptos, y también en forma de ideas morales. Concretamente la motivación se define como todo aquello que reflejándose en el cerebro de la persona excita a actuar y dirige esta actuación a satisfacer una necesidad determinada. Cuando el motivo es concreto y se refleja en la conciencia en forma de imagen sensorial asociada, la persona actúa para conseguir satisfacer una necesidad específica. En casos más complicados los motivos cuando estos no corresponden a una acción aislada, exigen muchas acciones intermedias y hay que conseguir muchos fines parciales, llevando muchas veces a que la actividad que responde a esa motivación se prolongue durante mucho tiempo, meses, y algunas veces años. Citaré unos ejemplos para un mejor entendimiento de una motivación específica simple y una que requiere de mayores actividades y mayor tiempo.

En una motivación específica simple puede suceder que una persona se encuentre en un lugar donde hace mucho frío y observa que hay una fogata su mente asocia fuego con calor y la persona buscará acercarse lo más posible a la fogata para calentarse. La necesidad de abrigo le motivó a aproximarse al calor del fuego. Ahora en otro individuo adulto mayor nace la necesidad de mantener una vida sana con la consecución de una salud relativamente buena y estable, se motiva y para satisfacer esta necesidad pasa por una serie completa de actos como el fijar una rutina para ejercitarse, cumple con ella, puede incluir una sana alimentación la cual la ejecuta, deja los malos hábitos, lleva un control permanente de su salud y

conseguirá los resultados que se fijo, incluyendo una buena salud mental generado por la actividad alejándolo de la depresión. Así las actividades complicadas comúnmente son respuestas a unos cuantos motivos que actúan simultáneamente. Este hecho hace que los motivos sean psicológicamente diferentes. (Leontiev, et al., 1960)

Las motivaciones pueden ser generales y amplios, como por ejemplo adquirir formación cultural, prepararse para el trabajo futuro, etc. Otro tipo de motivos son los particulares y estrechos, por ejemplo recibir premios, no tener castigos. (Leontiev, et al. 349-351). Los primeros son más constantes, actúan durante mucho tiempo y no dependen de situaciones casuales. Los de segundo tipo actúan durante poco tiempo y según circunstancias directas. Aquí podemos añadir que en la Encuesta Psicosocial se abarca sobre estas motivaciones en el ítem sobre el nivel de instrucción adquirido por los adultos mayores y así observar si esto influye en la consecución de la satisfacción del plan de vida.

Cuando los dos motivos actúan simultáneamente forman un sistema único en el que cada uno de ellos tiene distinto papel. Como cuando una persona está por terminar sus estudios formativos se motiva con la idea de su trabajo futuro, y esto le da un sentido vital al trabajo de cada día. Pero puede suceder que esto ya no sea un motivo para el estudiante y es aquí donde entra en juego el papel de los demás motivos que sirven de estímulo complementario. Estos pueden ser las motivaciones hechas por la familia hacia el estudiante que termine sus estudios, o la idea de que por no estudiar reciba críticas en su centro de enseñanza, etc. La actividad que carece de motivo general y amplio no tiene sentido para el individuo que la realiza y pasaría a ser una carga o imposición. Nuevamente haciendo referencia a la Encuesta Psicosocial tomamos estos preceptos para determinar en la Encuesta Psicosocial el ítem sobre el trabajo que realizaba antes del retiro.

Ahora nos referiremos a los intereses que juegan un rol muy importante en las motivaciones y actúan directamente para que la persona pase de ellos a la acción. “El interés es la dirección determinada que tienen las funciones cognoscitivas hacia los objetos y fenómenos de la realidad” “La existencia de interés es una de

las condiciones principales para la actitud creadora en el trabajo” (Leontiev, et al., 1960).

Para Maslow (1970) el concepto de motivación se basa en lo que denominó: Enfoque Holístico de la Motivación, con lo cual se refería que la motivación afecta a la persona en su totalidad y no a una sola parte o función de la misma. La motivación suele ser compleja, es decir la conducta de una persona puede provenir de varios motivos distintos. Por ejemplo, el deseo de tener relaciones sexuales puede estar motivado no sólo por una necesidad genital sino también por una necesidad de dominación, compañía, amor y autorrespeto. Además, la motivación para una conducta puede ser inconsciente o desconocida para una persona. También otro supuesto es que las personas están continuamente motivadas por una u otra necesidad y cuando una necesidad queda satisfecha suele perder su poder de motivación y ser remplazada por otra necesidad. (Maslow, 2008). En este sentido en la Encuesta Psicosocial buscamos obtener datos sobre el estado civil para observar si una de las motivaciones es tener afecto, relaciones sexuales y formar una familia.

3.3 La jerarquía de las necesidades según Abraham Maslow

Es necesario satisfacer las necesidades de un nivel inferior, antes de que las necesidades de un nivel superior se conviertan en motivaciones. Las cinco necesidades que componen la jerarquía son necesidades conativas, esto quiere decir que tiene un propósito o intencionalidad. Las necesidades básicas se clasifican en jerarquía, donde cada nivel superior representa una necesidad superior pero menos fundamental para la supervivencia. Las necesidades según su orden de importancia son: fisiológicas, seguridad, amor y pertenencia, respeto y autorrealización y a partir de cada una de ellas se elaboró el Cuestionario Plan de Vida, eligiendo cinco preguntas por cada necesidad.

3.3.1 Necesidades fisiológicas

Son las necesidades más básicas entre ellas están el alimento, el agua, el oxígeno, la temperatura corporal, sueño etc. estas necesidades prevalecen por encima de las demás. Las personas que siempre tienen hambre están motivadas para comer, no para hacer amigos o respetarse a sí mismos. No ven más allá del alimento y mientras esta necesidad siga estando insatisfecha, su motivación principal es conseguir algo para comer. Las necesidades fisiológicas se diferencian de las demás en dos aspectos importantes. Primero, son las únicas necesidades que se pueden satisfacer plenamente o en exceso. La segunda característica es que las necesidades fisiológicas son de naturaleza recurrente, como por ejemplo el hambre uno puede comer hasta quedar exageradamente lleno, pero después de un tiempo la necesidad de hambre regresa. En la encuesta Plan de Vida se formula dieta, ingesta de líquidos, salud, hábito postural del sueño, y relaciones sexuales, que nos orientará para saber si dichas necesidades están satisfechas, aquí se debe mencionar que la variable economía, debido a que el adulto mayor percibe una pensión reducida en comparación con la remuneración que percibía cuando era activo en lo laboral, y según esto se determinará si la insatisfacción de estas necesidades generarán problemas de salud incluyendo la depresión.

3.3.2 Necesidad de seguridad

Satisfecho en gran parte sus necesidades fisiológicas, la persona se motiva hacia las necesidades de seguridad, que incluyen seguridad física, estabilidad, dependencia, libertad y protección de fuerzas amenazadoras como la guerra, el terrorismo, la delincuencia, la enfermedad, el miedo, la ansiedad, el peligro, el caos y los desastres naturales. Maslow también se refirió sobre las necesidades de legislación, orden y estructura. Estas necesidades se diferencian de las fisiológicas en que no se pueden satisfacer en exceso; las personas nunca pueden estar totalmente protegidas. En lugares donde no hay amenazas de guerra y el medio no sea tan hostil las personas se van a preocupar menos sobre su seguridad sin dejar de ser una necesidad. En los adultos mayores una buena pensión jubilar hará que ellos se sientan seguros y protegidos. Además algunos adultos se sienten relativamente inseguros porque conservan sus miedos irracionales de la infancia que los llevan a actuar como si tuvieran miedo del castigo de los padres.

Consumen mucha más energía que las personas sanas intentando satisfacer las necesidades de seguridad, y cuando sus intentos son infructuosos sufren lo que Maslow llamó “ansiedad básica”. Además el factor soledad debido a la partida de los hijos puede generar una ansiedad relativa a que se sientan abandono, en la encuesta Plan de Vida se valora estas percepciones que puede tener un adulto mayor.

Para el Plan de Vida se elaboraron las siguientes cuestiones a partir de esta necesidad: Consideración de seguridad física en la vida cotidiana relacionándolo si está bajo su responsabilidad o no, Apreciación sobre relación familiar, Satisfacción de realizar las actividades diarias, Si los ingresos económicos los satisfacen, y la Salud en la actualidad. Si las personas han satisfecho estas necesidades nos da información de que no sufren de “ansiedad básica” en vista de que han sabido resolver bien las “crisis” según las etapas evolutivas de Erikson el cual ya se explica más adelante.

3.3.3 Necesidades de amor y pertenencia

Cuando se han satisfecho las necesidades fisiológicas y las de seguridad, los seres humanos se motivan hacia las necesidades de amor y pertenencia como el deseo de amistad, deseo de tener una pareja e hijos, la necesidad de pertenecer a una familia, un club, un barrio o una nación. Estas necesidades incluyen también algunos aspectos del contacto sexual y humano, así como la necesidad de dar y recibir amor. Los individuos que han satisfecho de una buena forma sus necesidades de amor y pertenencia en períodos anteriores no se alarman cuando alguien les niega su amor, esto también lo apreciarán más adelante en las Etapas evolutivas de Erikson. En cambio las personas que nunca han vivido la experiencia de amor y pertenencia son incapaces de dar amor. Raras veces o ninguna los han abrazado o acariciado, ni han conocido ninguna forma de amor verbal estas personas llegan a devaluar el amor y a considerarlo su ausencia como algo normal. También hay las personas que han vivido el amor y la pertenencia solo en ligeras proporciones y demandarán intensamente satisfacer estas necesidades y estarán muy motivadas para conseguirlo. En el Plan de Vida

basándonos en estas necesidades se plantea: Afectividad sexual, Vida social, Vida marital o de pareja, Amistades, y Seguridad de lo que siente, piensa y hace.

Los adultos mayores necesitan amor para poder crecer psicológicamente y sus intentos de satisfacer esta necesidad suelen ser francos y directos pero a veces disimulan hábilmente sus intentos de conseguirlo. Estos adultos suelen adoptar conductas contraproducentes, como pretender mantenerse distantes de otras personas o mostrar una actitud cínica, fría e insensible en sus relaciones interpersonales. Ellos pueden aparentar ser autosuficientes e independientes, pero en realidad tienen una gran necesidad de ser aceptados y amados por otras personas. Y existen otros adultos cuyas necesidades de amor han sido muy insatisfechas que los conduce a constantes peticiones de aceptación y afecto provocando en los demás desconfianza, hostilidad y hermetismo, depresión.

3.3.4 Necesidad de respeto

Incluye el amor propio, la confianza, la competencia y la percepción del aprecio de los demás. Maslow identificó dos niveles de necesidades de respeto: la reputación y la autoestima. La reputación es la percepción del prestigio o fama que una persona ha alcanzado a la vista de los demás, mientras que la autoestima son los sentimientos de valor y confianza de la propia persona. La autoestima se basa en algo más que el prestigio, refleja un “deseo de virtud, de éxito, de conveniencia, de conocimiento y competencia, de confianza ante el mundo, y de independencia y libertad” (Maslow, 2008, p. 45), en otras palabras, la autoestima se basa en una competencia real y no sólo en las opiniones de los demás. En el caso de los adultos mayores, éstos ven la necesidad de organizarse de forma activa en clubes sociales, ya sea por motivos económicos, de afiliación, etc., sea cual sea el motivo que los congregate, el adulto mayor como ser gregario siente la necesidad de compartir con sus pares. Maslow, agrega, la importancia de recibir y de dar amor, en el caso de los adultos mayores, esto resulta de gran importancia, ya que éstos, por lo general participan, a fin de suplir ciertas carencias, y a la vez sentirse valorado y estimado por otras personas que viven su misma situación.

Las Necesidades del ego, tienen que ver con la necesidad que tienen las personas de autovalorarse por las metas o estatus alcanzado, a su vez, por la valoración que los otros hacen de él, haciendo sentir a la persona importante dentro un contexto social; es relevante destacar el hecho que el adulto mayor al tener instancias de participación en donde pueda mantener relaciones con otros y empoderarse con las herramientas que se le presten, éste se siente útil y valorado, aumentando su ego y bienestar psicosocial y cognitivo. Una vez que las personas satisfacen sus necesidades de respeto, están a un paso de la autorrealización, el nivel más alto de las necesidades. Esto se lo valora en El Plan de Vida tomando en consideración situaciones como: Si se consideran buenos padres, Si las personas confían en el paciente, Si lo respetan, la apreciación del paciente si ha tenido Éxito, y Reconocimiento

3.3.5 Necesidades de autorrealización

Aunque las personas hayan satisfecho todas las anteriores necesidades incluida la de respeto, no siempre pasan al nivel de autorrealización. Estas necesidades abarcan el logro personal, la realización del potencial de la persona y un deseo de creatividad. Las personas autorrealizadas conservan su autoestima aunque otros los desprecien, rechacen e ignoren, en otras palabras, no dependen de la satisfacción de sus necesidades de amor o respeto, llegan a ser independientes de las necesidades inferiores que las originaron. La necesidad de autorrealización, son aquellas más difíciles de alcanzar en cualquier etapa de la vida humana, ya que tiene que ver con la necesidad de trascendencia y de autosuperarse; en el caso de los adultos mayores, pueden que éstos nunca lleguen a satisfacer este tipo de necesidad, ya que no es fundamental dentro de la existencia humana poder alcanzar este ideal de auto superación; muchas personas pueden morir sin llegar a alcanzar esta necesidad, pero son felices a lo largo de su vida. (Feist y Feist, 2007). Para ello en la elaboración de la encuesta Plan de Vida se consideró las siguientes cuestiones: Durante mi vida he cultivado valores de carácter moral, En mi vida mi inteligencia me ha permitido ser creativo, Mis reacciones son

espontáneas y desprejuiciadas, En la actualidad me acepto tal como soy en el aspecto físico, mental y espiritual, En la actualidad considero que tengo capacidad para resolver mis problemas. A pesar de que estas necesidades son muy complejas es verdad que algunos adultos mayores alcanzan a satisfacer estas necesidades ya que el tiempo y las experiencias de vida que han sido resueltas y asimiladas de la mejor manera conducirán al adulto mayor a obtener este nivel.

3.4 Teoría de Erik Erikson

Erik Erikson (2000) describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales, en las cuales cuando hay el paso de una etapa a otra hay las llamadas “crisis” de las cuales las personas tienen que enfrentarse y si les superan de manera positiva se adaptarán de mejor manera a los cambios evolutivos de la personalidad. El desarrollo humano se rige por una serie de etapas que dependen de factores genéticos o hereditarios, a esto lo llamo “Principio epigenético de la maduración”. Los factores sociales y ambientales a los que estamos expuestos los seres humanos influirán en el desarrollo de las etapas determinadas genéticamente. Es así que los factores biológicos y psicosociales inciden en el desarrollo de la personalidad.

Las crisis se dan con cada etapa del desarrollo, debido a la adaptación de los cambios biológicos con el entorno, cuando este exija una adaptación al mismo, es decir cada confrontación con el entorno generará una crisis, con esto redirigimos la energía de los instintos según las necesidades de cada etapa del ciclo vital. En cada una de las ocho etapas psicosociales ofrecen la posibilidad de desarrollar nuestras virtudes resultado de haber superado las crisis con éxito y que estas virtudes no se podían seguir desarrollando mientras no se haya superado la crisis de la etapa anterior del desarrollo.

La primera etapa llamada “Confianza básica vs. Desconfianza. Conocida también como oral sensorial comprende desde el nacimiento hasta los dieciocho meses. Donde el infante recibe la confianza de parte de su madre por medio del calor de su cuerpo y sus cuidados amorosos. Si la madre satisface adecuadamente a las necesidades físicas del bebe y le brinda mucho afecto, amor y seguridad el bebe

adquirirá un sentimiento de confianza, lo contrario que podría pasar si no hay ese vínculo con la madre esta generará un sentimiento de desconfianza. La principal virtud que se adquiere en esta etapa es la esperanza, esto debido a la buena resolución de la crisis de esta etapa. Es básica esta etapa porque aquí se desarrolla el vínculo que será la base de sus futuras relaciones con otras personas. Equiparando con la teoría de Maslow se puede apreciar que en esta etapa las Necesidad Fisiológicas; de Amor y Pertenecía son muy importantes.

La segunda etapa “Autonomía vs. Vergüenza y Duda, o muscular anal, está entre los dieciocho meses hasta los 3 años aproximadamente. El infante desarrolla a grandes pasos habilidades físicas y mentales, inicia a controlar una gran sensación de afirmación de la propia voluntad de su yo naciente. La crisis en esta etapa está relacionada con el control de esfínteres si los padres se enojan con el niño por no controlar sus esfínteres estarán negando su autonomía al imponerle el aprendizaje. La principal virtud adquirida con la autonomía es la voluntad, esto implica la decisión de ejercer libremente sus actos y la autorrestricción frente a las exigencias de la sociedad. En esta etapa surge la Necesidad de seguridad; amor y pertenecía.

“Iniciativa vs. Culpa” es la tercera etapa del desarrollo, conocida también como locomotora genital, que va desde los 3 años hasta los 5 años aproximadamente. Aquí el niño empieza a desarrollar la iniciativa mediante el juego, y la perfección del lenguaje, haciéndolo más comunicativo, más expresivo. Su “crisis” la culpa especialmente lo referente a la sexualidad desde su punto de vista. La iniciativa da origen al propósito, fuerza básica que implica imaginar y percibir metas. Para esta etapa también se parecía que se debe satisfacer las Necesidades de seguridad; Amor y pertenecía.

Cuarta etapa “Laboriosidad vs. Inferioridad” o de latencia (desde los 5 hasta los 13 años aproximadamente). El niño en esta etapa cursa su instrucción preescolar y escolar, ansioso por hacer cosas junto a otros niños, a veces llega a sentirse insatisfecho con la sensación de no ser capaz de hacer las cosas bien, este sentimiento el de inferioridad psicológica va a depender mucho de sus padres de

si lo elogian o se burlan de sus logros, esta es la crisis de ésta etapa, en oposición a esto la fortaleza que el niño desarrollará es la competencia gracias a la laboriosidad y la respuesta positiva que reciba de su entorno, es decir ejercitará la habilidad y la inteligencia para desempeñar y terminar tareas. Necesidad de seguridad; amor y pertenecía, Reconocimiento, son las necesidades a satisfacer en esta etapa para superarla.

La quinta etapa es denominada como “Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad”, la identidad del yo, comprende desde los 13 años hasta los 21 años aproximadamente. En esta etapa se experimenta una búsqueda de identidad y una crisis de identidad, que reaviva los conflictos de cada una de las etapas anteriores. Aquí el adolescente en su búsqueda de identidad presenta características como la perspectiva temporal, la seguridad en sí mismo, la sociabilización, el interés sexual, unión con sus grupos de pares, etc. La crisis consiste en formarse adecuadamente un autoconcepto, una autoimagen, si el adolescente no lo consigue no sabrá que es lo que desea ser, es decir no tendrán una identidad propia. El valor que se consigue superando con éxito esta etapa es la fidelidad el que abarca la sinceridad, la autenticidad y unas buenas relaciones con los demás. Es muy importante reafirmar la satisfacción completa de la Necesidad de seguridad; amor y pertenecía, reconocimiento.

“Intimidad frente a aislamiento”. Esta etapa va desde los 21 años hasta los 40 años aproximadamente. El joven adulto ya no tiene que probarse a sí mismo, tiene que independizarse de sus figuras paternas y funcionar con mayor autonomía como maduro y responsable. La crisis que se sufre en esta etapa es tratar de fundir nuestra identidad con la de otra persona sin perder el sentido del yo, quienes no consiguen esto tendrán sentimientos de aislamiento y evitarán el contacto social porque tienen miedo a la intimidad por temor a perder su identidad. La fortaleza que se alcanza en esta etapa es el amor esto visto como una entrega mutua con otra persona. Si está satisfecha esta Necesidad de seguridad; amor y pertenecía, reconocimiento, el individuo se desenvolverá de manera correcta.

La séptima etapa “Generatividad frente a estancamiento”, comienza desde 40 hasta los 65 años aproximadamente. En esta etapa el individuo está dedicado a la crianza de los hijos. Lo fundamental de esta etapa es lograr un equilibrio apropiado entre la productividad, que es una extensión del amor hacia el futuro, y el estancamiento que generaría una escasa o nula contribución a la sociedad. El valor conseguido luego de superar esta etapa es la solidaridad, el interés por los otros, la necesidad de enseñar no solo para ayudar a otros, sino también para realizar la propia identidad. Nuevamente esta la Necesidad de seguridad; amor y pertenecía, reconocimiento; autorrealización de Maslow.

Octava y última etapa, “Integridad frente Desesperación”. Esta etapa comienza a los 65 años y acaba con la muerte. Cuando las personas llegan a esta etapa no dejan necesariamente de ser productivas, pueden seguir siendo creativas y útiles de otros modos, los hijos se han ido, aparecen las enfermedades, las preocupaciones relativas a la muerte, los amigos mueren, los familiares también el conyugue o la conyugue mueren. El modo psicosexual de esta fase es la sensualidad generalizada. La integridad se refiere a la capacidad de ver las experiencias pasadas de sí mismo de forma positiva, a pesar de lo errores que se hayan cometido en el camino. La integridad implica las virtudes de renuncia y sabiduría.

La renuncia implica el abandono de las metas que no se pueden conseguir y la aceptación de la vida por lo que ha sido y es ahora. La integridad yoica significa llegar a los términos de tu vida y por tanto, llegar a los términos del final de tu vida aceptando el pasado la vida tal como la viviste así, entonces no necesitarás temerle a la muerte. Las personas que se encuentran sumidas en un estado de desesperación tienen poca sabiduría que ofrecer a las generaciones futuras porque están demasiado preocupadas en repasar los errores pasados. Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad incluso biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes, junto con las enfermedades y aparecen las preocupaciones relativas a la muerte.

Los amigos mueren, los familiares también parece que todos debemos sentirnos desesperanzados. Así una persona que posea integridad en esta etapa evolutiva, demuestra su madurez, caracterizada por la aceptación del estilo de vida pasado, la serenidad y la buena voluntad para seguir la propia realización y aceptar la muerte. La sensualidad generalizada se puede decir que se trata de disfrutar de diversas sensaciones físicas: sonidos, sabores, olores, abrazos y quizás también estimulación genital. Desde el punto de vista de Maslow en esta etapa se conseguiría la Autorrealización. (Schultz y Schultz, 2009)

3.4.1 Teoría de Robert Havighurst

De igual manera se refería a esta etapa de la vida como el fin de la madurez y que tiene como comienzo en los 65 años hasta la muerte. Durante el final de la madurez el adulto se desliga de algunas de las funciones que tuviera en la madurez. Esta liberación deja a la persona libre para implicarse o seguir la implicación en otras funciones, como las de abuelo ciudadano, miembro de un club o amigo.

Havighurst (1974) describía seis tareas evolutivas al final de la madurez:

- Adaptarse a una fuerza física y a una salud en descenso. El envejecimiento biológico se debe a la disminución en el funcionamiento de las células y en el sistema celular. Siendo los más afectados el sistema cardiovascular, renal y músculo esquelético, que pueden dificultar la movilidad de la persona y esto puede generar un efecto negativo en el bienestar emocional.
- Adaptarse a la jubilación y a los ingresos reducidos. La forma en que la persona se adapte a la jubilación dependerá de lo que haya significado su trabajo, si su trabajo fue muy satisfactorio y meritorio, puede que después de la jubilación sufra la desintegración de su ego. En cambio otras personas acogen con buen agrado la jubilación pues se ilusionan con otras tareas que desean realizar. Sin embargo esto va a depender de los ingresos de su pensión jubilar ya que pueden ser reducidos y acabar con las ilusiones de viajar o su estilo de vida.

- Establecer una afiliación explícita con el grupo de edad afín. Desde el punto de vista psicológico esto supondría una recompensa para un adulto mayor, ya que hay menor necesidad de competencia, es más fácil encontrar compañerismo y se puede hallar prestigio. Por otro lado algunas personas sentirían como un castigo obligado o fracaso al asociarse con los de su misma edad. Esto por lo general ocurre con las personas que tienen una visión negativa de la vejez.
- Adaptarse a las funciones sociales de un modo flexible. La capacidad de ampliar las funciones familiares, de desarrollar y ampliar las funciones de actividad en la comunidad, de cultivar nuevas actividades y mantener un ritmo lento y equilibrado de actividades, conduce por lo general a unos modelos satisfactorios de vida.
- Establecer unos planes satisfactorios de vida. Los cambios biopsicosociales que se asocian a la vejez a menudo requieren un cambio de estilo de vida.

Necesidades biológicas: casi todos los adultos mayores sufren de enfermedades que pueden ocasionar muchas complicaciones, en especial en adultos mayores de avanzada edad, como por ejemplo el moverse dentro de su propio hogar o el lugar donde vivan, así por ejemplo no podrán subir o bajar a pisos superiores o inferiores

Necesidades psicológicas: Los principales valores que buscan los adultos mayores son los de alojamiento en un lugar donde exista mucha paz, tranquilidad, intimidad, independencia de acción, proximidad a parientes y amigos, economía, proximidad a medios de transporte y bibliotecas de la comunidad, tiendas, cines, iglesias, etc.

Necesidades sociológicas: La mayoría de la gente vive formando parte de una pareja y mantiene un hogar que como cuando tenía 60 años. Las mujeres tienen mayor tendencia a vivir con los hijos que los hombres.

Para Havighurst el tipo de alojamiento más satisfactorio para estas personas es el especialmente diseñado para ellas, formando parte de zonas residenciales de tres generaciones y de tipo comunal. (Muñoz, 2002)

3.5 Autorrealización

Maslow propuso que los rasgos de las personas autorrealizadas no sufrían psicopatologías, además de poseer creatividad y distancia de los demás, habían satisfecho todas las necesidades básicas de la jerarquía, vivían por encima del nivel de subsistencia, no tenían ninguna amenaza permanente para su seguridad y no sufrían de fácilmente la frustración de no satisfacer alguna de estas necesidades, además conocían el amor y podían amar a un gran número de personas pero no tenían la obligación de amar a todo el mundo, tenían un sentido profundo de su propio valor. Aceptaban los valores, e incluso las exigían, como la verdad, belleza, justicia, simplicidad, sentido del humor, etc. Aprovechaban completamente sus talentos, capacidades, potencialidades, etc.

En la vejez la calidad de vida es el elemento principal más allá de la longevidad. Por lo tanto, como se expone acá las virtudes, los valores, las necesidades cubiertas en las personas de edad mayor se van a encontrar de una manera espontánea, caso contrario el adulto mayor deprimido apenas tendrá cubierta ciertas necesidades y en el Plan de Vida se va a reflejar esto. Así tendrán mayor oportunidad de obtener apoyo social y repercutirá en la calidad de vida de los mismos. Las redes sociales y el apoyo social son sumamente importantes para que el adulto mayor pueda sobrellevar sus problemas y se mantenga activo, como es el caso de los Servicios Sociales del Adulto Mayor donde las personas encuentran personas con quienes compartir de su satisfacción del plan de vida sin depresión.

La Teoría del Desapego, contrario a lo antes expuesto, argumenta que el proceso normal del envejecimiento envuelve un proceso de retiro y separación de la persona de edad mayor del sistema social al que pertenece, lo cual resulta en una disminución de la interacción social (Ruiz, 2011). Esta teoría fomenta precisamente la exclusión social cuando postula que es normal que la persona se aislé en esta etapa de su vida. Por otro lado, la Teoría de la Actividad argumenta que las necesidades psicológicas y sociales de las personas de edad avanzada no son diferentes a las de las personas de edad media. No es ni normal, ni natural para las personas de edad avanzada el retraerse y aislarse. Cuando lo hacen es por

eventos que están fuera de su control (Ruiz, 2011). Esta teoría promueve una visión holística cuando trabajamos con personas de edad mayor ya que facilita la observación de los factores que pueden provocar el aislamiento en los mismos.

“Calidad de vida del adulto mayor”, según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez”

Sin embargo los rasgos de la sociedad actual, se relacionan con la manera que el individuo, enfrentado a la realidad de su envejecimiento, tiene de percibirse a sí mismo identificándose las siguientes situaciones: pérdida de autoestima, pérdida del significado o sentido de la vida y pérdida de la facilidad de adaptación. La importancia que se conceda a las necesidades superiores y especialmente a su satisfacción radica en lo que Maslow (1954) ha sintetizado en forma muy clara: “Tener satisfechas las necesidades superiores significa mayor eficiencia biológica, mayor longevidad, menos enfermedades, mejor sueño, apetito, etc., la satisfacción de necesidades superiores produce mejores resultados, por ejemplo felicidad, serenidad y riqueza de vida interna, la prosecución y satisfacción de necesidades superiores, representa un saludable rumbo de avance y está más próxima a la autorrealización y por lo tanto más cercana a la máxima expresión de la conducta humana”. Maslow creía que la autorrealización es más propia de la persona anciana, porque requiere de la sabiduría y madurez adquiridas mediante el enfrentamiento con las realidades de la vida, en la medida que se haya escogido ser uno mismo.

3.5.1 Necesidades insatisfechas

La llegada a la adultez mayor implica que una serie de necesidades se modifiquen como resultado de la alteración que sufre el organismo, la situación emocional y el lugar que ocupa dentro de la sociedad. Según Abraham Maslow, cada hombre tiene una serie de necesidades básicas que pueden expresarse en forma de pirámide.

1) Fisiológicas: son las necesidades más elementales que el hombre requiere para sobrevivir, por lo cual su insatisfacción produce problemas como, acercamiento a la invalidez o muerte, por ejemplo el adulto mayor que no tiene alimentación y bebida, a esta edad la parte sexual y en estas condiciones poco o nada importa.

2) Seguridad: se entiende como estabilidad, independencia, protección. Se manifiesta en dos campos: físico y psicológico. Para el primero se requiere de protección de agentes externos (temperatura, lluvia, terremotos, etc.); con respecto al segundo se refiere a la protección contra la propia sociedad o medio que lo rodea, cada vez es más frecuente ser testigo de malos tratos, negligencia, etc. Esta necesidad va aparejada con la inseguridad que sufre el Adulto Mayor, a quien su cuerpo ya no responde como antes, los problemas de salud son más frecuentes, su situación económica entra en crisis, por lo que no le permite una vejez sana.

3) Pertenencia: son las que se satisfacen mediante el contacto con otros miembros de la comunidad y familia. Esta necesidad depende en gran parte de su vida interior, su rol y desempeño en el grupo familiar, el trabajo, su vida social, la conformación de nuevos grupos, como los Centros de Jubilados. Lo importante es que el Adulto Mayor tenga un rol activo dentro de la sociedad.

4) Autorrealización: es el resultado de lo que se quiere y puede ser. Esta necesidad se encuentra en el vértice de la pirámide, es el resultado de la fuerza personal pero que también resulta de la existencia de un ambiente estimulante.

Existe una gran brecha en lo que respecta a las necesidades del Adulto Mayor y los servicios que existen en realidad, esto se ha visto reforzado y justificado por una serie de valores culturales que reflejan una imagen negativa en lo que respecta al envejecimiento. Las necesidades no son rígidas en el sentido de su orden por

ejemplo un adulto mayor puede que en sus necesidades de seguridad tener una insatisfacción al retirarse de la vida laboral y tener una carencia de ingresos económicos si este individuo además de esta necesidad puede perder el respaldo de su familia, el respeto y llegar al abandono con las consecuencias que esto trae como la ausencia de alimentación, de un hogar, de amor, de amistades, de autoestima y nunca llegará a la autorrealización.

Conclusiones

Las necesidades motivan al ser humano a realizar acciones con la finalidad de satisfacerlas. Todo parte de un proceso fisiológico y por instinto se superan las básicas, luego se desarrollan las más complejas por la cognición de las personas y para cubrir estas necesidades la misma racionalidad del hombre motiva a actuar para ir las resolviendo. Abraham Maslow y su teoría de la jerarquía de las necesidades nos da una visión desde las más elementales hasta las que conducen a la autorrealización, explicando que ésta es la meta a la que deberíamos llegar para vivir en armonía y con la felicidad de haber hecho lo que más nos gusta disfrutando de esto todos los días y desde luego esta teoría se lleva muy bien con la Teoría de las etapas evolutivas de Erik Erikson coincidiendo en las necesidades y en los resultados de sus satisfacciones, especialmente con relación al adulto mayor, las necesidades que aparecen durante todas las etapas de la vida si son satisfechas se superará las llamadas “crisis” y especialmente en la etapa Integridad vs. Desesperación donde si se ha satisfecho las necesidades de Autorrealización tendremos a un adulto mayor sano. Todos los capítulos son muy importantes pero en este en especial se resalta ya que de el se parte para la elaboración de la encuesta del Plan de Vida.

CAPÍTULO 4

INVESTIGACIÓN DE CAMPO

Introducción

En el presente capítulo, Trabajo de campo, los instrumentos utilizados son: los reactivos Psicológicos aplicados (Test de depresión de Hamilton, Escala de Depresión geriátrica de Yesavage), Encuestas: Psicosocial y Satisfacción o Insatisfacción del Plan de Vida que se aplicarán a los pacientes que asisten a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IEISS. Su importancia radica que a partir de los datos obtenidos mediante estos instrumentos se podrán comprobar hipótesis, el adulto mayor que no sufre depresión ha cumplido con satisfacción su plan de vida, mediante el cumplimiento de los objetivos

4.1 Datos generales del Centro donde se llevó a cabo el presente estudio

Nombre del centro: Servicios Sociales del Adulto Mayor del I.E.S.S

Ciudad: Cuenca

Coordinador/a general: Socióloga Martha Ugalde

Coordinador del Departamento de Psicología: Dr. Jorge Ipiales

Breve reseña histórica del Programa de los Servicios Sociales del Adulto Mayor en Cuenca:

El 2 de abril de 1985 El Consejo Superior del I.E.S.S. mediante resolución N° 563 dispone la creación de este Departamento que debía encargarse de investigar y promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas de la tercera edad a través de implementar programas recreativos y de difusión cultural, actividades ocupacionales y de aprovechamiento de las experiencias de estas personas. La atención psicológica ha constituido un gran apoyo para quienes acuden tanto a las terapias individuales como las terapias de grupo. Actualmente los Servicios Sociales del Adulto Mayor funcionan en el antiguo edificio del hospital del I.E.S.S. en la Avenida Huayana Capac y sus miembros llegan a los 1700 personas que van desde los 60 años de edad.

4.2 La muestra

Para este trabajo de titulación se escogió una muestra de 40 personas, muestra sugerida por el Psicólogo del centro el Dr. Jorge Ipiales el cual refirió que ese número de personas es el disponible para trabajar en esta investigación y que por su trabajo desde la creación del centro, los resultados obtenidos de esta muestra son confiables y tienen valor proyectivo para todo el universo que conforman los Servicios Sociales. No se tuvo preferencia por género, y como verán en los resultados obtenidos la proyección sobre esta variable es general, con referencia a la edad se tomó en cuenta individuos desde los 65 años hasta los 85 años de edad.

4.3 Aplicación de Encuesta Psicosocial

Se elabora una Encuesta Psicosocial en la que constan parámetros que permitan investigar los objetivos específicos: Verificar la influencia de las variables como Edad, Sexo, Instrucción, Ambiente familiar, en el cumplimiento de metas vitales

de una persona. Además se realizará el estudio estadístico encaminado a la verificación de la correlación entre la depresión y las variables consideradas en el estudio de satisfacción del plan de vida en los adultos mayores que asisten a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS. Con esta finalidad se elaboró esta encuesta para obtener información importante para medir variables señaladas anteriormente. (Ver anexo 1)

4.4 Aplicación de Test de depresión de Hamilton

Se eligió este reactivo para este estudio por la fiabilidad del mismo comprobada, estandarizada y es aplicable a distintas edades y mucho más aún en el adulto mayor. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Este test permitirá comprobar que la no realización de las metas vitales tiene relación con la depresión en el adulto mayor, siendo este objetivo el principal. Además, valorar mediante Escala de depresión Yesavage y Escala de depresión de Hamilton ausencia o presencia, y que nivel de depresión puede existir en los adultos mayores que asisten a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS. Concomitantemente se comprobará la hipótesis planteada para el presente trabajo el cual es: Los adultos mayores que no sufren depresión han cumplido mejor su plan de vida que los adultos mayores que sufren depresión.

La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y Cols en 1984, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta

de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems, la misma que se utilizará en esta investigación. Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, por tanto, el rango de puntuación es de 0-52 puntos. (Ver anexo 2)

4.5 Aplicación de Escala de depresión geriátrica Yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) fue concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, por Brink y Yesavage en 1982. Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano, prestando menor importancia a los aspectos somáticos y neurovegetativos, sobre los que se centran otras escalas.

La versión original, consta de 30 ítems, pero, los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida. De la versión de 15 ítems existen múltiples traducciones, y en el año 2000, Aguado C y cols. presentaron un primer avance de su estudio de adaptación y validación. Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 ó 0-15, según la versión. (Ver anexo 3)

4.6 Aplicación de Encuesta Plan de Vida

Se elaboró una Encuesta del Plan de Vida la misma que permitirá recolectar información de los pacientes para comprobar la hipótesis: Los adultos mayores que no sufren depresión han cumplido mejor su plan de vida que los adultos mayores que sufren depresión. De acuerdo a lo que es la percepción del paciente, si ha cumplido con sus metas vitales, para eso se tomo de la teoría de la jerarquía

de las necesidades de Maslow con un cuestionario de veinte y cinco preguntas. Son cinco preguntas por cada necesidad, comenzando por las fisiológicas entre ellas están el alimento, el agua, la temperatura corporal, el sueño, el sexo. La de seguridad como si sus actos están bajo su responsabilidad y si son satisfactorias, relación familiar, los ingresos económicos y salud. Para las preguntas siguientes se tomó en cuenta las necesidades de pertenencia con preguntas que tratan sobre la apreciación sobre amor y pertenencia, el deseo de amistad, deseo de tener una pareja e hijos, la necesidad de pertenecer a una familia, un club, un barrio, también algunos aspectos del contacto sexual y humano, así como la necesidad de dar y recibir amor.

En lo referente a las necesidades de respeto las preguntas son relacionadas con la reputación es la percepción del prestigio o fama que una persona ha alcanzado a la vista de los demás, mientras que la autoestima son los sentimientos de valor y confianza de la propia persona. Por último tenemos cinco preguntas sobre la necesidad de autorrealización donde llegamos a tomar en cuenta el logro personal, la realización del potencial de la persona y un deseo de creatividad. Las personas autorrealizadas conservan su autoestima aunque otros los desprecien, rechacen e ignoren. (Ver anexo 4)

ENCUESTA PSICOSOCIAL

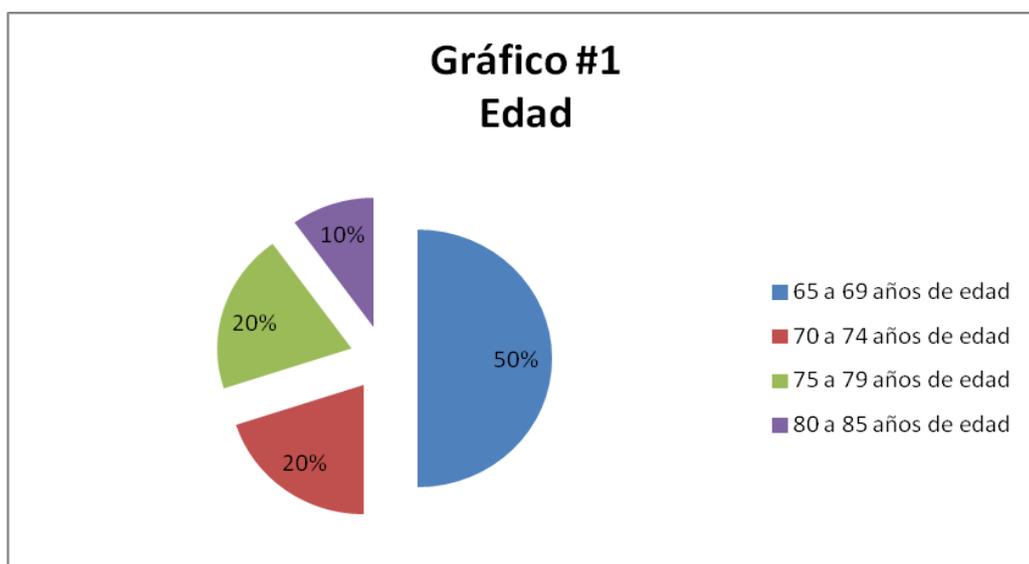
4.6 Procesamiento de los datos obtenidos y tabulación de los mismos

ENCUESTA PSICOSOCIAL

1.- Edad

Tabla 1

EDAD	Nº de casos	%
65 a 69 años de edad	20	50%
70 a 74 años de edad	8	20%
75 a 79 años de edad	8	20%
80 a 85 años de edad	4	10%
TOTAL	40	100%



Fuente: Encuesta Psicosocial

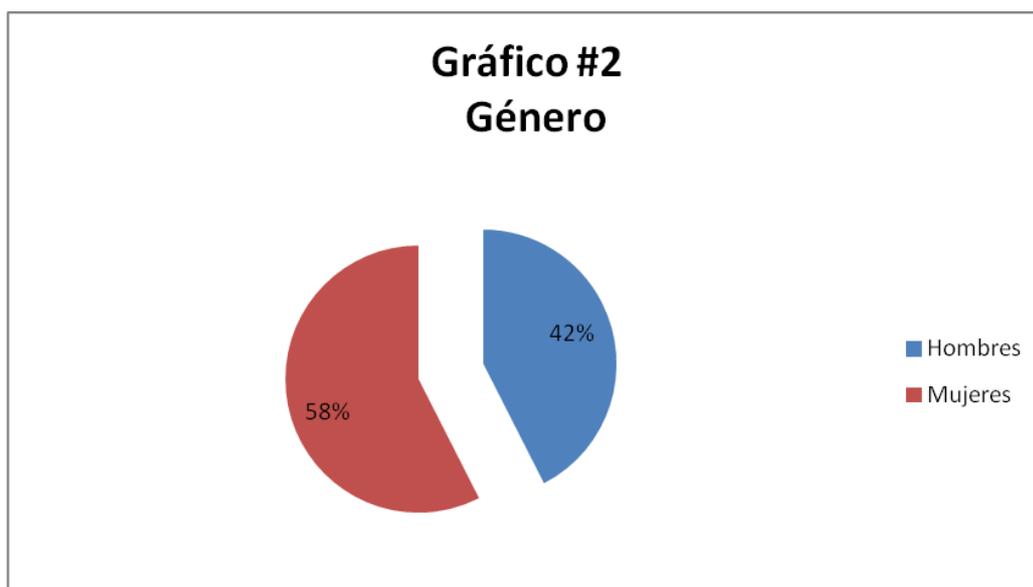
Interpretación:

El 50 % comprenden entre las edades de 65 a 69 años, tendencia general en los Servicios Sociales del Adulto Mayor ya que es la población con mejor salud física, el 20% se encuentran entre los 70 a 74 años y de 75 a 79 años de edad cada una, hay una disminución debido a que son edades más avanzadas donde los problemas de salud e impedimentos físicos de movilización aumentan; de los 80 a 85 años de edad el 10 % de toda la muestra, debido a que la población de estas edades son menores por las expectativas de vida en nuestro medio.

2.-Género.-

Tabla 2

Género	Nº de casos	%
Hombres	17	42,50%
Mujeres	23	57,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Encuesta Psicosocial

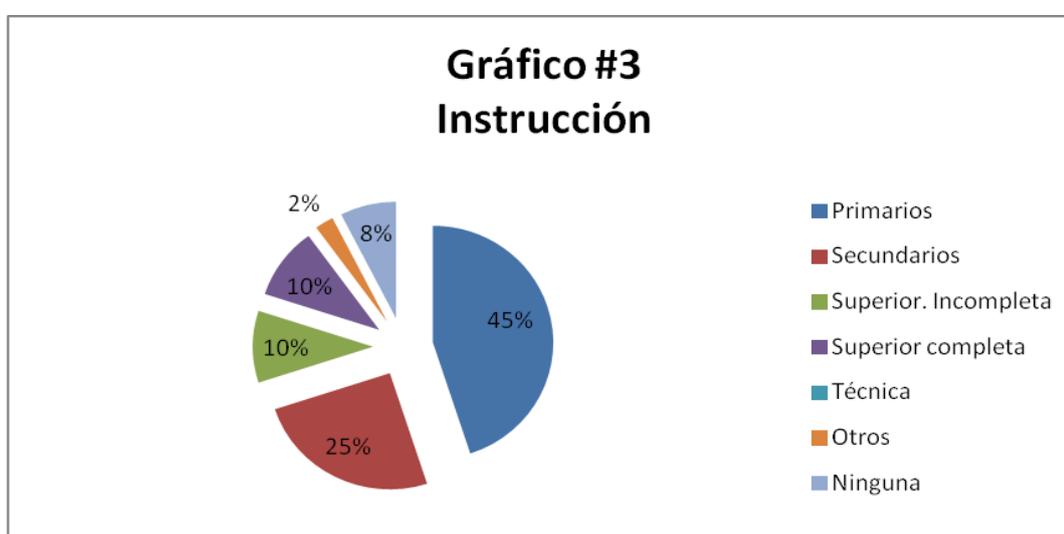
Interpretación:

En lo que se refiere al género observamos que las Mujeres constituyen en mayor número en la muestra representando el 57,50% interesante dato que corrobora los datos que la expectativa de vida es mayor para las mujeres, los Varones representan el 42,50%. También este factor se debe a que las mujeres son más abiertas a las experiencias sociales que los hombres.

3.- Instrucción.

Tabla 3

INSTRUCCIÓN	Nº de casos	%
Primarios	18	45,00%
Secundarios	10	25,00%
Superior. Incompleta	4	10,00%
Superior completa	4	10,00%
Técnica	0	0,00%
Otros	1	2,50%
Ninguna	3	7,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Encuesta Psicosocial

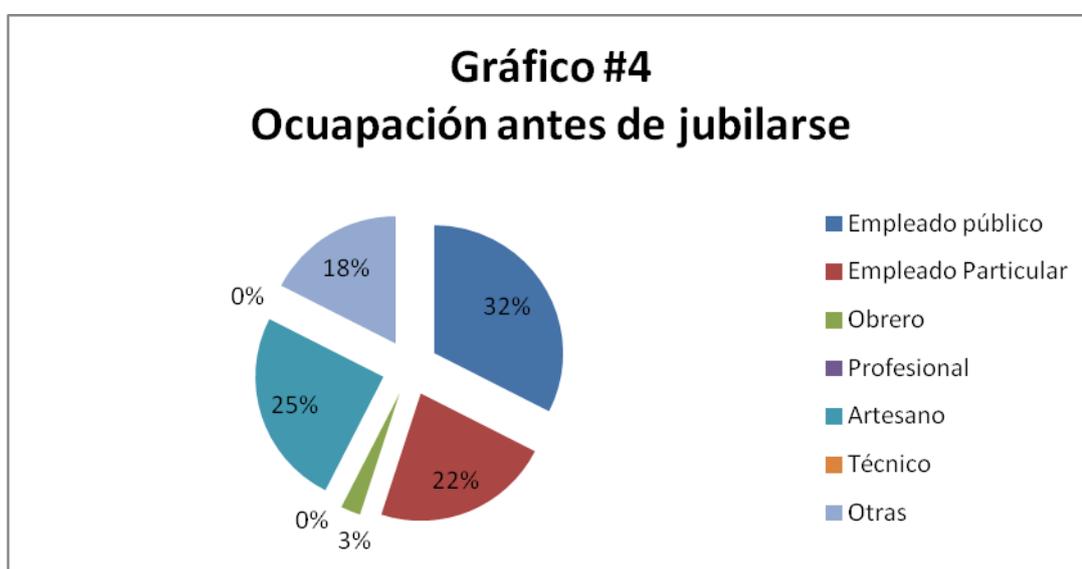
Interpretación:

Respecto al Nivel de Instrucción el nivel Primario representa el 45% esto se debe a factores psicosociales, culturales y económicos predominantes en la época en que los pacientes eran jóvenes; la Instrucción Secundaria con 25%, estas personas en su juventud han tenido los medios económicos suficientes como para no abandonar sus estudios por dedicarse a el mantenimiento económico de sus familias nucleares y han logrado superar una cultura machista, específicamente las mujeres, cuando en épocas pasadas eran relegadas a los quehaceres domésticos y cuidado de hermanos menores incluso antes de terminar la primaria; la Instrucción Superior Incompleta y el nivel Superior Completa representados en igual porcentaje son personas que no han sido obligados, especialmente las mujeres, o han decidido a temprana edad contraer compromisos como el matrimonio.

4.- Ocupación antes de jubilarse.-

Tabla 4

Ocupación antes de jubilarse	Nº de casos	%
Empleado público	13	32,50%
Empleado Particular	9	22,50%
Obrero	1	2,50%
Profesional	0	0%
Artesano	10	25,00%
Técnico	0	0%
Otras	7	17,50%
TOTAL	40	100%



Fuente: Encuesta Psicosocial

Interpretación:

La Ocupación Antes de Jubilarse de toda la muestra de investigación se describe de la siguiente manera: como Empleados Públicos el mayor porcentaje y los Empleados Particulares, comparando con la muestra de la población que ha terminado su instrucción secundaria, superior incompleta y completa podemos apreciar que es casi es el mismo nivel que se han desempeñado en estos cargos; seguido por los Artesanos, que si bien han seguido un cierto nivel de instrucción han adquirido otros conocimientos probablemente al incursionar en el mundo laboral a tempranas edades; en Otras (quehaceres domésticos, afiliadas voluntarias) y Obreros debido a falta de instrucción y en el primer caso a motivación por superarse o motivación por sacar adelante sus hogares.

5.- ¿En la actualidad con quien vive usted?

Tabla 5

¿En la actualidad con quien vive usted?	Nº de casos	%
Con familia ampliada	2	5,00%
Con familia propia	6	15,00%
Con esposa (o)	12	30,00%
Con hijos	9	22,50%
Con Nietos	2	5,00%
Con otros familiares	1	2,50%
Con otras personas	2	5,00%
Solo (a)	8	20,00%
TOTAL	40	100%



Fuente: Encuesta Psicosocial

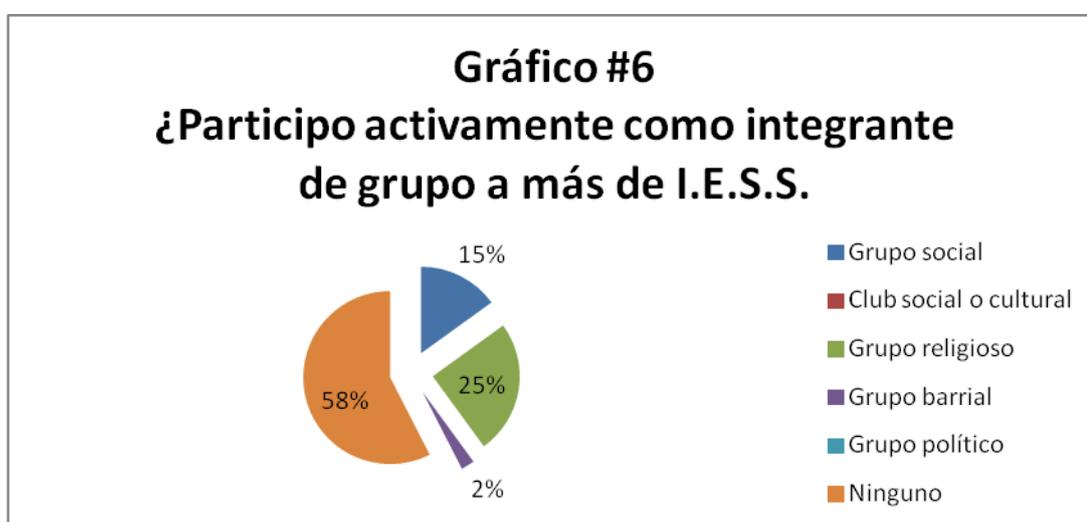
Interpretación:

Las personas que en la Actualidad Viven con: Esposo/a es una tasa que nos demuestra que con la llegada a esta etapa de la vida ya los hijos han partido, incluso algunos siendo olvidados; seguido de Con Sus Hijos también podemos apreciar esto a factores culturales y económicos como los de mantener una familia ampliada debido al cariño y amor recíproco y también para una mejor economía de sus hijos y sus familias al tener un lugar donde se eximen de pagar arriendos y en otros casos hasta alimentación; Viven Solos el 20%, debido a circunstancias como la viudez y el abandono de los hijos.

6.- ¿Participo activamente como integrante de grupo a más del I.E.S.S.?

Tabla 6

Tipo de grupo	Nº de casos	%
Grupo social	6	15,00%
Club social o cultural	0	0,00%
Grupo religioso	10	25,00%
Grupo barrial	1	2,50%
Grupo político	0	0,00%
Ninguno	23	57,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Encuesta Psicosocial

Interpretación:

Los pacientes que conforman la muestra, además de pertenecer a los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS, pertenecen o no a otros grupos en el siguiente orden: Ninguno, esto a causa de que al llegar a la adultez mayor pierden habilidades psicosociales, intereses; a Grupos Religiosos por factores de educación a lo largo de su vida y fe y creer en alguien superior que aliviará sus dolencias; Algún Grupo Social 15%; a un Grupo Barrial 2,50% son personas todavía que sienten vitalidad y no quieren ser una carga para la sociedad y saben que pueden aportar a ella y eso los mantiene “con vida” y repercutirá en su salud mental.

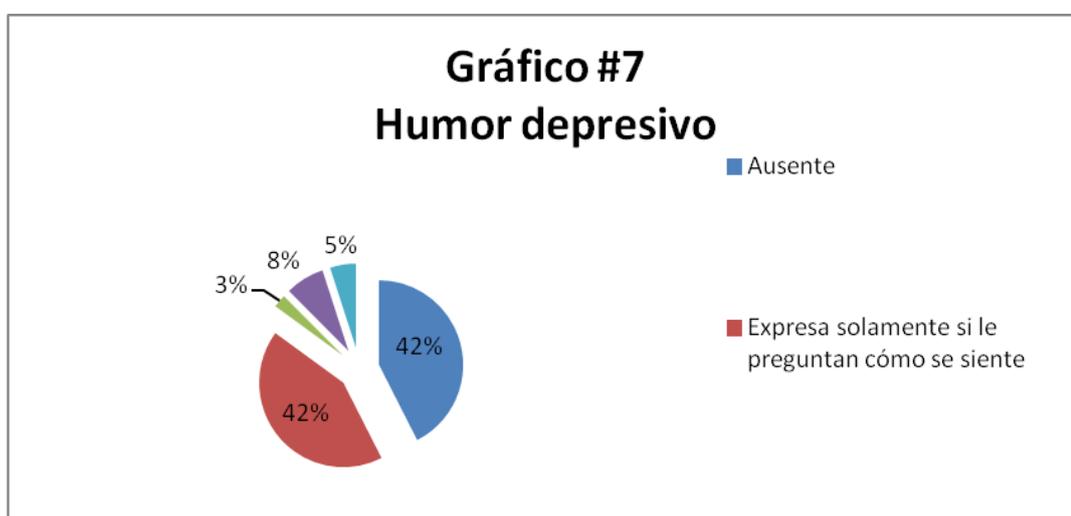
**TEST DE DEPRESIÓN DE
HAMILTON**

TEST DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

1.- Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad):

Tabla 7

Humor depresivo	Nº de casos	%
Ausente	17	42,50%
Expresa solamente si le preguntan cómo se siente	17	42,50%
Estas sensaciones las relata espontáneamente	1	2,50%
Sensaciones no comunicadas verbalmente	3	7,50%
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	2	5,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

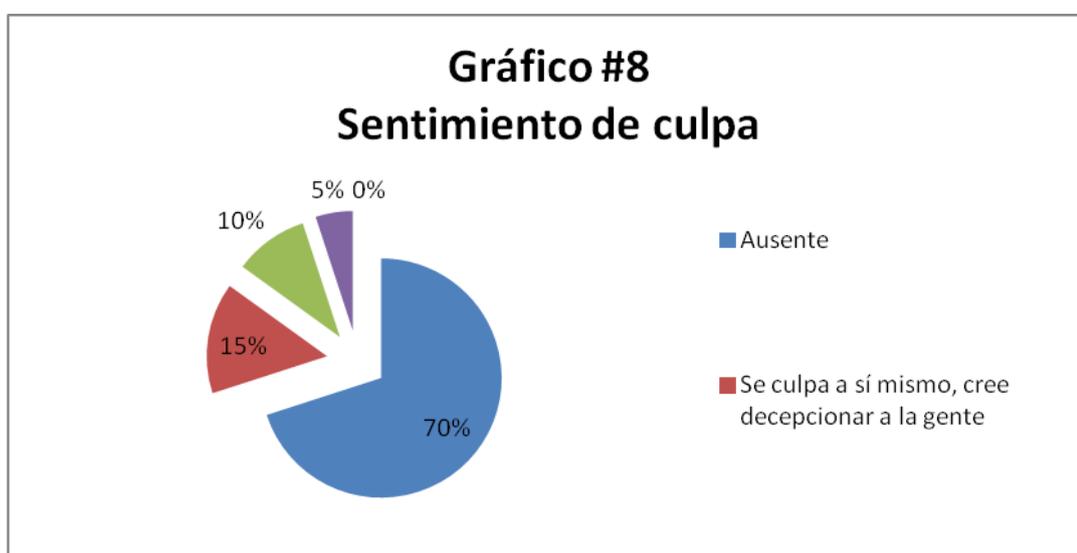
Interpretación:

En el humor depresivo encontramos: Ausente de sintomatología, y Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se sienten, corresponden 42,50%, esto debido al gran apoyo físico y psicosocial recibido en los Servicios Sociales del Adulto Mayor Podemos apreciar que el 15% de la población sufre depresión o pequeñas molestias en su humor y que en la encuesta Plan de Vida se va a ver reflejado este porcentaje como insatisfecho en las necesidades más complejas.

2.- Sentimientos de culpa:

Tabla 8

Sentimientos de culpa	N° de casos	%
Ausente	28	70,00%
Se culpa a sí mismo, cree decepcionar a la gente	6	15,00%
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	4	10,00%
Siente que la enfermedad actual es un castigo	2	5,00%
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

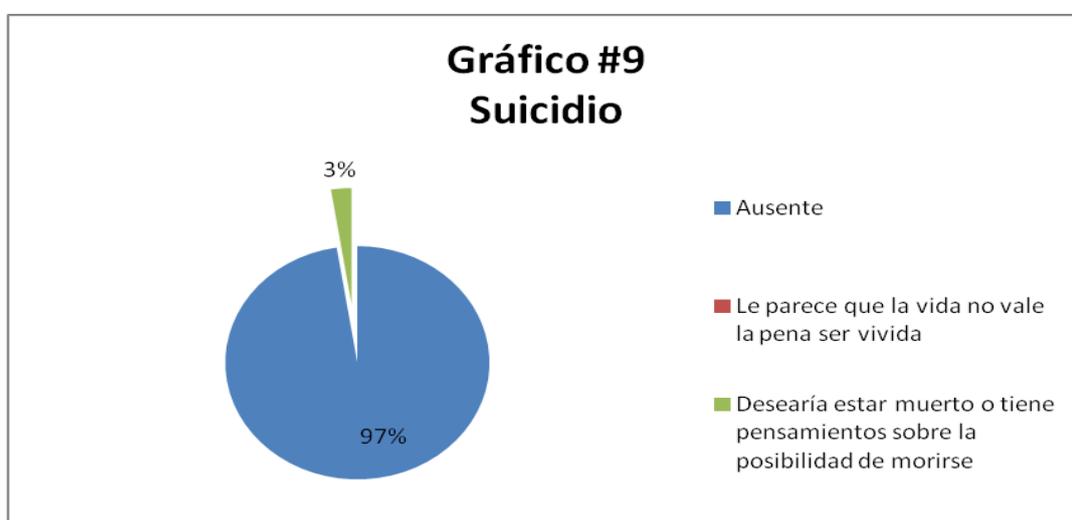
Interpretación:

En el ítem referente a los Sentimientos de Culpa tenemos los siguientes resultados: Ausente 28 personas, representando el setenta por ciento (70%) de la muestra; Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente, 6 individuos, y representa el quince por ciento (15%); Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones, 4 pacientes, y constituye el diez por ciento (10%); Siente que la enfermedad actual es un castigo, 2 pacientes, y representa el cinco por ciento (5%) esto tiene relación con las necesidades insatisfechas de Seguridad, Amor y pertenencia y la de Respeto.

3.- Suicidio:

Tabla 9

Suicidio	Nº de casos	%
Ausente	39	97,50%
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	0	0,00%
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	1	2,50%
Ideas de suicidio o amenazas	0	0,00%
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

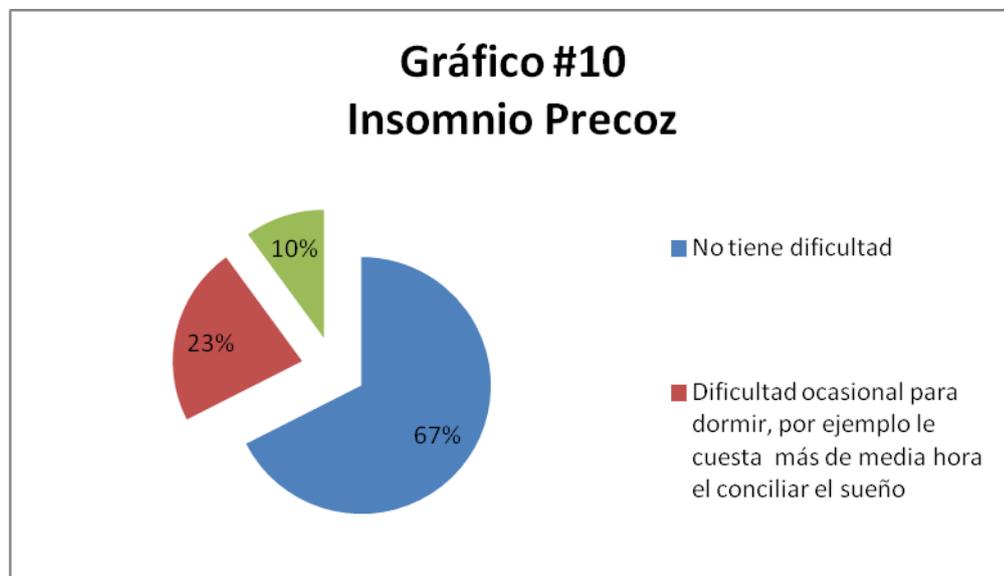
Interpretación:

Con relación a las Ideas de Suicidio se obtuvo el resultado: Ausente, casi la totalidad de la muestra esto debido a que tienen motivaciones y ellas las conducen a actuar y una de las más acertadas es la distracción que obtienen en el centro a más de atención en salud física y mental y las motivaciones como los éxitos logrados con ver a sus hijos formados, ver crecer a sus nietos y sus personalidades bien establecidas que a pesar de el transcurso del tiempo no se han modificado drásticamente. La persona que piensa en que sería estar mejor muerto es un individuo el cual en las Escalas de Depresión de Yesavage y Depresión de Hamilton resultó como el paciente con una depresión grave y en la encuesta Plan de Vida la mayor parte de los ítems fueron respondidos negativamente.

4.- Insomnio precoz:

Tabla 10

Insomnio precoz	Nº de casos	%
No tiene dificultad	27	67,50%
Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le cuesta más de media hora el conciliar el sueño	9	22,50%
Dificultad para dormir cada noche	4	10,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

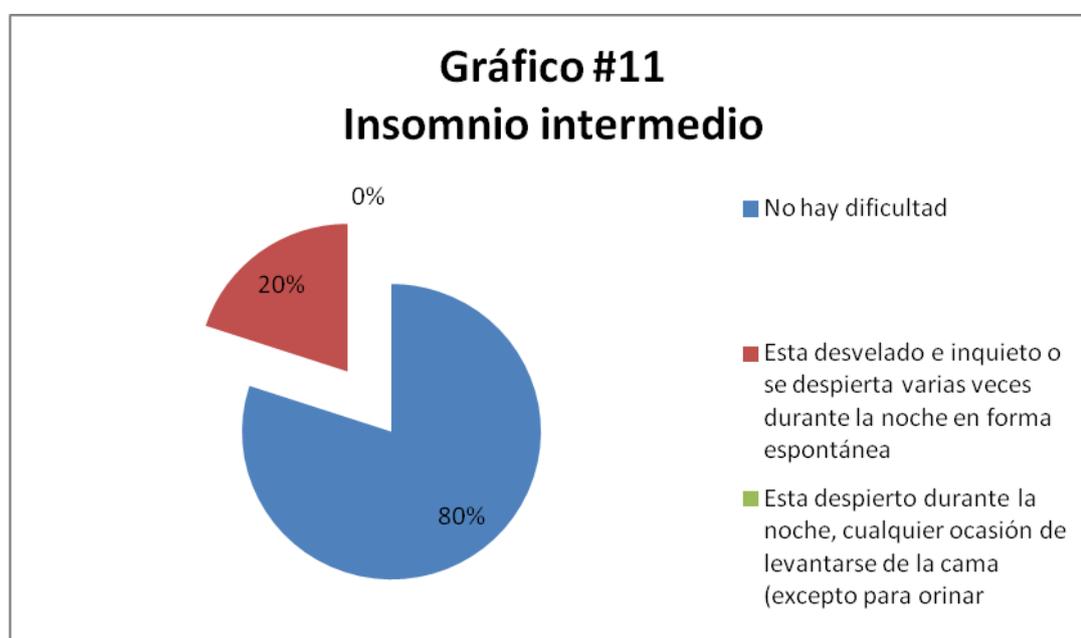
Interpretación:

Si bien la cantidad de descanso referente al sueño en los adultos mayores disminuye la mayoría no tiene problemas en este aspecto es decir el tiempo dedicado al sueño es lo suficientemente bueno como para reponer energías y despertar satisfechos sin cansancio ni agotamiento, en los demás resultados. En los casos que respondieron que tiene dificultad para dormir se debe a que los adultos mayores a nivel biológico disminuyen su capacidad para conciliar el sueño y mantenerlo como en otras etapas de la vida y también en otros casos puede deberse a la ansiedad, el sentimiento de culpa, depresión.

5.- Insomnio intermedio:

Tabla 11

Insomnio intermedio	Nº de casos	%
No hay dificultad	32	80,00%
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea	8	20,00%
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para orinar	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

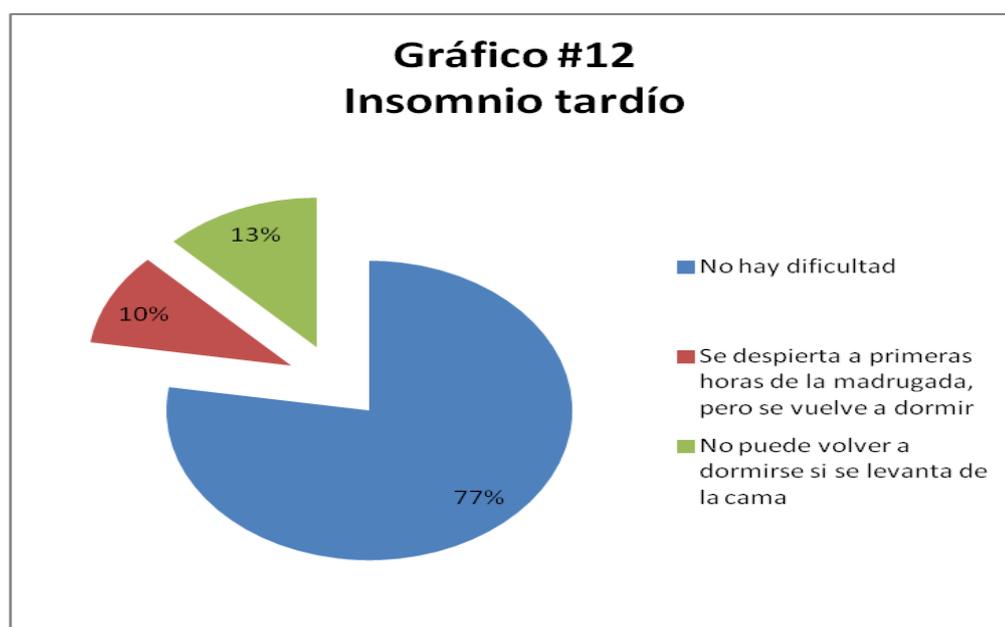
Interpretación:

Nuevamente el porcentaje de personas que se desvelan, están inquietos y se despiertan varias veces durante la noche, que es muy bajo, se debe a razones biológicas y factores psicológicos entre ellos la depresión y los síntomas que conlleva y en ciertas ocasiones debido a que tienen malos hábitos de sueño como siestas durante el día muy prolongadas y que repercuten a la hora de dormir en la noche.

6.- Insomnio tardío:

Tabla 12

Insomnio tardío	Nº de casos	%
No hay dificultad	31	77,50%
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	4	10,00%
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	5	12,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

Interpretación:

En la adultez mayor las personas duermen muy temprano y por eso se levantan temprano llegando a cumplir con las 8 horas de sueño, pero en otros casos el proceso de envejecimiento produce una disminución de las horas de reposo en la noche, sin embargo esto puede deberse a que la compensan con siestas en la tarde, es decir hay un cambio en su hábito de sueño y en algunos otros casos debido a la ansiedad generada por factores psicosociales, de todas formas el porcentaje de personas que se quejan de estos problemas no es muy significativo y sus quejas no son lo suficientemente graves como para estar frente a un problema muy grave.

7.- Trabajo y actividades:

Tabla 13

Trabajo y actividades	N° de casos	%
No hay dificultad	26	65,00%
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos y aficiones)	12	30,00%
Pérdida de interés en su actividad (manifestado por desatención, indecisión y vacilación)	0	0,00%
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o de la productividad	1	2,50%
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Sólo se compromete en pequeñas tareas, o no puede realizarlas sin ayuda	1	2,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

Interpretación:

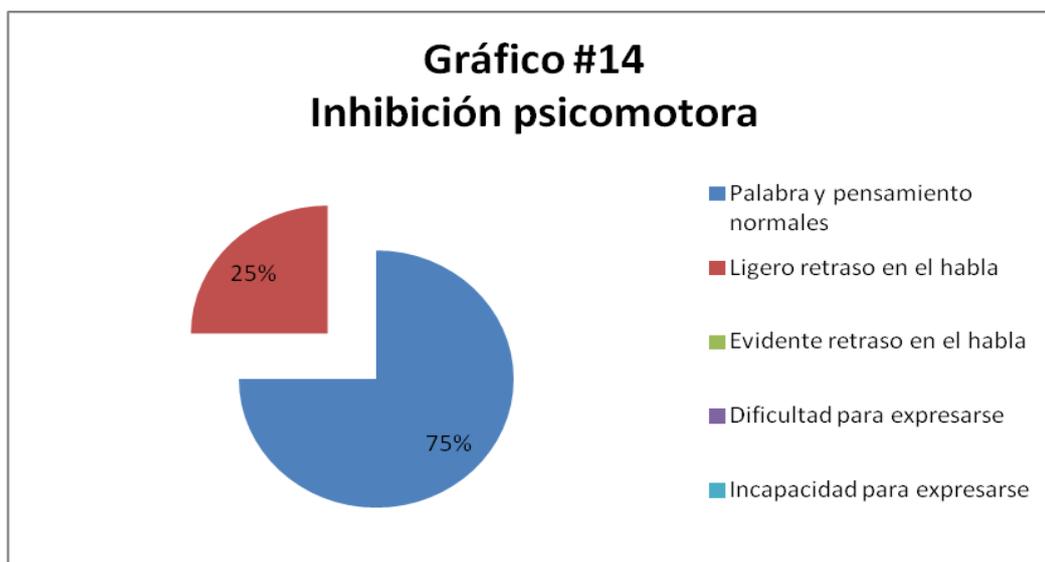
No hay dificultad, el 65% esto se debe a el porcentaje ofrecido en la Encuesta Psicosocial donde el predominio de personas entre los 65 a 70 años es alto y estas personas todavía pueden valerse por sí mismos; Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos y aficiones), el 30%, en este caso podemos observar que este porcentaje es representativo debido a que las personas en esta etapa de la vida el retiro de la vida laboral, la disminución de la fuerza física, la apreciación errónea de ser incapaces o discapacitados y la incapacitación por problemas de salud son entre otras factores que generan este nivel en esta interpretación.

8.- Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

Tabla 14

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	N° de casos	%
Palabra y pensamiento normales	30	75,00%
Ligero retraso en el habla	10	25,00%
Evidente retraso en el habla	0	0,00%
Dificultad para expresarse	0	0,00%
Incapacidad para expresarse	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%

Tabla #14



Fuente: Test de depresión de Hamilton

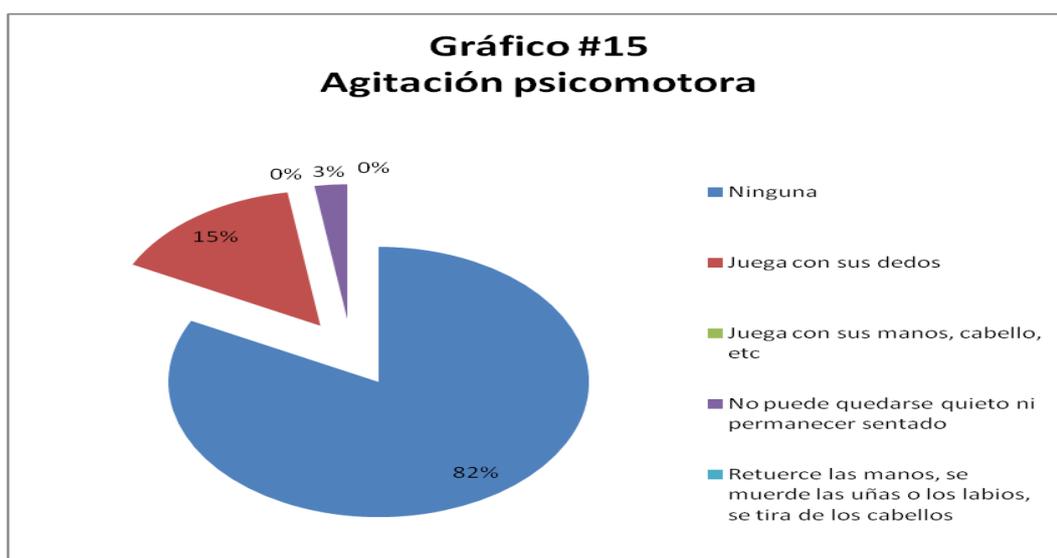
Interpretación:

En el ítems Inhibición Psicomotora tenemos: Palabra y pensamiento normal, 30 personas, y es el setenta y cinco por ciento (75%); Ligero retraso en el habla, 10 pacientes, y es el veinte y cinco por ciento (25%) para esta apreciación se tomaron en cuenta que algunas personas su capacidad para resolver las exigencias o respuestas inmediatas sufren un ligero retraso, esto es inteligencia fluida, que como se ve en el capítulo primero este disminuye con la edad.

9.- Agitación psicomotora:

Tabla 15

Agitación psicomotora	Nº de casos	%
Ninguna	33	82,50%
Juega con sus dedos	6	15,00%
Juega con sus manos, cabello, etc.	0	0,00%
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	1	2,50%
Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

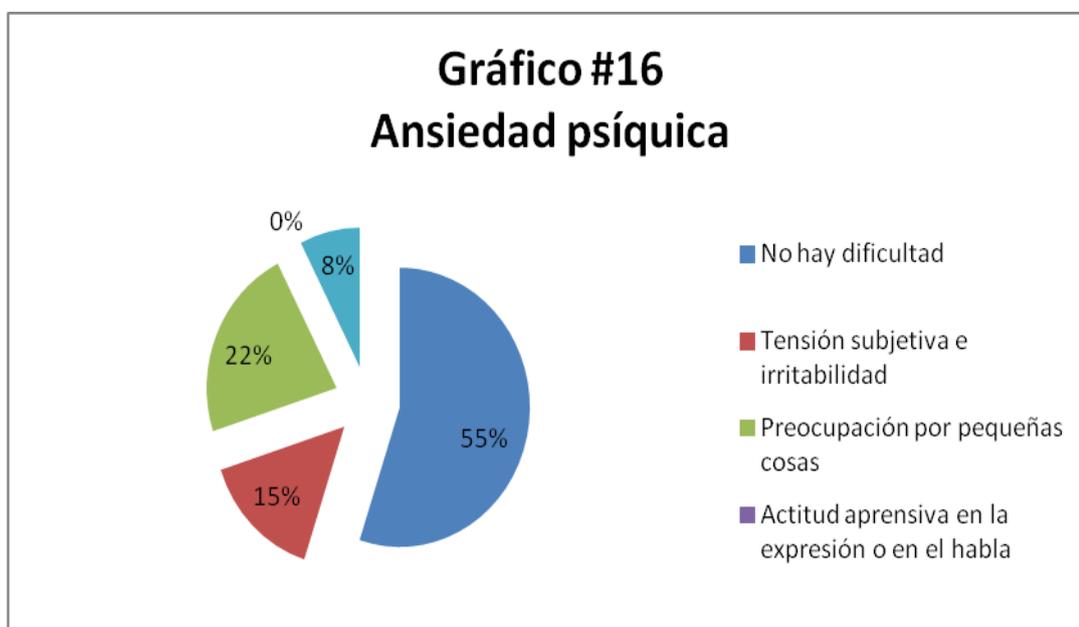
Interpretación:

En el caso de agitación psicomotora se debe a que los pacientes tienen un nivel de ansiedad al estar expuestos a una evaluación que desde luego no fue rígida y se les informó previamente el trabajo que se iba a realizar para ellos una evaluación puede resultar como negativa porque el factor psicosocial les ha enseñado que toda evaluación de su salud a su edad puede arrojar resultados negativos; No puede quedarse quieto ni permanecer sentado, 1 persona, y es el dos, coma cincuenta por ciento (2,50%) en este caso y como se observa en el resultado global de la escala se trata de una persona que sufre de una depresión grave.

10.- Ansiedad psíquica:

Tabla 16

Ansiedad psíquica	Nº de casos	%
No hay dificultad	22	55,00%
Tensión subjetiva e irritabilidad	6	15,00%
Preocupación por pequeñas cosas	9	22,50%
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	0	0,00%
Expresa sus temores sin necesidad que le pregunten	3	7,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

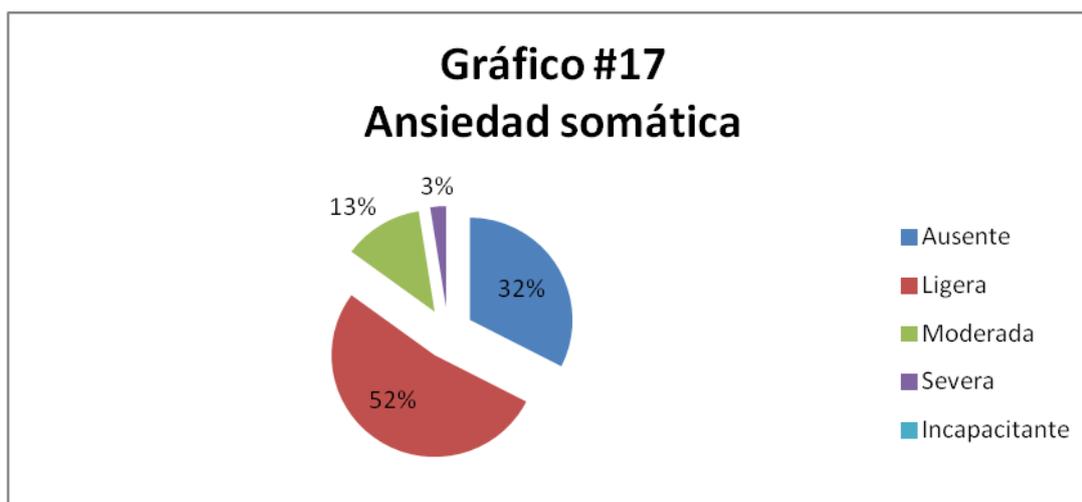
Interpretación:

Las personas que muestran ansiedad psíquica en cualquiera de sus niveles se deben a que sus expectativas sobre salud, economía, familia, amistades, prejuicios, etc. no son tan buenas y esto les genera esta ansiedad, y tal vez hasta el factor personalidad influye sobre manera o agudiza la ansiedad.

11.- Ansiedad somática (Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

Tabla 17

Ansiedad somática (Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración)	Nº de casos	%
Ausente	13	32,50%
Ligera	21	52,50%
Moderada	5	12,50%
Severa	1	2,50%
Incapacitante	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

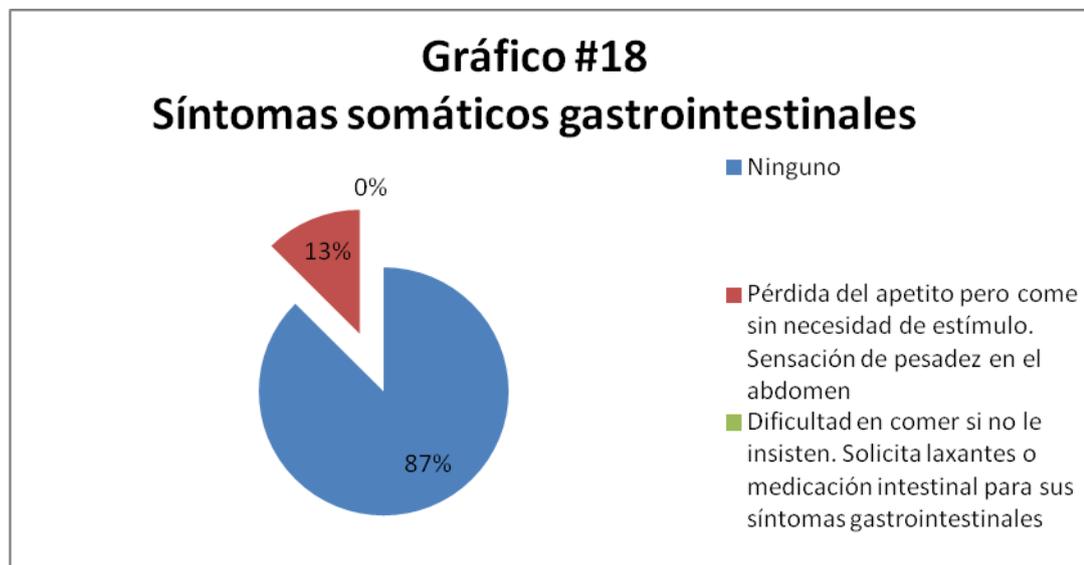
Interpretación:

Para Ansiedad Somática los resultados nos demuestran que la mitad de los pacientes padecen de una ligera molestia somática, es razonable en vista de que la expectativa edad-salud influye para presentar estos síntomas además de que en muchos casos no son simplemente percepciones de ansiedad sino son molestias generadas por problemas físicos de salud que en la adultez y mucho en la adultez mayor se acentúan más, en el caso de las personas refieren tenerlas entre moderada y severa viene acompañada de una verdadera ansiedad que forma parte de uno de los síntomas de la depresión en cualquier nivel.

12.- Síntomas somáticos gastrointestinales:

Tabla 18

Síntomas somáticos gastrointestinales	Nº de casos	%
Ninguno	35	87,50%
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen	5	12,50%
Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

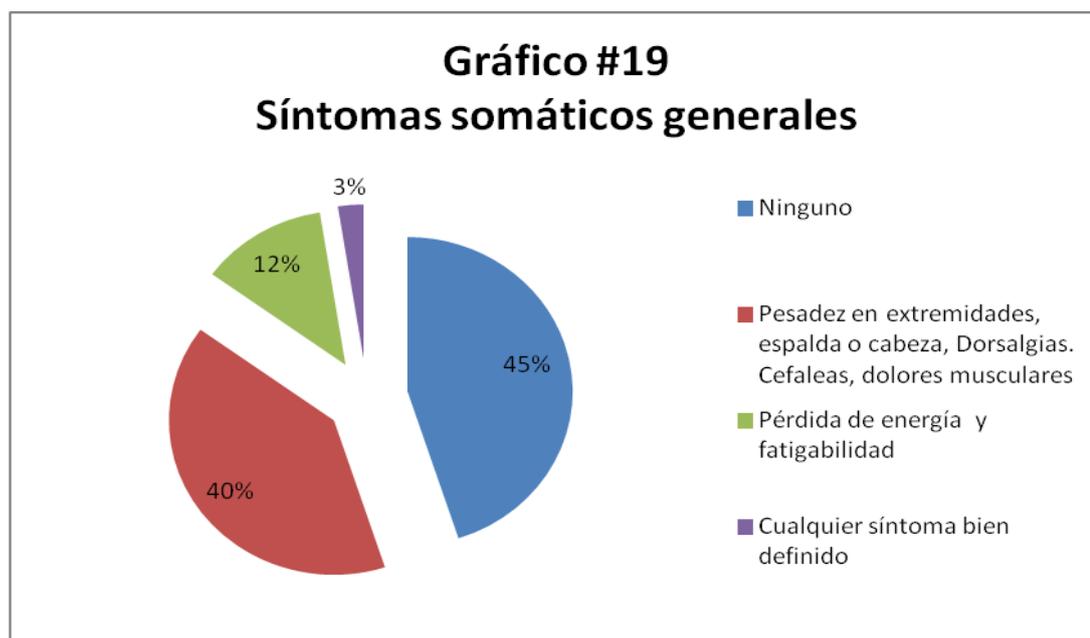
Interpretación:

La mayor parte de la muestra no presenta problemas gastrointestinales esto debido a que en los Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS de Cuenca reciben atención prioritaria en lo referente a la alimentación contando el centro con una nutricionista y todos los miembros del centro tienen un control riguroso de su dieta, ahora con relación al porcentaje que manifiesta pérdida de apetito pero come se debe a estados anímicos relacionados con la depresión y profundizando más vamos se encontrará que dichos pacientes no están satisfechos completamente o parcialmente con su Plan de Vida.

13.- Síntomas somáticos generales:

Tabla 19

Síntomas somáticos generales	Nº de casos	%
Ninguno	18	45,00%
Pesadez en extremidades, espalda o cabeza, Dorsalgias. Cefaleas, dolores musculares	16	40,00%
Pérdida de energía y fatigabilidad	5	12,50%
Cualquier síntoma bien definido	1	2,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

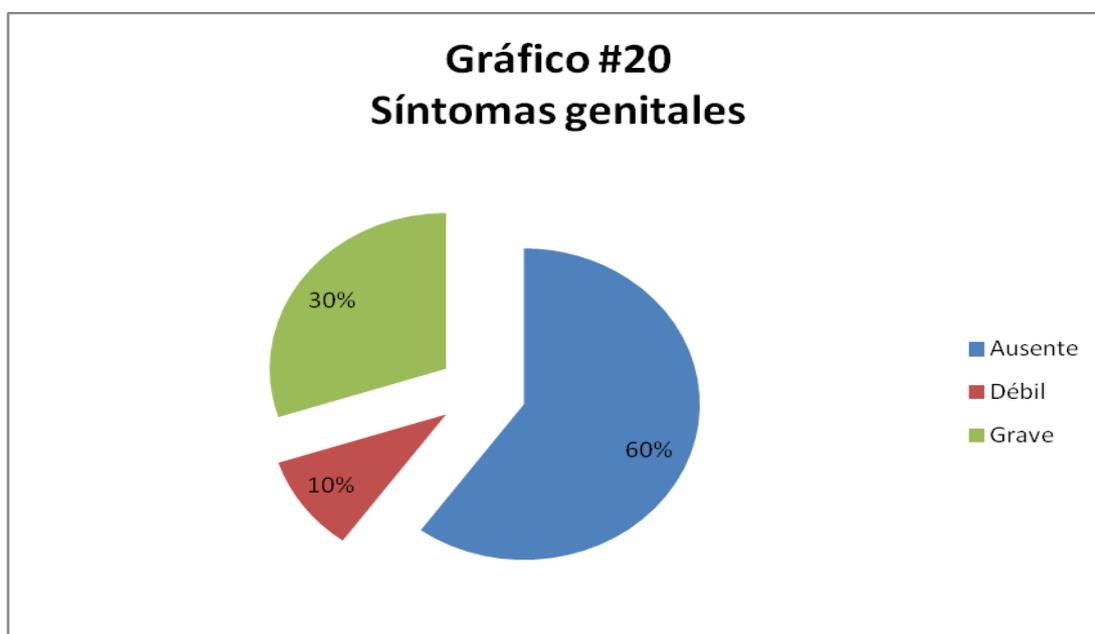
Interpretación:

La sensación de Pesadez en extremidades, espalda o cabeza, Dorsalgias. Cefaleas, dolores musculares, que representan al 40,00% de la muestra obedece a factores biológicos como psicossociales, en lo biológico es normal el desgaste del cuerpo y con ello las molestias, en lo referente a lo psicossocial se entiende como manifestaciones en respuesta a factores estresantes que conlleva la adultez mayor. La pérdida de energía y fatigabilidad se debe a que su condición física por su edad y en algunos casos por falta de practicar actividad física de acuerdo a su edad y condición o a exceso de la misma genera esta condición y en un par de casos específicos a su padecimiento depresivo que como sabemos este es uno de los síntomas característicos de esta enfermedad.

14.- Síntomas genitales (disminución de la libido, trastornos menstruales)

Tabla 20

Síntomas genitales (disminución de la libido, trastornos menstruales)	Nº de casos	%
Ausente	24	60,00%
Débil	4	10,00%
Grave	12	30,00%
TOTAL	42	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

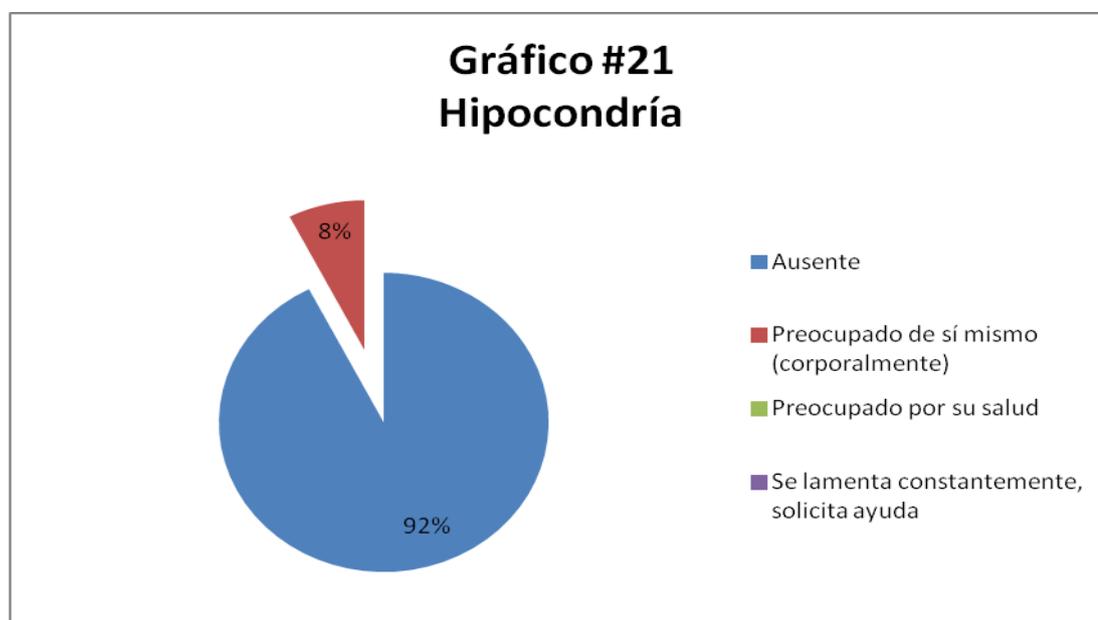
Interpretación:

Este ítem es muy importante debido a que con la edad avanzada las mujeres ya han pasado el climaterio y los varones en algunos casos por problemas médicos ya no mantienen relaciones sexuales o se les hace muy complicado sostenerlas y también está relacionado con las necesidades fisiológicas y de amor y respeto que influirá en los resultados de la encuesta de el Plan de Vida. Pero en el caso de que los síntomas están ausentes, un gran porcentaje, nos demuestra que los adultos mayores si mantienen un nivel de libido que influenciará como veremos en la práctica sexual con sus parejas.

15.- Hipocondría:

Tabla 21

Hipocondría	Nº de casos	%
Ausente	37	92,50%
Preocupado de sí mismo (corporalmente)	3	7,50%
Preocupado por su salud	0	0,00%
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

Interpretación:

A pesar de en algunos casos como vimos en anterior cuadro hay preocupaciones somáticas estas no llegan a conformar una ansiedad y peor aún un cuadro de hipocondría con referencia a la preocupación corporal en esta tabla el porcentaje es bajo y esto se debe en gran medida al temor a contraer enfermedades por su edad y el factor social determina erróneamente que a mayor edad aparecen más dolencias físicas. La Hipocondría tiene relación con la edad, la salud que muchas veces puede ser exagerada en su sintomatología y síntomas depresivos.

16.- Pérdida de peso:

Tabla 22

Pérdida de peso	Nº de casos	%
Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana	2	5,00%
Pérdida de más de 500 gramos en una semana	4	10,00%
Pérdida de más de 1 kg. en una semana	0	0,00%
No han perdido peso	34	85,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

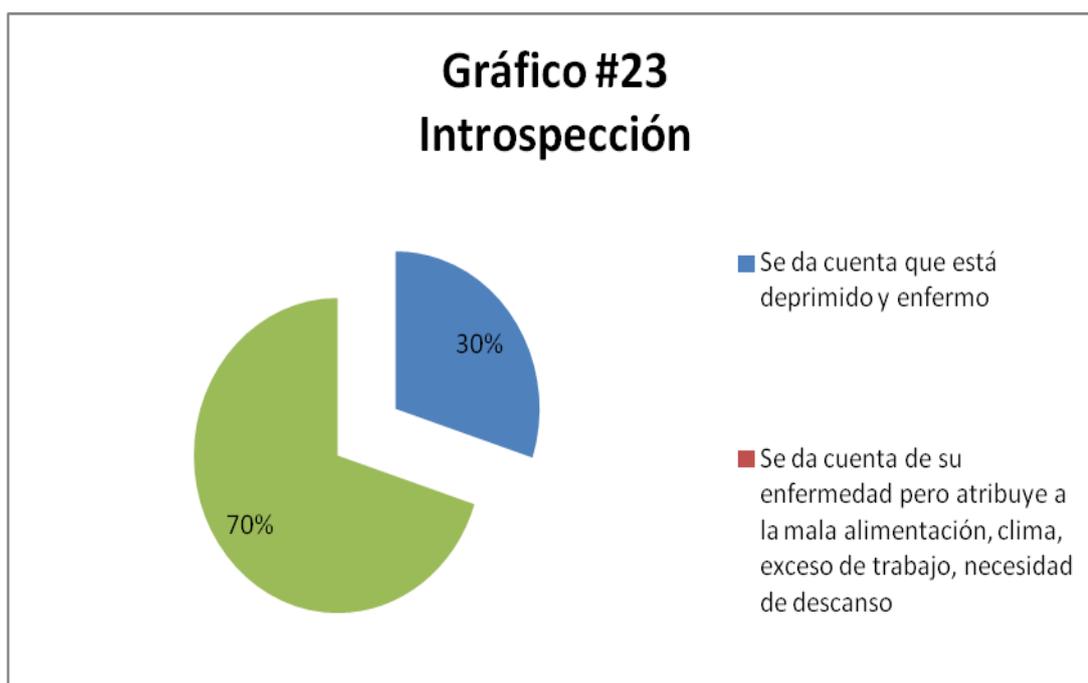
Interpretación:

Se mencionó en la tabla sobre el apetito que una gran cantidad de la muestra no tenía problemas con el apetito y en esta tabla se refleja que los datos obtenidos son correctos ya que ese gran porcentaje de la muestra nos indica que no han perdido peso, en cambio en la tabla sobre humor depresivo casi el mismo porcentaje de que se sentían relativamente o completamente abrumados por ello se refleja en los que manifiestan haber perdido peso y eso también con relación a la tabla sobre el apetito y las personas que no tenían apetito pero de todas formas comían.

17.- Introspección (insight):

Tabla 23

Introspección (insight)	Nº de casos	%
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	12	30,00%
Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, necesidad de descanso	0	0,00%
Refieren que no están enfermos	28	70,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

Interpretación:

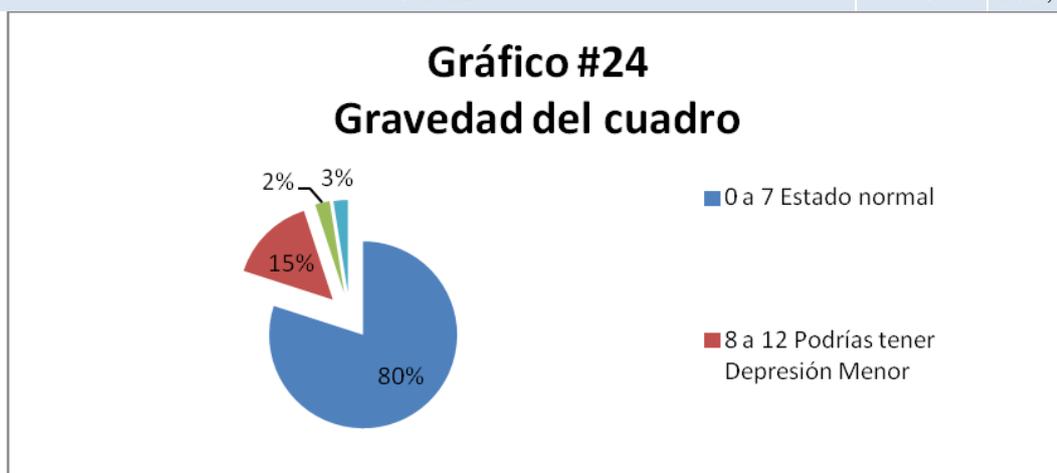
Una tasa importantísima refiere no estar enfermos, esto se ve reflejado en todo el cuestionario se perciben bien y la tasa de personas que se dan cuenta de que están deprimidos y enfermos reflejan el porcentaje constante de ansiosos, deprimidos leves, moderados y uno grave.

Diagnóstico

El test de Hamilton aplicado a todos los pacientes de la Tercera Edad, y con los resultados diagnósticos individuales obtenidos de la suman de todos los puntos se obtuvo la puntuación global individual de la Depresión y una puntuación de la gravedad del cuadro, con estos resultados se tabularon de manera global obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 24

Puntuación	Gravedad del cuadro	Nº de casos	%
0 a 7	Estado normal	32	80,00%
8 a 12	Podrías tener Depresión Menor	6	15,00%
13 a 17	Menos que depresión mayor	1	2,50%
18 a 29	Presentas los síntomas de la Depresión	0	0,00%
30 a 52	Tienes más que Depresión Mayor. Busca ayuda con tu Psicólogo o Psiquiatra	1	2,50%
TOTAL		40	100,00%



Fuente: Test de depresión de Hamilton

Interpretación:

Con los resultados de los diagnósticos de todos los pacientes que intervinieron en el presente estudio, y se recalca que la tasa obtenida en pacientes en Estado Normal, se ve reflejado en todos los ítems del cuestionario como una constante dejando muy en claro que esta población no sufre depresión; los que Podrían tener depresión menor, 15,00% en algunos casos se debe a que su satisfacción de haber cumplido sus metas vitales no fueron tan exitosas como lo habían esperado y mucho más aún en las 2 personas con gravedad de depresión.

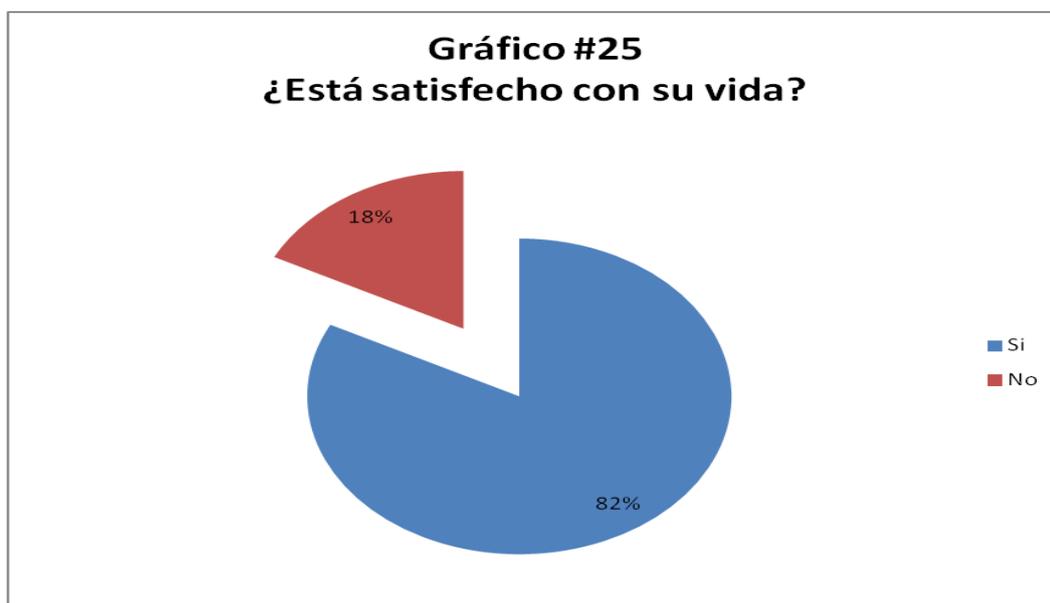
**ESCALA DE DEPRESIÓN
YESAVAGE**

ESCALA DE DEPRESIÓN YESAVAGE

1.- ¿Está satisfecho/a con tu vida?

Tabla 25

¿Está satisfecho/a con tu vida?	Nº de casos	%
Si	33	82,50%
No	7	17,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

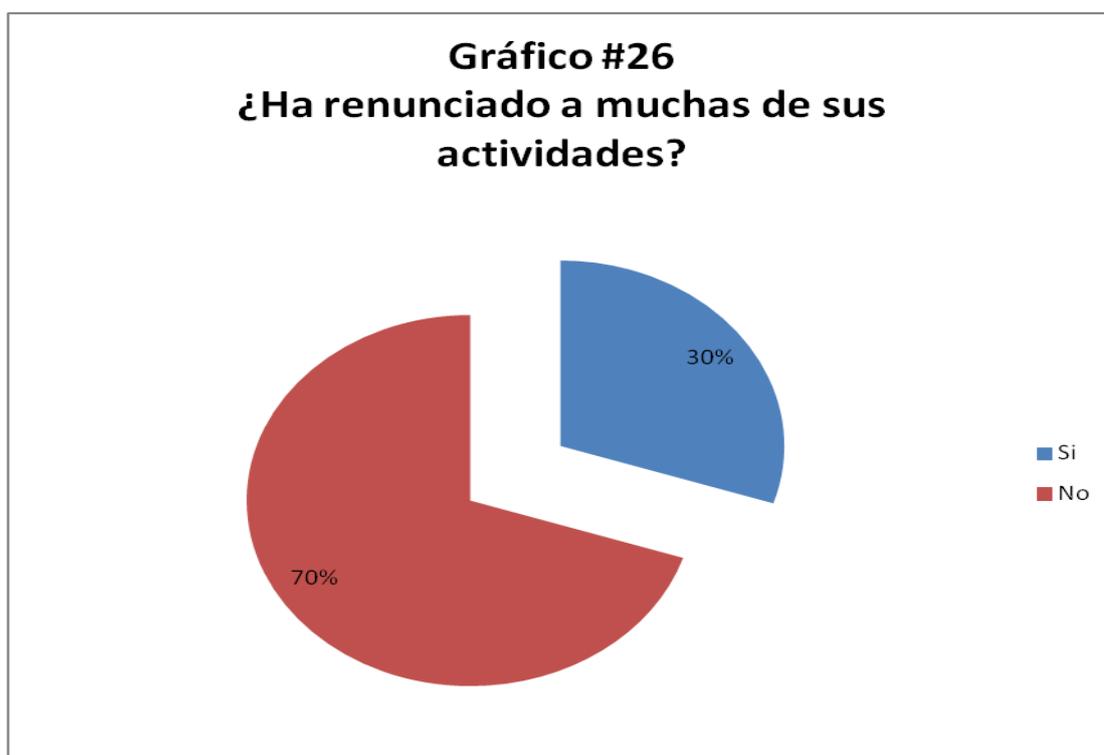
Interpretación:

Los resultados obtenidos a esta pregunta relacionando con la teoría de Maslow podemos interpretar este resultado como que las personas no satisfechas con su vida no han satisfecho o han satisfecho parcialmente las necesidades especialmente las de seguridad, amor y pertenencia y mucho más aún .de respeto y autorrealización, posiblemente debido al contexto histórico en él que se desarrollaron sus vidas y les puso una serie de barreras y al no saberlas resolver, teoría de Erikson, pues sufrieron frustraciones y su personalidad no se realizó de la mejor manera.

2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?

Tabla 26

¿Ha renunciado a muchas actividades?	Nº de casos	%
Si	12	30,00%
No	28	70,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

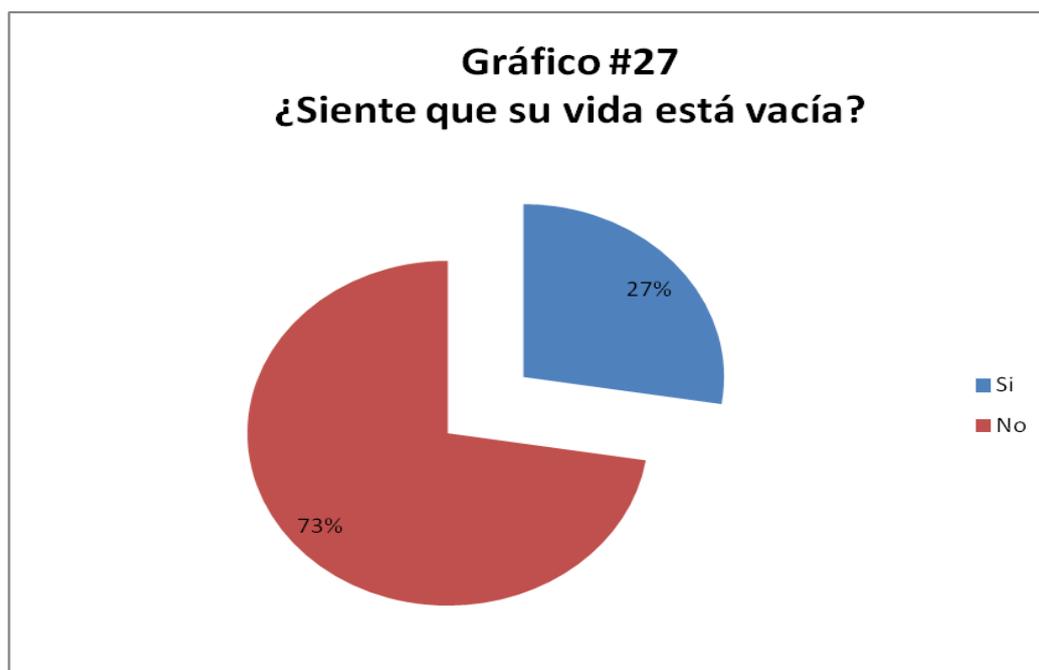
Interpretación:

El porcentaje de personas que han renunciado a sus actividades se debe a que han dejado la vida laboral para pasar al retiro, han perdido amistades, algunos la salud no les permite y en otros casos está el factor de apatía hacia el nuevo rol, mientras que las personas que no han renunciado a sus actividades han ido superando las etapas evolutivas de Erikson y al llegar a la última etapa no se han estancado a más de que gozan de una salud y ayuda del medio para poder realizarlas.

3.- ¿Siente que su vida está vacía?

Tabla 27

¿Siente que su vida está vacía?	Nº de casos	%
Si	11	27,50%
No	29	72,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

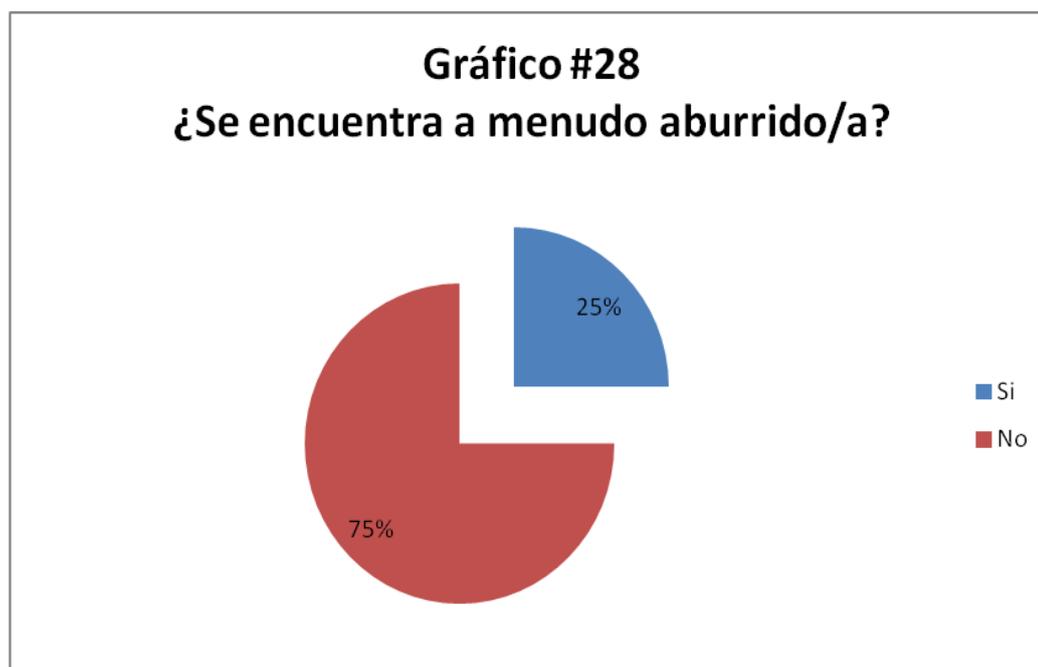
Interpretación:

El sentimiento de que su vida está vacía se debe a que algunos pacientes han quedado solos por partida de hijos o la muerte de conyugue y en otros casos no han satisfecho las necesidades planteadas por Maslow o las satisfecho de mala manera y de igual forma según la teoría de Erikson es probable que no hayan superado las “crisis” en una o algunas etapas de su vida.

4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?

Tabla 28

¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	Nº de casos	%
Si	10	30,00%
No	30	70,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

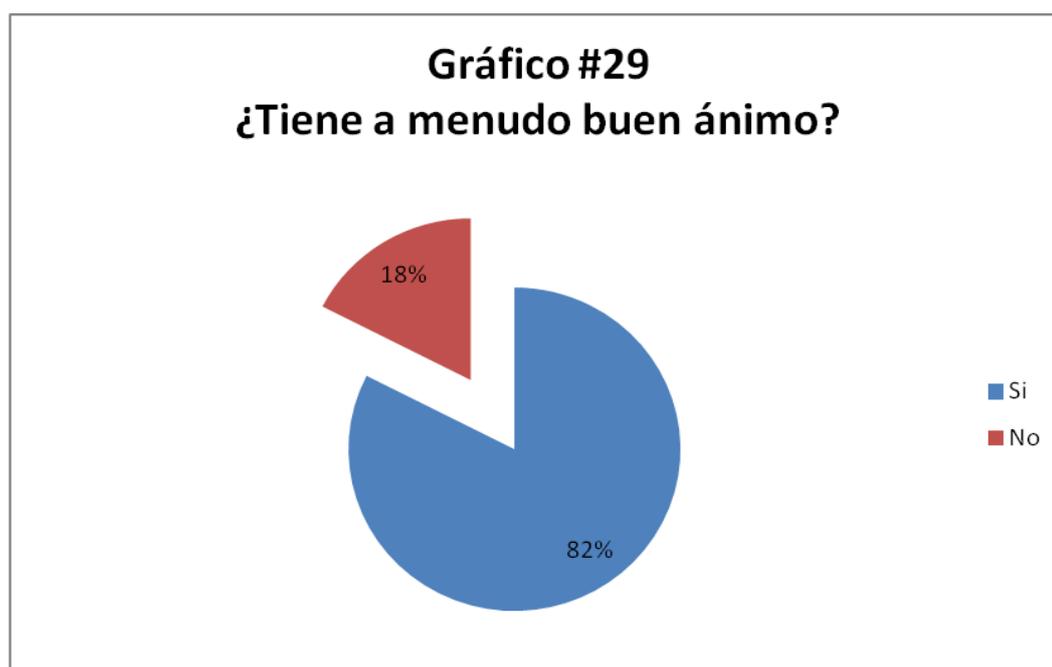
Interpretación:

El aburrimiento en los adultos mayores se debe a factores psicosociales como dejar la actividad productiva, el alejamiento de las amistades, decaimiento en las relaciones sociales, depresión e incluso tipos de personalidades apáticas.

5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?

Tabla 29

¿Tiene a menudo buen ánimo?	Nº de casos	%
Si	33	82,50%
No	7	17,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

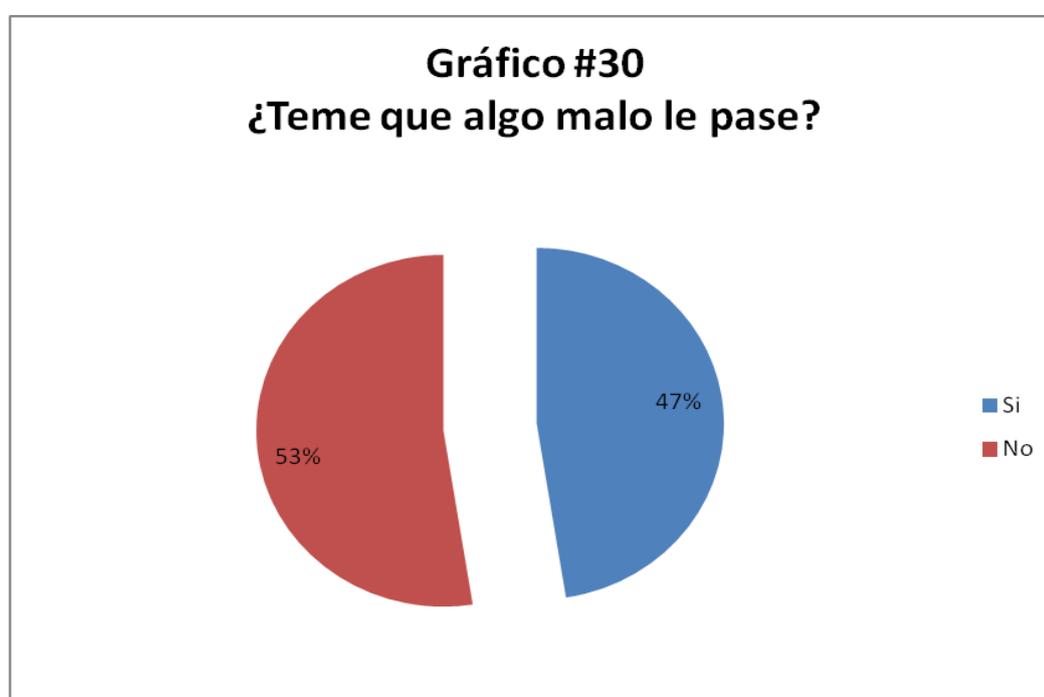
Interpretación:

El no tener buen ánimo en el adulto mayor se puede deber a que piensan que sus enfermedades son incapacitantes o lo son, también problemas familiares y las “crisis” no resueltas en las etapas evolutivas de Erikson que repercuten también en la consecución de la jerarquía de necesidades de Maslow y por ende la satisfacción o insatisfacción del plan de vida que es el tema de la presente investigación.

6.- ¿Teme que algo malo le pase?

Tabla 30

¿Teme que algo malo le pase?	Nº de casos	%
Si	19	47,50%
No	21	52,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

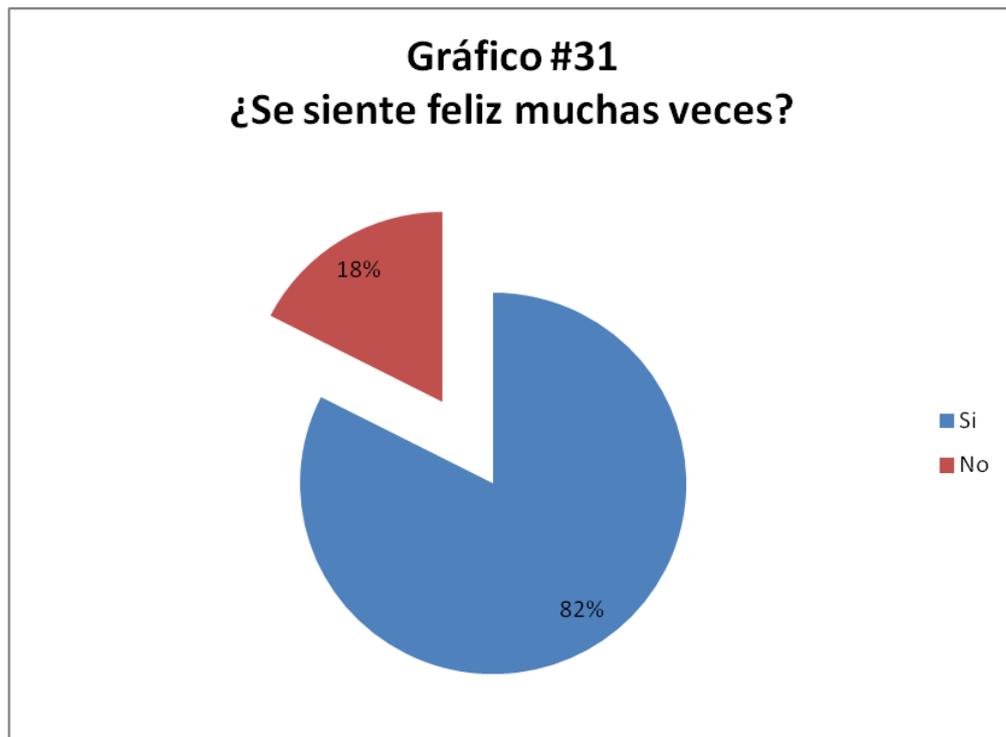
Interpretación:

Sobre este ítem tiene mucha relación con el factor psicosocial como por ejemplo la religión, las personas que contestaron positiva y negativamente todos lo hicieron aduciendo que lo que les pueda suceder está en manos de un ser superior, algunos llegando a depender exclusivamente de esta creencia sin tomar las medidas correctas para llevar una vida sin accidentes y con un control sanitario y casi la mitad de la muestra no son personas autorrealizadas es decir no tratan de trascender, impartir conocimientos, llevar una filosofía pro vida, más bien temen a su futuro que para muchos será la muerte no muy lejana en su percepción.

7.- ¿Se siente feliz muchas veces?

Tabla 31

¿Se siente feliz muchas veces?	Nº de casos	%
Si	33	82,50%
No	7	17,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

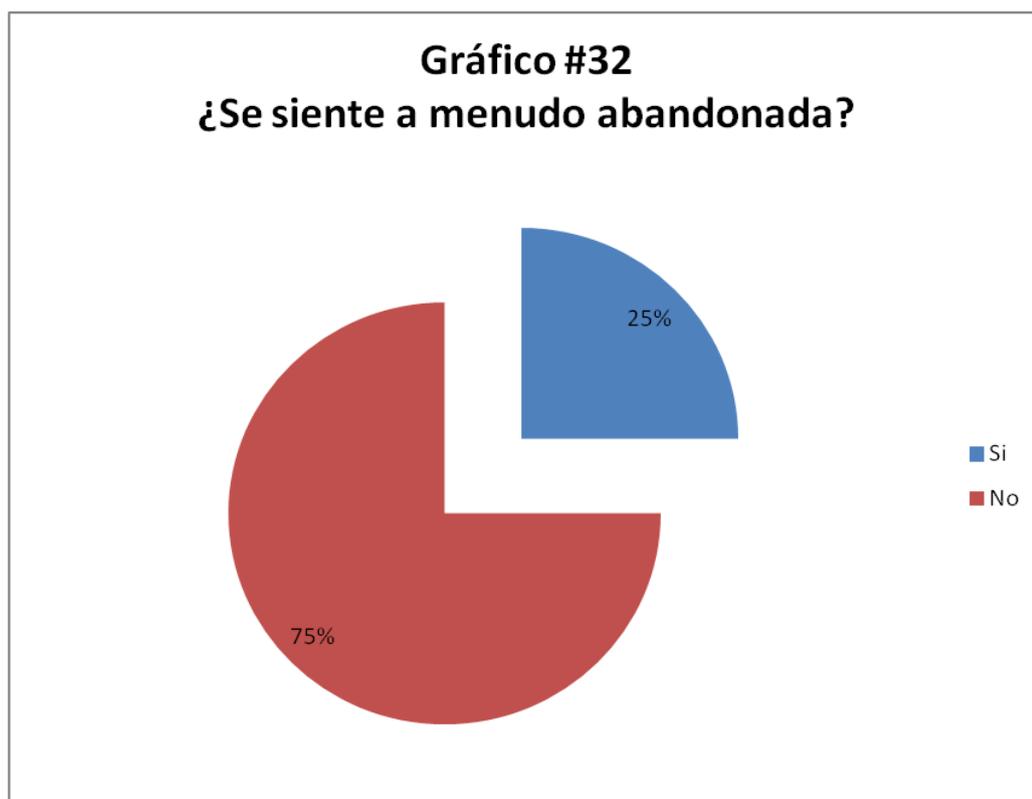
Interpretación:

El porcentaje de personas que no se siente feliz la mayor parte del tiempo se debe a preocupaciones de salud, familiares, económicos y en algunos casos por no haber satisfecho su plan de vida de la mejor manera, es probable que pensarán muchas veces en los errores del pasado y eso no les agrada.

8.- ¿Se siente a menudo abandonada?

Tabla 32

¿Se siente a menudo abandonada?	Nº de casos	%
Si	10	25,00%
No	30	75,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

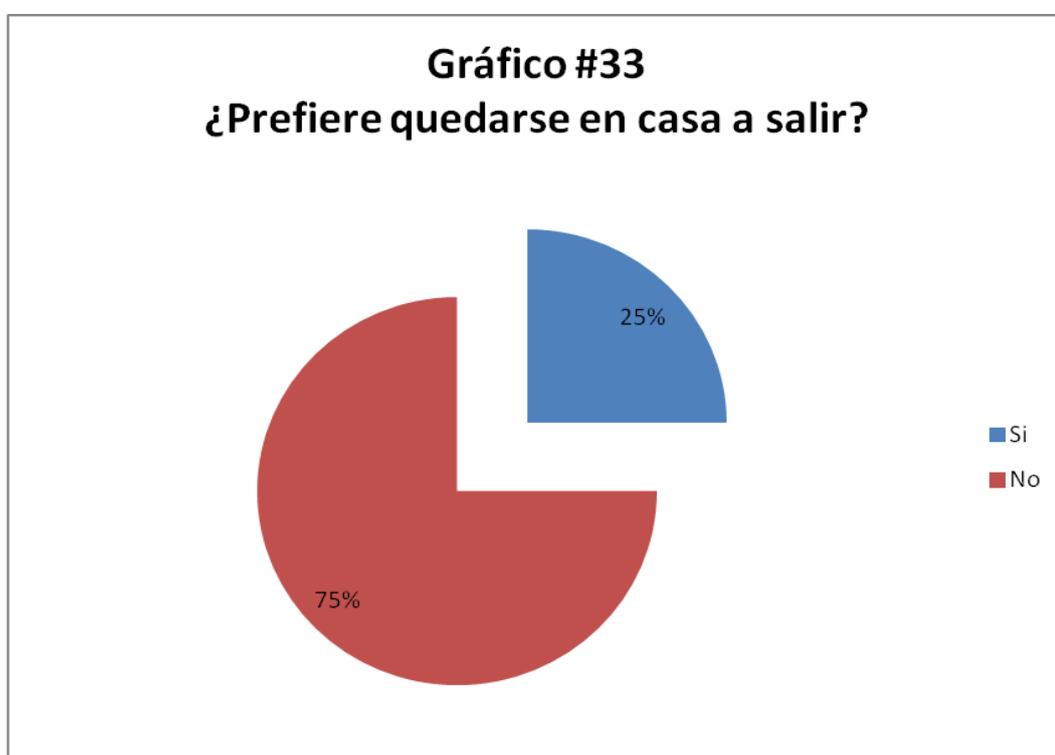
Interpretación:

El porcentaje de la muestra que se sienten abandonados es porque sienten soledad y demandan de los demás que les brinden más tiempo de calidad y calidez pero sus familiares no les pueden complacer totalmente ya que en algunos casos no les interesa y en otros por sus múltiples ocupaciones que no les da el espacio de tiempo para complacer la demanda de los adultos mayores.

9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?

Tabla 33

¿Prefiere quedarse en casa a salir?	Nº de casos	%
Si	10	25,00%
No	30	75,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

Interpretación:

Las personas que contestaron que preferían quedarse en casa a salir entre sus motivos están los problemas para movilizarse y ansiedad en cambio las personas que les gusta salir gozan de una mejor salud mental son más extrovertidos les gusta el mundo que les rodea pero sin olvidar el riesgo que conlleva para personas de su edad enfrentarse a una sociedad que se mueve muy rápido.

10.- ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?

Tabla 34

¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Nº de casos	%
Si	8	20,00%
No	32	80,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

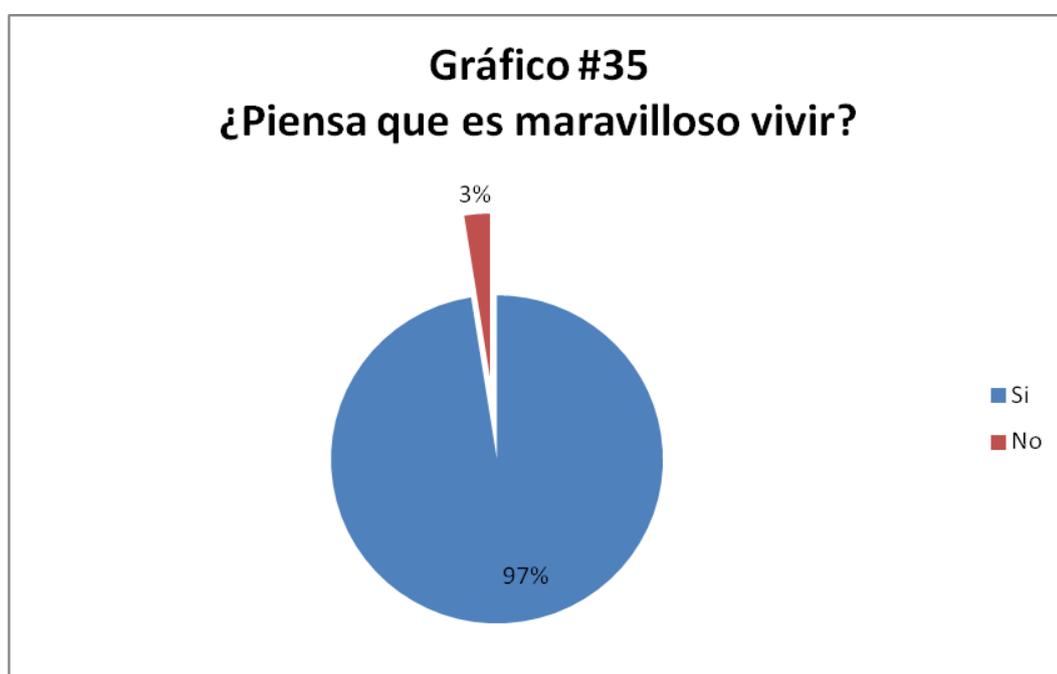
Interpretación:

La memoria es una queja común entre los adultos mayores sin embargo en el desarrollo del test la mayoría de la muestra manifiestan que no tienen problema con ello y esto debido a talleres de memoria que reciben en el centro y las personas que manifestaron que les falla la memoria es comprensible por el deterioro biológico que sufre el cerebro el sistema nervioso central, sin olvidar que puede ser síntoma de una depresión o al revés la causa de una depresión.

11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?

Tabla 35

¿Piensa que es maravilloso vivir?	Nº de casos	%
Si	39	97,50%
No	1	2,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

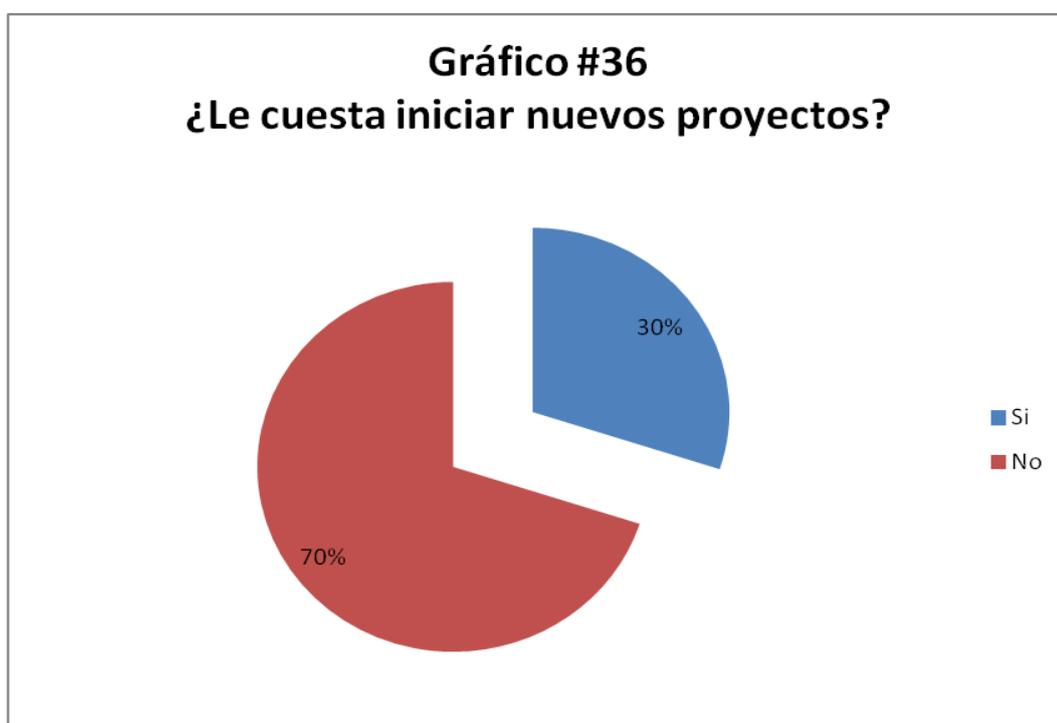
Interpretación:

Los resultados globales de la escala demuestran una persona con depresión grave y justamente es la cantidad que piensa que vivir no es maravilloso, y los demás a pesar de tener dificultades en la vida diaria como el hecho de ser un adulto mayor y ser tratados por la sociedad como minusválidos esto no lo toman tan en serio y tienen vivencias hasta donde su integridad física les permite.

12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos Proyectos?

Tabla 36

¿Le cuesta iniciar nuevos Proyectos?	Nº de casos	%
Si	12	30,00%
No	28	70,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

Interpretación:

El porcentaje que respondió que le cuesta iniciar nuevos proyectos se debe a la marginación y la baja autoestima que llegan a tener cuando entran a la etapa de la adultez mayor, en cambio hay muchas personas que les gusta iniciar nuevos proyectos, entiéndase nuevos proyectos no a gran escala sino dentro de sus posibilidades físicas, económicas y mentales.

13.- ¿Se siente lleno/a de energía?

Tabla 37

¿Se siente lleno/a de energía?	Nº de casos	%
Si	30	75,00%
No	10	25,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

Interpretación:

La sensación de falta de energía se debe a problemas de salud y el descenso de su funcionamiento a nivel biológico en otros casos como veremos será la depresión la causa de este sentimiento.

14.- ¿Siente que su situación es desesperada?

Tabla 38

¿Siente que su situación es desesperada?	Nº de casos	%
Si	9	22,50%
No	31	77,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

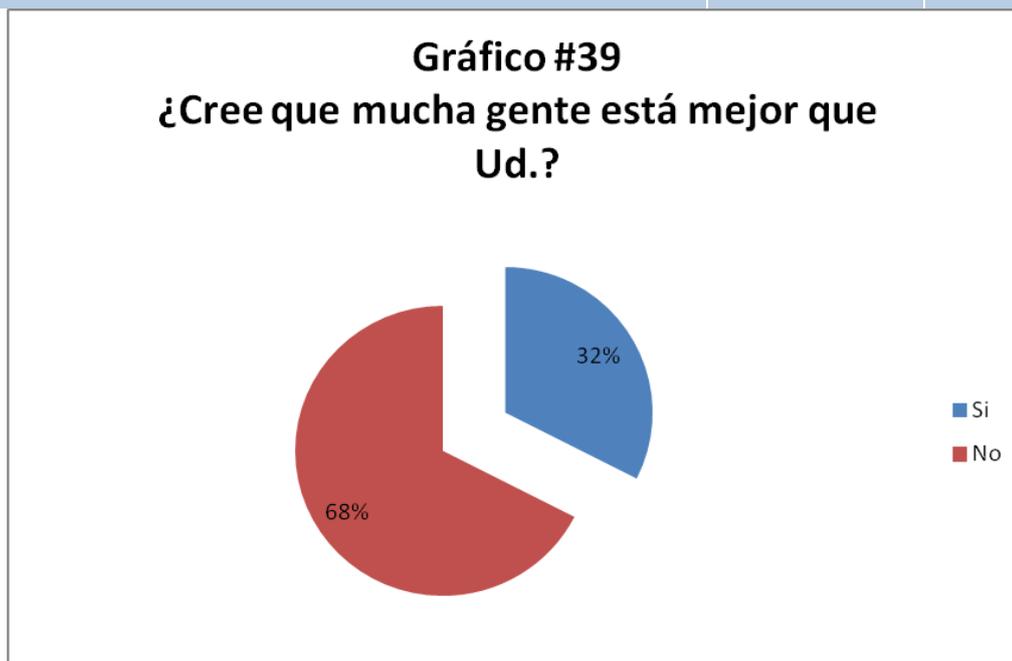
Interpretación:

La desesperación tiene relación con las enfermedades y la ansiedad generada por el temor a la muerte, además de otros factores como la pérdida de un conyugue el abandono por parte de hijos y nietos, el factor económico al ya no ser personas productivas en el ámbito laboral, etc.

15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que Ud.?

Tabla 39

¿Cree que mucha gente está mejor que Ud.?	Nº de casos	%
Si	13	32,50%
No	27	67,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

Interpretación:

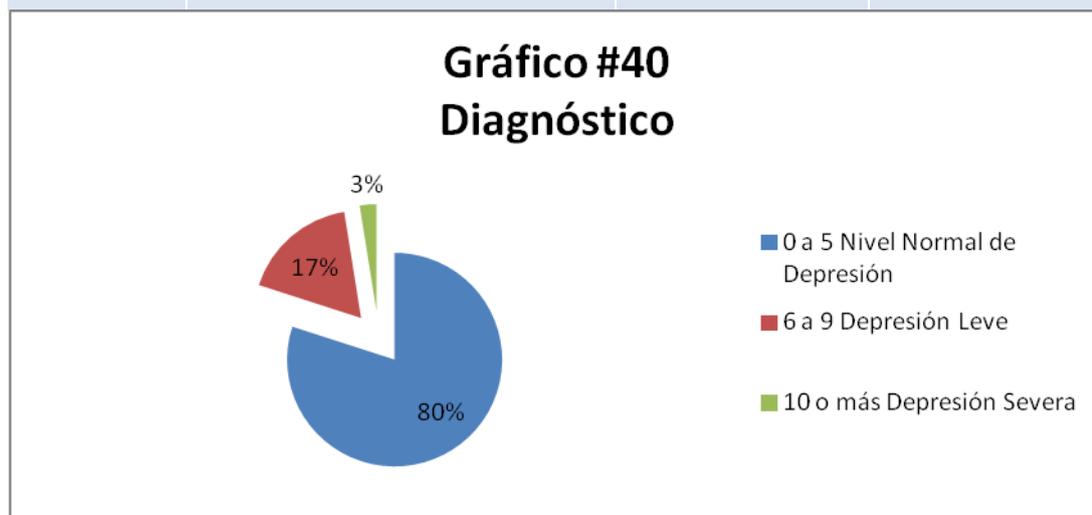
La sensación de creer que los demás están mejor se debe a factores como el no haber cumplido metas relacionadas con las necesidades de seguridad, amor y respeto, al existir falencias en estas necesidades se crea un nivel de angustia y de cierto modo hasta de envidia al mirarlos a sus amigos, vecinos, parientes, etc. como autorrealizados, cuando sabemos que para llegar a ello se necesita trascender en todos los aspectos y no en uno o unos. Esto nos da un indicador de que en la población estudiada no existen personas autorrealizadas sino parcialmente cubierta sus necesidades aun cuando no sufran depresión esto lo veremos adelante.

Diagnóstico

El test “Escala de Depresión Geriátrica Yesavage” aplicado a todos los pacientes de la Tercera Edad de la presente investigación; con los resultados diagnósticos individuales obtenidos de la suman de todos los puntos se obtuvo la puntuación global individual de la Depresión Geriátrica y una puntuación de la gravedad del cuadro, con estos resultados se tabularon de manera global obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 40

Rango	Apreciación	Nº de casos	Porcentaje
0 a 5	Nivel Normal de Depresión	32	80,00%
6 a 9	Depresión Leve	7	17,50%
10 o más	Depresión Severa	1	2,50%
	TOTAL	40	100,00%



Fuente: Escala de depresión de Yesavage

Interpretación

Estos datos obtenidos muestran la fiabilidad de la aplicación de los 2 test de depresión ya que sus resultados no existe mucha diferencia sino más bien confirman la población según los niveles de depresión.

PLAN DE VIDA

PLAN DE VIDA

1.- Mi dieta alimenticia es:

Tabla 41

Mi dieta alimenticia es	N° de casos	%
Variada (carne, leche legumbres, hortalizas)	39	97,50%
Mucho carbohidrato (arroz, harinas, fideos, papas, pan)	1	2,50%
Con mucha grasa (frituras)	0	0,00%
Muy condimentado	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

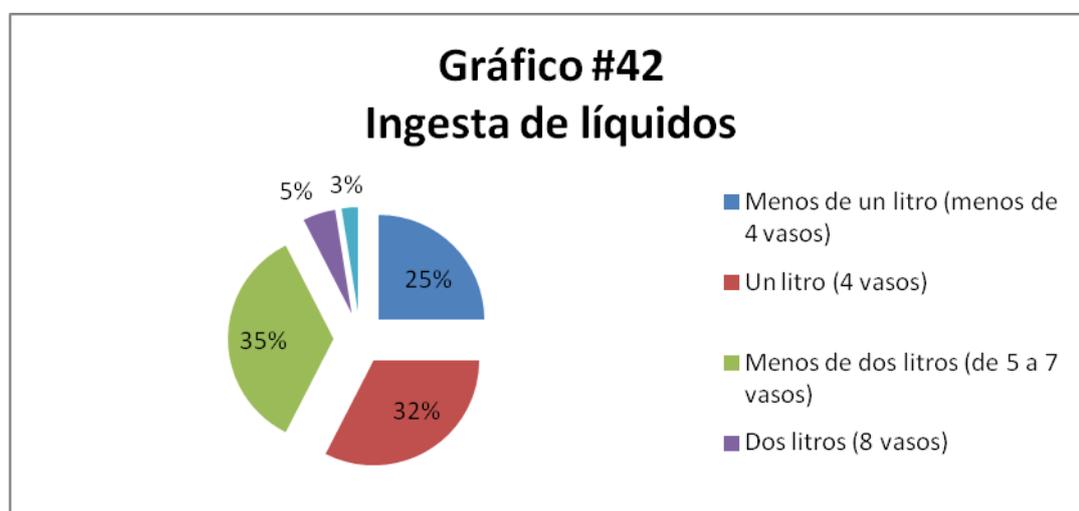
Interpretación:

En este ítem, Dieta Alimenticia, se obtuvo los siguientes resultados: Variada (carne, leche legumbres, hortalizas) con 39 personas que representa; Mucho carbohidrato (arroz, harinas, fideos, papas, pan) con 1 persona, esto es un buen indicador de que la nutricionista del centro está enseñando a alimentarse correctamente a los adultos mayores muy importante en vista de que en esta etapa de la vida se hace más difícil la absorción de nutrientes.

2. Ingiere líquidos diariamente en cantidades que oscilan en:

Tabla 42

Ingiere líquidos diariamente en cantidades que oscilan en:	Nº de casos	%
Menos de un litro (menos de 4 vasos)	10	25,00%
Un litro (4 vasos)	13	32,50%
Menos de dos litros (de 5 a 7 vasos)	14	35,00%
Dos litros (8 vasos)	2	5,00%
Más de 2 litros (más de 8 vasos)	1	2,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

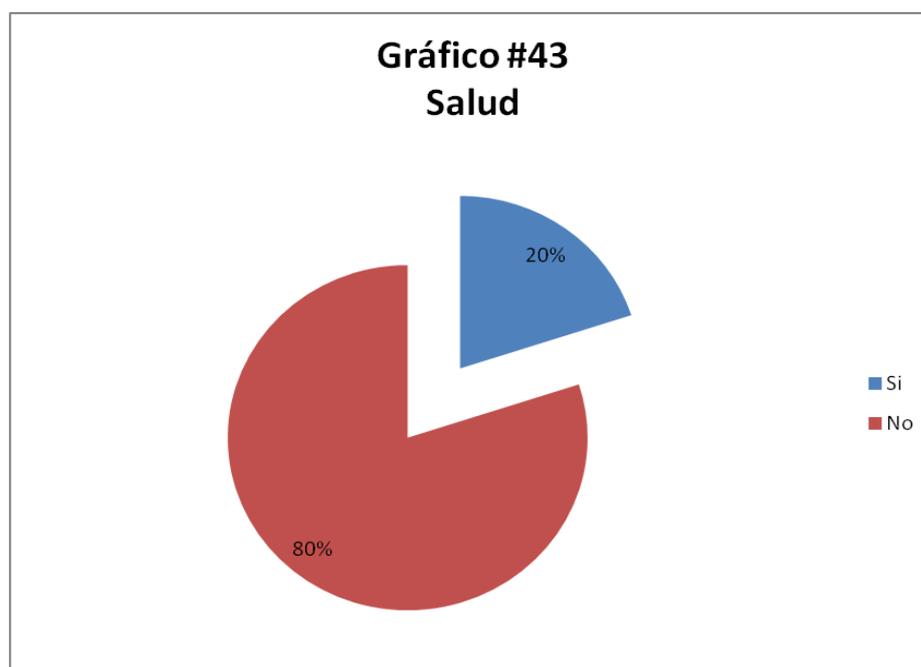
Interpretación:

Sobre la ingesta de líquidos la mayor parte de la muestra bebe líquidos en una cantidad recomendada para mantener una mejor salud y esto está relacionado con la alimentación y el trabajo del aparato digestivo ya que el beber líquidos en una medida correcta hace que este trabaje mejor.

3. ¿En el transcurso de mi vida, mi salud ha impedido cumplir con mis metas?

Tabla 43

¿En el transcurso de mi vida, mi salud ha impedido cumplir con mis metas?	Nº de casos	%
Si	8	20,00%
No	32	80,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

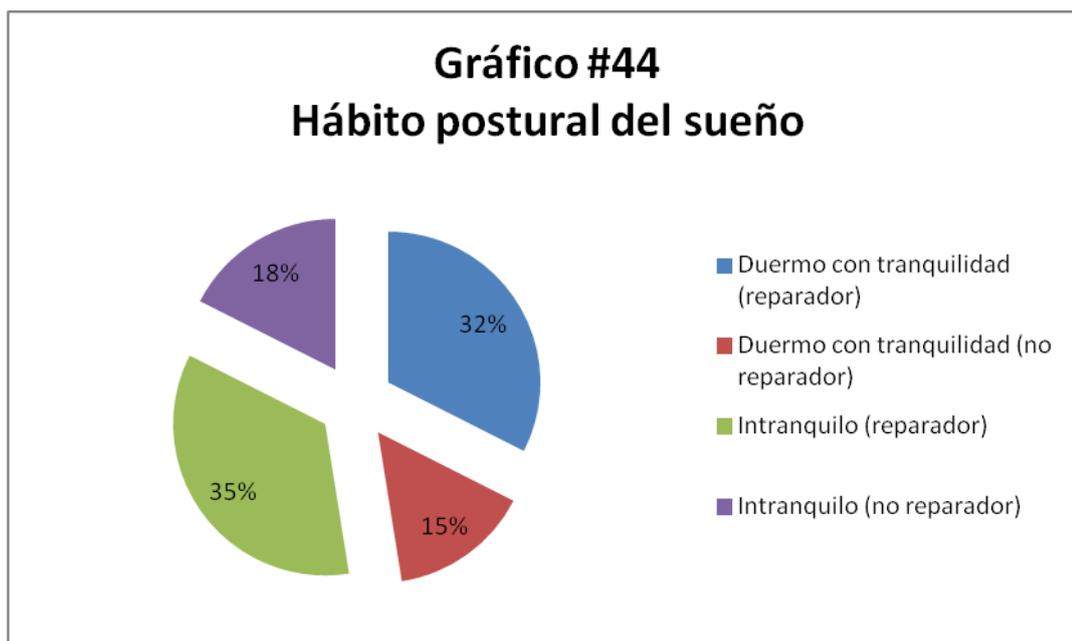
Interpretación:

Este ítem nos indica que un porcentaje pequeño no ha satisfecho esta necesidad y está relacionada con los datos obtenidos en los test de depresión, lo que demuestra depresión debido a falta de satisfacción de necesidades comenzando desde las básicas, también puede sugerir que un padecimiento de una depresión desde muy temprana edad o ciclotimia que ha impedido que las personas sientan que su salud no les ha favorecido para lograr conseguir metas. Puede también existir influencia de personalidad como no haber podido resolver la “crisis” de formarse un autoconcepto una autoimagen basada en la seguridad en sí mismo en la etapa “Búsqueda de identidad vs Difusión de identidad”

4. Hábito postural del sueño:

Tabla 44

Hábito postural del sueño:	Nº de casos	%
Duermo con tranquilidad (reparador)	13	32,50%
Duermo con tranquilidad (no reparador)	6	15,00%
Intranquilo (reparador)	14	35,00%
Intranquilo (no reparador)	7	17,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

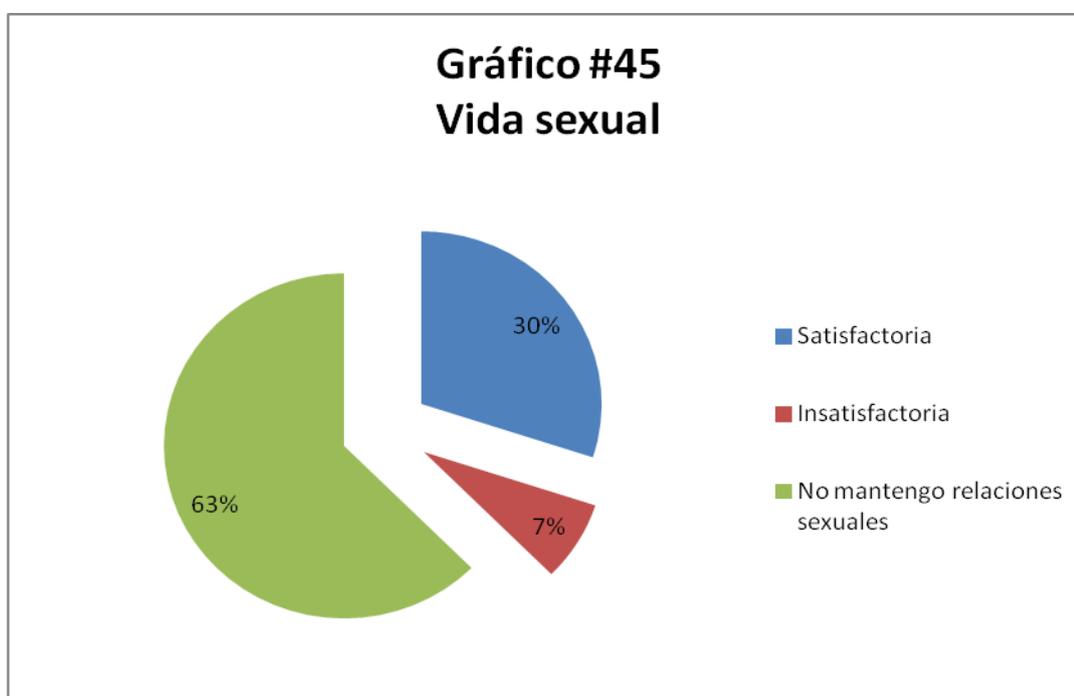
Interpretación:

Como se había mencionado anteriormente el sueño en la adultez mayor es una constante, no en todas las personas, pero en el gráfico podemos observar que el 67% de las personas reponen energías después de haber dormido aunque a veces tengan algunos inconvenientes para dormir tranquilamente, el porcentaje de personas que no pueden dormir con normalidad y no reparan energías es el porcentaje similar al de personas que sufren algún tipo de depresión y las personas que duermen con tranquilidad pero manifiestan que no es reparador puede deberse a enfermedades físicas o en algún grado de depresión que como se sabe uno de los síntomas de este trastorno es el sentirse sin energía y tratar de dormir el mayor tiempo posible.

5. Ud. mantiene en la actualidad vida sexual la misma que es:

Tabla 45

Ud. mantiene en la actualidad vida sexual la misma que es:	Nº de casos	%
Satisfactoria	12	30,00%
Insatisfactoria	3	7,50%
No mantengo relaciones sexuales	25	62,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

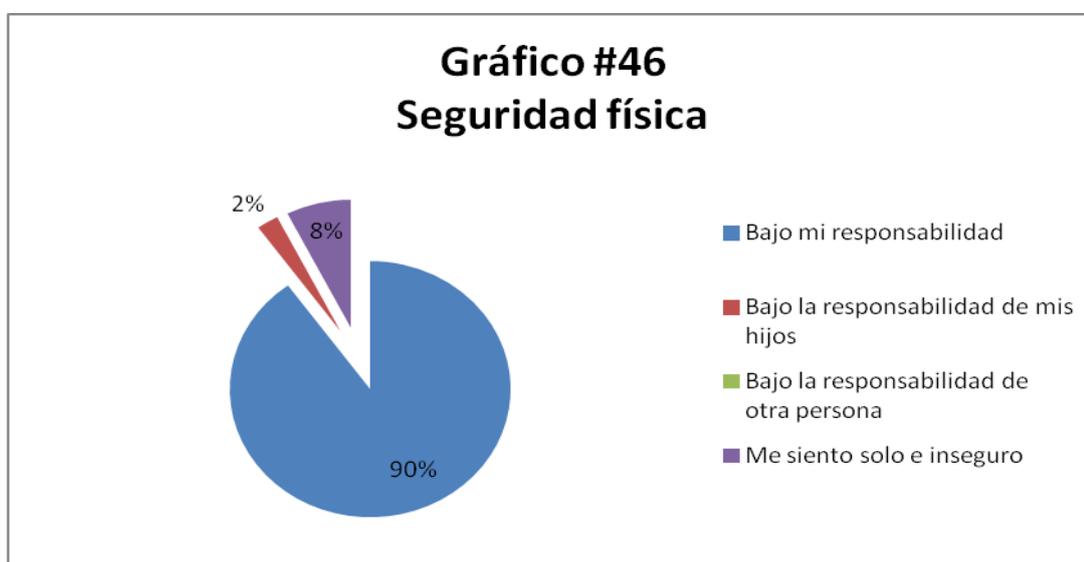
Interpretación:

Problemas de salud, viudez, divorcios, separaciones, prejuicios, falta de privacidad entre otros arrojan un resultado considerable de la muestra que manifiestan que no mantienen relaciones sexuales, sin embargo hay una población de la muestra que tienen vida sexual activa, que como sabemos el envejecimiento no es sinónimo de finalización de la vida sexual, y en la muestra estos pacientes manifestaron que su vida sexual es satisfactoria, pero un pequeño porcentaje manifiestan insatisfacción que también están relacionados a problemas de salud y prejuicios especialmente.

6. Actualmente considero que mi seguridad física en la realización de las actividades diarias está:

Tabla 46

Actualmente considero que mi seguridad física en la realización de las actividades diarias está:	Nº de casos	%
Bajo mi responsabilidad	36	90,00%
Bajo la responsabilidad de mis hijos	1	2,50%
Bajo la responsabilidad de otra persona	0	0,00%
Me siento solo e inseguro	3	7,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

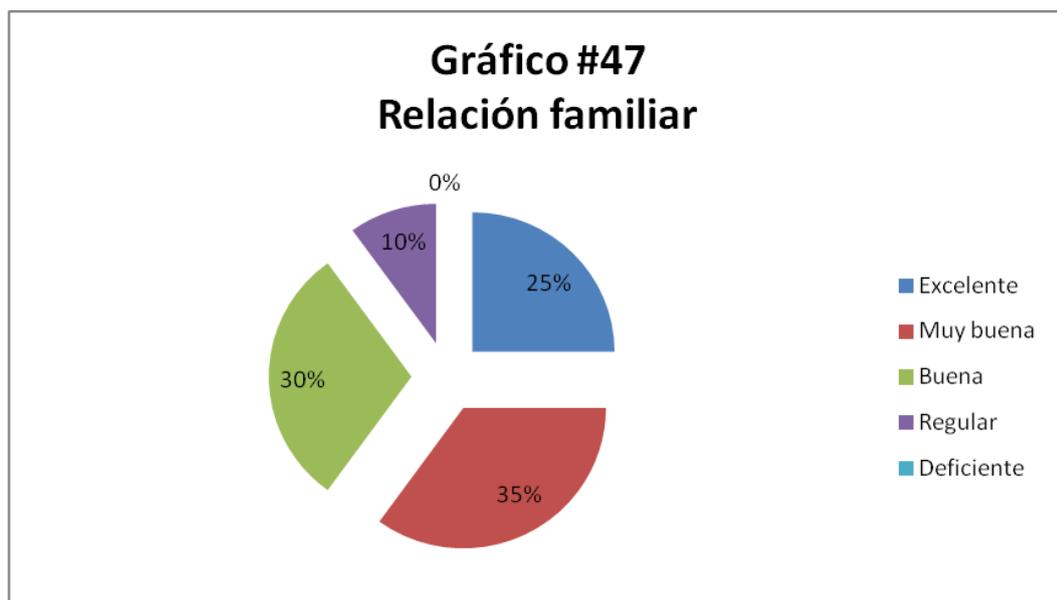
Interpretación:

El alto porcentaje de la muestra que consideran que su seguridad física en la realización de las actividades diarias está bajo su responsabilidad se debe a que son personas que su personalidad es tan segura que no tienen inconvenientes respecto a ello, además que no sufren ningún tipo de discapacidad y por lo general como hay un alto porcentaje de población que están en la adultez mayor temprana y han satisfecho plenamente la necesidad de seguridad pueden con mucha lucidez mental enfrentar los problemas que se puedan presentar en su vivir diario, a continuación tenemos el porcentaje de personas que se sienten solos e inseguros es muy bajo pero acá están involucrados depresivos y por último los que están bajo responsabilidad de sus hijos, por lo general se trata de un segmento de la población adulto mayor de avanzada edad.

7. Considero que actualmente mi relación con mi familia es:

Tabla 47

Considero que actualmente mi relación con mi familia es:	Nº de casos	%
Excelente	10	25,00%
Muy buena	14	35,00%
Buena	12	30,00%
Regular	4	10,00%
Deficiente	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

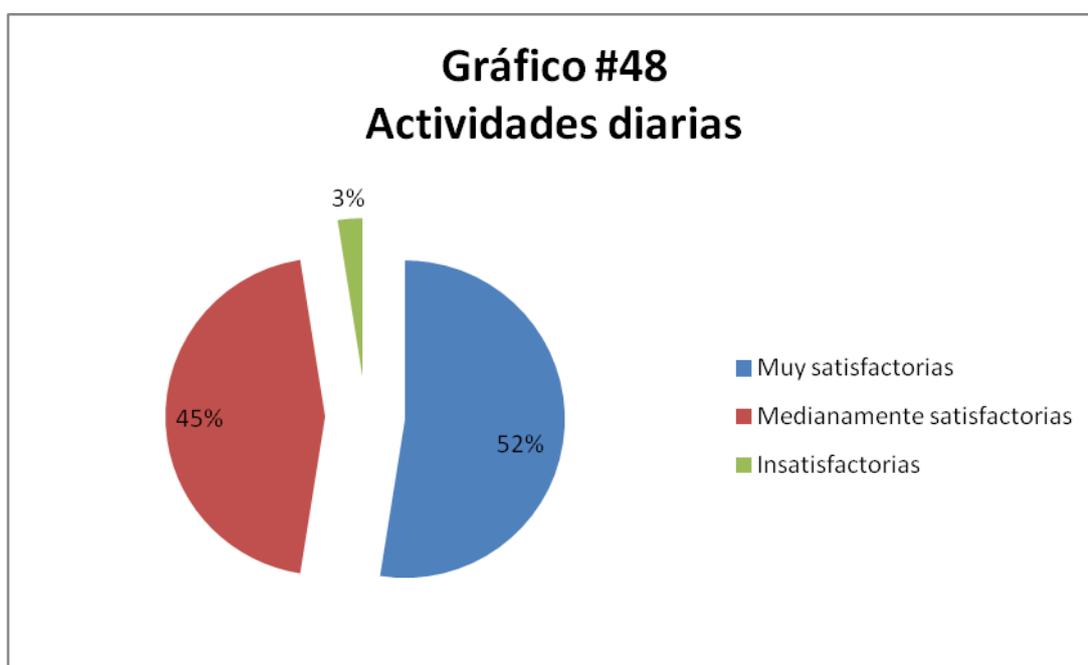
Interpretación:

La apreciación de los adultos mayores en cuanto a su relación familiar vemos que la mayoría la califican de excelente, muy buena y buena, se puede decir que es una apreciación muy subjetiva con un alto indicador de certeza ya que para los que manifestaron que su relación con su familia es buena para otros podría significar excelente esto se pudo apreciar durante la entrevista ya que muchos dubitaban y se encontraban en el dilema de la excelencia o en menor grado. Las tendencias sobre el porcentaje de la muestra que dieron sobre depresión nos indica que ese sector tiene regular relación familiar, nuevamente podemos decir que sobre la teoría de Erikson la etapa evolutiva de Confianza básica vs. Desconfianza en estos adultos mayores pudo no ser bien resuelta en su momento, como se sabe la buena resolución de esta etapa desarrolla el vínculo que será la base de sus futuras relaciones con otras personas.

8. Las actividades que realizo en mi vida diaria son:

Tabla 48

Las actividades que realizo en mi vida diaria son:	Nº de casos	%
Muy satisfactorias	21	52,50%
Medianamente satisfactorias	18	45,00%
Insatisfactorias	1	2,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

Interpretación:

Se nota el índice de la población con depresión que esta influye para la no satisfacción de esta necesidad, mientras que los que respondieron medianamente se dio debido a el problema social que como sabemos limita el pensar y accionar del adulto mayor.

9. ¿Mis ingresos económicos me permiten satisfacer mis necesidades de vivienda, educación de hijos, alimentación bienes para el hogar?

Tabla 49

¿Mis ingresos económicos me permiten satisfacer mis necesidades de vivienda, educación de hijos, alimentación bienes para el hogar?	Nº de casos	%
Si	33	82,50%
No	7	17,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

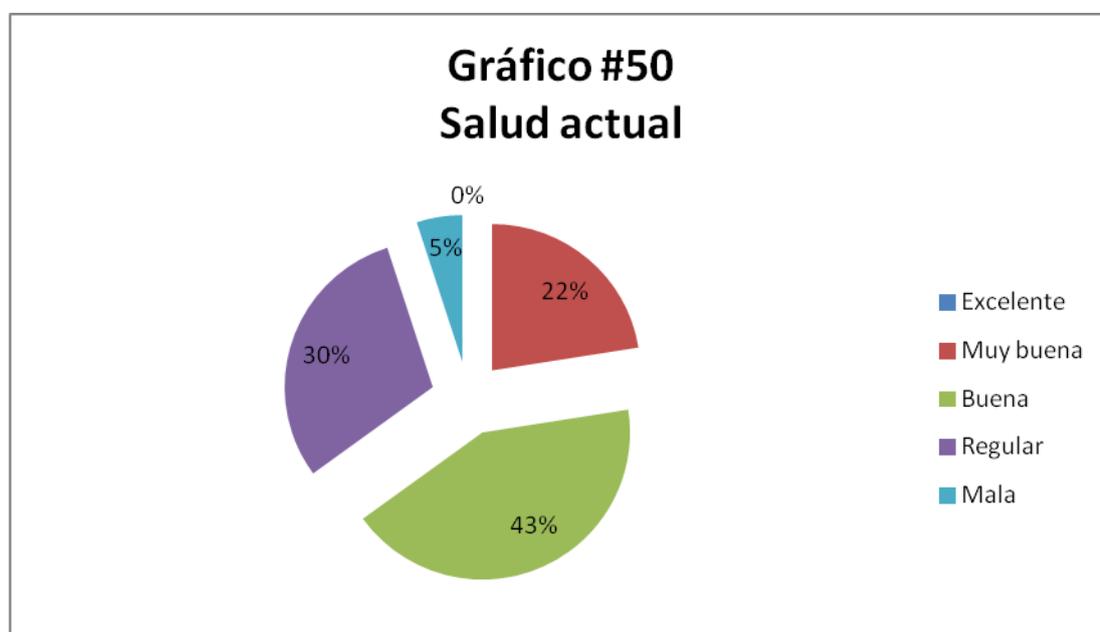
Interpretación:

En el caso de adultos mayores no satisfechos con sus ingresos económicos podemos apreciar la influencia de la merma de ingresos económicos debido a una pensión jubilar baja. Mientras que del otro lado están las personas que han logrado alcanzar cierto estatus económico, otros que son ayudados por sus hijos y otros que a pesar de su jubilación de una u otra manera no se han desvinculado de la actividad laboral para poder completar satisfacer esta necesidad conjuntamente con su pensión jubilar.

10. En la actualidad mi salud considero que es:

Tabla 50

En la actualidad mi salud considero que es:	Nº de casos	%
Excelente	0	0,00%
Muy buena	9	22,50%
Buena	17	42,50%
Regular	12	30,00%
Mala	2	5,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

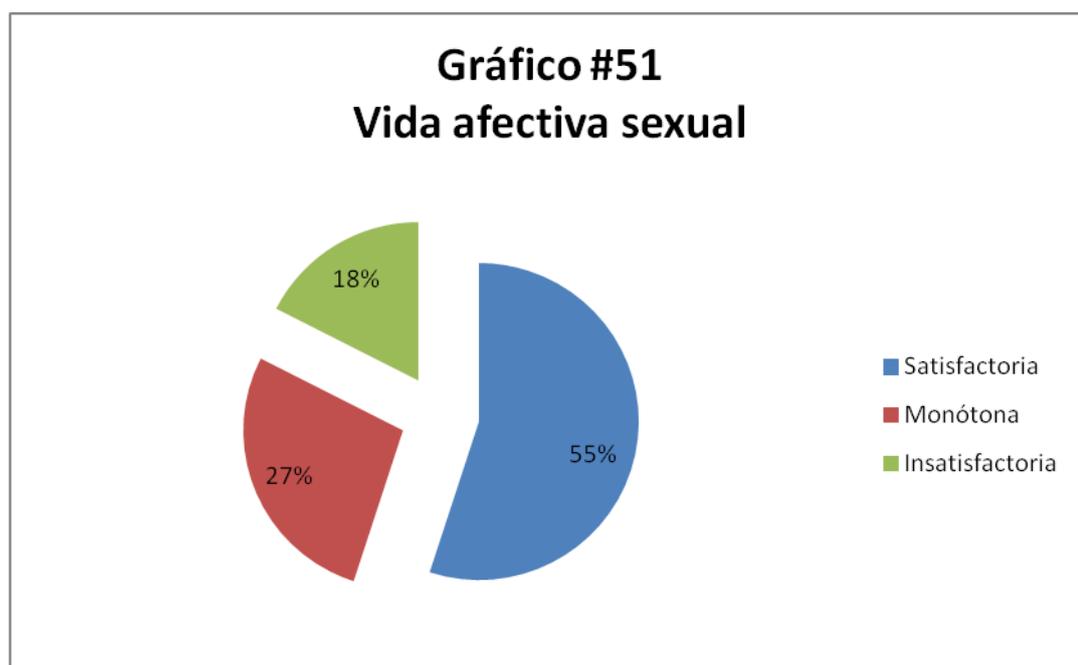
Interpretación:

Las personas que manifestaron que su salud es excelente son personas que sobre todo tienen una buena salud mental que los hace inmunes a los achaques de la vejez se puede decir de igual manera de los que manifestaron que es muy buena aunque ellos si sufren de enfermedades físicas pero lo toman con más tranquilidad y sobre todo con controles preventivos ante las peores situaciones y es una gran ayuda los servicios que presta el centro porque no los descuidan en ese aspecto.

11. Mi vida afectiva y sexual ha sido:

Tabla 51

Mi vida afectiva y sexual ha sido:	Nº de casos	%
Satisfactoria	22	55,00%
Monótona	11	27,50%
Insatisfactoria	7	17,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

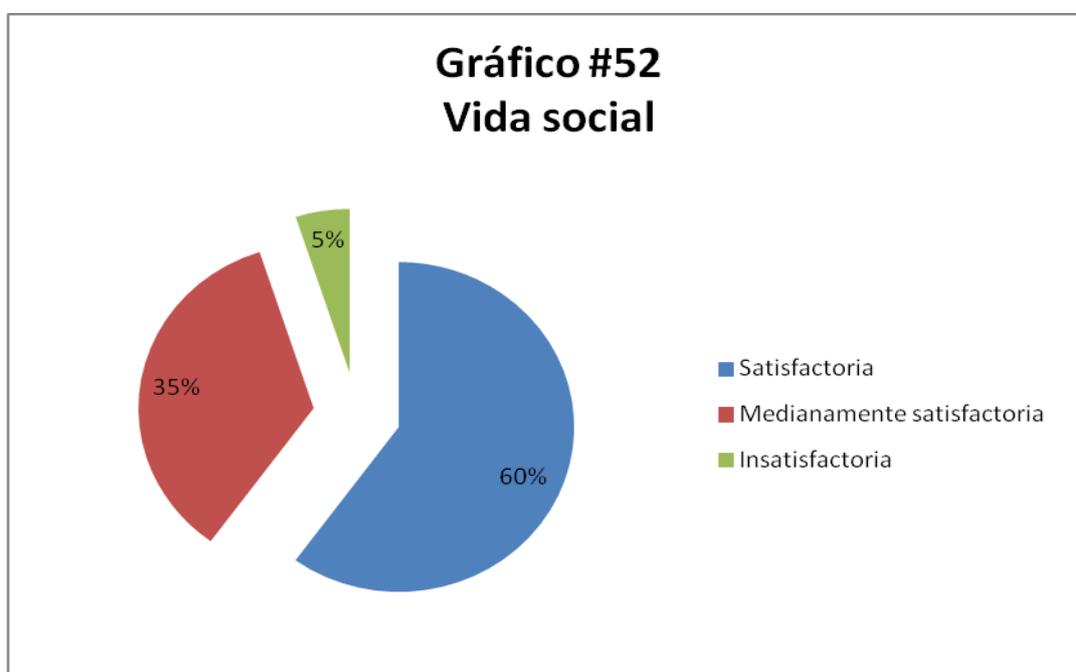
Interpretación:

La necesidad de amor y pertenencia incluye el deseo de tener una pareja, en los resultados a este ítem las personas que han respondido como insatisfactoria su vida afectiva sexual se deben a causas como matrimonios forzados, prejuicios, infidelidades, alcoholismo en sus parejas, desencanto por una falsa expectativa de lo que pensaban que podía representar la vida marital, etc. de igual manera se puede aplicar a la población que respondió como monótona sus relaciones, en estos dos casos hay una predominancia en las mujeres.

12. Considero que mi vida social (amistades, pertenencia a grupos, familiar, etc.) es:

Tabla 52

Considero que mi vida social (amistades, pertenencia a grupos, familiar, etc.) es:	Nº de casos	%
Satisfactoria	24	60,00%
Medianamente satisfactoria	14	35,00%
Insatisfactoria	2	5,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

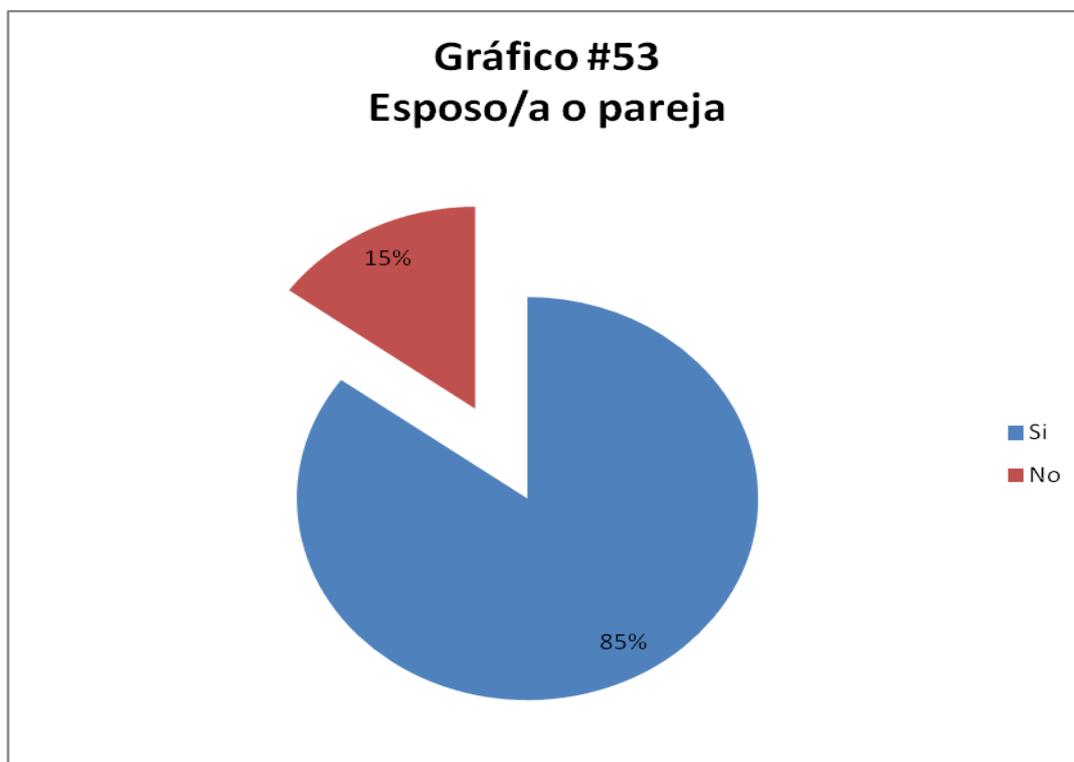
Interpretación:

Las personas con una personalidad sociable, extravertida consideran que su vida social ha sido satisfactoria, las personas que respondieron que su vida social fue medianamente satisfactoria se debe como lo han verbalizado en la entrevista a desengaños, traiciones, envidias lo que les ha limitado en creer en amistades sinceras y guardan ciertos recelos frente a los demás pero sin llegar al punto de cerrar la posibilidad de tener vida social, en la opción insatisfactoria, 2 personas justamente el porcentaje de personas que sufren depresión.

13. ¿Considero que en el transcurso de mi vida he sido un buen esposo/a o pareja?

Tabla 53

¿Considero que en el transcurso de mi vida he sido un buen esposo/a o pareja?	Nº de casos	%
Si	34	85,00%
No	6	15,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

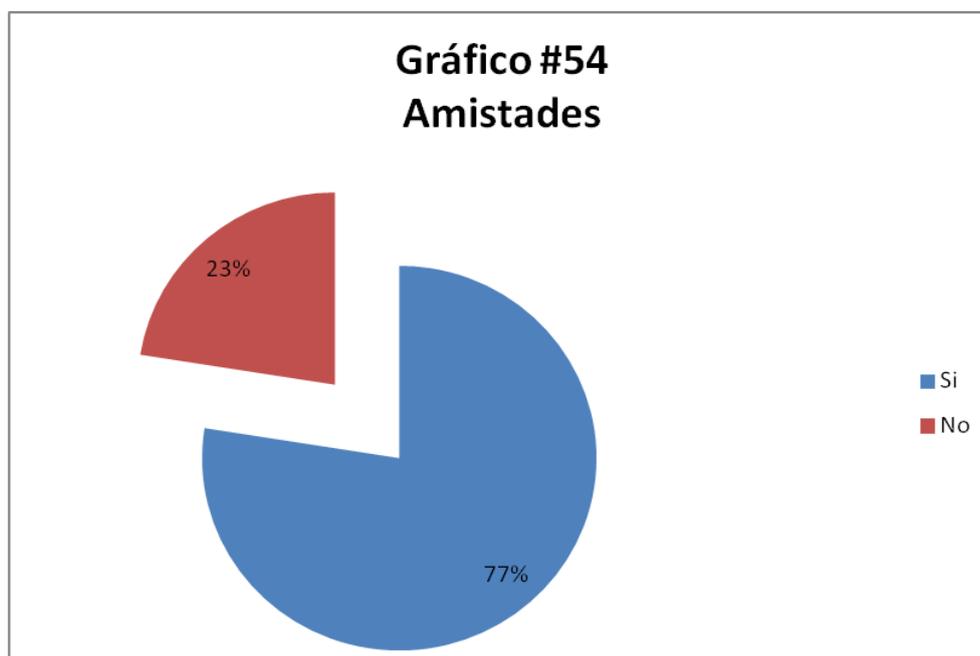
Interpretación:

Volviendo a al ítem de la vida afectiva sexual se menciona que a pesar de que a un porcentaje representativo esta había sido monótona o insatisfactoria en el presente ítem el mayor porcentaje se consideran como buenos esposos o parejas ya que han cumplido con los deberes que se suponen implican formar parte de una relación a pesar de que en muchos de ellos no hayan sido de su agrado. El porcentaje de respuesta negativa demuestra que la necesidad de amor y respeto ha fracasado en lo referente a considerarse buen conyugue o pareja.

14. ¿Me siento conforme, satisfecho, con las personas que en el transcurso de mi vida he tenido como amigos o amigas?

Tabla 54

¿Me siento conforme, satisfecho, con las personas que en el transcurso de mi vida he tenido como amigos o amigas?	Nº de casos	%
Si	31	77,50%
No	9	22,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

Interpretación:

Esto está relacionado con la parte psicosocial referente a la personalidad según Eysenck cuando se refirió a Extraversión-Introversión, además de la satisfacción de la necesidad de amor y respeto de Maslow y la “crisis” no resuelta en la etapa evolutiva Confianza básica vs. Desconfianza de Erikson, entonces los resultados positivos son muy altos lo que evidencia que esta población mantiene una personalidad bien formada, mientras que los que respondieron negativamente no todos no tienen una buena personalidad sino que como se mencionó anteriormente han sufrido traiciones de las personas en las que confiaron.

15.- ¿Me siento seguro de lo que pienso, hago y tengo?

Tabla 55

¿Me siento seguro de lo que pienso, hago y tengo?	Nº de casos	%
Si	32	80,00%
No	8	20,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

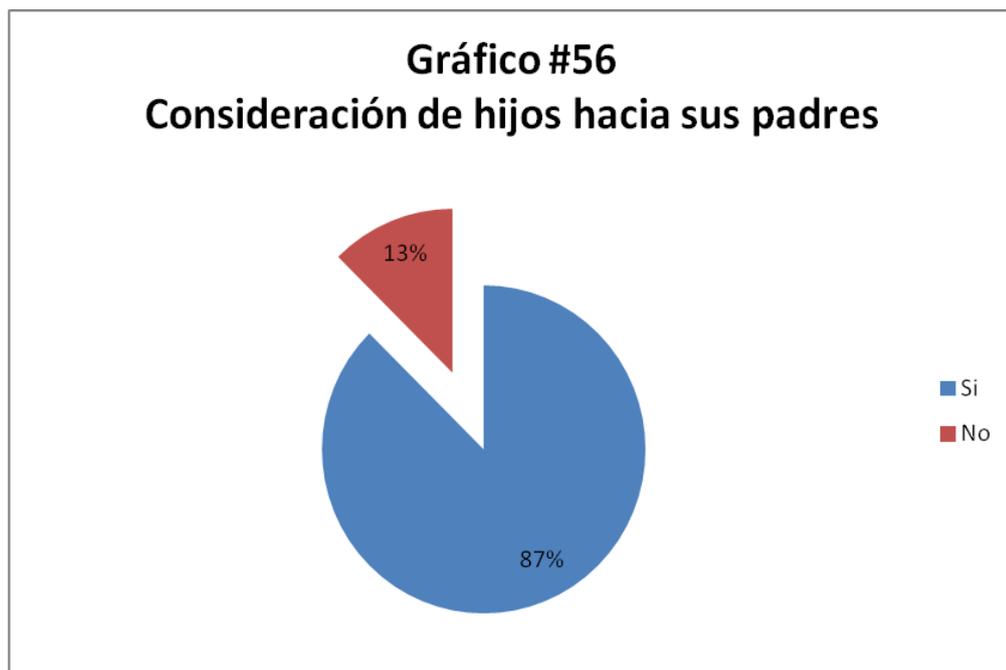
Interpretación:

El porcentaje que respondió negativamente con respecto a la seguridad de pensar, hacer y sentir incluyen al porcentaje de la población tiene deficiencia en la satisfacción completa de las necesidades de respeto y también relacionado con una baja autoestima, bajo deseo de virtud, de éxito, de competencia de confianza ante el mundo uno de los síntomas de la depresión.

16.- ¿Mis hijos me han considerado un buen padre, madre?

Tabla 56

¿Mis hijos me han considerado un buen padre, madre?	Nº de casos	%
Si	35	87,50%
No	5	12,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

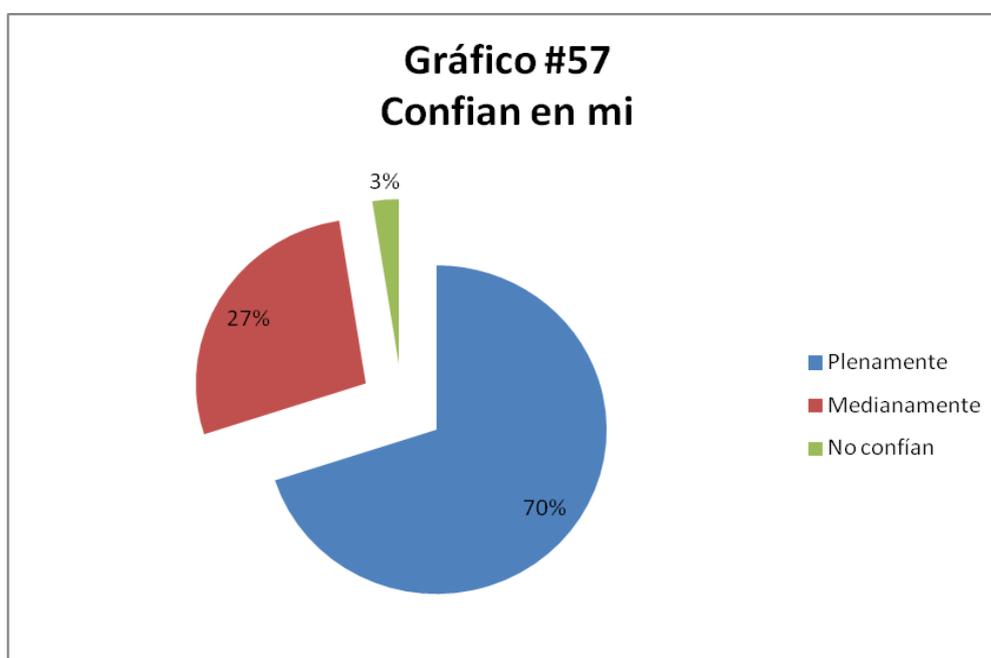
Interpretación:

Los que se consideran buenos padres han satisfecho muy bien la necesidad de respeto, su reputación y autoestima se ve reflejado en la formación que han logrado dar a sus hijos y ellos perciben que han alcanzado una de las metas muy importantes para cualquier ser humano. Los que creen o han fracasado su ego esta disminuido.

17.- Las personas que me conocen confían plenamente en mí:

Tabla 57

Las personas que me conocen confían plenamente en mí:	Nº de casos	%
Plenamente	28	70,00%
Medianamente	11	27,50%
No confían	1	2,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

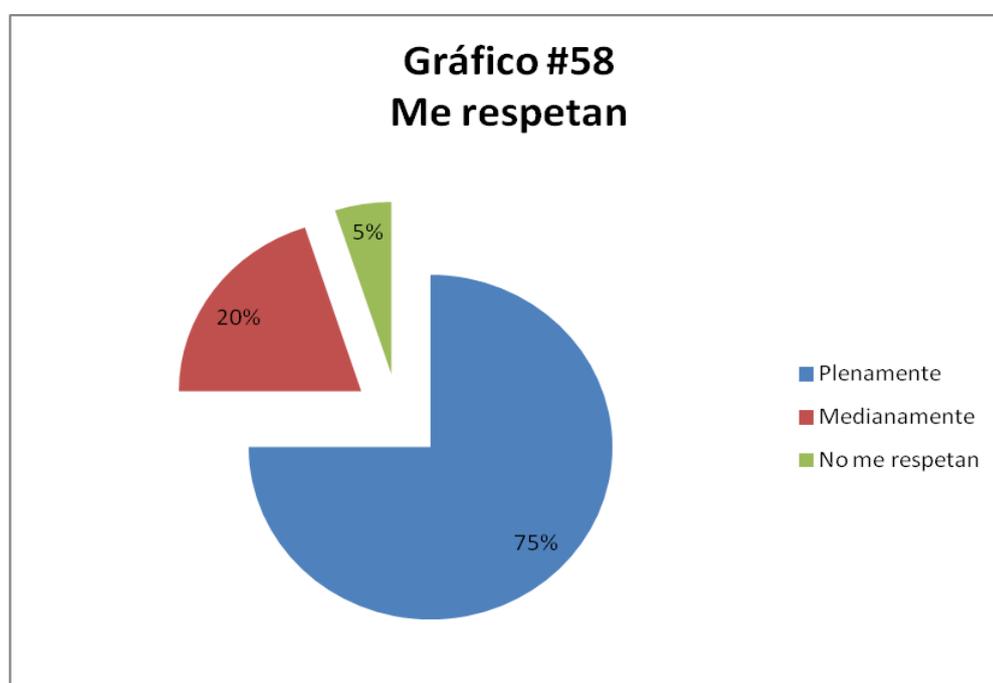
Interpretación:

La persona que indica que las personas no confían en ella es un paciente que muestra un nivel alto de depresión y no lograron satisfacer la demanda confianza y autorreconocimiento. Los que respondieron medianamente son vacilantes y proyectivos ya que en su manera de pensar dicen que los demás pueden confiar en mí mientras a mí me beneficie o no me perjudique.

18.- Mi actitud, mi forma de ser y de pensar hacen que las personas me respeten:

Tabla 58

Mi actitud, mi forma de ser y de pensar hacen que las personas me respeten:	Nº de casos	%
Plenamente	30	75,00%
Medianamente	8	20,00%
No me respetan	2	5,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

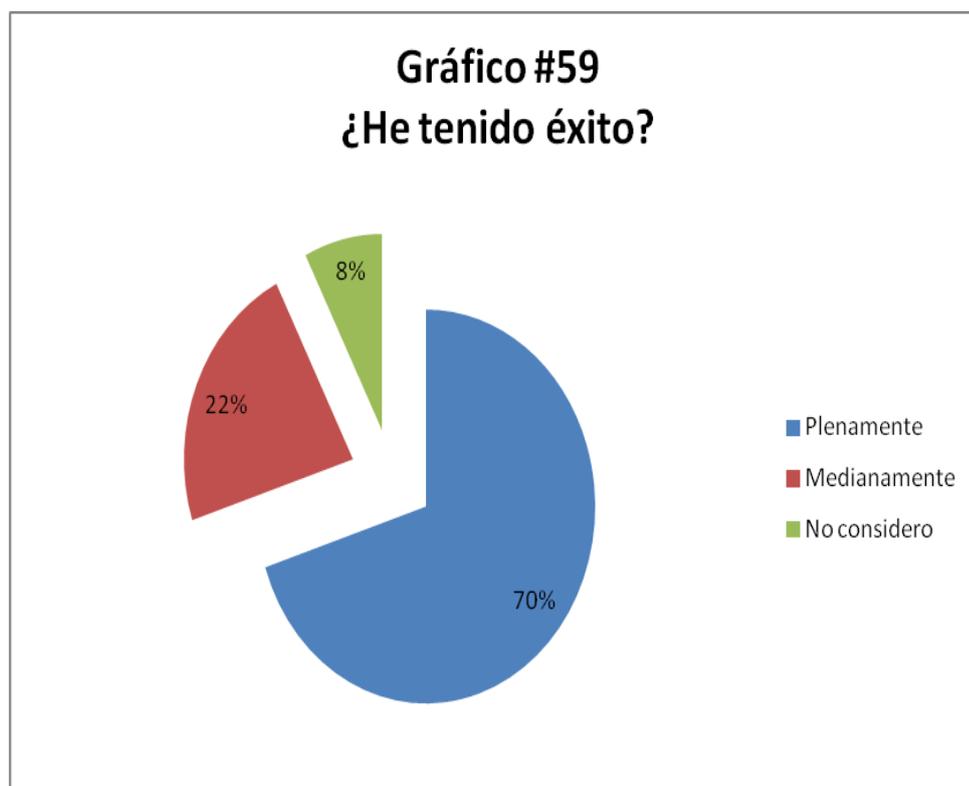
Interpretación:

El porcentaje de personas que se aprecian como no respetadas coincide con el porcentaje de personas depresivas graves, baja autoestima. En medianamente nuevamente entra la proyección “yo te respeto mientras hagas cosas en mi beneficio y lo que hagas por los demás lo juzgare según mis valores”, es decir me respetan medianamente porque no he hecho lo suficientemente en beneficio de ellos o los demás.

19.- Considero que los resultados de mi trabajo, de mis actitudes, de mi vida en general han tenido éxito:

Tabla 59

Considero que los resultados de mi trabajo, de mis actitudes, de mi vida en general han tenido éxito:	Nº de casos	%
Plenamente	28	70,00%
Medianamente	9	22,50%
No considero	3	7,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

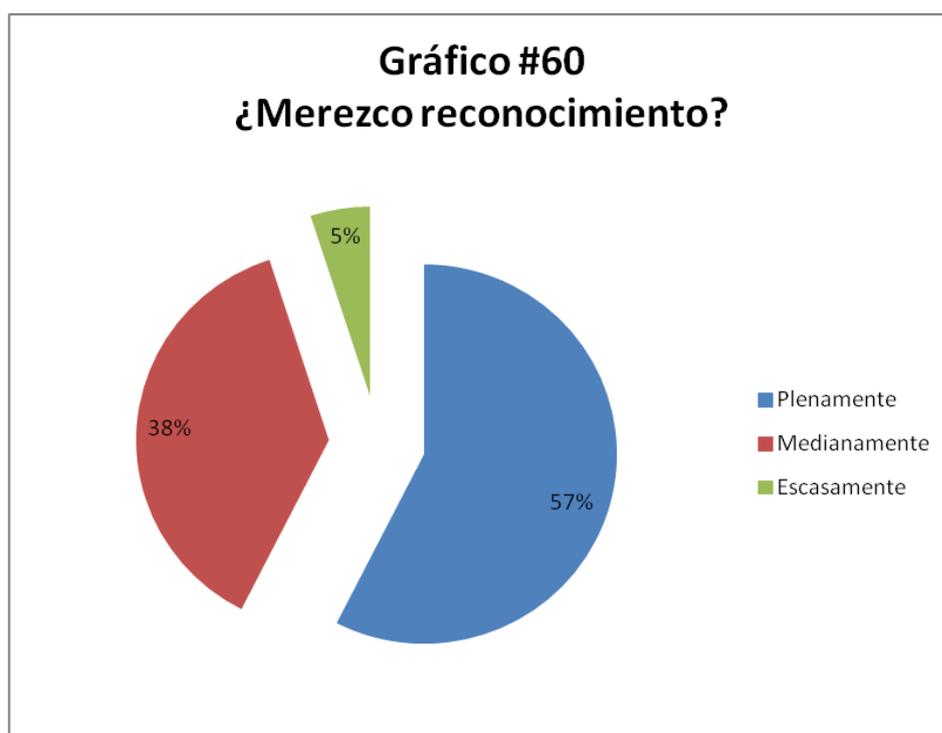
Interpretación:

El éxito es un factor fundamental para satisfacer la necesidad de reconocimiento y cómo podemos apreciar en estos resultados la tasa de percepción de haber tenido éxito ya es un poco más baja debido a pensamientos recurrentes sobre los proyectos que se plantearon en su vida y no se cumplieron.

20.- Todas estas situaciones han hecho que merezca el reconocimiento:

Tabla 60

Todas estas situaciones han hecho que merezca el reconocimiento:	Nº de casos	%
Plenamente	23	57,50%
Medianamente	15	37,50%
Escasamente	2	5,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

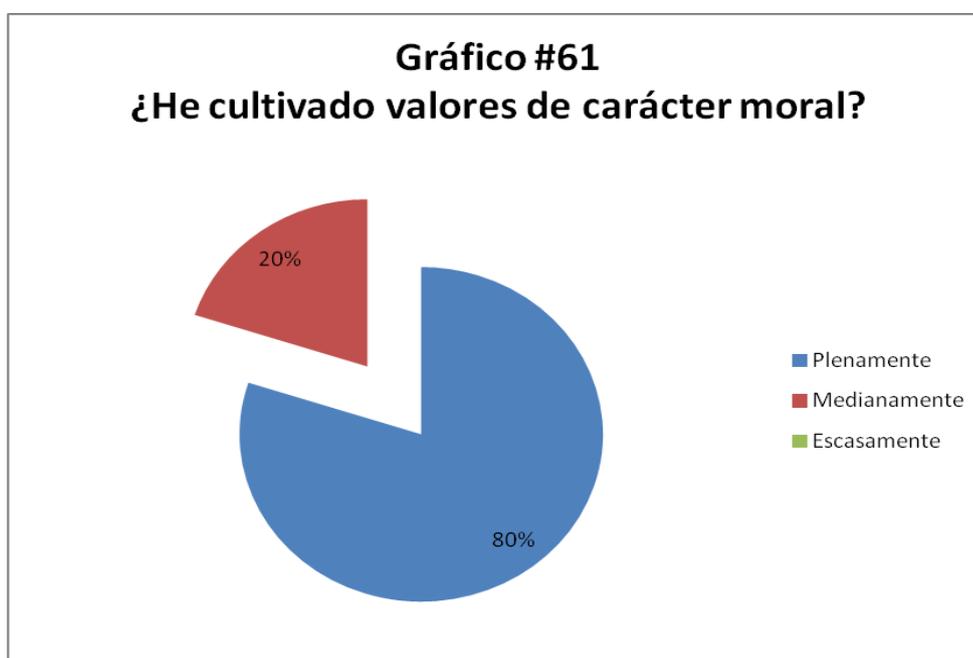
Interpretación:

El porcentaje que respondieron escasamente coincide con el nivel de individuos diagnosticados con depresión grave, debido a su percepción de pérdida de la confianza y sentimiento de inferioridad. Los que respondieron medianamente lo hicieron por razones como “a mí no me han hecho un reconocimiento público” y además su ego vacila, tal vez por errores del pasado que regresan a su psiquis en forma recurrente.

21.- Durante mi vida he cultivado valores de carácter moral:

Tabla 61

Durante mi vida he cultivado valores de carácter moral:	Nº de casos	%
Plenamente	32	80,00%
Medianamente	8	20,00%
Escasamente	0	0,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

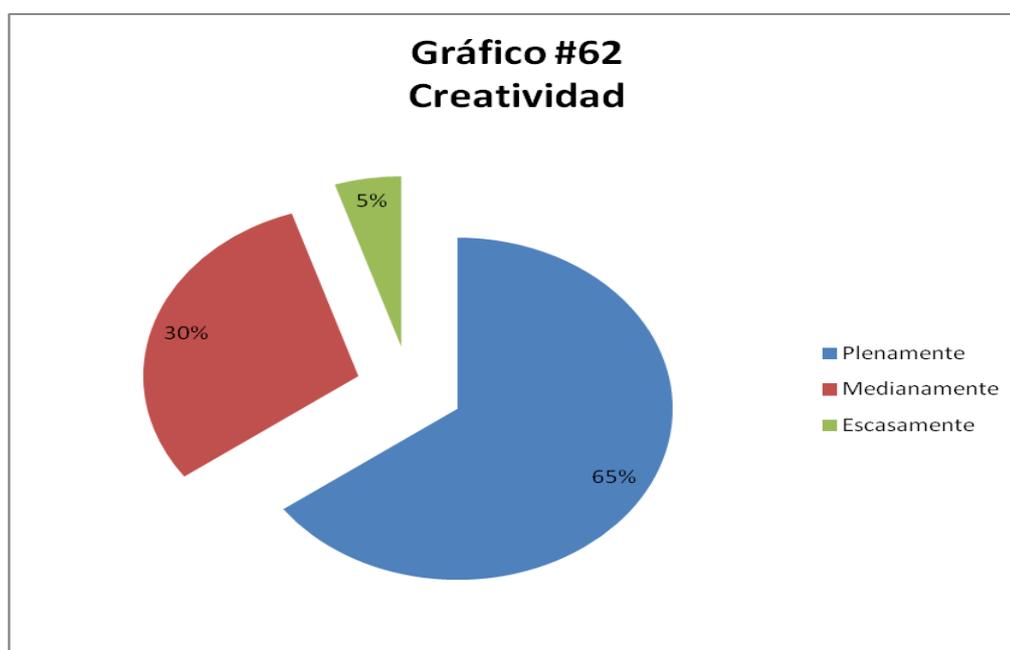
Interpretación:

Los adultos mayores desde su infancia han recibido valores de carácter moral y los han cultivado hasta el presente siendo un ejemplo para sus hijos y nietos, podemos citar el cuadro de si se consideraban haber sido buenos padres y encontramos similitud en porcentaje entre los que se consideran buenos padres y los que consideran que han cultivado valores de carácter moral, los que respondieron medianamente se debe por la carencia de fuerza de voluntad para aplicarlos todo momento pero no significa ausencia y en los casos depresivos pues debido a su autoconcepto y autoimagen distorsionados.

22.- En mi vida mi inteligencia me ha permitido ser creativo:

Tabla 62

En mi vida mi inteligencia me ha permitido ser creativo:	Nº de casos	%
Plenamente	26	65,00%
Medianamente	12	30,00%
Escasamente	2	5,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

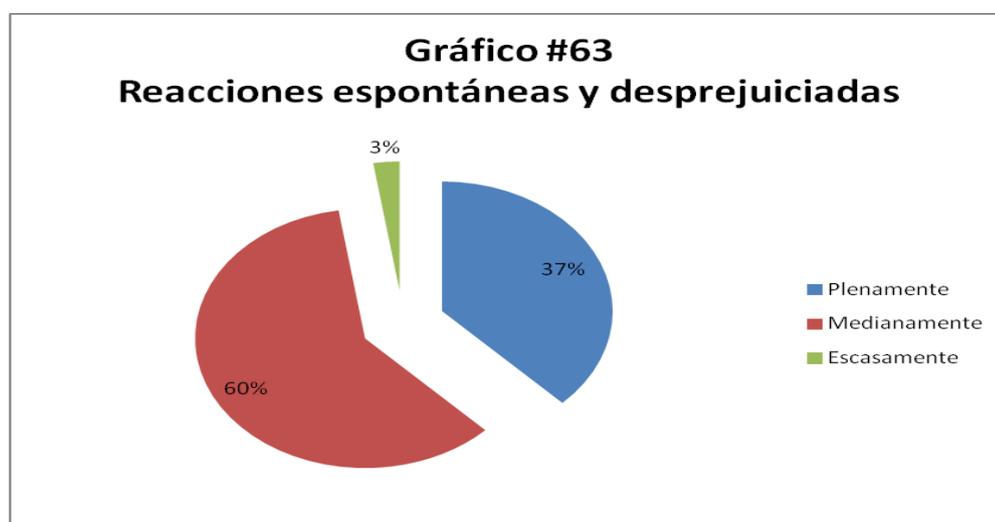
Interpretación:

La creatividad tiene íntima relación con la inteligencia especialmente la fluida es esa capacidad para responder inmediatamente y correctamente ante las situaciones que se presentan a lo largo de la vida y para el mayor porcentaje se sienten plenos en esta parte, mientras que los que manifiestan medianamente y escasamente puede deberse a un factor como el nivel de instrucción que como vimos anteriormente predominaba la población que solo había culminado la primaria, aunque esto no sea una verdad absoluta aplicable para todos ya que la inteligencia la poseen todos pero las condiciones para instruirse no todos y no significa que por ello dejen de ser creativos más bien es una percepción por estas razones.

23.- Mis reacciones son espontáneas y desprejuiciadas:

Tabla 63

Mis reacciones son espontáneas y desprejuiciadas:	Nº de casos	%
Plenamente	15	37,50%
Medianamente	24	60,00%
Escasamente	1	2,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

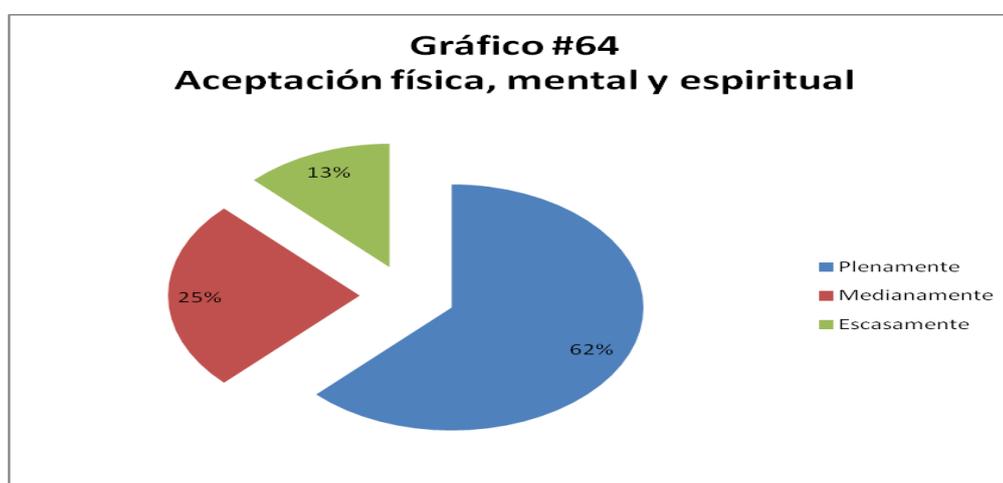
Interpretación:

Al igual que la creatividad, las reacciones espontáneas y desprejuiciadas requieren de la capacidad de procesar ideas, pensamientos, actos y actitudes de los demás para saber corresponder o negar la posibilidad de expresarse sin ningún contratiempo. Como observamos en la tabla más de la mitad de la población responden que reaccionan de esta manera medianamente esto se debe especialmente a la educación recibida en sus épocas tempranas y los cambios en la sociedad, existe grandes cambios con respecto a lo generacional y lo que para los adultos mayores de hoy en día es malo, feo, grosero, ridículo, etc. para las personas que han satisfecho su plan de vida y no sufren de depresión son tomadas con serenidad y comprensión.

24.- En la actualidad me acepto tal como soy en el aspecto físico, mental y espiritual:

Tabla 64

En la actualidad me acepto tal como soy en el aspecto físico, mental y espiritual:	Nº de casos	%
Plenamente	25	62,50%
Medianamente	10	25,00%
Escasamente	5	12,50%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

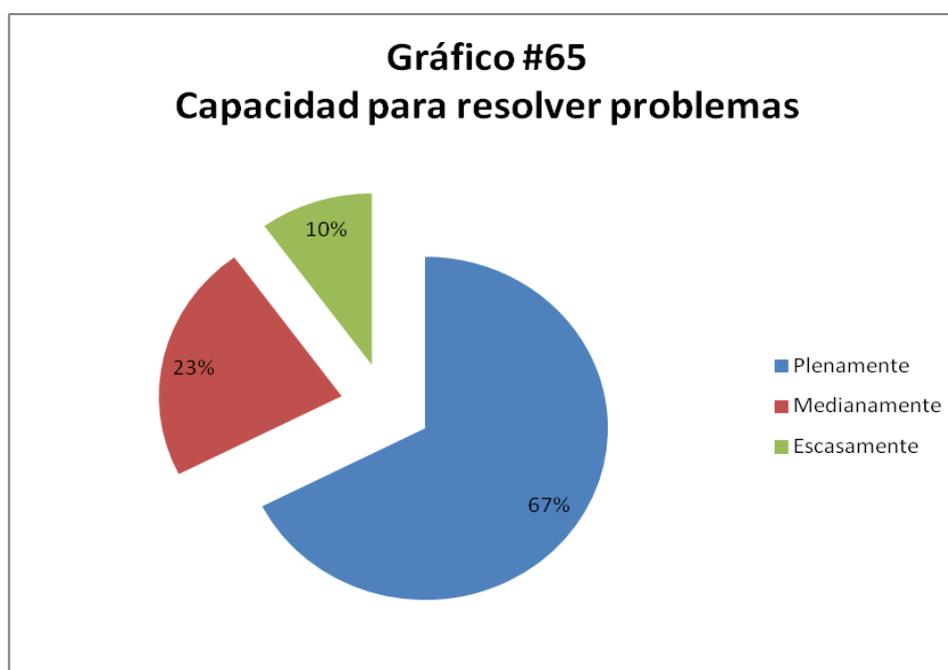
Interpretación:

Tiene mucha relación con la depresión por la apreciación disminuida y deteriorada de la autoimagen de las personas con depresión y eso se nota en el porcentaje Escasamente. Los que responden medianamente dependen de sus creencias y de lo que digan los demás, mientras que los que contestan plenamente no importa su religión o si asisten o no a reuniones o grupos religiosos, la espiritualidad es mucho más que eso para ellos. Muchas veces se fusionan la espiritualidad con religiosidad cuando no lo es porque la espiritualidad nace de uno mismo más no de preceptos religiosos una persona sana mentalmente y que ha cumplido con satisfacción su plan de vida se siente feliz con su consciencia y no tiene autoreproches por cosas del pasado llevándolo a un clímax consigo mismo (espiritualidad).

25.- En la actualidad considero que tengo capacidad para resolver mis problemas:

Tabla 65

En la actualidad considero que tengo capacidad para resolver mis problemas:	Nº de casos	%
Plenamente	27	67,50%
Medianamente	9	22,50%
Escasamente	4	10,00%
TOTAL	40	100,00%



Fuente: Plan de vida

Interpretación:

El deterioro cognitivo es una realidad en el adulto mayor pero si se trabaja frecuentemente este va a ser menos acelerado y ahí la clave para resolver los problemas, gracias al centro del IEES los pacientes están en constante práctica de sus habilidades cognitivas para mantenerlas mediante talleres de memoria es por eso que más de la mitad de la muestra pueden resolver sus problemas plenamente. Cuando hay niveles de depresión existe disminución de la atención y concentración. La capacidad para resolver problemas sin ningún problema es una cualidad significativa de la persona autorrealizada, satisfecha con el cumplimiento del plan de vida y sana mentalmente.

Conclusiones

El trabajo de campo nos permitió observar si hay influencia de las variables como: la edad, género, instrucción, ocupación antes de jubilarse, soledad o compañía, y participación en grupos sociales, para la comparación entre la depresión del adulto mayor y el cumplimiento del plan de vida. Podemos apreciar que la validez del reactivo Psicológico de Hamilton es comprobado y corroborado por la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage en los resultados obtenidos, un aproximado de cinco por ciento de la muestra sufre de un grado alto de depresión. La Encuesta sobre la satisfacción del plan de vida reveló información de la necesidades de acuerdo a Maslow que cualitativamente los adultos mayores, aproximadamente 85 a 95%, se aprecian como satisfechos con su vida en la mayoría de las necesidades cubiertas haciendo correlación con el porcentaje de personas depresivas dan razón a la hipótesis, los adultos mayores que no sufren depresión han satisfecho mejor su plan de vida.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES FINALES

La depresión en los adultos mayores está relacionánda con la satisfacción o no del cumplimiento del plan de vida. El envejecimiento del ser humano es el proceso natural, gradual, con cambios y transformaciones que se producen a nivel biológico, psicológico y social por la acumulación excesiva de estrés, por los problemas no resueltos y ambiente social. La depresión puede manifestarse en el adulto mayor con tristeza o síntomas depresivos pasajeros, dificultades para dormir, comen poco, no tienen el mismo ánimo y energía, se cansan con facilidad, suelen también quejarse de trastornos de memoria, falta de concentración, cambios en sus refuerzos conductuales, cambios cognitivos y emotivos, trasladándolos a un comportamiento deprimido. A lo largo de este trabajo investigativo se concluye que a pesar de lo anteriormente expuesto en la variable Nivel de Depresión, valorada con el test de Hamilton y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se obtuvo los siguientes resultados, en Hamilton: Depresión mayor, 5%. En Yesavage la opción, Depresión Moderada y Severa suman 5%.

En la variable Satisfacción del plan de vida en la encuesta elaborada para este fin, las conclusiones se determinan de acuerdo a las necesidades, es así, que las necesidades fisiológicas se satisfacen en su totalidad aún en los escasos pacientes depresivos, incluyendo en necesidades como el sueño que por el factor “edad biológica” existe la predisposición a un cambio muy molesto para los pacientes. Sobre las relaciones sexuales hay un bajo porcentaje de insatisfacción en las mismas, posiblemente relacionadas con prejuicios, divorcios, separaciones, viudez y los cuadros depresivos.

En lo que se refiere a las Necesidades de Seguridad, de acuerdo a la encuesta, se concluye que un porcentaje bajo de insatisfacción relacionado más con los problemas económicos por una pensión jubilar baja y sentimientos de soledad e inseguridad observados en los cuadros depresivos. Sobre la salud hay un grupo no muy grande que considera su salud regular y es debido al deterioro biológico normal en las etapas de la adultez y más aún en la adultez mayor.

En lo que se refiere a las Necesidades de Reconocimiento y las de Respeto, de acuerdo a la encuesta, se concluye que en casi todas las necesidades los porcentajes de insatisfacción son muy bajos evidenciando nuevamente que estos tienen mucha relación con estados depresivos de acuerdo a este estudio poblacional. Aquí cabe recalcar que la vida afectiva sexual para un grupo considerable esta ha sido monótona y unos pocos insatisfactoria pero a pesar de eso se consideran buenos esposos o esposas y en otros aspectos como hacerse merecedor de respeto y reconocimiento por los demás está condicionado a una excesiva humildad o conformismo y en el peor de los casos a infravalorarse a una autoestima muy baja.

En lo que se refiere a las Necesidades de autorrealización, de acuerdo a la encuesta, se concluye: en la mayoría de las necesidades de autorrealización los porcentajes de insatisfacción de estas necesidades son bajas, tomando en cuenta variables como la creatividad, la espontaneidad y los desprejuicios donde un porcentaje aceptable se encuentran en un punto medio, lo que evidencia que estos tienen mucha relación con estados depresivos de acuerdo a este estudio poblacional. Con todas las conclusiones expuestas se confirma que los adultos mayores que no sufren depresión han cumplido mejor su plan de vida que los adultos mayores que sufren depresión con lo que se confirma la hipótesis planteada.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Sería conveniente dejar planteadas recomendaciones en beneficio del grupo prioritario que es el del Adulto Mayor en general y especialmente de este en particular por considerarlo organizado y dirigido por una Institución de prestigio como es el IESS, para mejorar la salud mental mucho más de lo que en la actualidad se realiza.

Entre las recomendaciones planteadas, se encuentran las siguientes:

- Ya que en la muestra se observa un reducido porcentaje como cuadro clínico determinado como ansiedad, sería conveniente que se continúe con el tratamiento médico y farmacológico de especialidad, geriátrico, psiquiátrico y psicológico.
- En vista de que existe un porcentaje más o menos representativo (15 a 20 %) de adultos mayores que por sus características tanto en el plan de vida como en las evaluaciones Psicológicas de la Depresión, que están propenso a instaurarse cuadros que alterarían su salud mental, sería conveniente, salvo mejor criterio de parte de las autoridades que coordinan el Programa de Servicios Sociales del Adulto Mayor del IESS, se realicen Talleres de Capacitación para el desarrollo Personal con Metodología Activa que es la que mejor resultados se obtiene para este grupo, además con temáticas como por ejemplo:
 - Comunicación humana y familiar
 - La autoestima
 - La autoestima del adulto mayor
 - Desarrollo personal
 - Valores humanos
 - Motivación
 - Los errores y cualidades de la personalidad para el cambio
 - La sexualidad en el adulto mayor
 - Análisis y resolución de conflictos

Estos Talleres de capacitación, se deberían hacerse con una planificación previa que garantice la asistencia y participación ya que existen porcentajes elevados en lo que se refiere a la pertenencia a este grupo social que sería conveniente aprovechar.

- Se debería reforzar la organización tendiente a que de parte del grupo surjan iniciativas que vayan en beneficio del adulto mayor, y sean ellos los promotores de su desarrollo.

- En lo que se refiere a investigaciones posteriores en este campo de la Psicología y con este grupo de adultos mayores sería conveniente que se parta de un estudio completo de personalidad, es decir, entrevista para llegar a diagnóstico, evaluación psicológica, diagnóstico y seguimiento o tratamiento, independientemente de la temática a investigarse; esto permitirá un mejor manejo de pacientes y preparación del investigador a titularse.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA:

1. Aguado, C., Martínez, J., Onís, M., & et al. (2000). *Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la “Geriatric Depression Scale” (GDS) de Yesavage. 26 (supl 1): 328. Aten Primaria.*
2. Alarcón, R., Mazzotti, G., & Nicolini, H. (2005). *Psiquiatría* (Segunda edición). México DF.: Manual moderno.
3. Baron, R. ([s.a]). *Psicología. (trad.).* . (M. Ortiz, Trad.) México DF.: Pearson Educación.
4. Carrasco, M. (2005). *Lograr una buena longevidad.* La Habana: Editorial Científico Técnica.
5. Conde, V., & Franch, J. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos.* Madrid: Upjohn S.A.
6. Creamer, J. (s.a). *Como vencer el estrés y la depresión.* s.l.: s.n.
7. De Egina, P. (1538). *Epitome, Hypomnema o Memorandum.* Basilea : [s.n.].
8. Del Campo, A. (1999). *La realidad familiar y social de nuestros ancianos* . Granada: Cáritas.
9. Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado* . Madrid: Ediciones Paidós Ibérica.
10. Feist, J., & Feist, G. (2007). *Teorías de la personalidad* . Madrid: McGraw Hill/Interamericana de España.
11. Grimaldo, J. (1995). *Introducción a la Psicoterapia* . Lima: Editorial En Prensa.
12. Jackson, S. W. (1989). *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos Hipocráticos a la Época Moderna.* . Madrid: Turner.
13. Leontiev, S., & et, al. (1960). *Psicología y otros tratados y manuales* (Reimpresión de la Tercera Edición en Español. ed.). México DF.: Editorial Grijalbo S.A.
14. Lyddon, W., & Jones, J. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empírico.* (G. Padilla, Trad.) México DF.: Editorial El Manual Moderno.

15. Maslow, A. (2008). *Motivación y Personalidad* . España: Ediciones Díaz de Santos.
16. Morris, C., & Maisto, A. ([s.a]). *Introducción a la psicología* . (M. Ortiz, Trad.) México DF.: Pearson Educación.
17. MSP. (ca. 2000, 200?). *Guía de atención primaria en salud mental*. Ecuador.
18. Muñoz, T. J. (2002). *Psicología del envejecimiento* . Madrid: Ediciones Pirámide.
19. OMS. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico* (Décima Revisión ed.). Ginebra.
20. OMS. (2012), [Versión electrónica], “Envejecimiento” [Consulta 28 de noviembre de 2012]. Disponible en Web: <<http://www.who.int/topics/ageing/es>>
21. Pancheri, P. (1987). *Manual de Psiquiatría Clínica*. México DF.: Ed. Trillas.
22. Ramos-Brieva, J., & Cordero, A. (1986). *Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión* . Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.
23. Schneider, D. ([s.a.]). *Enciclopedia De Psicología, LA PERSONALIDAD, En la naturaleza, la sociedad y la cultura* (Vol. VI). [s.l.]: [s.n.] .
24. Schultz, D., & Schultz, S. (2009). *Teorías de la personalidad* (Novena edición ed.). México DF.: Edamsa Impresiones S.A. de C.V.
25. Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento* . Madrid: Ediciones Morata.

ANEXO 1
UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA: “LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR Y EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VIDA.” ESTUDIO COMPARATIVO A REALIZARSE EN LOS SERVICIOS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR IESS. CUENCA –ECUADOR. AÑO 2013.

ENCUESTA PSICOSOCIAL

:

Nombre:

1.- Edad.- 1.- 2.- 3.- 4.-
65 a 69 años 70 a 74 años 75 a 79 años 80 a más años

2.- Género.- 1.- 2.-
Hombre Mujer

3.- Instrucción.- 1.- Primarios ----- 2.- Secundarios ----- 3.- Superior. Incompleta. ----- 4.- Superior completa ----- 5.- Técnica. 6.- Otros. ----- 7.- Ninguna -----

4.- Ocupación antes de jubilarse.- 1.- Empleado público ---- 2.- Empleado Particular-----
.3.- Obrero ----- 4.- Profesional ----- 5.- Artesano.----- 6.- Técnico. ----- 7. Otras.-----

5.- ¿En la actualidad con quien vive usted? 1.- Con familia ampliada.-----2.- con familia propia. -----
3.- Con esposa (o) ----- 4- .Con hijos----- 4.- Con Nietos-----
5.- Con otros familiares----- 6.- Con otras personas. 7.- Solo (a) -----

6.- ¿Participo activamente como integrante de grupo a más del I.E.S.S.?

1.- Grupo social.----- 2.- Club social o cultural.----- 3. Grupo religioso.----- 4.- Grupo barrial-----
5.- Grupo político ----- 6.- Ninguno.-----

Llenado por: _____ **Fecha.** _____

ANEXO 2

Test de depresión de Hamilton

Nombre:

1

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad):

Ausente.....

Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente.....

Estas sensaciones las relata espontáneamente.....

Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto).....

Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.....

2

Sentimientos de culpa:

Ausente.....

Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.....

Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones.....

Siente que la enfermedad actual es un castigo.....

Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales
amenazadoras.....

3

Suicidio:

Ausente.....

Le parece que la vida no vale la pena ser vivida.....

Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de
morirse.....

Ideas de suicidio o amenazas.....

Intentos de suicidio (cualquier intento serio).....

4

Insomnio precoz:

No tiene dificultad.....

Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le cuesta más de media hora el
conciliar el sueño.....

Dificultad para dormir cada noche.....

5

Insomnio intermedio:

No hay dificultad.....

Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma
Espontánea.....

Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama
(excepto para orinar).....

6

Insomnio tardío:

No hay dificultad.....

Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.....

No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.....

7

Trabajo y actividades:

No hay dificultad.....

Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos y aficiones).....

Pérdida de interés en su actividad (manifestado por desatención, indecisión y
vacilación).....

Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o de la productividad.....

Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Sólo se compromete en pequeñas
tareas, o no puede realizarlas sin ayuda.....

8

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de
concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

Palabra y pensamiento normales.....

- Ligero retraso en el habla.....
- Evidente retraso en el habla.....
- ,
Dificultad para expresarse.....
- Incapacidad para expresarse.....

9

Agitación psicomotora:

- Ninguna.....
- Juega con sus dedos.....
- Juega con sus manos, cabello, etc.....
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado.....
- Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos.....

10

Ansiedad psíquica:

- No hay dificultad.....
- Tensión subjetiva e irritabilidad.....
- Preocupación por pequeñas cosas.....
- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla.....
- Expresa sus temores sin necesidad que le pregunten.....

11

Ansiedad somática (Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

Ausente.....

Ligera.....

Moderada.....

Severa.....

Incapacitante.....

12

Síntomas somáticos gastrointestinales:

Ninguno.....

Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen.....

Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.....

13

Síntomas somáticos generales:

Ninguno.....

Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias.Cefaleas, dolores musculares.....

Pérdida de energía y fatigabilidad.....

Cualquier síntoma bien definido.....

14

Síntomas genitales (disminución de la libido, trastornos menstruales)

Ausente.....

Débil.....

Grave.....

15

Hipocondría:

Ausente.....

Preocupado de sí mismo (corporalmente).....

Preocupado por su salud.....

Se lamenta constantemente, solicita ayuda.....

16

Pérdida de peso:

Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana.....

Pérdida de más de 500 gramos en una semana.....

Pérdida de más de 1 kg. en una semana.....

Introspección (insight):

Se da cuenta que está deprimido y enfermo.....

Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, necesidad de descanso.....

Se suman todos los puntos para obtener la puntuación global. La suma total proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro.

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	Estado normal
8-12	Podrías tener Depresión Menor
13-17	Menos que depresión mayor
18-29	Presentas los síntomas de la Depresión Mayor
30-52	Tienes más que Depresión Mayor. Busca ayuda con tu Psicólogo o Psiquiatra

Llenado por: _____ Fecha. _____

ANEXO 3
ESCALA DE DEPRESIÓN YESAVAGE

Nombre:

Pregúntate a ti mismo y contesta honestamente	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho/a con tu vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6.- ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7.- ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonada?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10.- ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1

12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos Proyectos?		1	0
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?		0	1
14.- ¿Siente que su situación es desesperada?		1	0
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que Ud.?		1	0
PUNTUACION TOTAL			
INTERPRETACION	<p>Resultados</p> <p>0-5: Nivel Normal de Depresión</p> <p>6-9: Depresión Leve.</p> <p>10 ó más: Depresión Severa</p>		

Llenado por: _____ **Fecha.** _____

ANEXO 4
UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TESIS DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA: "LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR Y EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE VIDA." ESTUDIO COMPARATIVO A REALIZARSE EN LOS SERVICIOS SOCIALES DEL ADULTO MAYOR IESS. CUENCA – ECUADOR. AÑO 2013.

FICHA DE EVALUACION DEL PLAN DE VIDA

Nombre:

1.- Mi dieta alimenticia es:

- 1. Variada (carne, leche legumbres, hortalizas)
- 2. Mucho carbohidrato (arroz, harinas, fideos, papas, pan)
- 3. Con mucha grasa (frituras)
- 4. Muy condimentado

2. Ingiero líquidos diariamente en cantidades que oscilan en:

- 1. Menos de un litro (menos de 4 vasos)
- 2. Un litro (4 vasos)
- 3. Menos de dos litros (de 5 a 7 vasos)
- 4. Dos litros (8 vasos)
- 5. Más de 2 litros (más de 8 vasos)

3. ¿En el transcurso de mi vida, mi salud ha impedido cumplir con mis metas? 1. Si 2. No

4. Hábito postural del sueño:

- 1. Duermo con tranquilidad (reparador)
- 2. Duermo con tranquilidad (no reparador)
- 3. Intranquilo (reparador)
- 4. Intranquilo (no reparador)

5. Ud. mantiene en la actualidad vida sexual la misma que es:

- 1. Satisfactoria
- 2. Insatisfactoria

3. No mantengo relaciones sexuales

6. Actualmente considero que mi seguridad física en la realización de las actividades diarias esta:

- 1. Bajo mi responsabilidad
- 2. Bajo la responsabilidad de mis hijos
- 3. Bajo la responsabilidad de otra persona
- 4. Me siento solo e inseguro

7. Considero que actualmente mi relación con mi familia es:

- 1. Excelente
- 2. Muy buena
- 3. Buena
- 4. Regular
- 5. Deficiente

8. Las actividades que realizo en mi vida diaria son:

- 1. Muy satisfactorias
- 2. Medianamente satisfactorias
- 3. Insatisfactorias

9. ¿Mis ingresos económicos me permiten satisfacer mis necesidades de vivienda, educación de hijos, alimentación bienes para el hogar?

1. Si 2. No

10. En la actualidad mi salud considero que es:

- 1. Excelente
- 2. Muy buena
- 3. Buena
- 4. Regular
- 5. Mala

11. Mi vida afectiva y sexual ha sido:

- 1. Satisfactoria
- 2. Monótona
- 3. Insatisfactoria

12. Considero que mi vida social (amistades, pertenencia a grupos, familiar, etc.) es:

1. Satisfactoria
2. Medianamente satisfactoria
3.- Insatisfactoria

13. ¿Considero que en el transcurso de mi vida he sido un buen esposo/a o pareja?

1. Si 2. No

14. ¿Me siento conforme, satisfecho, con las personas que en el transcurso de mi vida he tenido como amigos o amigas?

1. Si 2. No

15.- ¿Me siento seguro de lo que pienso, hago y tengo?

1. Si 2. No

16.- ¿Mis hijos me han considerado un buen padre, madre?

1. Si 2. No

17.- Las personas que me conocen confían plenamente en mí:

1. Plenamente 2. Medianamente 3. No confían

18.- Mi actitud, mi forma de ser y de pensar hacen que las personas me respeten:

1. Plenamente 2. Medianamente 3. No me respetan

19.- Considero que los resultados de mi trabajo, de mis actitudes, de mi vida en general han tenido éxito:

1. Plenamente 2. Medianamente No considero

20.- Todas estas situaciones han hecho que merezca el reconocimiento:

1. Plenamente 2. Medianamente Escasamente

21.- Durante mi vida he cultivado valores de carácter moral:

1. Plenamente 2. Medianamente Escasamente

22.- En mi vida mi inteligencia me ha permitido ser creativo:

1. Plenamente 2. Medianamente 3. Escasamente

23.- Mis reacciones son espontáneas y desprejuiciadas:

1. Plenamente 2. Medianamente 3. Escasamente

24.- En la actualidad me acepto tal como soy en el aspecto físico, mental y espiritual:

1. Plenamente 2. Medianamente 3. Escasamente

25.- En la actualidad considero que tengo capacidad para resolver mis problemas:

1. Plenamente 2. Medianamente 3. Escasamente

Llenado por: _____ Fecha. _____