

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

LA DEPRESION Y SUS CONSECUENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 65
AÑOS, DE AMBOS SEXOS, RECLUIDOS EN CASA GERIATRICA MARIA DE
ANTIGUA GUATEMALA.

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

POR

FRANCISCO REYES MARTINEZ VASQUEZ
DELIA CRISTINA MORALES SIPAC

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE

PSICOLOGOS

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIATURA

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada María Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana Del Rosario Álvarez de García
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Edgard Ramiro Arroyave Sagastume
Estudiante Brenda Jullissa Chamám Pacay
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES



c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 522-2003
CODIPs. 875-2006

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

De Orden de Impresión Informe Final
de Investigación

01 de junio de 2006

Estudiante

Francisco Reyes Martínez Vásquez

Delia Cristina Morales Sipac

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto SÉPTIMO (7º) del Acta VEINTICINCO GUIÓN DOS MIL SEIS (25-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 24 de mayo de 2006, que copiado literalmente dice:

“SÉPTIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: **“LA DEPRESIÓN Y SUS CONSECUENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, DE AMBOS SEXOS, RECLUÍDOS EN CASA GERIÁTRICA MARÍA, DE ANTIGUA GUATEMALA”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

FRANCISCO REYES MARTÍNEZ VÁSQUEZ

DELIA CRISTINA MORALES SIPAC

CARNÉ 92-11123

CARNÉ 95-15194

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman y revisado por el Licenciado Carlos Enrique Orantes Troccoli. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

SECRETARIA





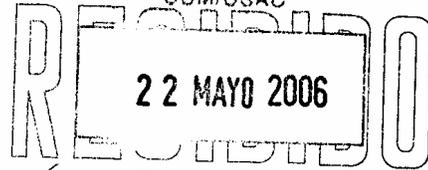
CIEPs. 39-2006
REG. 522-2003

Guatemala, 12 de mayo de 2006

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45 Zona 11 Edificio "A"
TEL. 2485-1910 FAX 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

INFORME FINAL

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: *MGL* Hora: 15:30 Registro: 522-03

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos E. Orantes T., ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

“LA DEPRESIÓN Y SUS CONSECUENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, DE AMBOS SEXOS, RECLUÍDOS EN CASA GERIÁTRICA MARÍA, DE ANTIGUA GUATEMALA”

ESTUDIANTE:

CARNÉ No

Francisco Reyes Martínez Vásquez
Delia Cristina Morales Sipac

9211123
9515194

CARRERA: Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Mayra Luna de Álvarez
LICENCIADA MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ
COORDINADORA

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA - CIEPs. - "Mayra Gutiérrez"

c.c. Revisor/a
Archivo

MLDA / edr





cc.: Control Académico
CIEPs.
Archivo

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG.522-2003

CODIPs. 534-2004

**DE APROBACIÓN DE PROYECTO
DE INVESTIGACIÓN Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR.**

12 de marzo de 2004

Estudiantes

**Francisco Reyes Martínez Vásquez
Delia Cristina Morales Sipac
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio**

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el punto **TRIGÉSIMO SEGUNDO (32º.)** del Acta **ONCE DOS MIL CUATRO (11-2004)**, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 09 de marzo 2004, que literalmente dice:

“TRIGÉSIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: **“LA DEPRESION Y SUS CONSECUENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, DE AMBOS SEXOS, RECLUIDOS EN CASA GERIÁTRICA MARIA, DE ANTIGUA GUATEMALA”**, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

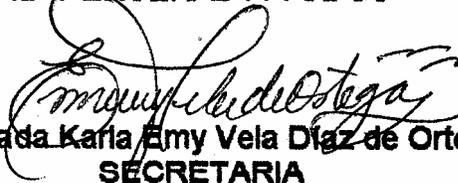
**FRANCISCO REYES MARTÍNEZ VÁSQUEZ
DELIA CRISTINA MORALES SIPAC**

**CARNET No. 9211123
CARNET No. 9515194**

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado Evodio Juber Orozco y como revisor al Licenciado Carlos E. Orantes Tróccoli.”

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS


Licenciada Karla Emy Vela Díaz de Ortega
SECRETARIA



/Rosy



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



CIEPs. 106-03
 REG. 522-03

Guatemala, 26 de junio de 2003

Licenciada Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
 Centro de Investigaciones en Psicología "Mayra Gutiérrez"
 Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada de Álvarez:

Informo a usted que realicé la última revisión del CUESTIONARIO BÁSICO, titulado:

"LA DEPRESIÓN Y SUS CONSECUENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, DE AMBOS SEXOS, RECLUÍDOS EN CASA GERIÁTRICA MARÍA, EN ANTIGUA GUATEMALA"

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Francisco Reyes Martínez Vásquez
 Delia Cristina Morales Sipac

92-11123
 95-15194

ASESORADO POR: Licenciado Evodio Juber Orozco

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el mismo cumple con los requerimientos establecidos por el Centro de Investigaciones, lo doy por APROBADO, y solicito se proceda con los trámites respectivos para continuar con el Proyecto de Investigación

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

LICENCIADO CARLOS E. DE ANTES T.
 DOCENTE REVISOR



Vo.Bo. *Mayra Luna de Álvarez*
 Licda. Mayra Luna de Álvarez, Coordinadora
 Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs "MAYRA GUTIÉRREZ"

c.c. Docente Revisor
 Archivo



CEOT/edr

Guatemala, 25 de julio 2005

Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora del Centro de
Investigación de la Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciada Luna.

Atentamente informo a usted que he concluido la asesoría del Informe Final del Trabajo de Tesis titulado **“La Depresión y sus consecuencias en pacientes mayores de 65 años de ambos sexos, reclusos en Casa Geriátrica María de Antigua Guatemala”**, presentado por los estudiantes:

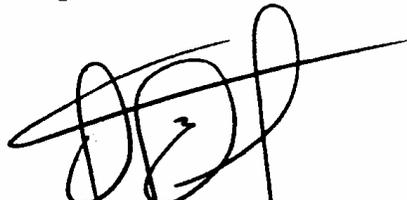
Francisco Reyes Martínez Vásquez
Delia Cristina Morales Sipac

Carné No. 9211123
Carné No. 9515124

Carrera: Licenciatura en Psicología.

En tal sentido y en vista que llena los lineamientos establecidos, me permito dar mi aprobación para continuar con el trámite respectivo.

Cordialmente,



Lic. Evodio Juber Orozco Edelman
Asesor
Colegiado No. 6780



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

cc.: Control Académico
CIEPs.
Archivo

REG.522-2003

CODIPs. 534-2004

**DE APROBACIÓN DE PROYECTO
DE INVESTIGACIÓN Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR.**

12 de marzo de 2004

Estudiantes

**Francisco Reyes Martínez Vásquez
Delia Cristina Morales Sipac
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio**

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el punto TRIGÉSIMO SEGUNDO (32º.) del Acta ONCE DOS MIL CUATRO (11-2004), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 09 de marzo 2004, que literalmente dice:

“TRIGÉSIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación, titulado: “LA DEPRESION Y SUS CONSECUENCIAS EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS, DE AMBOS SEXOS, RECLUIDOS EN CASA GERIÁTRICA MARIA, DE ANTIGUA GUATEMALA”, de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

**FRANCISCO REYES MARTÍNEZ VÁSQUEZ
DELIA CRISTINA MORALES SIPAC**

**CARNET No. 9211123
CARNET No. 9515194**

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado Evodio Juber Orozco y como revisor al Licenciado Carlos E. Orantes Tróccoli.”

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS


Licenciada Karla Amy Vela Díaz de Ortega
SECRETARIA



/Rosy



Guatemala, 29 de julio 2005

Licenciada
Mayra Luna
Coordinadora del Centro de Investigaciones
En Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Licenciada Luna

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para comunicarle que los estudiantes Francisco Reyes Martínez Vásquez con Carné número 9211123 y Delia Cristina Morales Sipac con Carné número 9515194, realizaron el trabajo de campo de la investigación titulada: “La Depresión y sus consecuencias en pacientes Mayores de 65 años de ambos sexos, reclusos en Casa Geriátrica María de Antigua Guatemala”, durante el período comprendido de febrero a noviembre 2004, presentándose los días sábados y domingos en horario de 8:00 a 12:00 horas.

Atentamente,

Casa María
A C G E M A



Lidia Alvarado
Lidia Alvarado
Directora

PADRINOS DE GRADUACION

Por Francisco Reyes Martínez Vásquez

Licenciada Ana Maria Ordóñez
Colegiado No. 9896

Licenciada Anabella Ochoa
Colegiada No.4929

Por Delia Cristina Morales Sipac

Licenciada Anabella Ochoa
Colegiada No.4929

Licenciado Francisco Morales Sipac
Colegiado No. 4259

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
Colegiado No. 6780

DEDICATORIA

A Dios

Por darme la vida, cuidarme en todo momento y la sabiduría para alcanzar este triunfo.

Al Sr. San Simón, Virgen de Guadalupe y Sr. de Esquipulas

Mil gracias por ayudarme a cumplir con mis metas.

A mis padres

Tomas Martínez Mejía y Marta de Jesús Vásquez de Martínez
Les doy las gracias por aconsejarme y apoyarme en todo momento, y que mi logro sea para ellos la mejor satisfacción que puedan recibir.

A mi esposa

Paola Reneé Vega Ramos de Martínez con mucho cariño le doy las gracias por su apoyo y comprensión y que este triunfo sea de beneficio para nuestra familia.

A mi hijo

Haroldo Antonio Martínez Vega gracias por el amor, apoyo y comprensión que me brinda durante todo el tiempo.

A personas especiales

Delia Cristina Morales Sipac: agradeciendo su apoyo y ayuda durante toda la carrera, que nuestra amistad sea para siempre con mucho cariño que Dios le bendiga.

Licenciada Carmen Molina de Rímola mil gracias por todas sus enseñanzas con un cariño muy especial.

Licenciada Ana María Ordóñez, Ángela Payés, Olga López, Padre Rafael Gama gracias por su amistad y ayuda, que tengan éxitos en su vida con mucho cariño que Dios les bendiga hoy y siempre.

Sra. Miriam Monzón de Jocol, mil gracias por su apoyo, confianza y ayuda durante el tiempo de estudios con un cariño muy especial que Dios le bendiga y también a su familia.

Sr. Peter W. Tornöe y Sra. Margarita de Tornöe gracias por su comprensión y ayuda durante el tiempo de estudios, serán siempre para mi personas muy especiales con mucho cariño que Dios les bendiga.

A mis Amigos

1. Geovani Olivares (Q.E.P.D.) que Dios le de el descanso eterno.
2. Lidia Gómez, Susana Rivera, Flaminio Cruz, Cesar Mirón con mucho cariño y éxitos en su vida.

A mis compañeros de estudio

1. Éxitos en sus actividades, en especial, Angélica, Briseyda, Elida, Mirna, Raquel, Yadira, Anthony, Eusebio, Jorge Gatica, Jorge Rodas, Ismar, Leonidas, Oscar, Rudy, Sergio.

A mis padrinos

**Licenciada Anabella Ochoa.
Que Dios le bendiga y mil gracias por toda su ayuda.**

**Licenciada Ana María Ordóñez.
Que Dios le bendiga con mucho cariño hoy y siempre.**

A todos ustedes

Por compartir conmigo este momento.

DEDICATORIA

A Dios

Por darme salud, inteligencia y sabiduría

A mis padres

Toribio Morales por su ejemplo de lucha y valentía, María Sipac de Morales por su amor, cariño y comprensión.

A mis hermanos

Gracias por su cariño, apoyo y comprensión. Especialmente a Marta Graciela y Francisco por su apoyo moral y económico.

A mis Sobrinos

Con mucho amor, gracias por darme la alegría de compartir conmigo cada momento de su vida.

A mis primos

Con mucho cariño.

A mis tíos

Con mucho cariño.

A mis cuñados y cuñadas

Con fraternal cariño.

A mi amigo

Francisco Reyes Martínez Vásquez, gracias por compartir conmigo su sabiduría, su amistad. Por su apoyo y comprensión Con mucho cariño. Gracias por ser mi amigo.

A mis amigos y amigas

Especialmente a Olga López, Licenciada Ana María Ordóñez, Licenciada Anabella Ochoa, Padre Rafael Gama Blanco MA., Licenciado Juber Orozco, Lidia Gómez, Cesar Mirón, Cecilia Chile, Susana Choc. Con mucho cariño, gracias por todos los momentos que compartimos y por todo su apoyo.

A personas especiales

Licenciada Telma López Young, Blanca Rosa Iriarte gracias por su apoyo.

Licenciada Carmen Molina de Rímola, supervisora del Centro de Practica Boca del Monte por compartir sus conocimientos y experiencias.

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman gracias por su ayuda.

A mis padrinos

**Licenciada Anabella Ochoa.
Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman.
Licenciado Francisco Morales Sipac
Su cariño y apoyo son invaluable.**

A todos ustedes

Por compartir conmigo este momento.

AGRADECIMIENTOS:

A Sra. Ana Lidia Alvarado, directora de Casa Geriátrica María por permitirnos realizar el trabajo de investigación y por toda su colaboración, que Dios le bendiga y le ayude a seguir con la noble labor que realiza en la institución en beneficio de muchas personas necesitadas.

Al personal que labora en Casa Geriátrica María por el apoyo y la ayuda que nos brindaron durante el trabajo, Dios los bendiga por la atención que prestan a las personas.

A los pacientes que colaboraron muy amablemente con nuestro trabajo, que Dios les bendiga hoy y siempre y queden ustedes con nuestro cariño, sigan adelante.

ÍNDICE

PRÓLOGO.	1
 <u>CAPÍTULO I</u>	
Introducción	5
Marco Teórico	6
Depresión en la Tercera Edad.	9
Síntomas de Depresión	14
Depresión vista desde distintos puntos.	16
 <u>CAPÍTULO II</u>	
Selección de la Muestra	23
Observación..	23
Entrevistas	23
Cuestionarios.	23
Aplicación	25
Evaluación	25
 <u>CAPÍTULO III</u>	
Presentación, análisis e interpretación de resultados	26
 <u>CAPÍTULO IV</u>	
Conclusiones	32
Recomendaciones	34
Referencias bibliográficas	36
Referencia de Tesis.	38
Anexos.	43
Resumen	56

PRÓLOGO

El objetivo de este estudio es encontrar las consecuencias de la depresión en el adulto mayor de sesenta y cinco años de ambos sexos, que están reclusos en la Casa Geriátrica María ubicada en San Felipe de Jesús, aldea del municipio de la Antigua Guatemala, departamento de Sacatepéquez.

Esta Casa funciona económicamente de una forma no lucrativa, en algunos casos recibe mensualidades de pacientes reclusos de acuerdo a sus posibilidades pero su mayor fuente de ingresos son aportaciones que reciben de entidades benéficas, como la iglesia, donaciones particulares, etc., como puede ser económica o en especie

El tema de la depresión en el adulto mayor que se escogió como punto de trabajo es uno de los muchos problemas que se encuentran en esta etapa de vida. Es necesario que se realicen estudios adecuados tomando como referencia todos los estudios e información que viene del extranjero (libros, revistas, publicaciones especiales) para poder ajustarlo a la realidad en la población del adulto mayor guatemalteco.

Se tiene la idea errónea que envejecer es enfermar, que es un paso para dejar de vivir o ser más propenso a tener enfermedades sin remedio alguno. A esta edad como en todo el desarrollo del ser humano, existen cambios, físicos que pueden ser consecuencia natural de desgastes o descuidos de salud en general, como la atrofia motora, de pensamiento y de reacción; enfermedades infecciosas virales, de la vista, oído o enfermedades cardíacas. En lo emocional, cambios o pérdidas que se tienen en cualquier momento de la vida como por ejemplo: ansiedad por lo que le espera en el futuro, depresiones por pérdida de trabajo (jubilación no voluntaria), muerte del cónyuge, inseguridad por los cambios repentinos y fuertes en la sociedad, violencia, falta de valores morales.

Las personas que ingresan al centro y que aún manejan funciones básicas como movilizarse por su propia cuenta, comunicarse, pensamiento activo, las van perdiendo por diversas causas, dentro de las que se pueden mencionar abandono por parte de la familia, carencia de afecto, falta de atención y de estimulación en

sus diferentes áreas. La disminución de sus funciones básicas hace que las personas se desmotiven para seguir viviendo, esto tiene como consecuencia que empiecen a tener cambios físicos y emocionales.

Dentro de las alteraciones o síntomas se pueden mencionar, la agresividad manifestada hacia los compañeros pacientes verbal o por medio de golpes, falta de comunicación que mantienen al resistirse a platicar con los demás compañeros o personal que atiende el centro, enfermedades psicosomáticas las cuales se manifiestan como dolores musculares, de cabeza, de ojos, cansancio y que desaparecen al momento en que la enfermera le dice que tiene visita.

Lo más preocupante es perder el sentido de vida, lo que ocasiona como consecuencia que entren en estados de Depresión Menor e incluso de Depresión Mayor, de lo cual resulta una vida dolorosa psicológicamente, pues creen que han dejado de ser personas y se consideran seres inútiles e incapaces de llevar una vida normal dando como resultado una muerte prematura.

Esto se pone de manifiesto al momento en que se convive con el paciente y se tiene un poco de confianza porque dentro de las conversaciones que se mantienen cuando se les pregunta cómo están o cómo se encuentran ellos suelen responder: “como las mojarras solo pasando el agua, aquí sentados y aburridos porque no hay nada que hacer, esperando que mi familia se acuerde de mi” o “aquí viviendo de más y pidiéndole a Dios que me recoja” o solamente “esperando morirme porque no me queda de otra con esta vejez y tantas enfermedades”. Con lo anterior nadie dice de forma directa quiero suicidarme o morirme en algunos casos pero con el aislamiento, el no dormir bien o no querer comer lo hacen de una manera indirecta pues su cuerpo crea problemas de salud.

El institucionalizado al no ser atendido adecuadamente a pesar de los grandes esfuerzos que hacen las personas que laboran en esta institución, trabajando en algunos casos de manera empírica y humanista como el servicio que presta el personal de limpieza y cocina que también colaboran ayudando a las enfermeras. Por factores económicos la institución no cuenta con un equipo multidisciplinario especializado en el área.

Queda agradecer a la institución Casa Geriátrica María, a la señora Ana Lidia Alvarado, Directora de la Casa y a las personas que laboran en ella por su ayuda y colaboración prestada, esperando sigan su labor a pesar de las adversidades existentes. Especialmente a la Licenciada Carmen de Rímola y a los alumnos del Centro de Práctica por el trabajo que realizan y que tiene grandes beneficios para los pacientes ya que con ello, tienen una visita constante de alguien que se preocupa por ellos y tratan de mejorar su estadía en la Casa.

Durante el trabajo realizado se pudo tener como experiencia personal que las instituciones donde se recluyen a los adultos mayores no están capacitadas para realizar dicha actividad, las deficiencias que tienen son muchas y principalmente económicas, otro problema que agrava la situación de los reclusos es el abandono a que son sometidos por la familia. Las personas mayores presentan cambios en su conducta al igual que sucede en cada etapa de la vida del ser humano las cuales no se observan por las personas que conviven con ellos como cambios naturales, por el contrario si un adulto mayor amanece desmotivado, triste, de mal humor o como sucede en algunos casos pasan todo el día acostados sin querer levantarse argumentando que sufren de dolores corporales o que se sienten cansados, se le atribuye a su vejez o a que como ya son viejos ya no saben lo que hacen y no se le pregunta del por qué del cambio o si quiere algún tipo de ayuda, se le aísla para que no provoque problemas con los demás pacientes o no se le toma en cuenta dentro de los mismos pacientes. No existe un apoyo grupal dentro de los propios pacientes ya que deciden que es mejor estar solos y no meterse con nadie para poder soportar vivir allí. Algunos pensamientos pesimistas como que no son productivos, que hacen solo estorbo, que nadie los quiere o que a nadie les interesan se dan por el abandono a que son sometidos en su mayoría por parte de sus familias las cuales los abandonan después de cierto tiempo de haberlos recluso dentro de la institución o a que no tienen nada que hacer todo el día más que estar sentados esperando que alguien los visite o platique con ellos. Ésto provoca en el adulto mayor que tengan pérdidas de tipo social, laboral y mayormente de tipo emocional, agravándose ya

que dentro de la institución no se cuenta con personal adecuado para que cubra o que de el tratamiento necesario para satisfacer estas necesidades.

Por lo anterior expuesto el aporte que se le da a la Escuela de Psicología, es que introduzca en el pensum de estudios un espacio para estudiar el desarrollo del adulto mayor y que organice grupos tanto en la carrera de licenciatura como en las carreras técnicas para que hagan una práctica en esta área y puedan enriquecerse los estudiantes en el uso de técnicas y terapias en el desarrollo natural de la niñez a la vejez.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En Guatemala la mayoría de los adultos mayores son olvidados y pasan por muchas dificultades. En estudios realizados se dice que 45,000 de los adultos mayores viven solos. Además el 76% de los adultos mayores de 60 años se ven en la necesidad de trabajar porque no tienen jubilación que les permita vivir dignamente.¹ Así mismo es importante para la institución u organización saber las condiciones económicas de cada paciente porque podrá saber con qué calidad de recursos va a poder trabajar y hacer una mejor orientación y entrenamiento al personal que va a cumplir funciones o actividades previstas de acuerdo con los requerimientos a tratar en adultos mayores.

De la población de 65 personas del Centro María, se seleccionaron solamente 25 personas que hacen un 39%, se trabajaron durante los meses de Enero a Octubre del 2004. Con el resto del grupo no fue posible la comunicación verbal ni escrita para realizar el trabajo por su estado físico y anímico.

Se trabajó a través de juegos, lecturas, en lo cual se pudo observar en ocasiones falta de interés a participar en algunas actividades debido a que manifestaban dolor corporal e inquietud general, falta de ánimo, problemas en la coordinación motora, de pensamiento y lenguaje.

Durante las entrevistas realizadas se pudo observar que muchos de ellos manifiestan aislamiento por la falta de comunicación o confianza con otras personas, porque después de establecer una comunicación, ellos demuestran entusiasmo o participan en las actividades que se realizan. Muchos de ellos se sienten tristes porque dicen que: “Nadie los quiere” y solamente son “una carga para su familia”. Manifiestan abatimiento porque les falta cariño y atención por parte de sus familiares. Aumenta más este abatimiento en ellos porque no se ocupan en actividades que los mantengan ocupados. Ésto hace que siempre piensen que no tienen motivos para vivir porque se sienten solos.

¹ Formalibro No. 6 Estadística, La Prensa en tu Aula, Prensa Libre, Año 2004.

La depresión puede aparecer de diferentes maneras en los individuos y en el adulto mayor no es una excepción.

En el aspecto psicológico cambios en el humor, tristeza, angustia, temores, susceptibilidad, búsqueda de discusión sin ningún motivo, agresividad, pesimismo y en el peor de los casos el suicidio. Los síntomas de depresión pueden verse en el aspecto físico como dolores generales, pérdida de peso, fatiga, alteraciones digestivas y de evacuación intestinal (náuseas, diarrea y estreñimiento), falta de apetito, trastornos en el sueño, alteraciones de las funciones o ritmos corporales. A menudo el paciente habla de una pérdida física de energía o de resistencia, dificultades respiratorias, palpitaciones y sudoración. Los trastornos neurológicos más frecuentes que puede presentar el adulto mayor son: Parkinson, demencia, arteriosclerosis y atrofia muscular. Las causas sociales más frecuentes por las que se deprimen, es por algún suceso que impacta en la vida como por ejemplo la jubilación sin preparación, enfermedades crónicas, pérdidas de seres queridos y duelos no resueltos.

MARCO TEÓRICO

Para encontrar información sobre la depresión existe mucha bibliografía al alcance de los psicólogos en nuestro medio; pero al respecto de la depresión en el adulto mayor en casas geriátricas existen muy poca, cabe aquí enumerar los estudios dentro de nuestras Universidades como son las tesis de investigación realizadas en la Universidad de San Carlos de Guatemala:

Ramírez Loyo de Mazariegos, Rosa Milagro, 1990: Los efectos que causa la jubilación por obligatoriedad en pacientes de la tercera edad o edad semestres; propuesta de una terapia ocupacional como una alternativa de solución a los problemas de socialización.

Sánchez Gómez, Antolin Augusto, 1991: La jubilación y el tipo de actividad sustitutiva que realizan las personas de la tercera edad y su incidencia en el apareamiento de la depresión.

Corona Gramajo, Mirna Leticia, 1993: Depresión y angustia en trabajadores agrícolas de fincas cafetaleras del oriente de Guatemala.

Cabe mencionar los estudios hechos por otras universidades como:

Universidad del Valle de Guatemala.

Alvarado del Valle, Carlos Roberto, 2003: Depresión mental: propuesta de un programa farmacológico para el tratamiento de la Depresión.

Universidad Mariano Galvez.

Arroyo de Santizo, Victoria, 1992: Psicometría de grupo y terapia artísticamente apropiada como tratamiento en la depresión en los jubilados.

Universidad Rafael Landívar.

Porres López, Leonora Eugenia, 1999: La depresión en el proceso de jubilación.

Dávila Méndez, Douglas Estuardo, 1999: Depresión en personas de la tercera edad.

En Guatemala no existen estudios específicos en este centro sobre la depresión y sus consecuencias en pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos, recluidos en casa Geriátrica María en Antigua Guatemala. Hay una gran variedad de tesis en las Universidades de Guatemala que hablan sobre la depresión, pero en otras edades las cuales pueden ser consultadas en los anexos.

Al estudiar la realidad del adulto mayor y su depresión en la población guatemalteca nuestro estudio se encamina a medir aspectos o síntomas básicos de la depresión en este centro.

En el año 1880 el alemán Otto Von Brismark creó el concepto de adulto mayor de 65 años a la persona que debe recibir beneficio social. Arbitrariamente en la actualidad se define como adulto mayor de 65 años con cambios biológicos y cronológicos acorde a la edad y que mentalmente sea sano.²

El proceso de envejecimiento inicia con el apareamiento de cambios físicos; entre los más notables en su aspecto personal, son por ejemplo: el bajo peso, lo canado, la piel arrugada o flácida y en algunos casos, pérdida mínima de estatura (ésto se debe al desgaste de los discos de la espina dorsal que enlazan las vértebras). Otros cambios en el funcionamiento del organismo son el deterioro

² Entrevista realizada al Dr. Mainor Palencia Pineda, Medicina Interna del Adulto Mayor, Geriatria.

de la vista y el oído, cambios en la sensibilidad del gusto y el olfato, el tiempo para dar una respuesta de cualquier tipo es más lenta.

Existen cambios en la energía física, probablemente por la forma de trabajo y la capacidad ya disminuida que tiene el organismo en sí para procesar todos los nutrientes y dar las mismas respuestas con rapidez. En algunos casos el cambio en el funcionamiento del organismo se hace más evidente antes de los sesenta y cinco años, pero en ningún caso de una manera repentina, aunque sí son notorios.

Para poder explicar las causas de las deficiencias físicas se detallan dos explicaciones importantes:

La teoría de la pre-programación genética del envejecimiento³, dice que las células humanas se reproducen hasta cierta edad y después de ésta ya no pueden reproducirse. También se menciona que pueden volverse dañinas para el organismo después de cierto tiempo donde se volverán autodestructivas.

La segunda es la teoría del proceso de envejecimiento por desgaste, la cual refiere que las funciones del cuerpo dejan de realizarse de manera correcta ocasionando errores en el desarrollo del mismo y terminan por trabajar ineficientemente.

Las dos teorías dan una explicación válida para el proceso de envejecimiento y tienen aportaciones de importancia. Por lo cual diremos que el envejecimiento no es una enfermedad sino un proceso natural para cualquier ser viviente. Adicionalmente a esto algunas de las funciones físicas del ser humano solamente disminuyen con la edad pero no pierden su carácter placentero como se cree. Ponemos como ejemplo el sexo, que incluso en algunas opiniones emitidas por las personas dicen que el placer que les proporciona el sexo aumenta, aunque no sea seguido.⁴

Otro de los problemas que se pueden ver es el suicidio. Como motivo se señala el estado de ánimo deprimido y la propia vejez, identificado por cambios en la conducta personal y la senectud. Se puede originar por la soledad y el bajo

³ En S. Feldman Robert, Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana, México, Editorial Mc. Graw-Hill, 1998, Pp. 384

⁴ En S. Feldman Robert, Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana, México, Editorial Mc. Graw-Hill, 1998, Pp. 384

nivel económico. En estudios que se han realizado se ha podido comprobar que el nivel social y económico tiene relación en el suicidio. En algunos casos el suicidio se da después de la jubilación, por motivos somáticos y el aislamiento social. Una característica de las personas que se quitan la vida es el exceso de pasividad, una pérdida de relaciones sociales y un interés reducido.

Para las personas de la tercera edad resulta problemático resolver situaciones que consideran con exceso de carga. Los problemas de la moralidad son algo frecuentes en ellos, así como el problema de la afectividad. El aislamiento psíquico con frecuencia arrastra a los adultos mayores a tener problemas o trastornos de tipo sexual.⁵ Desean sentirse seguros y no tener riesgos a la vista. Otro de los factores que enfrentan es la manera distinta que tienen de pensamiento y actuación en el medio que los rodea; no encuentran una manera de dar un discurso en cuanto a los valores y se tornan en señalamientos negativos.

La diferencia existente en el papel de la mujer en cuanto a la actividad y comportamiento que realizaba antes y que realiza en la actualidad es criticada por las personas de la tercera edad, así como la irresponsabilidad y desorden que presentan los varones. Los hábitos alimenticios también se ven modificados en la actualidad, en comparación con los que ellos adquirirían en tiempos pasados.

Depresión en la tercera edad.

La depresión en pacientes mayores de sesenta y cinco años se puede manifestar mediante un simple estado anímico de tristeza, pesimismo superficial o puede evidenciar los niveles más profundos de melancolía. El problema depresivo puede aparecer en todas las edades, pero se observa con mayor frecuencia en el período de algún cambio de vida de las personas de distinta manera. Se presenta levemente en casi todas las neurosis, bajo sentimientos de inferioridad o de culpa.

⁵ Leer Ursula, Psicología de la Senectud, Procesos y Aprendizaje de Envejecimiento, Barcelona España, Editorial Herder, 1998, Pp. 432

El desencadenante de esta afección frecuentemente se desarrolla a partir de un shock emocional, el cual podría ser causado por infidelidad de uno de la pareja, sentimientos de abandono, muerte de un familiar, pérdida de empleo y otros.

Puede sobrevenir también de una situación de conflicto, como frustraciones, resentimientos familiares, pérdidas de bienes económicos. Otras veces la depresión ha sido precedida de circunstancias somáticas debilitantes, enfermedades infecciosas, intervenciones quirúrgicas; sin embargo también puede ocurrir que un estado depresivo se presenta sin etiología conocida. En cuanto al estado de ánimo la persona se torna preocupada, sombría; su actividad profesional se hace lenta. Generalmente se desenvuelve en una forma depresiva conforme va agravando su enfermedad, hasta que llega a un completo estado de inactividad, al que generalmente precede una ruptura del comportamiento habitual de la persona. El problema de la depresión en las personas de avanzada edad no siempre se toma en cuenta como problema, ya que el bajo rendimiento en todas sus facultades es atribuido a un proceso natural por la edad.

Todas las personas han experimentado en su vida síntomas depresivos por problemas afectivos. Sin embargo en algunas etapas marcadas por los cambios o deficiencias personales aumentan el riesgo. De acuerdo a su origen y características, las depresiones pueden ser psicóticas o neuróticas.⁶ En los adultos mayores resulta más laborioso detectarla por todos los cambios que se dan en la vejez.

Algunos autores se refieren a la distimia como una fase del período de la depresión en períodos anteriores, y señalan que en el anciano puede producirse como una respuesta para adaptarse a su ambiente, no excluyendo de todo esto los aspectos biológicos⁷.

También se puede presentar en las personas que no pueden valerse por sí mismas, por problemas en su organismo o porque no pueden enfrentar algunos

⁶ En Belsky Janeth K. Psicología del envejecimiento, teoría, investigaciones, interpretaciones, Barcelona España, Editorial Massot, S.A, 1996, Pp. 331.

⁷ En Valdés Mier Miguel Angel, Psicogeriatría para médicos generales integrales, Santiago de Cuba, Editorial Oriente, 1997, Pp. 30.

eventos. La depresión se ve en el cambio de humor, en la pérdida de interés por realizar ciertas actividades, en algunos casos por las alteraciones o cambios en el pensamiento. Los trastornos en el sueño, en la alimentación, en la actividad motora, la tristeza, la nostalgia, pueden no ser producto de trastornos psicológicos sino de alguna enfermedad en su etapa de inicio. Es necesario recordar que la depresión en algunos casos está asociada con aspectos biológicos.

En los distintos aspectos que conforman el funcionamiento afectivo en la vejez, la depresión o la presencia de algunas manifestaciones depresivas reviste un especial interés por ser el problema emocional de mayor ocurrencia en la vejez.

En primer lugar estudios recientes, sobre el origen de la enfermedad señalan que la mayor prevalencia de la depresión se sitúa antes de los 65 años de edad y más específicamente entre los 45 y 55 años de edad. No obstante, se pone de manifiesto también que las tasas más altas de sintomatología asociada a la depresión se encuentra entre los adultos mayores, comparativamente con otros grupos de edad, aunque sin llegarse a manifestar como trastornos completos de depresión.

A veces a esta edad no se puede llegar a obtener la certeza que sea un trastorno depresivo completo, se tiene que tomar en cuenta que sobre salen los síntomas de depresión en personas ancianas institucionalizadas con un grado menor en las que viven con su familia, y se llega a estimar que de los institucionalizados un 80% tienen algunos síntomas de depresión. En un estudio realizado de un grupo de setenta personas se llegó a estimar que el 12.4% cumplieron con el criterio de depresión mayor y que el 30.5% total tienen síntomas de depresión según el criterio de DSM IV.⁸

La explicación de la depresión ha dado origen a muchos puntos de vista psicológicos y a la elaboración de diversas teorías (algunas conductuales que han sido aplicadas a las personas mayores). En la primera idea se dijo que se encontraba relacionada con la poca motivación, sugiriendo que el método para evaluarla y modificarla sería individual en cada sujeto, según esta idea se tendría

⁸En Fernández Ballesteros Rocío, Evaluación e Interpretación Psicológica en la Vejez, México, Editorial Herdez, 1995, Pp. 464

que agrupar las manifestaciones y clasificarlas. La segunda idea sería analizar la frecuencia de la conducta. La tercera idea sería evaluar las actividades que producen esta conducta y buscar actividades reforzantes que nos permitan encontrar planes para evitar tal situación.

El modelo de autocontrol enmarcado postula que los depresivos presentan déficit en su conducta específicamente, pueden presentar dos tipos de déficit en cada una de las tres fases de autocontrol.

En las primeras se producen conductas de autoobservación, en los depresivos tienden a prestar mayor atención a los acontecimientos negativos y a fijarse en las consecuencias inmediatas. En la segunda, la persona deprimida presenta conductas de autoevaluación, empleando criterios muy rigurosos para evaluar su conducta, así como también cometiendo errores de atribución consistentes en hacer atribuciones internas estables y globales de los fracasos y también externas, inestables para los éxitos. En la tercera fase ocurre una baja de control en el autoreforzo, el depresivo se administra insuficientes reforzos y demasiados castigos. La evaluación según el modelo de control, iría dirigida a establecer estados de déficit en la autoobservación, autoevaluación y en la tasa de autoreforzo que los sujetos se autoadministran; así como el nivel de su autoestima.

Fernández B. Rocío, agrega que en el conductismo paradigmático la forma de expresión de la depresión puede ser vista como una variedad de conductas o situaciones ambientales, pero que también llevan agregados ciertos componentes biológicos; así podemos mencionar que las conductas también se pueden ver afectadas por las formas de salud de las personas o sus diversas formas de pensamiento.⁹

⁹ Fernández Ballesteros, Rocío, Evaluación e Interpretación Psicológica en la Vejez, México, Editorial Herdez, 1995, Pp. 464.

En la teoría cognitiva se describe la depresión a través de la tríada cognitiva, la cual es el proceso de pensamiento que tiene una persona y en la cual el individuo deprimido hace de sus experiencias anteriores pensamientos negativos que afectan el presente y centran pesimismo en el futuro. Estos pensamientos negativos provocan una idea distorsionada de la realidad. Esta teoría está teniendo bastante influencia en la actualidad, ya que formula que la depresión es básicamente un problema de la forma de pensar más que del estado de ánimo de las personas.

Los deprimidos mal interpretan situaciones y crean expectativas negativas y sin esperanzas del futuro. En los casos más severos el individuo puede llegar a tener ideas irracionales o alucinaciones tanto auditivas como visuales.

Cuando el individuo entra en estados de delirium puede llegar a convencerse que ha cometido actividades horribles y puede torturarse así mismo con voces imaginarias que lo acusan y le deparan un futuro catastrófico.

Ya que un pensamiento afecta de diferente manera a un grupo de individuos, los cambios en su motivación se pueden ver afectados en la incapacidad de responder o en la necesidad de escapar. Se da como ejemplo, que una persona deprimida puede manifestar la enfermedad en una pasividad exagerada, puede quedarse inmóvil ante un temor o puede tener ideas suicidas como producto del poco interés que tiene de seguir viviendo.

Desde el punto de vista psicodinámico, la depresión es una respuesta múltiple ante una pérdida. Es un estado de abatimiento enredado y confuso, que con frecuencia es excesivo, que no tiene relación con su entorno y al parecer sin justificación alguna. Describe a la depresión como una respuesta normal ante la pérdida de algo amado; sin embargo cuando cae en el exceso la persona sufre una baja notable o exagerada del descuido personal, y en problemas de valoración en su propia persona. Se consideró la depresión como una expresión emocional de la impotencia hacia una realidad deseada y consideraba una emoción negativa muy parecida a la ansiedad.¹⁰

¹⁰En Sarason Irwin y Bárbara Sarason, Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada. México, Editorial PPH, Prentice Hall, 1996, Pp. 330.

En la perspectiva humanista existencial los teóricos existenciales hacen su enfoque hacia la pérdida de la autoestima. Lo que se pierde puede ser real o simbólico, pero la pérdida en sí no es tan importante, lo importante es la autoevaluación que se hace de la situación. Otros dicen que es posible que la depresión surja cuando se hace demasiado grande la forma de la realidad, con la forma en que se ve. Ésto se puede ver en las personas que tienen grandes aspiraciones o metas profesionales y tratan de cumplir con muchos papeles a la vez, se verán afectadas durante el proceso por no poder llegar a llenar todas las expectativas que se tenían programadas¹¹.

Síntomas de depresión

Tanto los médicos como las personas que padecen de depresión manifiestan que las características de ésta, son bajo estado de ánimo, lo cual va acompañado de tristeza o llanto y por pesimismo, culpabilidad, autosubestimación y en el último de los casos deseo de terminar con su vida. En los estados depresivos se puede encontrar una variedad de formas de manifestación y cualquier médico podría diagnosticar depresión simplemente con conocer los síntomas.

El principal factor que se ve afectado en el paciente es el rompimiento con su estado de ánimo habitual. También puede presentarse rasgos asociados a profesionales como angustia o la irritabilidad, preocupación, inquietud excesiva, timidez y temores ante ciertas situaciones, susceptibilidad, búsqueda de discusión sin motivo alguno y agresividad. Todos estos rasgos acompañados de las formas de pensamiento pesimista o desmoralizadores provocan que el paciente se juzgue así mismo con dureza y se culpe por lo ocurrido. Con todo lo anterior algunas personas ven como única solución posible a sus problemas el suicidio.¹²

¹¹ En Sarason Irwin y Bárbara Sarason, Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada. México, Editorial PHH, Prentico Hall, 1996, Pp. 330.

¹² En Belsky Janeth K. Psicología del envejecimiento, teoría, investigaciones, interpretaciones. Barcelona España, Editorial Massot, S.A, 1996, Pp. 331.

La depresión puede aparecer de diferentes maneras en los individuos y el adulto mayor no es la excepción, ya que sus manifestaciones se pueden dar en distinta forma que las de un adulto joven.

En la teoría cognitiva se agrupan los síntomas de depresión en categorías definidas, en signos físicos, biológicos, emocionales, motivacionales y en cambios de la cognición que en algunos casos pueden ser graves llegando al delirium o alucinaciones.

La depresión en el adulto mayor puede ocultarse y manifestarse por molestias o dolencias exageradas, pero en algunos casos es más difícil detectarla ya que puede manifestarse solo por un cansancio excesivo, dolor cardíaco o algún síntoma físico.

Cuando el adulto mayor padece de una depresión puede estar convencido de que se está volviendo viejo, débil o que tiene algún tipo de enfermedad incurable, esto puede considerarse como un problema de pensamiento ya que no está de acuerdo con la realidad. La depresión también puede provocar una serie de cambios físicos: alteraciones del apetito (indiferencia o pérdida por el gusto de comer, comer en exceso o compulsivamente); trastornos del sueño (insomnio o con menos frecuencia en dormir, somnolencia exagerada, despertarse de madrugada, puede dormirse por episodios o puede despertarse algunas horas más tarde), y alteraciones digestivas y de la evacuación intestinal (náuseas, diarreas o estreñimiento).¹³ Otros signos físicos característicos son: fatiga, incapacidad para concentrarse y lentitud del pensamiento. Por desgracia cuando la depresión de un adulto mayor se puede mal interpretar como envejecimiento normal o tomarse erróneamente como una enfermedad física. Un médico puede restar importancia al despertar de un paciente a las dos de la madrugada, indicador de depresión, considerando el trastorno como envejecimiento normal, puede diagnosticar la falta de apetito de un adulto mayor como un problema del aparato digestivo.¹⁴

¹³ En Valdés Mier Miguel Angel, Psicogeriatría para médicos generales integrales, Santiago de Cuba, Editorial Oriente, 1997, Pp. 30.

¹⁴ En Merson Stephen M.D. Depresión Guía Práctica Para Entender y Manejar Esta Enfermedad, Barcelona España, Editorial Norma Estiper Merson M.D., 1990, Pp. 450.

Otros síntomas característicos de la depresión pueden ser las alteraciones de las funciones o ritmos corporales. A menudo el paciente habla de una pérdida física de energía o de resistencia. Entre las consecuencias físicas podemos encontrar dificultades respiratorias, palpitaciones, sudoración temores y sensación de tensión corporal.

Muchos de los rasgos de la depresión son de naturaleza acentuada físicamente, entre tales síntomas tenemos: dolores, pérdida de peso, estreñimiento, fatiga, falta de apetito, etc., por lo tanto puede ser difícil para el médico estar seguro de si un síntoma físico es característico de depresión o si es un problema orgánico. La lentitud del paciente puede dar la impresión de una característica normal que acarrea la vejez o, lo que es peor, mal interpretarse como una enfermedad de otro tipo como por ejemplo, el mal de Alzheimer.

La depresión se clasifica en dos categorías: Mayor y Menor (así mismo denominada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV trastorno distímico o depresión neurótica), aunque muchos consideran que estas clasificaciones son importantes, ya que no sólo ambos tipos de depresión (Mayor y Menor), presentan síntomas diferentes, también sugieren enfoques terapéuticos distintos para la enfermedad¹⁵.

La depresión vista desde distintos puntos.

Desde la época del siglo V antes de nuestra era, Hipócrates suponía que la melancolía era por un exceso de bilis negra que circulaba; después de numerosas hipótesis y teorías que no se han explicado sobre el origen de la depresión, se ha observado que algunas sustancias biológicamente activas, intervienen en funciones fisiológicas como la memoria, las emociones, el sueño y la vigilia. El tratamiento actual de la depresión se basa en el hallazgo del déficit de compuestos biológicos de los enfermos deprimidos. En la tercera edad también se producen descensos progresivos en gran número de parámetros fisiológicos,

¹⁵ En Belsky Janeth K. Psicología del envejecimiento, teoría, investigaciones, interpretaciones. Barcelona España, Editorial Massot, S.A, 1996, Pp. 331.

pérdida de células en muchos órganos y cambios particularmente importantes en el cerebro, músculos y esqueleto.¹⁶

Se ha comprobado que un gran número de fármacos afecta el estado de ánimo, ejemplo de ello es la Reserpina que produce estados de ánimo depresivo en un 20% a las personas que lo toman. Los Tricíclicos muestran un efecto antidepresivo y por ello se constituye frecuentemente un tratamiento de la depresión.¹⁷

La eficacia de los fármacos sobre la depresión no es consistente y en algunos casos los adultos mayores no pueden tolerar los antidepresivos porque presentan efectos secundarios, como taquicardia, problemas respiratorios y otros o por estar contraindicados en determinados casos por los padecimientos de otras enfermedades.

Al paciente que se le diagnostica estado de ánimo depresivo presenta la mayor parte del día, o casi todos los días, disminución de interés o de la capacidad para realizar las actividades, pérdida importante de peso, fatiga o pérdida de energía todo el día y otros síntomas graves o sea Depresión Mayor. Hay muy pocas posibilidades que el problema sea por una causa externa o una situación clara. Pueden padecer la enfermedad otros miembros de la familia por el clima familiar y las relaciones degradantes que se establecen, que a acontecimientos externos. En estos casos los fármacos pueden ser muy útiles. Algunas veces puede mejorar perfectamente solo con tratamiento médico. Las depresiones menores casi siempre desempeñan un papel claro como acontecimientos desencadenados de la vida cotidiana, pérdidas, rechazos o fracasos. Los síntomas físicos no establecen características mayores y no se observa una dependencia en la herencia.

Existe una serie de investigaciones de las posibles causas fisiológicas sobre la depresión. Los investigadores que examinan este espacio consideran

¹⁶ En Valdés Mier Miguel Angel, Psicogeriatría para médicos generales integrales, Santiago de Cuba, Editorial Oriente, 1997, Pp. 30.

¹⁷ En Fernández Ballesteros Rocío, Evaluación, interpretación psicológica en la vejez, México, Editorial Herder, 1995, Pp. 464.

que algunas depresiones pueden iniciarse por la irregularidad de los transmisores de las sustancias químicas que transmiten impulsos de neurona a neurona. El eje de la mayor parte de las especulaciones es un neurotransmisor en especial la noradrenalina (hormona que actúa aumentando la presión arterial). Los estudios con los fármacos sugieren fundamentalmente que unos niveles bajos de noradrenalina desempeñan un papel especial en las depresiones mayores. Los fármacos y procedimientos médicos que disminuyen la cantidad de este neurotransmisor en el cerebro a menudo provocan síntomas depresivos. Los fármacos que aumentan los niveles de noradrenalina tienen efectos antidepresivos, con la duración o disminución de los síntomas en los pacientes que experimentan una depresión mayor. Por lo tanto muchos investigadores consideran que los individuos propensos a la depresión presentan un defecto de los procesos químicos en los niveles constitucionalmente bajos de noradrenalina cerebral.¹⁸

Se piensa que la causa de la depresión se encuentra en los genes o en un mal funcionamiento de las funciones vitales de los órganos y tejidos de los seres vivos, que pueden tener una base en la herencia. A pesar que los factores genéticos parecen importantes en muchos casos de depresión, el mecanismo exacto de la herencia de ésta no es claro y puede variar de una familia a otra. También es obvio que los factores no genéticos ya sean físicos o que están relacionados con el entorno o las relaciones con otras personas, también se requiere para producir una depresión, incluso en personas con una vulnerabilidad genética.¹⁹

Es probable que la depresión tenga que ver con ciertas sustancias químicas que provocan impulsos nerviosos en lugares particulares del cerebro. Los sistemas de neurotransmisores, en especial los neurotransmisores de monoaminas son los fenómenos biológicos que más se han estudiado en la

¹⁸En Belsky Janeth K. Psicología del envejecimiento, teoría, investigaciones, interpretaciones. Barcelona España, Editorial Massot, S.A, 1996, Pp. 331.

¹⁹ En Sarason Irwin y Bárbara Sarason, Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada. México, Editorial PHH, Prentico Hall, 1996, Pp. 330.

depresión. Las monoaminas más importantes son las sustancias activas en la regulación de la sangre, la noradrenalina y la dopamina. Todos estos sistemas de monoaminas se originan a partir de una cantidad reducida de cuerpos celulares en el sistema límbico. Otro neurotransmisor que se cree tiene un papel en la depresión es el del ácido gamma aminobutirico (GABA), que parece inhibir la acción de los neurotransmisores y se encuentran con mucha regularidad en el sistema nervioso central.²⁰

Los sentimientos de depresión que se basan en situaciones temporales casi siempre desaparecen con rapidez.

El término depresión también se utiliza para describir el estado de ánimo después de la muerte de algún familiar. La ausencia de esas emociones puede provocar perturbaciones a la persona. Estos sentimientos de depresión son por completo normales. Durante el proceso normal de duelo, desaparecen en forma gradual, la culpa, la hostilidad, los sentimientos de pérdida y los síntomas físicos. Las mujeres son por lo general dos veces más propensas a experimentar toda clase de estados depresivos que los hombres y el riesgo para padecer de depresión es la edad misma. El riesgo para el primer episodio de cualquier grado de depresión es más elevado en las mujeres que tienen entre 20 y 29 años. Para los hombres, el período de riesgo es entre los 40 y 49 años de edad. Una concentración de sucesos tensionantes durante un período de tiempo, que puede incluir eventos como mudarse a otra ciudad, un empleo nuevo, la pérdida de una relación estrecha o una desilusión importante, hacen a una persona más vulnerable. Es probable que también desempeñen un papel importante otros factores a largo plazo, como antecedentes familiares de depresión o vivir con un padre o familiar deprimido.

Además de los factores personales se cree que otros más generales se relacionan con un mayor riesgo de depresión. Entre ellos está la vida en la ciudad por sus problemas que existen en ella, el desempleo. Entre otros factores, como la economía, relacionados con un aumento de estrés. El grupo de

²⁰En Sarason Irwin y Bárbara Sarason, Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada. México, Editorial PHH, Prentice Hall, 1996, Pp. 330.

nacimiento o el año en que nació una persona, por los acontecimientos que tuvieron lugar como: guerras, inestabilidad económica, emocional, eventos trágicos, separación o muerte son factores básicos en la depresión.

En años recientes, la frecuencia de la depresión y la incidencia parecen aumentar entre jóvenes y disminuir entre las personas mayores. Las personas que están deprimidas experimentan la tristeza, pero ésta no es igual que la depresión.

Algunos de los síntomas depresivos incluyen insatisfacción o ansiedad, cambios en el apetito, el sueño y las funciones psicomotrices; pérdida de interés y la energía, sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte y disminución de la concentración.²¹ Las personas con trastornos depresivos se consideran insignificantes o que merecen que se les culpe por lo que suceda, piensan que son incapaces de cambiar su situación y no creen que las cosas mejoren.

La forma de trastorno depresivo más leve y que incapacita menos a las personas es la distimia. El término distimia viene de las palabras griegas que significan estado de ánimo defectuoso o enfermo. A veces la distimia es crónica, a veces dura años y en ocasiones es difícil de distinguir de un trastorno de personalidad. Las personas que padecen de distimia se mantienen deprimidas casi todo el día o a veces casi todos los días, con base en su propia descripción o la que los demás hacen de ellos. Presentan por lo menos varios de los problemas siguientes: dificultad para comer, para dormir, sensación de cansancio constante, para concentrarse o tomar decisiones, una opinión pobre de sí mismas o sentimientos de desesperanza.

Desde el punto de vista social, algunos autores postulan que la depresión se debe a la baja tasa de refuerzo contingente con las actividades realizadas por el sujeto; así, la depresión es el resultado de una escasa participación de la persona en actividades reforzadas por otros o intrínsecamente reforzantes. La falta de refuerzo positivo conduce a un decremento en la emisión de respuestas, así como la aparición de un estado de inestabilidad del humor, con malestar y

²¹ En Sarason Irwin y Bárbara Sarason, Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada. México, Editorial PPH, Prentice Hall, 1996, Pp. 330.

ansiedad, fatiga, culpa y poca actividad. Al mismo tiempo proponen que la cantidad total de refuerzos positivos que recibe el sujeto y que causa su depresión depende de la disponibilidad de refuerzo de su medio circundante, el repertorio básico de conductas que posea el sujeto para obtener refuerzos disponibles. También se propone la teoría de la indefensión aprendida basada en la experimentación animal, que las personas que experimentan ausencia de control sobre las consecuencias de su conducta aprenden a verse a sí mismas como indefensas, al mismo tiempo que desarrollan síntomas depresivos. Los síntomas de depresión a los que hace referencia este modelo son los siguientes: alta latencia en la emisión de respuesta voluntaria, pasividad como consecuencia de déficit cognoscitivos.²²

Las relaciones familiares se ven afectadas a causa que la persona ha tenido independencia durante su vida de jóvenes y al llegar a cierta edad tiene que depender de otras personas debido a los problemas naturales de la edad. La independencia se tomará seguramente para reafirmarse como individuos, también en otros casos se podría tomar como una forma de negación del estado real de sus deficiencias lo cual puede perjudicar para recibir la ayuda necesaria por lo cual la ayuda en algunos casos no es recibida.

Otro de los motivos por lo que las relaciones se ven afectadas, es que en la actualidad existe un problema de estabilidad familiar, en otros tiempos los adultos mayores eran vistos como personas a las cuales se les tenía que respetar y se les consideraba como sabios; pero debido a la desintegración de las familias, los adultos mayores tienen el problema de comunicarse con sus hijos y mucho mayor problema de ser entendidos y de entender a sus nietos. Así terminan por romper las relaciones familiares creando con esto un resentimiento y aislamiento.²³ Otro factor social que afecta y ayuda a que el adulto mayor entre en períodos de depresión es la jubilación ya que en algunos casos es un retiro forzoso, esto es

²²En Fernández Ballesteros Roció, Evaluación e Interpretación Psicológica en la Vejez, México, Editorial Herder, 1995, Pp. 464

²³Seng Salinas Mynor René, Estado Anímico de la Persona Senil Aislada, Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas USAC, 1997, Pp. 30

visto como un comienzo a su decadencia, creando un pensamiento de problemas en su valor y eficiencia personal aunque no sea así.

Es cierto que con la edad se produce un descenso de las funciones visuales y auditivas pero estos inconvenientes pueden ser resueltos con aparatos adecuados para corregir sus deficiencias tales como anteojos y audífonos, el trabajo, los adultos mayores lo pueden realizar de la misma forma pero de una manera más lenta, ésto ha sido el mayor problema de comprensión en la actualidad, debido a que todo se requiere que se haga con mayor rapidez.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La población total del Centro es de 65 personas, se seleccionaron 25 personas a las cuales se les platicó sobre el trabajo y voluntariamente desearon trabajar a pesar que algunos tienen problemas de motricidad o de vista cuando no utilizan sus anteojos. Es importante aclarar que se aplicó a personas mayores de 65 años de ambos sexos que estaban recluidos dentro de la Casa Geriátrica que tienen diferente tipo de nivel educativo, laboral, económico y religioso de las cuales en su mayoría son católicos, procedentes de los distintos departamentos de Guatemala. También se trabajó con las 25 personas que laboraban en la institución de una manera voluntaria y con la autorización de la Directora de la Casa Geriátrica con características de ambos sexos, distintas edades, también distintos niveles educativos así como su experiencia laboral y religiosa.

La observación, método por el cual se anotó las actuaciones que tenían los pacientes durante el proceso de investigación en momentos específicos, como por ejemplo: cómo ocupaban su tiempo, qué posición mantenían durante el día, a qué lugar se dirigían. Para reducir la subjetividad en las observaciones, se realizó una hoja como control específico (ver modelo en anexos). Su aplicación fue durante las horas que no fueran de comidas, ya que es la única hora que se agrupan totalmente.

La entrevista fue la recopilación de información, se trabajó a través de las conversaciones sobre puntos específicos de la investigación como por ejemplo preguntarle sobre su estado de ánimo, salud, las visitas que recibe, con el objeto de obtener la información necesaria y no divagar en las pláticas que dejan información sobre el desarrollo de la persona pero que se desvían del tema a investigar. Se utilizó la entrevista como medio de recopilación de los datos generales, como por ejemplo nombre, edad, etc. los cuales fueron confirmados con las fichas de pacientes que maneja la institución.

Los cuestionarios fueron series de preguntas generalmente escritas a las que el adulto debió responder: A) de datos generales: respuestas que nos ayudarán a recopilar datos necesarios y complementarios para el análisis del

tema, y B) los de respuestas alternativas múltiples, generando confirmaciones sobre algunos puntos trabajados con anterioridad en las pruebas psicológicas. Dentro de las pruebas psicológicas utilizadas estuvo el IDB-II que ha sido elaborado para evaluar los síntomas depresivos correspondientes a los criterios de diagnósticos de las perturbaciones depresivas según el DSM IV (1994, versión francesa de 1996). Nació del instrumento original de IDB elaborado por Beck, Ward, Mock y Erbaugh en 1961, está compuesto de veintinueve ítems que toca puntos de tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, irritabilidad, llanto, ideas suicidas, pérdida de apetito y sueño, indecisión etc. Otro de los test que se utilizaron fue la Escala de Auto Medición de la Depresión del Dr. William W. K. Zung, la cual mide cuantitativamente la depresión. Se publicó por vez primera en 1965, en una serie de informes de pacientes deprimidos y con otros desórdenes emocionales. El uso de esta Escala en cualquier clase de pacientes que manifieste síntomas físicos sin base orgánica aparente puede descubrir y medir las llamadas depresiones ocultas, economizando tiempo en la clínica y varias sesiones de entrevistas de sondeo. Los estudios estadísticos realizados indican que las mediciones obtenidas de esta manera pueden correlacionarse de manera segura con otras Escalas de Medición de la depresión que requieren más tiempo y que están en uso actualmente.

El lugar donde se realizaron las pruebas fueron las instalaciones de la institución, en su mayoría y por deseos de los entrevistados en lugares donde solo estuviese el entrevistador y el entrevistado, el jardín y los dormitorios de la institución.

El tiempo que se dio para el trabajo con los pacientes no tuvo límite, ya que cuando se les preguntaban algunas cosas comentaban del por qué de la respuesta.

La aplicación de las técnicas de trabajo la realizaron ambos estudiantes con el propósito de investigación. Luego de obtener la información requerida, se les dio una plática sobre el beneficio que obtendrían ellos al cambiar su manera de pensar o de ver la vida para poder mejorar su estado de ánimo o de salud, también se trató de explicar del por qué de algunos cambios dentro del

comportamiento de otros compañeros y se trató de mejorar sus relaciones interpersonales dentro de los pacientes reclusos realizando pláticas grupales donde contaban las experiencias pasadas en su vida.

La evaluación del grupo de pacientes se realizó a través de los resultados obtenidos en las pruebas, las cuales se agruparon según los puntajes obtenidos contándose con tablas de calificación según los parámetros de cada prueba, se utilizaron para anotar en qué rango se encontraba cada paciente en los distintos grados de depresión que se marcan, se graficaron los datos agrupados en forma de barras las cuales expresan la cantidad de personas que se encuentra dentro del rango de depresión que marca la prueba del total de la población (ver graficas en hojas 28 a 31).

El análisis se trabajó después de la tabulación de los datos recolectados en los pacientes del centro, apoyándose en la información recopilada en las pruebas y cuestionarios tanto de los pacientes y trabajadores, de lo investigado y lo vivido durante el tiempo del trabajo de investigación.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para la realización de este trabajo se contó con la colaboración de 25 pacientes que hacen un 39% de la población total que es de 65 personas reclusas en el la casa geriátrica.

Entre las características del adulto mayor están las pérdidas de distintos tipos. Los amigos y familiares mueren a veces a un ritmo creciente, su mundo social por tal motivo se ve reducido poco a poco. Se puede mencionar que entre las pérdidas más significativas y que les afectan está la del cónyuge y de trabajo, afectando por consiguiente en su actividad social y en su vida sexual. También algunas enfermedades les afectan creando un deterioro físico y de apariencia, así como pensamientos pesimistas en la persona.

Estas conductas se agravan con la internación del adulto mayor en Centros Geriátricos, ya que pierden el contacto con su entorno social, especialmente con el rompimiento de las relaciones interpersonales con la familia. Se les obliga a iniciar una relación con personas que no conocen, a compartir espacios nuevos que para ellos eran especiales cuando vivían con su familia, como por ejemplo dormitorios, lugares de descanso, comedor etc. La separación es de un golpe, en los mejores casos los visitan una vez por semana al principio y luego los dejan abandonados totalmente, el caso del abandono por parte de la familia también se da desde el principio de su reclusión. Como lo expone Fernández Ballesteros en su libro Evaluación e Interpretación Psicológica de la Vejez la depresión se produce por una baja tasa de motivadores positivos como un complemento al comportamiento del sujeto. Al no tener motivadores el sujeto cambia negativamente su conducta, la falta de contacto con sus familiares, la pasividad a la que son sometidos a mantenerse por los espacios reducidos en los Centros Geriátricos, teniendo la deficiencia que no cuentan con personal especializado, programas recreativos o laborales adaptados a estas edades, como por ejemplo: terapia ocupacional,

fisioterapia, musicoterapia etc. Sus bajos estados de ánimo se puede resolver dando algún tipo de refuerzo positivo como incentivo por el trabajo realizado.

Este cambio brusco en el ocaso de la vida repercute de una manera nefasta según lo demuestran los datos obtenidos en el presente estudio. La población presenta estados depresivos de diferentes grados, respecto a la clasificación del DSM IV, presentando conductas de bajo estado de ánimo, trastornos en el apetito y sueño, cansancio al extremo de no querer movilizarse por sentir que se fatigan muy rápido. En otros casos presentan conductas de angustia, son irritables más fácilmente, se preocupan por cualquier cosa aunque ésta no tenga importancia, son agresivos y tienen la mayor parte del tiempo pensamientos pesimistas. Incluso se llega al extremo de pensar que la muerte es lo único que tienen que esperar y que será la solución a todos sus males y sufrimientos en esta vida.

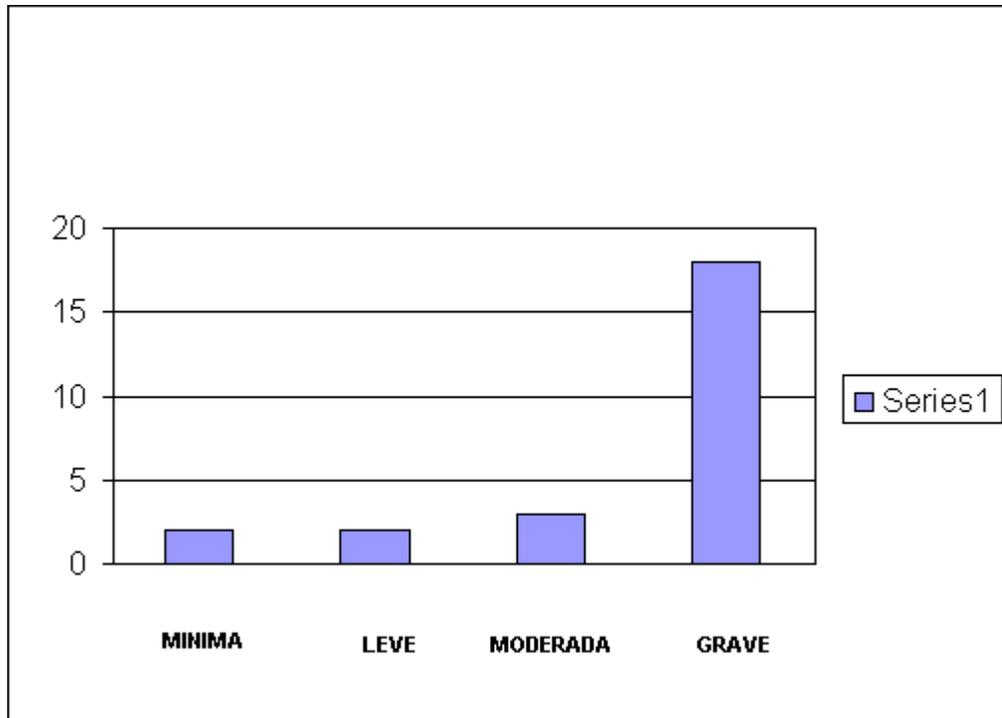
Irwin G. Sarason aporta en su libro Psicología Anormal que la depresión incluye sentimientos de culpabilidad, pensamientos de minusvalía, de muerte y se sienten incapaces de poder modificar la situación en que viven, no teniendo esperanzas de mejorar tal situación.

Se pudo observar que el adulto mayor cambia su estado de ánimo negativo a positivo solo con el hecho de tener personas que dialoguen con ellos de una manera constante, que les demuestren afecto y comprensión, es el caso del trabajo que realizan los alumnos de práctica de la Licenciada Carmen de Rímola semanalmente en el Centro, y esporádicamente algunas instituciones de tipo religiosa o caritativas que visitan la casa geriátrica.

Se puede decir que el personal que labora en la institución hace un gran esfuerzo al trabajar con adultos mayores, debido a que no tienen ningún tipo de capacitación profesional para el trabajo que realizan. Encontramos que algunos tienen estudios de enfermería general, niñeras y otras ocupaciones. Al no capacitar al personal se corre el riesgo que la atención no sea adecuada para el desarrollo del trabajo que realizan y perjudique a los pacientes recluidos en la institución.

**CUESTIONARIO PARA MEDIR LA
DEPRESIÓN I.D.B.**

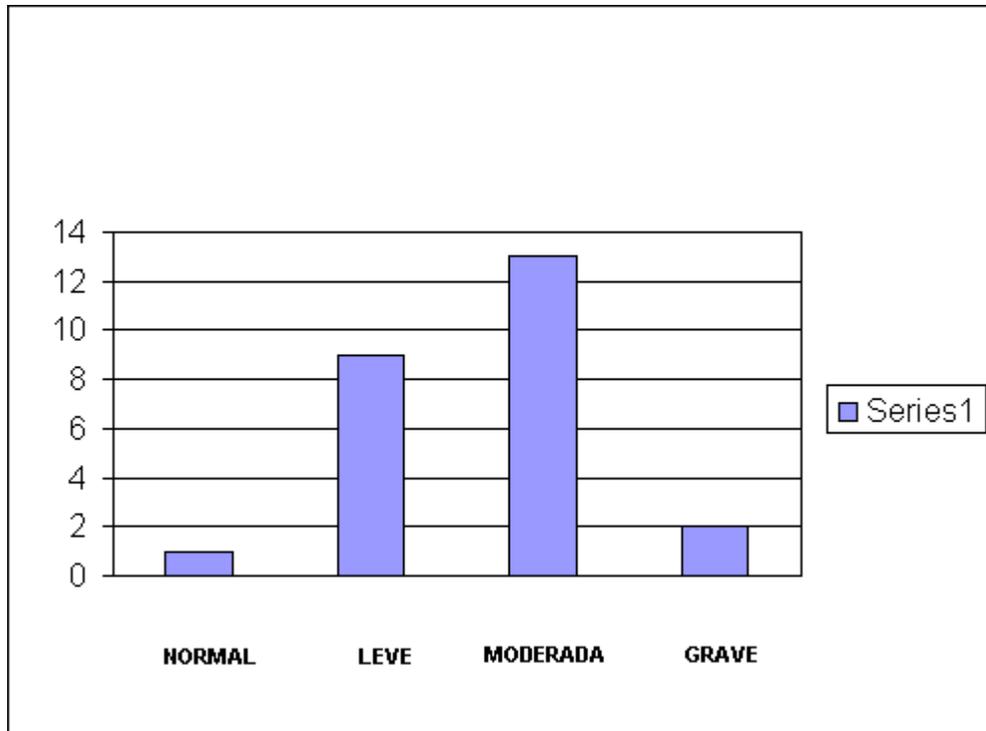
No. Población	MINIMA	LEVE	MODERADA	GRAVE
25	2	2	3	18



En los datos obtenidos en esta prueba se hace evidente que el 72% de la población está en un nivel grave de depresión. Se Tocaban niveles de tristeza, pesimismo, pérdida de interés, cambios en los hábitos de sueño y apetito, irritabilidad y fatiga. Parte de los evaluados expusieron que pasan el día sin hacer nada y que sienten que el tiempo es largo y aburrido. Fernández Ballesteros en su libro Evaluación e Interpretación de la Vejez, expone que la depresión se debe a la baja tasa de refuerzos positivos como complemento de las actividades realizadas por el sujeto. Conduciendo ésto a la aparición de estados de ánimo bajo, fatiga, poco interés lo cual mejorará dando refuerzos positivos.

**CUESTIONARIO PARA MEDIR LA DEPRESIÓN
LA SALUD EL OBJETIVO COMÚN**

No. Población	NORMAL	LEVE	MODERADA	SEVERA
25	1	9	13	2

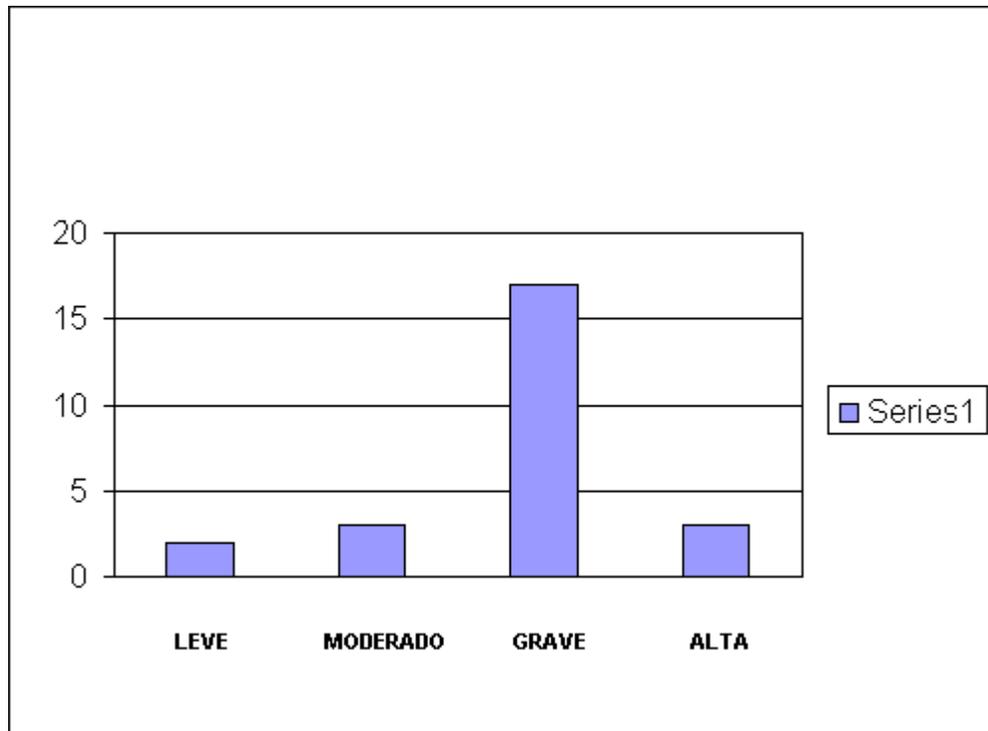


Podemos observar que en la población evaluada, todos presentan algún grado de depresión, llegando a encontrar el 52% con depresión grave que presentan conductas de bajo estado de ánimo, pérdida de apetito, trastornos en el sueño (insomnio o hiperinsomnio), cansancio o fatiga, pérdida del deseo de movilizarse, todas estas conductas en la mayor parte del día, todos los días sin que esto varíe por muchos días. Dentro de los criterios que están enumerados en el DSM IV, para el diagnóstico de Depresión Mayor o alta, el 8% de los casos cumplen con las conductas anteriores pero que expresan abiertamente un deseo de morir como solución a su vida.

El resto de la población con depresión leve presenta conductas de angustia, irritabilidad, preocupaciones, susceptibilidad, búsqueda de discusión con sus compañeros sin motivo, agresividad acompañados de pensamientos pesimistas y desmotivados, rasgos que contempla como parte de la depresión Belsky, Janeth K. en su libro Psicología del Envejecimiento.

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA DEPRESIÓN

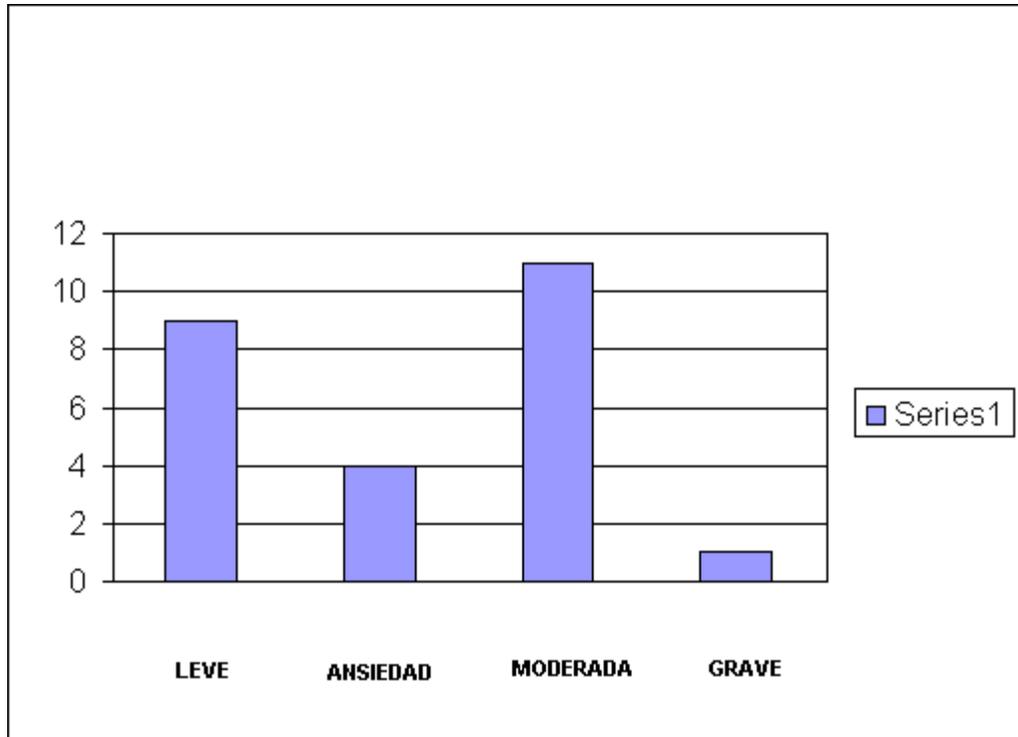
No. Población	LEVE	MODERADO	GRAVE	ALTA
25	2	3	17	3



Este cuestionario pide a las personas que marquen su estado de ánimo o forma de actuar durante las últimas dos semanas. En esta gráfica se marca que el 68% de la población padece de depresión grave, el 12% depresión moderada, 12% depresión alta y solo el 8% depresión leve. Como lo expone Irwin G. Sarason en su libro Psicología Anormal, algunos síntomas depresivos incluyen insatisfacción o ansiedad, cambios de apetito, el sueño y las funciones psicomotrices, pérdida de interés y la energía, sentimientos de culpabilidad y pensamientos de muerte. Además se sienten insignificantes, son incapaces de cambiar su situación y no creen que se mejoren las cosas, situación que se refleja en la mayoría de los pacientes como consecuencia del abandono a que son expuestos por parte del grupo familiar.

**CUESTIONARIO CLÍNICO PARA DETECCIÓN Y VALORIZACIÓN
DEL SÍNDROME DEPRESIVO**

No. Población	LEVE	ANSIEDAD	MODERADA	SEVERA
25	9	4	11	1



Este cuestionario se aplicó meses después, en que los alumnos de la Escuela de Psicología supervisados por la Licenciada Carmen de Rímola realizaban prácticas en el Centro Geriátrico, aunque las visitas y terapias no eran diarias tenían una continuidad de una vez por semana. Vemos que esta gráfica nos muestra un cambio positivo el cual tienen los pacientes al tener contacto con las personas que los entienden y ante todo los escuchan.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

4.1.1 Las evaluaciones para el adulto mayor deben ser multidimensionales, es decir que deben ser realizadas por especialistas en medicina geriátrica, nutricionistas, psicólogos o psiquiatras según lo requiera el caso y personas que tengan un conocimiento básico de la geriatría. Para luego prescribir el tratamiento global y no diagnosticar simplemente por los síntomas que se presentan, ésto debe tener mayor importancia en los centros u hogares para adulto mayor.

4.1.2 Durante la investigación se pudo observar que hay un alto porcentaje de depresión en los pacientes de este centro, los pacientes institucionalizados en el centro tienden a deprimirse por varias causas dentro de las que podemos mencionar falta de afecto y atención. La mayoría de pacientes institucionalizados presentan depresión por el cambio de vida que tienen en la institución y se ve que son incapaces de realizar algunas actividades como la de dar y recibir afecto. Cuando las personas dejan de ser activas en su vida diaria tiende a darse una depresión y más aún se nota en este centro cuando son institucionalizados.

4.1.3 Los resultados obtenidos de la aplicación de las pruebas de depresión se aplican a la institución donde fue recolectada esta información y podría aplicarse a instituciones similares por sus condiciones (sexo, privada, pública, por edad, etc.). No pudiendo establecerse una definición universal respecto a la depresión pero de acuerdo a las pruebas utilizadas, Test IDB, Cuestionario de Medición y Valorización del Síndrome Depresivo, Test la Salud el Objetivo y Cuestionario de Depresión, existen elementos comunes que poseen los individuos que son: tristeza, pesimismo, sentimientos negativos de sí mismo, desvalorización, fatiga, trastornos en el sueño y alimentación, los cuales nos permiten evaluar los grados de depresión.

4.1.4 Las características de la depresión que presentan los pacientes en la institución más notorias son: aislamiento, baja autoestima, agresividad

manifestada hacia el personal de la institución o con los compañeros reclusos, irritabilidad, pérdida de apetito, trastornos del sueño, pérdida de sus funciones motoras, falta de interés por seguir viviendo e inseguridad,

4.1.5 Dentro de las consecuencias que presentan los pacientes que padecen de depresión en el Centro se pueden notar la falta de motivación para seguir viviendo debido a la falta de atención principalmente de la familia, que en la mayoría de casos los dejan abandonados, descuidándolos en lo referente a: visitas continuas, medicamentos, ropa y principalmente afecto. Teniendo lo anterior relación con el pensamiento de algunos que solo esperan que Dios los recoja en cualquier momento para dejar de sufrir. Así también un sentimiento de culpa marcado por el pensamiento que el problema de la situación que está viviendo en su vejez y las enfermedades, siendo ésto el motivo por el cual tuvieron que ser reclusos en la institución.

4.2 Recomendaciones

A los encargados del Centro Geriátrico:

4.2.1 Tomando en cuenta que las personas mayores necesitan una atención especializada y muy dedicada, se sugiere contratar personal especializado para atenderlos dentro del Centro. Convendría no incrementar más la población de la institución a pesar que ésto dejaría fuera personas necesitadas, pero se podría tener un grupo pequeño de personas que se les diera una mejor calidad de vida dentro de las instalaciones o en el mejor de los casos incrementar el grupo de trabajadores de la institución tomando en cuenta que deben ser personas preparadas para la atención del adulto mayor.

4.2.2 Se sugiere que envíen al personal que labora en la institución a cursos de capacitación que abarquen las áreas de enfermería, cursos de relaciones humanas, de gerontología, de psicología, que los capacite a entender mejor los cambios en las personas adultas y estar preparados mejor emocional y físicamente para que brinden un mejor servicio a los pacientes institucionalizados.

4.2.3. Se sugiere que se hagan los trámites necesarios para que se instale un grupo de práctica permanentemente en la institución; tanto en el área médica, psicológica, de trabajo social, terapia ocupacional, fisioterapistas y otros conformado por estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala:

4.2.4 Sabiendo que esta es una institución que le debe mucho a la sociedad y en especial a los adultos mayores, que incluya dentro de sus áreas de trabajo hogares o centros geriátricos de igual manera como se trabaja con las instituciones hospitalarias, centros de salud, casas de niños u otros lugares y en especial cuando las instituciones lo soliciten.

4.2.5 A la Escuela de Psicología, que dentro de los cambios que están realizándose en el pensum de estudios, se haga el espacio para dar cursos sobre el adulto mayor y fomentar prácticas en centros geriátricos, ésto es necesario ya que actualmente solamente se toma el estudio del ser humano como la niñez y adolescencia dejando fuera la etapa del adulto mayor.

4.2.6 Se de apoyo a la Licenciada Carmen de Rímola para que continúe con la valiosa labor que realiza en el área de la geriatría ya sea en esta casa geriátrica o en otra institución similar y así aprovechar la experiencia que ella tiene en el trabajo con el adulto mayor y de ser posible que se le proporcione personas de carreras técnicas como terapia ocupacional para complementar el buen trabajo que sus estudiantes realizan en el centro.

BIBLIOGRAFÍA

Belsky, Janeth K.
Psicología del Envejecimiento Teoría, Investigaciones e Intervenciones
Traducción Dra. Bibiana Líneas
Barcelona España
Editorial Massot S.A.
1996
Pp. 459

De León Solano, Alba Marina del Rosario
Evaluación de educación gerontológica en el anciano institucionalizado
Guatemala
Escuela de Trabajo Social, USAC.
1992
Pp. 85

Feldman, Robert S.
Psicología con aplicación a los países de habla hispana
Tercera edición
Traducción al español Jorge Alberto Velásquez Arellano
México
Editorial Mc. Graw - Hill
1998
Pp 646

Fernández, Ballesteros Roció
Evaluación e Interpretación Psicológica en la Vejez
2da. Edición
México
Editorial Herder
1995
Pp. 464

Leer, Ursula.
Psicología de la Senectud. Proceso y aprendizaje de envejecimiento.
Segunda edición
Traductor Alfredo Guerra Miralles
Barcelona, España.
Editorial Herder
1998
Pp. 432

Merson Stephen, M.D.
Depresión Guía Practica para Entender y Manejar esta Enfermedad
Barcelona España
Editorial Norma Estiper Merson M.D.
1990
Pp. 450

Roca, María y Quiñónez, Alba Lucrecia
Depresión mental
Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas, USAC.
1990
Pp. 88

Sarason, Irwin y Bárbara
Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada
Séptima edición
Traducción al español de Concepción Verania de Parres
México
Editorial PHH. Prentico Hall
1996
Pp. 664

Seng Salinas, Mynor René
Estado Anímico de la Persona Senil Aislada
Guatemala
Facultad de ciencias médicas USAC
1997
Pp. 30

Valdez Mier, Miguel Ángel
Psicogeriatría para médicos generales integrales.
Santiago de Cuba
Editorial Oriente
1997
Pp 122

Referencia de Tesis

Universidad de San Carlos de Guatemala.

Incidencia de la depresión de ancianos institucionalizados y no institucionalizados. estudio realizado entre las instituciones del san Vicente de Paul y el Campi del IGSS.

Roca Barillas, María Eugenia, Quiñónez Visquerra, Alba Lucrecia.
1990 T(013-363)

La psicoterapia como medio de superación de la ansiedad y la depresión en el paciente con cáncer.

Pérez de Chavarría, Rosa E. Vásquez y Vásquez, Ana L.
1990 T(013 -371).

La depresión familiar factor facilitador del uso del alcohol en el adolescente guatemalteco.

Ayala García, Rosse Mary.
1991 T(013-501).

Depresión y angustia en trabajadores agrícolas de fincas cafetaleras del oriente de Guatemala.

Corona Gramajo, Mirna Leticia.
1992 T (013 – 536).

Depresión en profesionales jubilados de la Universidad san Carlos de Guatemala.

Barillas, Lilia Marina y otros.
1993 T (013 – 608).

La depresión y su incidencia en la formación de la identidad del adolescente de segundo básico del Instituto Justo Rufino Barrios de la zona 21.

García Enríquez, Marco Antonio de Jesús.
1998 T (013 – 762).

La depresión como factor principal del fracaso escolar en el primer año del nivel básico en adolescentes en el I N E B, Enrique Gómez Carrillo durante el año de 1995.

Ayala García, Dora Leticia y otros.
1994 T (013 – 778)

Niveles de depresión en personal del área médica – quirúrgica del Hospital General San Juan de Dios, análisis entre un grupo de personas maya hablantes con respecto a un grupo ladino.

De León Zaldaña, Marne Soraida.
2000 T (013 – 917).

Depresión provocada por enfermedades cerebro vascular en las personas comprendidas entre las edades de 40 a 60 años atendidos en el Hospital San Juan de Dios, años 2002 – 2003.

Ruano Ávila, Nilda Azucena.
2002 - 2003 T (013 – 1113).

Depresión en niños y niñas con diagnóstico de cáncer entre las edades de 4 a 14 años, ingresados en la pediatría del Hospital San Juan de Dios.

Lima Andrade, Carla Lissett.
2003 T (013 – 1122).

Influencia en el proceso de jubilación en el estudio de ánimo de los profesores que ejercen tiempo completo en la USAC.

Osorio, José Vicente
1997 Td 55:93 081

Distintos grados de severidad del síndrome depresivo en el estudiante de primer ingreso de la facultad de ciencias médicas USAC y su relación con el bajo rendimiento académico.

Polanco de González, René Yolanda
1990 T 157:38. p162

Nivel de adaptación para jubilados a un programa integral de preparación para la jubilación

Toledo Barrios, Rosana
1999 T 155.672, T 645

La función de la psicoterapia en la depresión del paciente tuberculoso del hospital de Amatitlán Guatemala USAC Psicología.

Molina Martínez, Hirma Leticia
1981 T 615.851 M733

Epidemiología de neurosis depresiva en la ciudad de Guatemala

Roque Gálvez, Carlos Francisco
1981 T 616,852.8 r685 USAC. Psicología

Depresión en estudiantes de cuarto y quinto año facultad de ingeniería USAC: Estudio descriptivo realizado en estudiantes de cuarto y quinto año realizado en la escuela de mecánica industrial facultad de ingeniería, aplicando el test de Zung en el mes de Septiembre de 1998.

Escobar Calderón, Dévora Silvana.
1998 05 T 1965

Depresión en mujeres infértiles: estudio descriptivo de corte transversal, realizado en una muestra de 150 pacientes que consultan la clínica de infertilidad

de la asociación pro - bienetas de la familia (APROFAM). del 1 de mayo de 1999 al 1 de mayo de 2000

Orozco Velásquez, Elsi Sieler
1999 05 T 8365

Depresión en niños y niñas con diagnóstico de cáncer comprendidos entre las edades de 4 a 14 años ingresados en área de pediatría del hospital General San Juan de Dios

Luna Andrade, Carla Liseth y Valenzuela Sandoval, Nancy Carolina
2003 13 T 1604-2003 Psicología

Depresión en pacientes hospitalizados prevalencia y grado de depresión en pacientes hospitalizados en el hospital Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala en los departamentos de medicina interna, cirugía, traumatología, ginecoobstetricia durante el mes de agosto de 1997.

Flores Mazariegos, José Antonio.
1997 05 T 7709

Depresión en personas con antecedentes de exilio político: estudio descriptivo de corte transversal en 30 personas con exilio político realizado en la ciudad de Guatemala durante agosto 1996

Gomar Samayoa, Mayari
1996 05 T 1527

Depresión provocada por enfermedad cerebro vascular en personas comprendidas en las edades de 40 a 60 años. Atendidos en el San Juan de Dios año 2002 a 2003.

Ruano Avila, Nilda Sucena
2003 T 13.y163

La depresión del maestro guatemalteco y su relación con sus condiciones vitales.

Ramos Herrera, Julian A.
1977-13 T 65 Psicología

La depresión un enfoque popular: Emanado por miembros del paraje Llano de los Tuises. municipio de San Andrés Xecul, Totonicapán.

Rojas Loarca, Carlos Enrique
1998 12 t 309 Psicología

Niveles de depresión de adolescentes con acné en diferentes estadios.

Pérez de García, Gladis Leonor
2000 T 13 –T 1321 Psicología

Niveles de depresión en madres y niños discapacitados

Romero, Zoila Esperanza, López Like, Ligia Lorena
1998 13 T 1239 Psicología.

Tesis de la Universidad Rafael Landívar

Depresión en ancianas
Parrilla Bosque, Ana Silvia
1996 URL 05 T 322
Humanidades, Psicología.

Psicoterapia basada en gimnasia aeróbica y su efectividad en el tratamiento de la depresión.

Guevara Molina, Alejandrina Anapaola
2001 UREL 05 T 1550
Humanidades, Psicología.

La depresión en el proceso de jubilación
Porres López, Leonora Eugenia
1999 URL 05 T 1146
Humanidades, Psicología.

La depresión a niveles universitarios, estudio de la escala A.M.D.
Ávila Ochoa, Mercedes Patricia.
1981 URL 05 T 229.
Humanidades, Psicología.

Depresión en niños minusválidos
Alonso Sánchez, Marvin Leonel
2004 URL 05 T 2123.
Humanidades, Psicología.

Depresión en niños por falta de hogar
Emperatriz Juárez, Mary Karina
1999 URL 05 T 1283
Humanidades, Psicología.

Depresión en pacientes con problemas ginecológicos
Echeverría Sáenz, Francisco
1973 URL 05 T 39
Humanidades, Psicología.

Depresión en personas de la tercera edad
1999 Universidad Rafael Landívar T 1292
Dávila Méndez, Douglas Estuardo
(1999) (Quetzaltenango)

Rasgos de personalidad de los ancianos
(1987) Universidad Rafael Landívar 04 T 409
Juárez Escobar, Ana Lizeth

La seguridad social y el anciano en Guatemala
(1983) Universidad Rafael Landívar 04 T 4071
Herrera Castillo de González, Aura Elizabeth

Requerimientos óptimos de una residencia para ancianos.
(1985) Universidad Rafael Landívar 05 T 1076
Espinoza Fernández, María Cristina.

El adulto y su soledad
(1984) Universidad Rafael Landívar 05 T 329 (hp)
Hastedt Lemus, Edgar

La soledad y el abandono de los ancianos.
(2001) Universidad Rafael Landívar 05 T 1529
Kiessnerdvenecke, Ana Vanesa
Humanidades Comunicólogo

Tesis de la Universidad Mariano Gálvez

Psicometría de grupo y terapia. Artísticamente apropiada como tratamiento
en la depresión en los jubilados.
Arroyo de Santizo, Victoria
1992 T 157.38 A.778 930064

Prevalencia de depresión en pacientes con incapacidad crónica por lesión
en el aparato locomotor.
Salvador de Retana ,Ana Griselda
1996 T 152.3 I.366

Tesis de la Universidad Francisco Marroquín

Estudio acerca del índice depresivo en la personalidad de madres de niños
diagnosticados como desnutridos.
Acevedo González, Ana María
1983 T 157.3 a36
Facultad de humanidades Francisco Marroquín

La depresión en pacientes diabéticos de Guatemala
Gramajo, Celia
1983 T 157.38. T 663
Francisco Marroquín humanidades

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
OBSERVACION A PACIENTES DE CASA GERIATRICA MARIA

- 1.- ¿COMO SON SUS GESTOS?
- 2.- ¿QUE POSICION TIENE SU CUERPO?
- 3.- ¿EN QUE POSICION MANTIENE SUS BRAZOS?
- 4.- ¿MANTIENE SU CABEZA INCLINADA?
- 5.- ¿SE QUEJA POR CUALQUIER COSA?
- 6.- ¿TIENE UNA MIRADA FIJA?
- 7.- ¿COME LOS TRES TIEMPOS?
- 8.- ¿CUÁNTAS VECES SONRIE AL DIA?
- 9.- ¿PLATICA CON SUS COMPAÑEROS?
- 10.- ¿SALUDA?
- 11.- ¿EN QUE LUGAR DEL CENTRO SE MANTIENE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?
- 12.- ¿SE MANTIENE CON ALGUN COMPAÑERO EN ESPECIAL?

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ENTREVISTA A PERSONAL DE CASA GERIÁTRICA MARÍA

FECHA

EDAD

Que puesto tiene usted en esta institución

Que profesión tiene

Además de esta profesión que otros estudios tiene

Cuantos años lleva trabajando con personas adultas mayores

Que estudios tiene en el campo de trato y cuidado del adulto mayor

Si no se ha especializado como ha adquirido experiencia en cuidar y tratar con personas adultas mayores

Que le motivo trabajar en este centro

Que otras actividades realiza además de su trabajo con las personas internas

Trabaja o labora en otro lugar

Piensa usted que los familiares de los pacientes se preocupan por ellos en el sentido de visitarlos y mantenerles sus medicamentos frecuente.

Si No
¿Por qué?

Ha notado usted si la visita de los psicólogos, mejora o ayuda al paciente

Si No
¿Por qué?

Ha visto si las actividades extras mejoran o ayudan su trabajo con los adultos mayores

Si No
¿Por qué?

Ha visto usted si los pacientes cambian de actitud o estado de animo cuando tienen actividades especiales (celebraciones, visitas, juegos, etc.)

Si No
¿Por qué?

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
ENTREVISTA A DIRECTORA DE CASA GERIATRICA MARIA

FECHA

EDAD

CUALES SON LOS PUESTOS DE LA INSTITUCION

EXISTEN TURNOS PARA TRABAJAR EN ESTA INSTITUCION

CUALES

CUANTO PERSONAL LABORA EN LA INSTITUCION

TIENE LA ADMINISTRACION ATRIBUCIONES Y NORMAS PARA CADA
PUESTO QUE LABORA EN LA INSTITUCION

CUALES SON

CUALES SON LOS REQUISITOS QUE DEBE TENER UN EMPLEADO PARA
SER TRABAJADOR EN LA INSTITUCION

ACUDEN O TIENEN ALGUN TIPO DE CAPACITACION SUS EMPEADOS PARA
MANTENERSE AL DIA EN SU TRABAJO

CUALES

CUANTAS INSTITUCIONES O CUAL ES EL PROMEDIO DE AYUDA QUE LE
BRINDAN A LA INSTITUCION (ECONOMICA, MATERIAL)

QUE SERVICIOS OFRECE LA INSTITUCIÓN

QUE ESPECIALIDADES DE PROFESIONALES VIENEN A LA INSTITUCION
QUIEN PAGA LOS HONORARIOS DE LOS PROFESIONALES QUE ACUDEN A
ESTE CENTRO

Nombre del Establecimiento: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____

CES-DC

INSTRUCCIONES:

A continuación hay una lista de maneras en que tu puedes a veces sentirte o actuar. Marca cuánto sentiste o actuaste de cada una de esas maneras durante las últimas dos semanas.

<u>DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS</u>	Nada	Un Poco	Bastante	Mucho
1. Me han molestado, cosas que normalmente no me afectan.				
2. Me he sentido sin apetito. Sin deseos de comer.				
3. Me he sentido triste, aún cuando mi familia o mis amigos han tratado de hacerme sentir bien.				
4. He sentido que soy tan bueno como otros muchachos de mi edad.				
5. He sentido que me cuesta poner atención en lo que hago.				

<u>DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS</u>	Nada	Un Poco	Bastante	Mucho
6. Me he sentido desdichado. De bajón.				
7. Me he sentido muy cansado para hacer cosas.				
8. He sentido como que algo bueno va a pasar.				
9. He sentido como que nada de lo que he hecho me ha salido bien.				
10. Me he sentido con miedo.				

<u>DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS</u>	Nada	Un Poco	Bastante	Mucho
11. He estado teniendo problemas para dormir bien.				
12. He sentido que fuí feliz.				
13. He estado más callado que lo usual.				
14. Me he sentido solo. Como si no tuviera ningún amigo.				
15. He sentido como si los muchachos que yo conozco no fueran amigables, o como si no quisieran estar conmigo.				

<u>DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS</u>	Nada	Un Poco	Bastante	Mucho
16. Me he divertido.				
17. He sentido ganas de llorar.				
18. Me he sentido triste.				
19. He sentido que le caigo mal a la gente.				
20. Me ha costado mucho empezar a hacer las cosas.				

21. En los últimos seis meses, ha muerto alguna persona muy querida o importante para tí: _____

22.Cuál era tu relación con esa persona: _____

ENTREVISTAS A PACIENTES DE CASA GERIATRICA

- 1.- ¿ Platica con todos los compañeros de la casa geriátrica ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 2.- ¿ Tiene buena relación con sus compañeros ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 3.- ¿ Participa en alguna actividad con sus compañeros ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 4.- ¿ Comparte sus cosas con sus compañeros ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 5.- ¿ Se preocupa por sus compañeros ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 6.- ¿ Se ha sentido triste ultimamente ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 7.- ¿ Se ha sentido agotado físicamente ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
8. ¿ Se considera feliz viviendo en esta institución ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 9.- ¿ La mayor parte del tiempo duerme bien ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 10.- ¿ Ha tenido problemas con su apetito ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 11.- ¿ Le hace falta estar con su familia ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 12.- ¿ Su familia le trae medicamentos ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE
- 13.- ¿ Lo visita frecuentemente su familia ?
MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES SIEMPRE

CUESTIONARIO CLINICO PARA LA DETECCION Y VALORACION DEL SINDROME DEPRESIVO

No.	PREGUNTA	NO	POCO	REGULAR	MUCHO
1	SE SIENTE TRISTE O AFLIGIDO				
2	LLORA O SIENTE GANAS DE LLORAR				
3	DUERME MAL DE NOCHE				
4	EN LA MAÑANA SE SIENTE PEOR				
5	LE CUESTA TRABAJO CONCENTRARSE				
6	LE HA DISMINUIDO EL APETITO				
7	SE SIENTE OBSESIVO O REPETITIVO				
8	HA DISMINUIDO SU INTERES SEXUAL				
9	CONSIDERA QUE SU RENDIMIENTO EN EL TRABAJO ES MENOR				
10	SIENTE PALPITACIONES O PRESION EN EL PECHO				
11	SE SIENTE NERVIOSO, ANGUSTIADO O ANSIOSO				
12	SE SIENTE CANSADO O DECAIDO				
13	SE SIENTE PESIMISTA O PIENSA QUE LAS COSAS LE VAN A SALIR MAL				
14	CON QUE FRECUENCIA LE DUELE LA CABEZA O LA NUCA				
15	ESTA MAS IRRITABLE O SE ENOJA MAS QUE ANTES				
16	SE SIENTE INSEGURO, CON FALTA DE CONFIANZA EN USTED MISMO				
17	SIENTE QUE LE ES MENOS UTIL A SU FAMILIA				
18	SIENTE MIEDO DE ALGUNAS COSAS				
19	HA SENTIDO DESEOS DE MORIRSE				
20					

CUESTIONARIO CLINICO PARA LA DETECCION Y VALORACION DEL SINDROME DEPRESIVO

No.	PREGUNTA	NO	POCO	REGULAR	MUCHO
1	SE SIENTE TRISTE O AFLIGIDO				
2	LLORA O SIENTE GANAS DE LLORAR				
3	DUERME MAL DE NOCHE				
4	EN LA MAÑANA SE SIENTE PEOR				
5	LE CUESTA TRABAJO CONCENTRARSE				
6	LE HA DISMINUIDO EL APETITO				
7	SE SIENTE OBSESIVO O REPETITIVO				
8	HA DISMINUIDO SU INTERES SEXUAL				
9	CONSIDERA QUE SU RENDIMIENTO EN EL TRABAJO ES MENOR				
10	SIENTE PALPITACIONES O PRESION EN EL PECHO				
11	SE SIENTE NERVIOSO, ANGUSTIADO O ANSIOSO				
12	SE SIENTE CANSADO O DECAIDO				
13	SE SIENTE PESIMISTA O PIENSA QUE LAS COSAS LE VAN A SALIR MAL				
14	CON QUE FRECUENCIA LE DUELE LA CABEZA O LA NUCA				
15	ESTA MAS IRRITABLE O SE ENOJA MAS QUE ANTES				
16	SE SIENTE INSEGURO, CON FALTA DE CONFIANZA EN USTED MISMO				
17	SIENTE QUE LE ES MENOS UTIL A SU FAMILIA				
18	SIENTE MIEDO DE ALGUNAS COSAS				
19	HA SENTIDO DESEOS DE MORIRSE				
20					

		MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA- MENTE
1	ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO				
2	EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR				
3	TENGO ACCESOS DE LLANTO O DECEOS DE LLORAR				
4	ME CUESTA TRABAJO DORMIR EN LA NOCHE				
5	COMO IGUAL QUE ANTES SOLIA HACERLO				
6	TODAVIA DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES				
7	NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO				
8	TENGO MOLESTIAS DE CONSTIPACION				
9	EL CORAZON ME LATE MAS APRISA QUE DE COSTUMBRE				
10	ME CANSO SIN HACER NADA				
11	TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES				
12	ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRO				
13	ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO				
14	TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO				
15	ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL				
16	ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES				
17	SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO				
18	MI VIDA ES BASTANTE INTERESANTE				
19	CREO QUE LES HARIA UN FAVOR A LOS DEMAS MURIENDOME				
20	TODAVIA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS				

		MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA- MENTE
1	ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO				
2	EN LA MAÑANA ME SIENTO MEJOR				
3	TENGO ACCESOS DE LLANTO O DECEOS DE LLORAR				
4	ME CUESTA TRABAJO DORMIR EN LA NOCHE				
5	COMO IGUAL QUE ANTES SOLIA HACERLO				
6	TODAVIA DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES				
7	NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO				
8	TENGO MOLESTIAS DE CONSTIPACION				
9	EL CORAZON ME LATE MAS APRISA QUE DE COSTUMBRE				
10	ME CANSO SIN HACER NADA				
11	TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES				
12	ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRO				
13	ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO				
14	TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO				
15	ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL				
16	ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES				
17	SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO				
18	MI VIDA ES BASTANTE INTERESANTE				
19	CREO QUE LES HARIA UN FAVOR A LOS DEMAS MURIENDOME				
20	TODAVIA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS				

NOMBRE _____ **APELLIDOS** _____ **NOMBRES** _____

EDAD _____ **SEXO** _____ **PROFESION** _____ **NIVEL DE ESTUDIOS** _____

ANOS M O F

SITUACION FAMILIAR

Casado (a) Unido (a)
 Divorciado (a) Viudo (a)
 Separado (a) Soltero (a)

INSTRUCCIONES : Este cuestionario tiene 21 grupos de enunciados. Lea con cuidado cada uno de esos grupos y luego -en cada grupo- escoja la frase que mejor describa cómo se ha sentido usted **en estas dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy**. Después, circule el número que está antes de la frase escogida. Si en algún grupo encuentra varios enunciados que le describen igualmente, escoja el número más alto de ambos y lo circula. Compruebe que ha escogido una sola frase en cada grupo, incluso en los temas 16 (cambios en hábitos de sueño) y 18 (cambios en el apetito).

1 - TRISTEZA

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento frecuentemente triste.
- 2 Estoy siempre triste.
- 3 Estoy tan triste o tan desdichado que no lo soporto.

2 - PESIMISMO

- 0 No me desanimo ante mi futuro.
- 1 Me siento desanimado ante mi porvenir.
- 2 No espero nada del futuro.
- 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que sólo puede empeorar.

3 - FRACASOS DEL PASADO

- 0 No tengo el sentimiento de haber fracasado en mi vida, de ser un desastre.
- 1 Siento que he fracasado muchas veces más de lo normal.
- 2 Cuando pienso en mi pasado, descubro un gran número de fracasos.
- 3 Siento que he fracasado completamente en mi vida.

4 - PERDIDA DEL PLACER

- 0 Experimento siempre el mismo placer ante las cosas que me agradan.
- 1 No experimento como antes tanto placer en las cosas.
- 2 Experimento muy poco placer en las cosas que me agradaban antes.
- 3 No siento ningún placer en las cosas que me agradaban habitualmente.

5 - SENTIMIENTOS DE CULPA

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable por bastantes cosas que he hecho o he dejado de hacer.

- 2 Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable siempre.

6 - SENTIMIENTO DE PUNICION

- 0 No tengo sentimiento de ser castigado.
- 1 Siento que podría ser castigado.
- 2 Estoy a la expectativa de ser castigado.
- 3 Siempre me siento castigado.

7 - SENTIMIENTOS NEGATIVOS DE SI MISMO

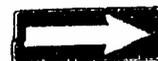
- 0 Mis sentimientos hacia mí mismo no han cambiado.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy harto de mí mismo.
- 3 No me amo a mí mismo de ninguna manera.

8 - ACTITUD CRITICA HACIA SI MISMO

- 0 No me censuro ni me critico más de lo normal.
- 1 Soy más crítico hacia mí mismo de lo que era.
- 2 Me reprocho siempre por mis defectos.
- 3 Me culpo por todos los males que vienen.

9 - PENSAMIENTO O DESEOS DE SUICIDIO

- 0 No pienso de ninguna manera en suicidarme.
- 1 Me vienen pensamientos de suicidio, pero no lo haré.
- 2 Me agradañaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría, si se presentara la ocasión.



10 - LLANTO

- 0 No lloro más de lo habitual.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro por la menor cosa.
- 3 Desearía llorar más de lo que soy capaz.

11 - AGITACION

- 0 No me inquieto ni estoy tenso más que de costumbre.
- 1 Me siento inquieto o más tenso que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o tenso todo el tiempo que no puedo estar tranquilo.
- 3 Estoy tan inquieto o tenso que continuamente tengo que moverme o hacer cualquier cosa.

12 - PERDIDA DE INTERES

- 0 No he perdido el interés por la gente o por las actividades.
- 1 Me intereso menos que antes por la gente y por las cosas.
- 2 No me intereso casi nunca por la gente y las cosas.
- 3 Tengo el defecto de no interesarme por nadie ni nada.

13 - INDECISION

- 0 Tomo siempre decisiones como antes.
- 1 Me es muy difícil tomar decisiones como antes.
- 2 Me encuentro peor que antes para tomar decisiones.
- 3 Es imposible que tome cualquier decisión.

14 - DEVALORACION

- 0 Pienso que soy una persona valiosa.
- 1 No creo que soy ya tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento menos valioso que los demás.
- 3 Siento que no valgo absolutamente nada.

15 - PERDIDA DE ENERGIA

- 0 Tengo la misma energía de siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.
- 3 No tengo energía para hacer cualquier cosa.

16 - CAMBIO EN HABITOS DEL SUEÑO

- 0 No han variado mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que antes.
- 1b. Duermo un poco menos que antes.
- 2a. Duermo mucho más que antes.
- 2b. Duermo mucho menos que antes.
- 3a. Duermo casi todo el día.
- 3b. Me despierto una o dos horas antes y soy incapaz de volverme a dormir.

17 - IRRITABILIDAD

- 0 No me irrito más que lo normal.
- 1 Estoy más irritado que lo normal.
- 2 Estoy mucho más irritado que lo normal.
- 3 Estoy constantemente irritado.

18 - CAMBIOS EN EL APETITO

- 0 Mi apetito no ha cambiado.
- 1a. Tengo algo menos apetito que antes.
- 1b. Tengo algo más apetito que antes.
- 2a. Tengo mucho menos apetito que antes.
- 2b. Tengo mucho más apetito que antes.
- 3a. No tengo nada de apetito.
- 3b. Constantemente se me antoja comer.

19 - DIFICULTAD DE CONCENTRACION

- 0 Siempre puedo concentrarme tan bien como antes.
- 1 No puedo concentrarme como antes.
- 2 No me puedo concentrar en cualquier cosa por mucho tiempo.
- 3 Soy incapaz de concentrarme en nada.

20 - FATIGA

- 0 No me encuentro más fatigado que antes.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado cansado para hacer muchas cosas que hacía antes.
- 3 Estoy muy cansado para hacer casi todas las cosas que hacía antes.

21 - PERDIDO DE INTERES POR EL SEXO

- 0 No he notado cambios recientes en mi interés por el sexo.
- 1 El sexo me interesa menos que antes.
- 2 El sexo me interesa mucho menos que antes.
- 3 Perdí todo interés por el sexo.

SUBTOTAL PAGINA 1

+

SUBTOTAL PAGINA 2

=

RESUMEN

El objetivo de la investigación sobre el estudio de la depresión en adultos mayores institucionalizados tuvo como fin establecer las causas en los pacientes institucionalizados. Dándonos cuenta que la falta de atención especializada por el personal de la institución y el abandono de la familia son los desencadenantes mayores, fuera de la pérdida de trabajo o la jubilación y el sentirse solos por la pérdida la pareja. Se concluye que las personas a cargo deben ser entrenadas con cursos de salud y psicología y se recomienda a la Universidad de San Carlos que preste servicios a los estudiantes con un buen entrenamiento y cree programas de práctica en las instituciones como un medio de ayuda tanto a las instituciones como a las personas. Se cree consciencia en el estudiantado y las personas en general sobre el curso de vida y la etapa en que la vida nos hará llegar a la del ADULTO MAYOR.