

CARACTERISTICAS DE LOS RASGOS DE LA DEPRESION EN UNA MUESTRA
DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD RESIDENTES EN HOGARES
GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE NEIVA EN EL SEGUNDO PERIODO 2008

JORGE ENRIQUE JIMÉNEZ LASSO
WALTER ANTONIO MÉZQUITA ROMERO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2009

CARACTERISTICAS DE LOS RASGOS DE LA DEPRESION EN UNA MUESTRA
DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD RESIDENTES EN HOGARES
GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE NEIVA EN EL SEGUNDO PERIODO 2008

JORGE ENRIQUE JIMÉNEZ LASSO
WALTER ANTONIO MÉZQUITA ROMERO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Psicólogo

Asesor
EDUAR HERRERA MURCIA
Psicólogo

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA
2009

Nota de aceptación

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Neiva, noviembre 25 de 2009

DEDICATORIA

Por supuesto, a mis padres y hermano, quienes me brindaron su apoyo incondicional y facilitaron este logro.

Walter Mezquita

Al creador por la oportunidad de vivir, a mis padres y hermana por brindarme “aquella base para la construcción de mi pirámide”, y porque no mencionarlo, a mi mundo musical que me ha entregado el despertar de otra realidad.

Jorge Enrique

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A nuestras familias, por su cariño y apoyo incondicional en el transcurso de la carrera; por darlo todo para la consecución de cada sueño.

A nuestros queridos amigos, por brindarnos espacios tan esenciales que alegran el alma.

A nuestros asesores: Eduar Herrera Murcia, Psicólogo y a la psiquiatra Lina María Sánchez P, quienes brindaron su guía y acompañamiento durante todo el proceso del trabajo de grado.

A cada una de las Instituciones que nos brindaron la posibilidad de acercarnos al logro de nuestra investigación.

A cada uno de los abuelitos que nos facilitaron amablemente un minuto de su tiempo para compartirlo con nosotros.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GENERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 ANTECEDENTES	24
4. JUSTIFICACIÓN	28
5 MARCO TEÓRICO	31
5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE DEPRESIÓN	31
5.2 DEPRESION EN EL ANCIANO	35
5.3 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN EN AL ANCIANO	37
5.4 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO	39
5.5 TRASTORNOS DEPRESIVOS	49
5.5.1 Trastorno depresivo mayor	40
5.5.2 Trastorno distímico	41
5.5.3 Trastorno bipolar	41

	Pàg.
5.6 TEORIAS PSICOLÓGICAS	42
5.7 CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION EN EL ANCIANO	45
5.7.1 Factores Predisponentes	47
5.7.2 Factores Contribuyentes	48
5.7.3 Factores Precipitantes	49
5.8 EPIDEMIOLOGÍA	50
5.9 MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN	52
6. DISEÑO METODOLÓGICO	53
6.1 ENFOQUE	53
6.2 TIPO DE DISEÑO	53
6.3 POBLACIÓN O UNIVERSO	54
6.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	54
6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	56
6.5.1 Escala de yasavage	56
6.5.2 Examen del estado mental	57
6.5.3 Cuestionario de variables sociodemográficas	59
6.6 ANALISIS ESTADISTICO	60
6.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	61

	Pág.
6.8 ETAPAS DEL DISEÑO	66
6.9 NORMAS ETICAS DE LA INVESTIGACION	69
7 RESULTADOS	69
7.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	69
7.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS RASGOS DEPRESIVOS	73
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	96
9 CONCLUSIONES	104
10 RECOMENDACIONES	107
BIBLIOGRAFÍA	108
ANEXOS	113

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Distribución de los ítems de la Escala de Depresión geriátrica	71
Tabla 2 Frecuencia de la Sintomatología Depresiva	84
Tabla 3 Distribución de la Sintomatología Depresiva por Género	85
Tabla 4 Chi Cuadrado para Género	83
Tabla 5 Distribución de la Sintomatología Depresiva por Edad	86
Tabla 6 Chi Cuadrado para Edad	86
Tabla 7 Sintomatología Depresiva por Estado Civil	87
Tabla 8 Distribución de la Sintomatología Depresiva por Estrato Socioeconómico	88
Tabla 9 Chi Cuadrado para la Distribución por Estrato Socioeconómico	88
Tabla 10 Distribución de la Sintomatología Depresiva por Procedencia	87
Tabla 11 Chi Cuadrado para la Distribución por Procedencia	89
Tabla 12 Distribución de la Sintomatología Depresiva por Nivel de Escolaridad	89
Tabla 13 Chi Cuadrado para la Distribución por escolaridad	90

Pág

Tabla14	Distribución de la Sintomatología Depresiva por Enfermedades	90
Tabla 15	Chi Cuadrado para la Distribución por Enfermedades	93
Tabla 16	Distribución de la Sintomatología Depresiva de acuerdo a la Percepción de la Condición Económica	90
Tabla 17	Chi Cuadrado para la Distribución por Percepción Económica	91
Tabla 18	Distribución de la Sintomatología Depresiva de acuerdo a Eventos Estresantes	92
Tabla 19	Distribución de la Sintomatología Depresiva de acuerdo a actividades de tiempo libre	92

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1 Distribución de la Muestra por Género	67
Grafico 2 Distribución de la Muestra por Rango de Edades	68
Grafico 3 Distribución por Estrato Socioeconómico	69
Grafico 4 Distribución por Procedencia de la Muestra	69
Grafico 5 Distribución de la Muestra por Escolaridad	69
Grafico 6 Distribución de la Muestra por Estado Civil	71

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Características socios demográficos y familiares	112
Anexo B Declaración de consentimiento informado de la institución	113
Anexo C Declaración de consentimiento informado de la persona	117
Anexo D Examen del estado mental	129
Anexo E Escala de depresión geriátrica	120
Anexo F Cronograma	121

RESUMEN

El objetivo principal de este estudio es Identificar los rasgos de depresión de las personas de la tercera edad residentes en hogares geriátricos de la ciudad de Neiva del segundo periodo 2008, se realizo una investigación de tipo cuantitativo, no experimental de carácter descriptivo de corte transversal, la muestra fue seleccionada por un muestro no probabilístico intencional por criterios, la cual finalmente está constituida por 29 sujetos; estos sujetos no presentan un deterioro significativo al momento de la investigación; fueron seleccionados por su desempeño en el examen del estado mental (minimental). Como instrumento para determinar los rasgos depresivos, se utilizó la Escala de depresión Geriátrica de Yasavage, versión de 15 ítems, y un cuestionario que permitió conocer las principales características socio demográficas de la población estudiada

Se encontró que la gran mayoría de las personas de la tercera edad que se encuentran institucionalizados se encuentran básicamente satisfechas con sus vidas, presentan un buen estado de ánimo, el grupo de las personas que no temen que algo malo les va a suceder es mayor en comparación a los que consideran lo contrario; consideran que la mayor parte del tiempo se sienten feliz; existe una gran proporción de personas de la tercera edad que se encuentran institucionalizados que creen que es maravilloso estar vivo; igual consideran que, en general, las otras personas están en mejores condiciones que ellos; Existe una frecuencia, casi que similar, entre las personas de la tercera edad institucionalizados que sienten que sus vidas están vacías y el grupo que considera lo contrario; la mayoría de las personas de la tercera edad consideran que se sienten llenos de energía.

Ninguno de los sujetos presentó rasgos de depresión severa, se encontró que de los 29 sujetos evaluados, solo 8 de ellos presentaba sintomatología depresiva

correspondiente a rasgos de depresión moderada según el GDS, tanto en hombres como en mujeres en igual número de sujetos, las personas que se encuentran en estado de viudez están más propensas a presentar depresión. No existe una asociación fuerte de exclusividad entre la depresión con alguna característica sociodemográfica en particular.

PALABRAS CLAVE: Características sociodemográficas, depresión en ancianos, sintomatología.

ABSTRACT

The principal objective of this study is to identify the depression characteristics of third age people residents in geriatric homes of Neiva city in the second period of 2008, for that reason was realize a cuantitative research, not experimental of descriptive correlacional type of transverse length, the selection of the sample was realize by a not probabilistic sampling intentional by judge ments, the sample finally was stablish by 29 subjects, one of the principals fact of these subjects is that they don't had a notorious deterioration at the moment of the research; they was chosen by their redeeming in the mental status test. Like a instrument for determination of depression characteristics was use the geriatric depression scale of Yasavage, 15 items version and a cuestionary that let know the principal the sample.

Was find that almost third age people that be institutionalized are basicly satisfy with their live, they have a good animous, the group of people that don't be afraid of something bad could happaad to they is bigger in consideration to the others that think the opposite, they considered that almost time they are happy; exist a big proportion of third age people that be institutionalized that think that is wonderful to be alive by the same way they think that other people is in better conditions than they; exists a similar frequency be tween the third age institutionalized people that feel that their live are empty and the group that think the appositive, almost third age people think that they are full of energy.

None had severus depression characteristics, was find that the testing subjects, only 8 of them, had a depressive sintomatologic, corresponding to depression characteristics moderate by the GDS, as men as women in

the same number of subjects, the people that be in widowhood status are more sensitive to present depression, almost people, that presented a moderate depression belong to medium stratums (2 and 3). Doesn't exist a strong

association between the depressions with some socio-demographic characteristic in particular.

Key words: Sicio-demographic traits, depression in elderly people, symptomathology.

INTRODUCCIÓN

Cumplir 65 años significa entrar en un nuevo periodo del ciclo vital, se vienen a desarrollar nuevos acontecimientos como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, la disminución de ingresos económicos, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo. Estos hechos generan pensamientos negativos o eventos estresantes que pueden desencadenar en depresión; existe una gran proporción de personas de la tercera edad que son internados en residencias geriátricas y esto lleva también que la persona desarrolle nuevas actitudes o pensamientos referentes a su vida. a menudo, muchos de ellos presentan rasgos depresivos que llega a afectar el transcurso normal de sus vidas, la depresión se trata de un trastorno mental que se caracteriza, fundamentalmente, por la alteración del estado de ánimo y la incapacidad para experimentar sentimientos de satisfacción. Pero, además, la depresión senil presenta unos rasgos diferenciadores que hacen más difícil su detección. En primer lugar, la tristeza y el bajo estado de ánimo pueden manifestarse en el anciano como apatía y retracción, al tiempo que se incrementan las quejas somáticas, lo que obliga a realizar pruebas para buscar otras enfermedades que, por otra parte son muy frecuentes en los ancianos. Sin embargo, otros síntomas propios de la depresión pueden ser muy llamativos en las personas mayores tales como: la pérdida de peso, la falta de apetito, el insomnio o la aparición de ideas negativas constantes.

La presente investigación es de tipo cuantitativo, no experimental de carácter descriptivo correlacional de corte transversal, la elección de los participantes en

el estudio utilizado fue un muestreo no probabilístico intencional por criterios. Una de las características principales de la muestra es que estos son sujetos que al momento de la investigación no presentaron un deterioro cognitivo significativo, debido a que fueron evaluados mediante el uso del minimal.

El propósito principal de este estudio es el de caracterizar los rasgos de la depresión en personas de la tercera edad residentes en hogares geriátricos de la ciudad de Neiva en el segundo periodo 2008.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prolongación en el tiempo de duración de vida en la población, en general, es una de las características del mundo actual. Este fenómeno es evidente ya en los países desarrollados, y a medida que transcurre el tiempo se está convirtiendo en una realidad en países menos desarrollados. Ante esta realidad se hace vital elaborar investigaciones que permitan generar nuevos conocimientos referentes a esta población, que genere un mayor interés hacia las personas de la tercera edad, que continúan desempeñando un rol dentro de nuestra comunidad.

Este incremento de los últimos años de vida en la población a nivel mundial y más concreto en las personas mayores de 65 años, etapa en la que se inicia la tercera edad, genera cada vez más la prioridad y la necesidad de obtener información de los diferentes tipos de enfermedades y trastornos mentales característicos de esta etapa de la vida según Copeland¹, de esta manera poder contribuir a brindar explicaciones de este periodo de vida al igual que generar estrategias basadas en lo anterior, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

El aumento de la esperanza de vida y un mayor número de personas con edad avanzada origina implicaciones a nivel social, asistencial, educativo y económico, se puede decir que se revela como un reto para nuestra sociedad el brindar mejores condiciones de vida a esta población.

¹ COPELAND, J, Beekman, A, y Cols. Depression in Europe: Geographical distribution among older people. Br J Psychiatry. 1999, p8.

Sin embargo, al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades, tanto físicas como psíquicas que ocasiona diferentes reacciones en las personas. Estos eventos suelen conducir a que esta población este propensa a presentar síntomas depresivos.

En la tercera edad se presentan nuevos acontecimientos como por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, la disminución de ingresos económicos, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo, estos eventos contribuyen a aumentar el riesgo en presentar síntomas depresivos en las personas de la tercera edad².

Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía.

De todos los trastornos psíquicos del anciano, el más frecuente es la depresión³ que se puede definir como un estado de ánimo triste, decaído la mayor parte del día, con notable disminución de la sensación de placer o de interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas⁴, estos episodios se asocian a una serie de factores biológicos y socioculturales que marcan las características del anciano,

² ARANGO L, Juan C. Conferencia Segundo Curso de Evaluación y tratamiento de la depresión y la ansiedad. Medellín, Colombia. 23, 24 de mayo de 2008.

³ BANERJEE S, Macdonald A. Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social service use. Br J Psychiatry 1996; p168-750.

⁴ FREEDMAN AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Compendio de psiquiatría. Barcelona: Salvat 1983, p.19-24

unos establecidos en forma clara y otros comprendidos de manera incompleta⁵ y que pueden ocasionar consecuencias muy graves para las personas que pertenecen a este grupo de edad⁶.

Cuando un anciano es institucionalizado en un hogar geriátrico arriban sentimientos de abandono, dificultades económicas o limitaciones de uso de dinero, alejamiento o aislamiento de la red sociofamiliar habitual, cambios significativos en el estilo de vida, adaptación a un reglamento pueden condicionar su intimidad y autonomía y pueden originar sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad. El anciano va asistiendo a estas pérdidas, a estas limitaciones que día a día la vida le va imponiendo y la depresión es la primera manifestación que se presenta en él mismo, por lo que los ancianos constituyen una población con riesgo de padecer cuadros depresivos según la discapacidad, su intensidad y la organización de su personalidad⁷.

A pesar de ello el envejecimiento no es sinónimo de depresión. No se deben confundir el envejecimiento normal con la presencia de una enfermedad por más que en ocasiones estén presentes una mayor introversión, reiteración y presencia del pasado en algunos ancianos.

Es decir, ni todos los ancianos están deprimidos ni los síntomas de una depresión cuando aparecen en un anciano, son "normales" para su edad.

la depresión geriátrica como muy difícil de identificar, por el hecho de que abarque múltiples formas de presentación, se confunde a menudo con la demencia y pase socialmente desapercibida como un achaque más, propio de la tercera edad, cuando, en realidad, no forma parte del proceso normal de envejecimiento.

⁵ KENNEDY GJ. The geriatric syndromes of late-life depression. *Psychiatr Serv* 1995, p. 11-13.

⁶ GIL GREGORIO P, y Cols. Guía de buena práctica clínica en Geriátria. Depresión y Ansiedad. SEGG y Scientific Communication Manegement, 2004, 215 p.

⁷ CRUZ, Rolando A. *Psicología del envejecimiento*. La Habana: Editorial Científico-Técnica. 1992, 86p.

Los falsos mitos enmascaran la depresión del anciano. En primer lugar, deprimirse no forma parte del programa normal de todo envejecimiento. Sí consta hacer frente a la enfermedad crónica, a la idea de la muerte, a la pérdida de seres queridos y a distintos achaques que causan dolor, frustración o tristeza. Pero la depresión va mucho más allá de un estado de queja o de tristeza naturales. Para complicar más las cosas, abunda la idea de que los ancianos sufren demencia con facilidad y que su confusión, tristeza, trastornos del sueño o del apetito forman parte del paquete con que la naturaleza identifica el fin de nuestras vidas.

En la ciudad de Neiva se encuentran registrados 6 hogares geriátricos, y realmente no existen estudios que indague sobre las características de la depresión en las personas de la tercera edad residentes en hogares geriátrico, y teniendo en consideración que el envejecimiento es un fenómeno que se viene presentando, es indispensable elaborara investigaciones en torno a este tema.

Lo anterior conduce a realizar la siguiente pregunta de investigación:

Cuáles son las características de los rasgos de la depresión en personas de la tercera edad residentes en hogares geriátricos de la ciudad de Neiva en el segundo periodo 2008?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de los rasgos de depresión en las personas de la tercera edad residentes en hogares geriátricos de la ciudad de Neiva del segundo periodo 2008.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Medir los rasgos de depresión de las personas de la tercera edad residentes en hogares geriátricos de la ciudad de Neiva del segundo periodo 2008.
- Describir los rasgos de depresión de las personas de la tercera edad residentes en hogares geriátricos de la ciudad de Neiva del segundo periodo 2008.
- Identificar la edad, el sexo, estrato socioeconómico en el grupo de estudio.

3. ANTECEDENTES

Como antecedentes se encontró una investigación titulada: **DEPRESIÓN Y FACTORES SOCIAFAMILIARES EN ANCIANOS DE UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA**, los autores son Rojas, E., Heras, F y Cols realizado en el año 1991⁸. Donde se estudia a toda la población de una residencia geriátrica situada dentro de la comunidad autónoma de Madrid para verificar la prevalencia de la depresión mediante la escala de GDS (Escala Geriátrica de depresión). El estudio es cuantitativo, de carácter exploratorio. Se analizan diversos factores sociales y familiares mediante preguntas estandarizadas. Se encontró que el 63% (47 personas) presentaron un diagnóstico de depresión. La depresión fue más frecuente entre las mujeres, entre las personas de mayor edad y entre viudos. Respecto a los factores sociofamiliares analizados cabe destacar que el 56% de los ancianos se sienten solos y poco visitados por sus familiares y que un 43% consideraron que habían sido totalmente abandonados por sus familiares. Un 46% pensaban que la sociedad considera poco a los ancianos. Es importante notar que en esta población fue más significativo el número de mujeres que presentaron síntomas depresivos y en los viudos, este antecedente permite realizar una comparación de los resultados que se obtendrán en esta investigación.

También se halló el presente estudio titulado: **COMPORTAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**⁹, realizado en Cuba. Los autores fueron Ramón García y Cols. Donde se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de la depresión del adulto mayor en el área de salud del Policlínico Calabazar, en el periodo comprendido entre julio-enero de 2007. Como instrumento para determinar la depresión se utilizó el GDS. La muestra fue de 200 sujetos mayores

⁸ Depresión y factores sociofamiliares en ancianos de una residencia geriátrica. [Base de datos en línea] [consultado el 14/05/2008]. Disponible en < www.psicodoc.com>.

⁹ Comportamiento-de-la-depresión-en-el-adulto-mayor. [en línea] [consultado el 19/09/2008]. Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-301-1-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor.html>.

de 60 años. Se destacaron las enfermedades crónicas, así como el maltrato psicológico (57.5%), donde el sexo femenino fue el más maltratado. La depresión estuvo presente en 47 % de la población de estudio, teniendo en cuenta la de tipo menor y mayor. En el estudio se evidencia que la familia no juega un papel de sistema de apoyo y ayuda.

A nivel nacional se encontró una investigación que lleva por título: RELACIÓN ENTRE LOS PROCESOS COGNITIVOS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LAS ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN EL ASILO SAN ANTONIO DE BUCARAMANGA, fue publicado en el año 2007, la autora es la doctora Cerquera Córdoba, Mercedes. La presente investigación tuvo como objetivo identificar las condiciones reales de una muestra significativa de adultas mayores con relación a los estados depresivos y la cognición en condiciones de institucionalización. La investigación es correlacional, en la cual se obtuvo un resultado importante, en la medida en que no existe un deterioro cognitivo en ellas, y la depresión se da en un porcentaje bajo. Sin embargo, la relación es significativa. Mediante la triangulación de técnicas se encontró que, si bien las adultas mayores según prueba realizada no presentan estados depresivos mayores, en sus relatos las categorías deductivas están vinculadas con una gran tristeza y estados de melancolía profunda, no sólo por su permanencia en el hogar, sino por eventos pasados que marcaron de una forma u otra su condición actual. Los resultados muestran una correlación negativa entre el deterioro cognitivo y la depresión, es un aspecto que contrasta con información previa que señala que la institucionalización en sí misma genera depresión. Pero el deterioro se presenta sólo en el nivel atencional, e influyen en éste aspectos como la soledad, el aislamiento, las dificultades en los tipos de control y la dependencia, entre otros.¹⁰

¹⁰ CERQUERA CÓRDOBA, Ana Mercedes. Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. 2007, p. 145.

En nuestra región son pocos los estudios que se han realizado en torno a los rasgos depresivos en personas de la tercera edad, entre estos se tiene en cuenta los realizados en la Universidad Surcolombiana, uno de ellos titulado EVALUACION DE LA DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO EN EL DESENCADENAMIENTO DE LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER¹¹, la autora es Duayen Marleivi Cortes, en el año 2005. El objetivo principal es determinar si constituyó un factor de riesgo para el desarrollo de la demencia tipo Alzheimer, el haber padecido una depresión en alguna etapa de la vida, en pacientes con diagnóstico probable de Alzheimer residentes en el municipio de Neiva en los años 2003-2005. La muestra estuvo constituida por 53 personas diagnosticadas residentes tanto en la zona urbana como la rural. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista a familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer y la escala de evaluación para la depresión de Hamilton. Entre las principales conclusiones que el estudio encuentra, es que el 75.5% de los pacientes refieren haber padecido de una depresión en alguna etapa de su vida. Lo cual podría indicar que la depresión si es un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. Se confirma la prevalencia alta de la depresión en el género femenino en un mayor índice. Los resultados demuestran que dentro de la muestra investigada, la etapa de la vida donde hay mayor frecuencia de padecimiento de depresión es la juventud y mediana edad, entre los 30 y 40 años, por lo cual se puede exponer que la depresión no solo es la primera manifestación del Alzheimer, sino también una causante de la misma.

Considerando las anteriores investigaciones en el área, en especial la parte metodológica, se tendrá en cuenta para la selección de instrumentos de medición

de la depresión y para la elaboración del cuestionario de las características sociodemográficas.

¹¹ CUELLAR, DUAYEN. Evaluación de la depresión como factor de riesgo en el desencadenamiento de la demencia tipo Alzheimer. Universidad Surcolombiana, Programa de Psicología. Neiva 2005, p. 15-21.

4. JUSTIFICACIÓN

La declinación gradual de las condiciones de salud física y mental que acompaña el proceso de envejecimiento individual, la reducción resultante de la esperanza de vida activa y saludable, la disminución en la participación de la vida laboral la mayoría de veces determina que el crecimiento de la población de mayor edad, debe conducir a una creciente demanda de servicios de atención de la salud. Una gran proporción de esta población termina asistiendo a hogares geriátricos, espacio que se constituye en su nuevo hogar, aquí las personas entablan nuevas relaciones de amistades, y se constituye en su entorno de vida.

Las proyecciones estadísticas nacionales del DANE¹² indican un progresivo envejecimiento de la población colombiana, en efecto, al año 2020 el peso del grupo de jóvenes menores de quince años se reduce en un 17.5% mientras el grupo de 65 y más se incrementa en un 35.8%. Esto evidencia el proceso de envejecimiento que comienza a afectar a la población colombiana, lo cual determina la necesidad de reorientar las políticas de acuerdo a los cambios en la dinámica poblacional. La situación descrita requiere que la sociedad y el Estado colombiano ajusten y modernicen sus políticas sociales, económicas, urbanísticas, educativas y de salud que favorezcan esta población.

Determinar los niveles de síntomas depresivos y las características en las cuales se presenta en la comunidad institucionalizada constituye un aporte a la comprensión de la manera en que las personas ancianas presentan este evento,

¹² DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2006-2020. [en línea] [consultado el 14/05/2008]. Disponible en <www.dane.gov.co>.

igual contribuye a determinar una proporción real acerca del fenómeno. Este conocimiento contribuye a elaborar estrategias que favorezcan la reducción de esta sintomatología.

Se considera de vital importancia las investigaciones que se realizan para establecer factores precipitantes de crisis que alteran el estado de ánimo, motivación y comportamiento del anciano para lograr primero una comprensión teórica y en un segundo momento poder elaborar estrategias para su modificación, siempre en busca de la mejora de la calidad de vida de estas personas. Al respecto la Organización Mundial de la Salud afirma que, hacia el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad y muerte prematura con economías desarrolladas.

De igual manera actualmente los trastornos depresivos son considerados un importante problema de salud pública, ya que entre otros factores, aumenta con la edad¹³. Todos estos apuntes hacen resaltar las implicaciones y la manera en que la depresión afecta a las personas de la tercera edad y de la comunidad en general; de ahí que se hace necesario estudios que aborden el tema para lograr un mejor entendimiento del mismo, que permitan prevenir, aliviar y alentar los problemas propios de la depresión, en especial en la tercera edad.

Es frecuente que los síntomas de la depresión sean tomados como algo normal en el anciano y no se les preste la atención suficiente por lo que muchos casos no se encuentran diagnosticados y, consecuentemente, no son intervenidos; de igual forma y en contrapartida, habría que señalar que las depresiones correctamente tratadas evolucionan favorablemente, lo cual debe ser tomado en cuenta por los profesionales de la salud para efectuar una adecuada detección, diagnóstico y

¹³ MENCHON, Crespo., ANTON JJ. Depresión en ancianos en curso de formación continuada en geriatría. Revista de Geriatría 2001, p.43-44

tratamiento de los mismos, lo cual incrementara la calidad de vida del anciano, logrando reducir uno de los principales problemas psicopatológicos presente en este grupo social.

El riesgo de suicidio se incrementa en forma considerable en aquellas personas que presentan síntomas depresivos importantes o un franco episodio depresivo mayor¹⁴ este evento de igual manera puede ocurrir en personas de la tercera edad, al sentirse abandonados, débiles y con problemas de salud puede llevarlos a ideas suicidas.

El anciano sufre de padecimientos físicos simplemente por su edad y ello implica incapacidad. La sociedad aísla al anciano que con frecuencia debe reubicarse y terminar solo o recluso en casas de ancianos, muchos de ellos deteriorados física y mentalmente. Ello induce o empeora la depresión. Un factor importante es el económico; el anciano con frecuencia tiene recursos limitados. Se reconoce que la institucionalización en residencias geriátricas se asocia a factores que favorecen la aparición de síntomas o cuadros depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso¹⁵.

Se revisó datos de la ciudad de Neiva se encontró que existe poca información sistematizada acerca de esta población. Ante la Cámara de Comercio de la ciudad se encuentran registradas 6 residencias geriátricas la mayoría de ellas dedicadas al manejo integral del adulto mayor, orientación hacia una mejor vejez. Todos lo mencionado anteriormente conlleva a que se indague acerca de este fenómeno.

¹⁴ CONWELL Y. Suicide among elderly persons. Psychiatry Service 1995, p.23.

¹⁵ MONFORTE, JA., FERNÁNDEZ, C., Díez, J. La depresión en el anciano que vive en residencias. Revista Española de geriatría y gerontología. Volumen 33. 1998, p. 5-8.

5. MARCO TEÓRICO

El marco teórico se desarrolla teniendo en consideración algunas teorías referentes a la depresión en la tercera edad. Pero se orientara por la teoría de la depresión de Beck.

5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE DEPRESION

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por sentimientos tales como: tristeza, indiferencia, soledad y pesimismo, afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta la forma en que el paciente come y duerme, lo que opina de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento general¹⁶, es importante señalar que ante un evento depresivo la persona siente alterado muchos de sus comportamientos habituales, afecta a toda la persona, sus pensamientos, sentimientos y su salud física. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado¹⁷.

El concepto de depresión tiene sus inicios de la época grecorromana en la formulación hipocrática acerca de la melancolía, que se caracterizaba por la aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia¹⁸, el término deriva del

¹⁶ DEVESA, E. Fisiología del envejecimiento: En Devesa, E. *Geriatría y Gerontología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica. et al. 1992, p. 186-223.

¹⁷ STROCK Margaret. Hablemos claro sobre la depresión. Department of health and human services public health service national institutes of health. [en línea] [consultado el 03/04/2008]. Disponible en <<http://www.nimh.nih.gov>>.

¹⁸ POLAINO- Lorante, A. La depresión. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Ediciones Martínez Roca. España. 2000, 26p.

griego *melas* que significa negro y *chole* que significa bilis, término que era empleado para designar a los pacientes que con frecuencia vomitaban bilis negra a causa de irritabilidad y ansiedad.

La depresión ha estado siempre ligada al mundo de los afectos, sentimientos, pasiones, estado de ánimo, humor, formando parte del polo negativo de éstos. Desde la Antigüedad se pone de manifiesto la gran confusión terminológica que existe entre estos términos, que lógicamente afecta también al concepto depresión. Depresión y melancolía son dos términos estrechamente relacionados a pesar de haber tenido una evolución diferente a lo largo de la historia de la medicina y del estudio de las enfermedades mentales, e incluso, desde la historia de la filosofía¹⁹. De una forma u otra no son conocidos hechos como que el origen del concepto depresión se encuentra en el de melancolía, que éste último es un término mucho más antiguo, utilizado por los médicos griegos y romanos, y por todos los demás autores de siglos posteriores, que la depresión es un concepto relativamente nuevo que no empieza a utilizarse con frecuencia hasta el siglo pasado²⁰, que actualmente el término melancolía es mucho menos utilizado que el de depresión y está generalmente ligado a corrientes de pensamiento determinadas.

En esta investigación se tendrá como referencia la teoría de la depresión desarrollada por Beck. La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información²¹. En las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los

¹⁹ GIMÉNEZ GARCÍA, Gemma Isabel. La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida. [en línea]. España, 2005 [consultado el 12/06/2008]. Disponible en <<http://site.ebrary.com/lib/bibliosurcolombianasp/Doc?id=10092445&>>

²⁰ GIMÉNEZ GARCÍA, Op. Cit., p. 36

²¹ Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983)

consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada. Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la ansiedad y en la depresión conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan tales síndromes psicopatológicos. Sin embargo, ese tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, pueden ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. Cualquiera que sea la etiología, sin embargo ese tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome emocional y funciona como factor de mantenimiento de los estados psicopatológicos.

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar como las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Para Beck, "los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior"²² Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno.

De la misma forma que hoy en día la depresión, entendida como patología, está relacionada con otras entidades nosológicas y en ocasiones resulta difícil delimitarlas, en otros tiempos le pasaba a la melancolía. La principal diferencia de ésta con la melancolía, es que siempre ha estado más ligada a los ámbitos religiosos y de la Iglesia Cristiana. Aunque en sus inicios se hablaba de una enfermedad que sólo afectaba a los monjes y clérigos, posteriormente se amplió

²² Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.

su afectación a todos los cristianos. En las descripciones clínicas que se hacía de esta enfermedad aparecía siempre mención a la tristeza y desesperación del que la padecía, así como una tendencia a la apatía e inactividad que en su época se describía como conducta perezosa, relacionada con los deberes religiosos y la ociosidad²³.

El análisis de las estadísticas sobre la depresión hace pensar que esta problemática de la salud mental que afecta a tantas personas en los tiempos actuales, y también ayuda a que muchos individuos arriben a la ancianidad portando signos depresivos. Si a esto se le suma que esta etapa de la vida, por sus características muy peculiares, condiciona en muchos casos la aparición de trastornos depresivos, entonces no cabrían dudas acerca de por qué es necesaria la atención a esta problemática de salud²⁴.

Cabe señalar, que no solamente tiene implicaciones para el bienestar y la calidad de vida la depresión en aquellas personas que la padecen, sino que el riesgo suicida que en ellas es subyacente hace más trágica y conmovedora la situación. Para que se tenga una idea, el 25% de los suicidios se da en sujetos mayores de 65 años, producto de la depresión²⁵.

Las distintas vertientes de análisis sobre el particular demuestran que la depresión es un fenómeno multicausal, de ahí tantos intentos en la literatura especializada por definir la etiología de dicha entidad, pero se arriba en los últimos tiempos al consenso de considerarlas enmarcadas dentro de 3 grandes grupos²⁶:
Biológicas, psicológicas y Sociales

²³ GIMÉNEZ GARCÍA, Op. cit., p.37.

²⁴ DEVESA, Op. Cit., p. 196-198.

¹⁹ CRUZ, Rolando A. Psicología del envejecimiento. La Habana: Editorial Científico-Técnica. 1992. 86p.

²⁶ PRIETO, R. Temas de gerontología. La Habana: casa editorial Científico Técnica, segunda edición.2000. p. 104-105.

Según consenso general, en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento que sesionó en Viena en 1982, comienza un nuevo período para la vida de las personas²⁷: sufre crisis, tiene tiempo para encontrarse a sí mismo y percibir su realidad y es entonces cuando comienza a tomarse conciencia de que su vida está cambiando, además de experimentarse los cambios físicos que surgen en él, todo esto genera nuevos sentimientos y percepciones propias en cada individuo que puede terminar afectando el curso de la vida.

5.2 DEPRESION EN EL ANCIANO

Los ancianos viven un sinnúmero de pérdidas, como la muerte del cónyuge, de un familiar o amigo cercano, disminución o pérdida de capacidades físicas y/o mentales, jubilación, casamiento de los hijos, cambio de vivienda, pérdida de roles. Aunado a lo anterior, el aislamiento familiar de que son objeto muchos de ellos, es tierra fértil para la aparición de los cuadros depresivos en la vejez.

En ocasiones, las pérdidas son a nivel de fantasía, lo cual dificulta más el reconocimiento de la depresión, ya que a simple vista no existe ningún motivo real que pueda desencadenar el trastorno depresivo.

En la actualidad, muchos ancianos no corresponden a la imagen que se tiene de ellos como personas enfermas, inactivas, quejumbrosas, sentadas en un sillón de la casa dormitando gran parte del día.

La vida moderna ha traído consigo ancianos que continúan trabajando, hacen ejercicio, tienen vida social, visten a la moda, manejan su automóvil y son independientes.

²⁷ PRIETO, Op. Cit., p 98.

Son personas que se fortalecen en su infraestructura laboral, social y familiar y que, a pesar de que también pasan por pérdidas, logran enfrentarlas y reaccionar ante ellas de diferente modo, es decir, sin presentar cuadros depresivos.

La diferencia entre unos y otros ancianos radica en la forma como se ha vivido a lo largo de toda la vida, es decir, quien ha sido una persona depresiva o con tendencia a la depresión y que además no cuenta con el apoyo de su familia y del medio social en el que vive, fácilmente puede presentar un trastorno depresivo en la vejez; en cambio, aquella persona que se ha caracterizado por su fuerza de carácter, deseos de lucha, vida activa, capacidad para disfrutar y para relacionarse y cuenta además con el apoyo de su familia, no necesariamente va a presentar algún trastorno depresivo en la vejez.

La depresión no se presenta en la vejez en forma automática o por definición, más bien depende del caso en particular, así como de los factores familiares, sociales y culturales en los que está inserto el anciano.

Cada sociedad se rige por sus propias normas, sin embargo, la mayoría de las estructuras sociales determinan el retiro de la vida laboral a personas que muchas veces están en óptimas condiciones para seguir desempeñando su trabajo y que, además, no desean jubilarse.

Esto puede generar cuadros depresivos, ya que se sienten desplazados o inútiles, por lo que es muy importante que se mantengan activos, que convivan en familia y con sus amistades para evitar sentimientos de soledad y rechazo.

Es probable que los cuadros depresivos se presenten tarde o temprano en la mayoría de los viejos, pero va a ser diferente su duración y la capacidad de recuperación de cada anciano según sea su situación de vida, tanto presente como pasada, así como la pronta y oportuna detección del cuadro depresivo y su adecuado tratamiento

5.3 CAUSAS DE LA DEPRESION EN EL ANCIANO

Se ha encontrado que algunos tipos de depresión tienden a afectar miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso del trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen del trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman. Sin embargo, no todos los que tienen la predisposición genética para el trastorno bipolar lo padecen. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio, problemas referidos al trabajo, estabilidad económica.

En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales²⁸.

Las personas con poca autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista. Las personas con poca autoestima y que se abruman fácilmente por el estrés están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto representa una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad²⁹.

²⁸ Menchon JM, Crespo JM. Depresion en ancioanos. Curso de formacion continuada en geriatría.2001. p 4-12.

²⁹ GIMÉNEZ GARCÍA, Gemma Isabel. La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida. [en línea]. España, 2005 [consultado el 12/06/2008]. Disponible en <<http://site.ebrary.com/lib/bibliosurcolombianasp/Doc?id=10092445&>>

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva. Aunque hay que reconocer que cada persona posee mecanismos propios para hacer frente a la situación a través de los mecanismo de afrontamiento. La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida (situaciones deseadas o no deseadas) también pueden precipitar un episodio depresivo. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

5.4 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

La más seria consecuencia de la depresión tardía, especialmente si no es tratada o inadecuadamente tratada, es el incremento de la mortalidad por suicidio o enfermedades somáticas aumentando la incapacidad asociada con trastornos cognitivos y médicos y resultando en un alto costo en los cuidados de salud. Las personas de la Tercera Edad (mayores de 65 años) tienen un alto porcentaje de suicidios en comparación a otros grupos de edades. Se estima que puede llegar hasta los 21 suicidios por 100,000³⁰.

5.5 TRASTORNOS DEPRESIVOS

Los trastornos depresivos se clasifican, atendiendo el DSM IV, en:

³⁰ Centers for Disease Control and Prevention. Suicide deaths and rates per 100,000. [consultado el 23/09/2008]. Disponible en <<http://www.cdc.gov/ncipc/data/us9794/suic.htm>>.

5.5.1 Trastorno depresivo mayor. La característica esencial la constituye al ser un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. La persona experimenta al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos de muerte o ideación suicida. Además la persona presenta un malestar clínico significativo.

El trastorno depresivo mayor está asociado a una mortalidad alta. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15%. Los datos epidemiológicos señalan que la tasa de muerte en estas personas de más de 55 años aumenta hasta llegar a cuadruplicarse.

El trastorno depresivo mayor puede empezar a cualquier edad, el promedio es a la mitad de la tercera década de la vida.

5.5.2 Trastorno distímico. Es un estado de ánimo crónico (a largo plazo) depresivo que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfiere en el buen funcionamiento y bienestar de la persona, durante al menos dos años. Durante los estados de ánimo depresivo la persona puede presentar los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Cuando hay trastorno distímico sin un trastorno depresivo mayor previo, existe un riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor en el futuro. El DSM IV comenta que el trastorno distímico es un estado de

ánimo crónicamente depresivo que esta la mayor parte de los días durante al menos dos años³¹.

Entre los criterios para el diagnóstico se encuentran:

Presencia, mientras está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas³²:

- Pérdida o aumento de apetito.
- Insomnio o hipersomnias.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima
- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

5.5.3 Trastorno bipolar. Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo tienden a ser graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios

³¹ PICHOT Pierre. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV.1996.

³²PICHOT, Op cit., DSM IV. 1996

descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico.

5.6 TEORIAS PSICOLOGICAS

Ha habido un constante interés en la determinación de la o las causas del sufrimiento psicológico en los seres humanos, a través de diferentes teorías.

Dentro de las teorías cognitivas, se cita a Seligman³³, quien a través de sus investigaciones en animales en relación a la indefensión o desesperanza aprendida, se interesa en la depresión, descubriendo similitudes entre los síntomas de ambos; igual ha estado realizando contribuciones Beck, quien logra establecer que la visión negativa de sí misma, del mundo y de su futuro que la persona depresiva tiene, son reflejos de su forma de pensar o de estructurar la realidad. Según Beck³⁴, los esquemas juegan un papel preponderante, guiando los pensamientos, conducta y sentimientos de acuerdo a la interpretación que se hace de los eventos ambientales a los que las personas se enfrentan.

Seligman no trata de explicar todo el espectro de las depresiones, sino principalmente aquellas en las que el individuo es lento para iniciar respuestas, se considera a sí mismo sin esperanzas y ve negro su futuro³⁵. Se enfrenta además con una disminución en las respuestas agresivas, con pérdida de apetito y cambios fisiológicos, todo lo cual como una reacción a la pérdida del control sobre la gratificación y la posibilidad de aliviar el sufrimiento que enfrenta.

Estos grandes autores e investigadores logran hacer entender que tanto la depresión, tal y como se da en la vida real, como la desesperanza inducida por

³³ SELIGMAN, M. E. P. : *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W. H. Freeman. 1975. 98p.

³⁴ BECK, A. T. *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. "Cognitive models of depression". *Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly*, 1987. p. 5-37.

³⁵ BALLESTEROS Fernandez, R. "Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales". *Intervención Psicosocial*. 1997. p. 21-35

acontecimientos incontrolables, resultan de una disposición cognitiva negativa, consistente en la creencia de que el éxito y el fracaso son independientes de los propios esfuerzos. La persona cree que toda acción es inútil, que sus actos no tienen ningún sentido. Lo que protegería de la depresión, según Seligman, es la percepción que se tiene, o sea son las acciones de uno mismo las que controlan la experiencia, se considera que el suponer a la depresión como un trastorno cognitivo o emocional será insostenible con el tiempo, pues es innegable la perfecta interdependencia de sentimientos y pensamientos³⁶. No se siente depresión sin tener pensamientos depresivos, ni se tienen pensamientos depresivos sin sentirse deprimido.

Las investigaciones desarrolladas en relación a la depresión coinciden en general en que el trastorno del pensamiento que manifiestan los pacientes depresivos es una consecuencia de una alteración básica del estado de ánimo³⁷. Sin embargo, Beck ha sugerido que existe una alteración previa en el pensar que causa precisamente el desarrollo de la alteración del estado de ánimo. Mendels³⁸ señala: “Las respuestas afectivas se determinan por la forma en que un individuo estructura sus experiencias. De manera que, si la conceptualización de una situación por un individuo posee un contenido desagradable, dicho individuo experimentará una respuesta afectiva desagradable consecuente con aquella”. Según Beck³⁹, cada persona tiene un esquema, una norma o un marco del pensar, con el que enfoca y experimenta la vida. La naturaleza y las características específicas de este esquema determinan las respuestas propias del individuo. Para este autor, las personas que desarrollan una depresión tienen esquemas relacionados con la minusvalía de ellos mismos, y aquellos que despliegan

³⁶ BALLESTEROS, Op. Cit., p. 21-35

³⁷ FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.; ZAMARRÓN, M. D., y MACIÁ, A. : “Calidad de vida en los distintos contextos”. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1997. P48.

³⁸ MANDELS, R. G., y JOHNSON, N. S. (1984): “A developmental analysis of story recall and comprehension in adulthood”. *Journal of verbal learning and verbal behavior*, 23, pp. 643-659.

³⁹ BECK, A. T.; RUSH, J. A.; SHAW, B. F., y EMERY, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.(Traducción castellana, *Terapia Cognitiva de la depresión*, DDB, Bilbao, 1983.)

estados de ansiedad parten de esquemas en los que, entre otros factores, entra como componente la anticipación del daño personal.

Entre las formas de pensar que Beck considera como características de los pacientes depresivos pueden enumerarse la subestimación de sí mismo, las ideas de pérdida, la autocrítica, la autoinculpación, los frecuentes autopreceptos y mandatos y los deseos de huida y suicidio. Subyacente a de todas ellas se encuentra una distorsión de la realidad y un prejuicio sistemático los pacientes contra sí mismos⁴⁰

Freud⁴¹ pensaba que la depresión se debía a que los sentimientos inconscientes de hostilidad hacia la pérdida de una persona, ya fuera real o simbólica, se dirigían hacia sí mismo. Este pensamiento lo expone fundamentalmente en su trabajo *Duelo y Melancolía*. En él explica que la gran diferencia entre pesadumbre y depresión consiste en que en esta última hay una acentuada pérdida de autoestima. En el duelo esta pérdida es consciente, mientras que en la depresión la verdadera pérdida es inconsciente.

La ausencia de amor y de apoyo de una figura significativa (por lo general, uno de los padres) durante un estadio crucial del desarrollo predispone a un individuo a la depresión en épocas posteriores de la vida. Según Mendels⁴², es esta pérdida lo que origina la depresión, aunque pueda ser simbólica y no reconocida como tal. Consideraba que el reproche y la pérdida de estimación propia que se desarrollan en la depresión están distinguidas a la persona introyectada.

Por otro lado, Klein propone una base psicodinámica distinta para explicar el

⁴⁰ BECK, A. T.; RUSH, J. A.; SHAW, B. F., y EMERY, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. (Traducción castellana, *Terapia Cognitiva de la depresión*, DDB, Bilbao, 1983.)

⁴¹ "Depresión: La Pérdida Del Objeto." [en línea] [consultado el 14 Enero 2008]. Disponible en <<http://www.editum.org/Depresion-La-Perdida-Del-Objeto-p-548.html>>.

⁴² MANDELS, R. G., y JOHNSON, N. S. (1984): "A developmental analysis of story recall and comprehension in adulthood". *Journal of verbal learning and verbal behavior*, 23, pp. 643-659.

desarrollo de la depresión. Para ella, la base de la depresión se forma durante el primer año de vida y piensa, igual que Freud, que las primeras figuras significativas son de una vital importancia para el ser humano.⁴³ Afirma, además, que todos los niños atraviesan un estadio evolutivo, al que dio el nombre de actitud depresiva, que se caracteriza como fase de tristeza, temor y culpa. El niño al sentirse frustrado por la carencia de amor (es imposible, en esa época, satisfacer todas sus exigencias) se irrita contra la madre y desarrolla fantasías de tipo sádico y destructivo respecto a ella. El llega a temer que estas fantasías destruirán realmente a su madre y despliega entonces sentimientos de ansiedad y de culpa. Como todavía es incapaz de distinguir el mundo externo (su madre) del interno (él mismo y sus imágenes internas de la madre) el temor de llegar a destruirla se transforma, en parte, en temor de destruirse a sí mismo. Esta fase es la que Klein denominó “actitud depresiva”.

5.7 CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION EN EL ANCIANO

Entre los principales síntomas depresivos se encuentran:⁴⁴ Sentimientos de tristeza, ansiedad, desesperanza o vacío. Pérdida de interés en las actividades que anteriormente disfrutaba. Problemas con el sueño, tales como dormir mucho, dificultad para conciliar el sueño, no dormir lo necesario, o despertar muy temprano en la mañana. Cambio de apetito con pérdida o aumento de peso. Sensación de irritabilidad frustración o desasosiego. Disminución de energía o cansancio después de actividades normales. Dificultad concentrándose falta de memoria, dificultad para tomar. Excesivos sentimientos de culpabilidad sensación de inutilidad o desamparo. Disminución del interés de relacionarse con otros. Llanto frecuente de lo usual. Pensamientos repetidos sobre la muerte o

⁴³ Depresión: La Pérdida Del Objeto." [en línea] [consultado el 14 Enero 2008]. Disponible en <<http://www.editum.org/Depresion-La-Perdida-Del-Objeto-p-548.html>>

⁴⁴ THOMPSON Karla. Depresión y discapacidad. Guía práctica. [en línea] Asociación de Salud Mental de Carolina del Norte. 2002 [consultado el 25/06/2008]. Disponible en <www.fpg.unc.edu/~ncodh>.

Pensamientos suicidas o intentos de suicidio. Decisiones, o procesos mentales lentos acerca de morir.

Otros síntomas propios de la depresión pueden ser muy llamativos en las personas mayores tales como: la pérdida de peso, la falta de apetito, el insomnio o la aparición de ideas delirantes.

Por otra parte, están las depresiones llamadas somatógenas en los que la depresión es tan sólo un síntoma de la enfermedad. Éstas son frecuentes en la enfermedad de Parkinson, el accidente cerebrovascular, los trastornos metabólicos y algunas tipos de cáncer⁴⁵.

Los trastornos del estado de ánimo incluyen aquellos que tienen como característica principal una alteración del humor. Entre los síntomas afectivos consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo. Es el ánimo depresivo o tristeza vital. Otros síntomas de esta esfera afectan a la pérdida de interés por las cosas así como a la capacidad para disfrutar. Constituyen el núcleo central de la depresión y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de la actividad laboral y social del individuo. En esta esfera pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, autorreproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse, ideas de suicidio.

Sin embargo en la depresión existen síntomas corporales o somáticos siendo los más frecuentes las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnias; pérdida de peso con falta de apetito; cansancio o falta de energía. Pueden existir otras muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, etc. que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano.

⁴⁵ Tomado

de http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/depresion_anciano2.htm. 3 de agosto de 2009.

La incapacidad de reír es más preocupante que la facilidad con que se llora. Sensaciones verbalizadas de culpabilidad, vacío existencial, dolores abstractos, ideas suicidas, cansancio diurno exagerado y pérdida o ganancia de peso desacostumbradas apuntan igualmente a la posibilidad de una depresión. Algunos tratamientos farmacológicos y el consumo de alcohol pueden ser aliados perfectos de una génesis depresiva, por lo que deben también ser tenidos en cuenta⁴⁶.

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado, el anciano tendría una vida placentera.

Los factores de riesgo que se han encontrado para la presentación de la depresión en los pacientes de la tercera edad son los siguientes⁴⁷:

5.7.1 Factores Predisponentes

- Estructura de la personalidad.
- Dependientes
- Pasivos-agresivos
- Obsesivos.
- Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión.
- Predisposiciones biológicas (genéticas, neurofisiológicas y neurobioquímicas).

5.7.2 Factores Contribuyentes

⁴⁶ tomado de

http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2008/06/22/177871.php.

Revisado 6 agosto 009.

⁴⁷ ZARRAGOITIA Alonso I. La depresión en la tercera edad. Hospital clínico quirúrgico "hermanos Ameijeiras".2001. p. 33-34.

- Socioeconómicas.
- Dinámica familiar.
- Grado escolaridad Actividades laborales y de recreación.
- Pertenencia a un grupo étnico específico.
- Formas de violencia.
- Jubilación.
- Comorbilidad orgánica y mental.

5.7.3 Factores Precipitantes

- Crisis propias de la edad.
- Abandono.
- Sentimientos de desesperanza.
- Aislamiento.
- Violencia.
- Muertes de familiares y allegados.
- Pérdidas económicas.
- Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades.
- Discapacidades y disfuncionabilidad.
- Dependencia.

La depresión senil tiene una serie de rasgos diferenciadores. Algunos de ellos son⁴⁸:

- Menor presencia de síntomas psíquicos como la tristeza y mayor presencia de síntomas corporales.

⁴⁸ Santa María Luis. Hospital Getafe, Madrid.2000. [en línea] [consultado el 05/04/2008] Disponible en <http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_depresion_anciano_2.htm>

- La tristeza y el bajo estado de ánimo pueden manifestarse en el anciano como apatía y retracción y pueden ser predominantes quejas somáticas diversas que obligan a realizar pruebas en busca de otras enfermedades que por otra parte son muy frecuentes en estas edades.
- Algunos síntomas propios de la depresión pueden ser muy llamativos en el anciano como la pérdida de peso por falta de apetito, el insomnio o la aparición de ideas delirantes y en los cuadros graves verdaderos cuadros psicóticos.
- Los ancianos con mucha frecuencia padecen enfermedades en las que la depresión puede ser un síntoma más de dicha enfermedad. En este caso la depresión en sí no es la enfermedad principal sino un síntoma acompañante. Son las llamadas depresiones somáticas que complican procesos como la enfermedad de Parkinson, el ictus o Accidente Cerebro vascular, enfermedades del Tiroides como el Hipertiroidismo o el Hipotiroidismo, trastornos del metabolismo o algunos tipos de cáncer.
- En la depresión grave del anciano es más frecuente el suicidio que en los jóvenes.
- En ocasiones la depresión se presenta como deterioro cognitivo, es decir como un menor rendimiento intelectual con quejas de pérdida de memoria que obliga a los clínicos a diferenciar estas depresiones de una verdadera demencia.
 - La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, y puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional⁴⁹. Las dolencias corporales, tales como cefalea, tensión cefálica, fatiga, falta de apetito, constipación y otras, son muy comunes, así como insomnio, ideas de culpa y autoacusación, y

⁴⁹ *Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo*. En: Red Enseñanza e Investigación en Psicología, México 2006. [en línea] [consultado el 04/09/2008] Disponible en <<http://site.ebrary.com/lib/bibliosurcolombianasp/Doc?id=10117396&>>

aparece la idea del suicidio. La expresión facial característica es de decepción, desesperanza y temor; las comisuras bucales se inclinan hacia abajo y la mirada permanece fija. Los grupos de músculos antagonistas muestran cierto desequilibrio, con contracción ligera de flexores y abductores, de tal manera que aparece la llamada actitud de flexión de la depresión. Los movimientos se ejecutan lentamente.

5.8 EPIDEMIOLOGIA

En el mundo actual existe un elevado y alarmante incremento de los trastornos mentales. Los trastornos psiquiátricos suponen el 12,5% de las enfermedades en el mundo. El porcentaje de trastornos mentales sobrepasa al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Además, la depresión es ya la primera causa de incapacidad en el mundo. A pesar de estos datos, sólo el 25% de la población en países industrializados recibe un diagnóstico y un tratamiento adecuados⁵⁰.

Como resultado de la disminución estimada de la tasa de natalidad, el aumento de la expectativa de vida⁵¹ y disminución de la mortalidad infantil, sobre todo en los países desarrollados, las personas de la tercera edad, según estimaciones del Banco Mundial, para el año 2030 alcanzarán el 30% de la población mundial. En la década del 90 las personas ancianas eran de 700 millones aproximadamente y según estimaciones para el 2025 será de 1156 millones⁵².

Según datos de la OMS el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo.

Los trastornos depresivos afectan a:

⁵⁰ Congreso Internacional de Psiquiatría. Madrid. En: Jano On-line y agencias 2001. P.12.

⁵¹ Introducción a la Gerontoneuropsiquiatría. En: Envejecimiento poblacional. Vol. 18, No 3 (1996) [en línea] [consultado el 19/09/2008] Disponible <www.Psiquiatría.com>.

⁵² SOLÍS, Y.; MARÍN LLANES,R. La tercera edad.Interpsiquis [en línea] [consultado el 19/09/2008]. Disponible en <www.Psiquiatría.com>

- 10% de los ancianos que viven en la comunidad,
- 15% - 35% de los que viven en residencias,
- 10% - 20% de los ancianos que son hospitalizados,
- 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello
- 50% de todas las hospitalizaciones, para ese grupo de edad, en los centros psiquiátricos⁵³

El envejecimiento de la población traerá consigo algunas consecuencias como son:

- Consecuencias socio asistenciales: aumento de la demanda a consultas y hospitalizaciones a este grupo atareo.
- Consecuencias económicas: aumento de los gastos en la salud pública.
- Consecuencias familiares: dedicación al cuidado del anciano por parte de los familiares con limitaciones en otras actividades.
- Consecuencias médicas: mayor incidencia de enfermedades crónica

5.9 MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN

Existen pruebas de tamizaje que ayudan no solo al diagnóstico sino también al seguimiento de los pacientes deprimidos; estas no reemplazan la valoración clínica, pero sí ayudan a realizar un primer acercamiento del paciente deprimido dentro de la atención primaria. Uno de los instrumentos más conocidos es la escala de Hamilton, pero al tener un alto porcentaje de puntuación somática, se recomienda no usarlo en personas de edad avanzada; la escala de Zung para

⁵³ Introducción a la Gerontoneuropsiquiatría Alcmee.n En: Envejecimiento poblacional. Vol. 18, No 3 (1996) [en línea] [consultado el 19/09/2008] Disponible <[www. Psiquiatria.com](http://www.Psiquiatria.com)>.

depresión puede ser adecuada, pero solo para tamizaje⁵⁴ en la comunidad, pues fue diseñada para tal fin. La escala de depresión Geriátrica de Yesavage es la más sensible para este grupo poblacional. Esta última escala mencionada será la que se utilizara en este estudio.

⁵⁴ CANO A. Depresión en el anciano: Epidemiología y diagnóstico de la depresión en el anciano. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. 2000; 14 (3): 116p.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 ENFOQUE

La presente investigación se enmarca dentro del enfoque cuantitativo destacando que este supone la recolección sistemática de información numérica apropiada para el análisis estadístico⁵⁵.

Entendiendo que el paradigma cuantitativo posee una concepción global positivista, donde el experimento y el tratamiento estadístico de la información se convierten en las principales herramientas de las que dispone el investigador. El marco de observación y de análisis está orientado por la formulación de hipótesis y preguntas que pretenden anticipar el comportamiento de la realidad objeto de estudio (hipotético deductivo). Es particularista al pretender identificar las variables presentes en dicho objeto de estudio, las cuales son sometidas a pruebas empíricas bajo condiciones de control riguroso con la pretensión de garantizar objetividad en sus resultados. Está orientada a los resultados, los cuales se pretenden explicar en términos de principios y leyes⁵⁶.

6.2 TIPO DE DISEÑO

La presente investigación corresponde a una investigación no experimental de carácter descriptivo de corte transversal, el propósito de estos estudios es

⁵⁵ POLIT-Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. Quinta edición. McGraw-Hill. 1999. p.95-105.

⁵⁶ URIBE, Santiago., ZAPATA Antonio. GÓMEZ Bernardo. Investigación evaluativa. módulos de investigación social ICFES. Arfo editores. 2002. P.86.

observar, describir y documentar aspectos de una situación determinada. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis⁵⁷. De igual manera las correlaciones de tipo descriptivos que se realizaran en este estudio no son causales, solo determinaran el grado de asociación entre las variables.

En esta investigación los componentes del fenómeno a describir son las características de los rasgos de depresión en personas de la tercera edad residentes en hogares geriátricos de la ciudad de Neiva en el segundo periodo 2008.

6.3 POBLACIÓN

Se entiende por población el conjunto de elementos que poseen una característica en común, en el proceso investigativo la población corresponde al conjunto de referencia sobre el cual se va a desarrollar la investigación o estudio⁵⁸, en la presente investigación la población donde se realizará el estudio lo constituyen las personas de la tercera edad, mayor de 65 años, institucionalizados en hogares geriátricos de la zona urbana de la ciudad de Neiva, Huila del segundo semestre del año 2008.

6.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la elección de los participantes en el estudio utilizo un muestreo no probabilístico intencional por criterios, porque es el que más se acomoda a los intereses de la presente investigación. En el muestro no probabilístico o elección

⁵⁷ HERNÁNDEZ, Roberto., FERNÁNDEZ Carlos., Baptista pilar. Metodología de la Investigación. Arfo editores. 2002. P.56.

⁵⁸ ICFES, Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. Serie aprender a Investigar módulo 3. Recolección de la información. 1999 pág. 108.

de muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de una persona o de un grupo de personas y, desde luego, las muestras seleccionadas corresponden a criterios de selección⁵⁹. La muestra, entonces, será seleccionada con un muestreo no probabilístico intencional por criterios⁶⁰ en donde se plantea unas características especiales que deben cumplir los elementos de la muestra, que son los siguientes:

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 65 años.
- Personas que residan en hogares geriátricos por un periodo mayor de tres meses.
- Personas que desean participar libremente en el estudio.
- Sin enfermedad psiquiátrica aparente.
- Sus habilidades de comunicación y lenguaje estén preservadas
- Sujetos que no presenten en el momento de la investigación un deterioro cognoscitivo grave de acuerdo a los criterios del examen mental abreviado o minimal.

Criterios de exclusión

- Personas que tienen alguna enfermedad neurológica grave.
- Adulto mayor con cualquier patología que presente deterioro cognitivo grave.

59 SAMPIERI Roberto Hernández y cols). Metodología de la investigación. México. cuarta edición. McGraw-Hill interamericana . 2007. P. 241.

⁶⁰ ICFES, Op. Cit., p.108.

- Adultos que en el momento del estudio presenten una edad cronológica menor de 65 años.

La muestra, entonces, estará conformada por las personas de la tercera edad institucionalizadas que superen los criterios de inclusión y de exclusión.

6.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS

Para efectos de la recolección de datos en la investigación se utiliza la Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage, el protocolo de Examen mínimo del estado mental, al igual que la utilización de un cuestionario, que abordara diferentes interrogantes de aspectos socio demográfico de la población.

6.5.1 Escala de yasavage. Es un instrumento para detectar síntomas de depresión en ancianos y como medida de la evolución de esos síntomas. Esta prueba consta de 15 preguntas en las que se pide al anciano que elija la contestación que más se aproxime a su estado de ánimo de las últimas semanas.

La contestación es dicotómica (SI/NO).

Dependiendo del número de puntuación obtenido al aplicar esta prueba se tiene que:

Interpretación:

La puntuación total se obtiene de la siguiente manera:

- Una puntuación de 0 a 5 debe ser considerada como normal.
- 06 a 10 como un posible indicador de depresión moderada.
- 11 a 15 Depresión severa

Es la única escala de depresión construida específicamente para personas mayores. Su inconveniente es para aquellos ancianos con demencia moderada

grave, ya que pierde su utilidad por la incapacidad del paciente para reconocer sus propios síntomas.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage (GDS-15), fue validada por la Universidad del Norte de Barranquilla. Donde se encontró que la consistencia interna fue de 0,783 la confiabilidad del constructo fue de 0,700⁶¹.

Igualmente se encontro una validación de la Escala de Depresión de Yasavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos⁶², donde encontraron que el coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0,7268, indicando que la escala es altamente confiable; desde el análisis psicológico los 15 ítems son pertinentes para evaluar la depresión.

6.5.2 Examen del estado mental. El MMSE fue desarrollado por Folstein en 1975 como un método práctico que permite establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium⁶³. Las características esenciales que se evalúan son:

- Orientación espacio- tiempo.
- Capacidad de atención, concentración y memoria.
- Capacidad de abstracción (cálculo).
- Capacidad de lenguaje y percepción viso- espacial.
 - Capacidad para seguir instrucciones básicas.

Escala de orientación: Proporciona información acerca de la capacidad de orientación en espacio y tiempo que tiene la persona.

⁶¹ CAMPO ARIAS A, MENDOZA U, y Cols. Consistencia interna , estructura factorial y confiabilidad del constructo de la escala de Yasavage para depresión Geriatrica (GDS-15). Salud Uninorte, 2008.

⁶² BACCA A, GONZALES A,URIBE F, Validacion de la Escala de Depresion de Yasavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. (2004) Pontificia Universidad javeriana, Cali. 2004.

⁶³ FOLSTEIN M.F. Minimental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. Journal Psychiatry 1975.

Una puntuación baja puede indicar una desorientación de la persona en relación al lugar y al tiempo, por lo que se debe prevenir a los familiares del riesgo que tiene de perderse si sale sola de la casa.

Escala de Registro: Indica la capacidad que tiene la persona para registrar información en la memoria.

Escala de Atención y cálculo: Mide la capacidad de atención, concentración y abstracción que tiene la persona. Una puntuación baja puede indicar: dificultad para atender y concentrarse; discalculia o acalculia (disminución o pérdida de la habilidad con los números).

Escala de Recuerdo: Mide la memoria reciente de la persona, es decir, su capacidad para recordar información recientemente adquirida.

Escala de Lenguaje:

- Indica la capacidad que tiene la persona para expresarse mediante palabras, para repetir y para seguir instrucciones básicas.
- Determina también la capacidad de la persona para la escritura.

Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada una vez habiendo hecho la prueba. De esta manera:

Interpretación:

El Examen Mental Abreviado, minimental, fue estandarizado para la población colombiana por la Doctora Rosselli y Cols⁶⁴, encontrando como evidencia

⁶⁴ ROSSELLI, A. ARDILA Y COLS. El Examen Mental Abreviado como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. Rev. Neurológica 2000. 15.p.

importante que existe una relación con el puntaje total y el nivel educativo. Para la población colombiana los puntajes se obtienen de la siguiente manera: sumar 2 puntos si tiene alteración evidente, sumar 1 punto si es mayor de 65 y 2 si es mayor de 75 años. Las preguntas 1 a 5 se agrupan bajo “orientación temporal” y las preguntas 6 a 10 bajo “orientación espacial”. Los puntos de cortes: 0 a 5 años de educación si la puntuación es inferior o igual a 21; 6 a 12 años de educación, si es inferior o igual a 24; más de 12 años si la puntuación es inferior o igual a 26⁶⁵. la sensibilidad y especificidad fueron de 92.3 y 53.7%.

6.5.3 Cuestionario de variables socio demográficas:

Consiste en un conjunto de ítems respecto a una o más variable a medir. Las variables socio demográficas se recolectarán a través de un cuestionario, el cual fue elaborado por los investigadores. Se realizó teniendo en cuenta los criterios que permiten identificar o caracterizar la población que se estudia, de esta manera se utilizaron preguntas cerradas con varias opciones, las cuales contienen categorías u opciones de respuestas que han sido previamente delimitadas. Los ítems que se seleccionaron fueron contruidos en un lenguaje claro y comprensible para la población, (el cuestionario fue revisado expertos).

6.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Al ser esta una investigación de carácter descriptivo, para el análisis estadístico se emplearan tablas de frecuencias, donde se incluirán las variables socio demográficas junto con la presentación de los rasgos depresivos. De igual manera se empleara el Chi-cuadrado de Pearson, que es una prueba estadística que se utiliza para identificar el comportamiento de las categorías de una variable presenta diferencias estadísticamente significativas. El cálculo del Chi-cuadrado

⁶⁵ ROSSELLI, A. Ardila y Cols. Op. cit., 15 p.

arroja como resultado un valor numérico el cual debe ser comparado con el valor teórico de 0.05. Cuando el valor calculado es menor que el 0.05 con lo cual se puede concluir que si existe una relación entre las variables; por el contrario si el valor calculado es mayor que 0.05 se acepta que no existe ninguna relación entre las variables.

6.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

6.8 ETAPAS DEL DISEÑO

- El primer momento del estudio corresponde con el diseño de la propuesta de investigación.
- Acercamiento a la población que se desea estudiar.
- Seleccionar la muestra de acuerdo a los criterios.
- Aplicación de instrumento para la recolección de datos.
- Análisis de datos.
- Presentación de las conclusiones de la investigación.

6.9 NORMAS ETICAS DE LA INVESTIGACION

La presente investigación al constituirse en un diseño descriptivo no representa ningún riesgo hacia las personas que serán estudiadas, no se realizará ninguna intervención que implique un cambio en las personas, se centrará en la recolección de datos.

De igual manera la investigación se basa en los lineamientos de la ley 1090 del 6 de septiembre del 2006⁶⁶, la ley por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones entre nuestras responsabilidades, las cuales se asumen en esta investigación. Entre los principales criterios que se tiene encontramos los siguientes:

- Confidencialidad: los investigadores se hacen responsables de guardar confidencialidad en los datos
- El bienestar de las personas que participan en el estudio.

⁶⁶ Congreso de la República de Colombia. Por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones. Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006

- Respeto hacia los criterios morales y religiosos de las personas.
- Guardar el secreto profesional en todo aquello que por razones del ejercicio de su profesión haya recibido información
- La información obtenida no puede ser revelada a terceros.
- La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata.
- La investigación deberá basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

Atendiendo las disposiciones de los artículos conferidos en la RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 de 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en la salud. se tendrá en cuenta:

- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.
- La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:
 - Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
 - Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
 - Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los

participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de bioética en Investigación de la institución.

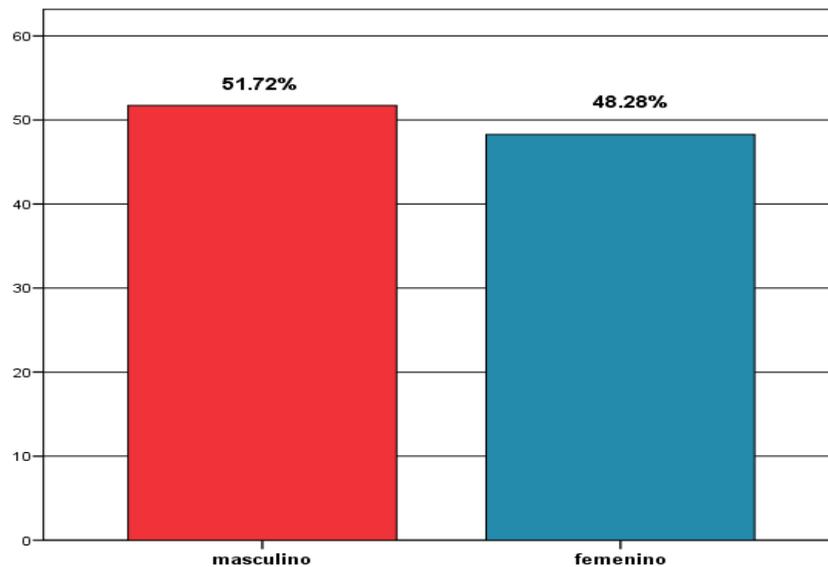
- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.
- Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

7. RESULTADOS

La muestra final de la investigación esta conformada por 29 sujetos, lo que lleva a plantear un grado de limitación en los resultados, no se puede generalizar a toda la población los hallazgos. El tamaño de la muestra tan reducido se explica en la medida en que esta población tiene unas características peculiares, la mayoría de ellos por la edad, presentan algún tipo de deterioro cognitivo significativo. Por ser la muestra menor de 30, se realizaron análisis siguiendo la teoría del muestreo no paramétrico

7.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA

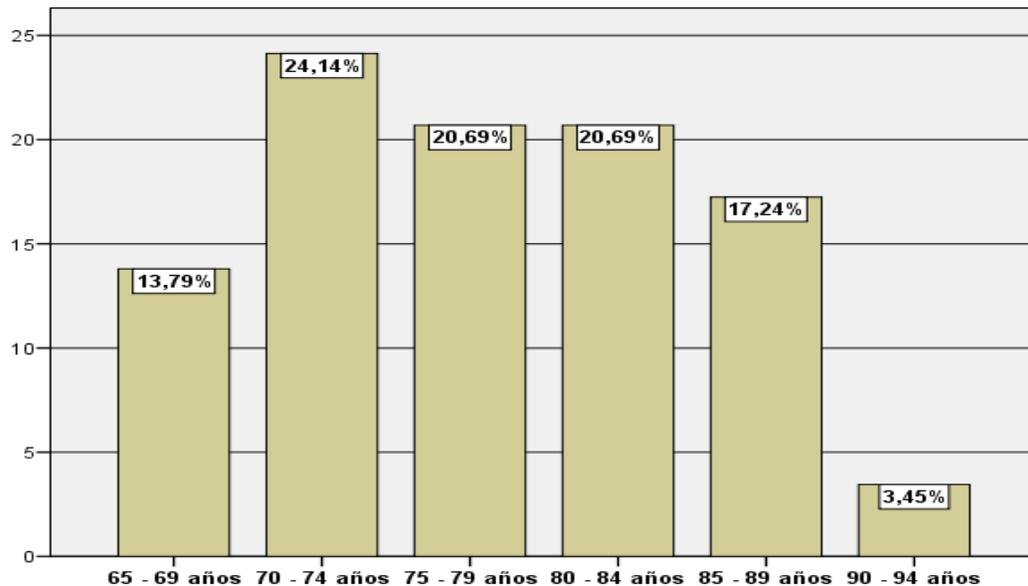
Grafico 1 Distribución de la Muestra por Género



La muestra del estudio está conformada por un porcentaje mayor de personas pertenecientes al género masculino, un 51.72%, que corresponde a 15 personas;

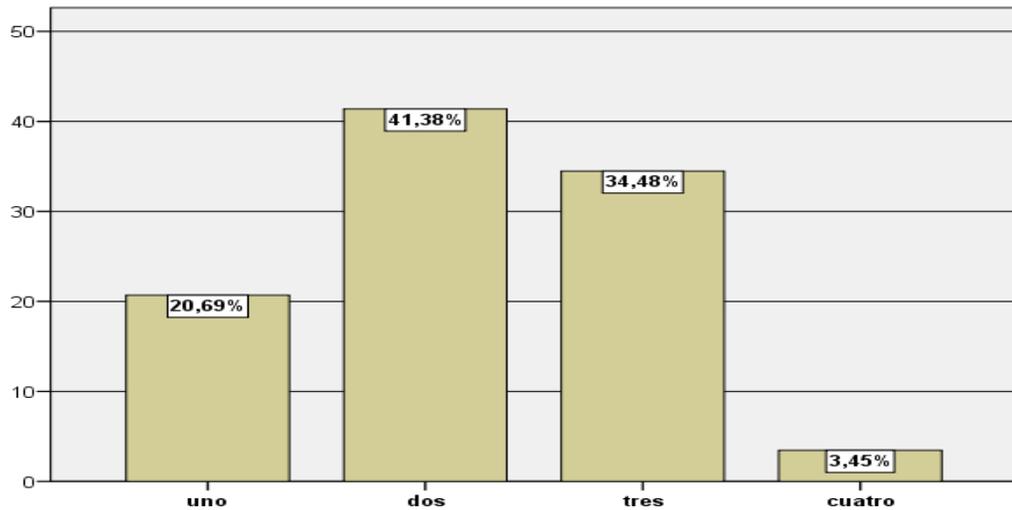
las personas que pertenecen al género femenino son el 48.28%, es decir, 14 personas. Se puede observar que en referencia al género, no se presenta una variación significativa en algún grupo.

Grafico 2 Distribución de la Muestra por Rango de Edades



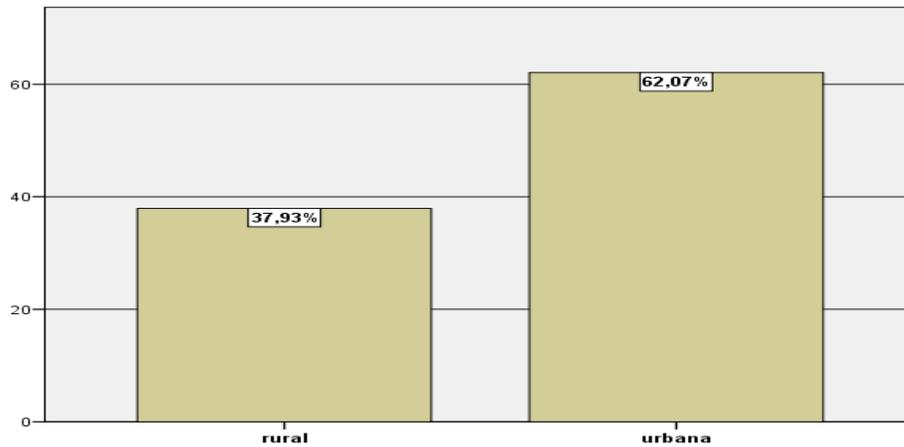
La distribución de la muestra por edades indica que hay una distribución porcentual de 13,79% para el grupo de personas que están entre las edades de 65 a 69 años, que corresponde a 4 personas; los individuos entre 70 a 74 años se encuentran en un 24,14%, es decir 7 personas; las personas entre 75 a 79 años corresponden a un 20,69%, que son 6; la representatividad del grupo de 80 a 84 años es un 20,69%, 6 personas; aquellos que están en edades de 85 a 89 años son el 17,24%, 5 personas; y finalmente se encontró las edades de 90 a 94 años, donde se encuentra un solo individuo que corresponde al 3,45%. De las personas que conforman la muestra, aquellas que tienen mayor representatividad son aquellos que se encuentran entre 70 a 74 años; y el grupo que tiene menor representatividad corresponde a las edades de 90 a 94 años.

Grafico 3 Distribución por Estrato Socioeconómico



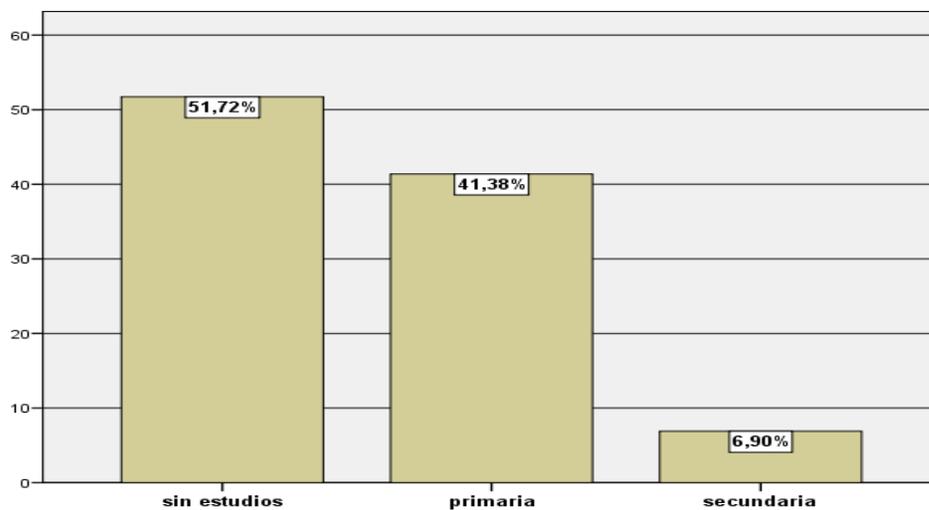
El 20,7% de la muestra del estudio pertenece al estrato socioeconómico uno, que son 6 personas; el estrato dos corresponde al 41,38%, 12 individuos; el estrato tres está representado por un 34,48%, que son 10 personas; y en el estrato cuatro se encontró que solo un individuo, que equivale al 3,45%. Al estrato socioeconómico que pertenece la mayoría de personas es el dos; el estrato socioeconómico cuatro es donde menos personas se encuentran.

Grafico 4 Distribución por Procedencia de la Muestra



La mayor parte de la muestra está conformada por personas que acuden de la misma ciudad (Neiva), que corresponde a un 62,1%, es decir 18 personas; y, el porcentaje de las personas que vienen de la zona rural es del 37,93%, para 11 personas.

Grafico 5 Distribución de la Muestra por Escolaridad

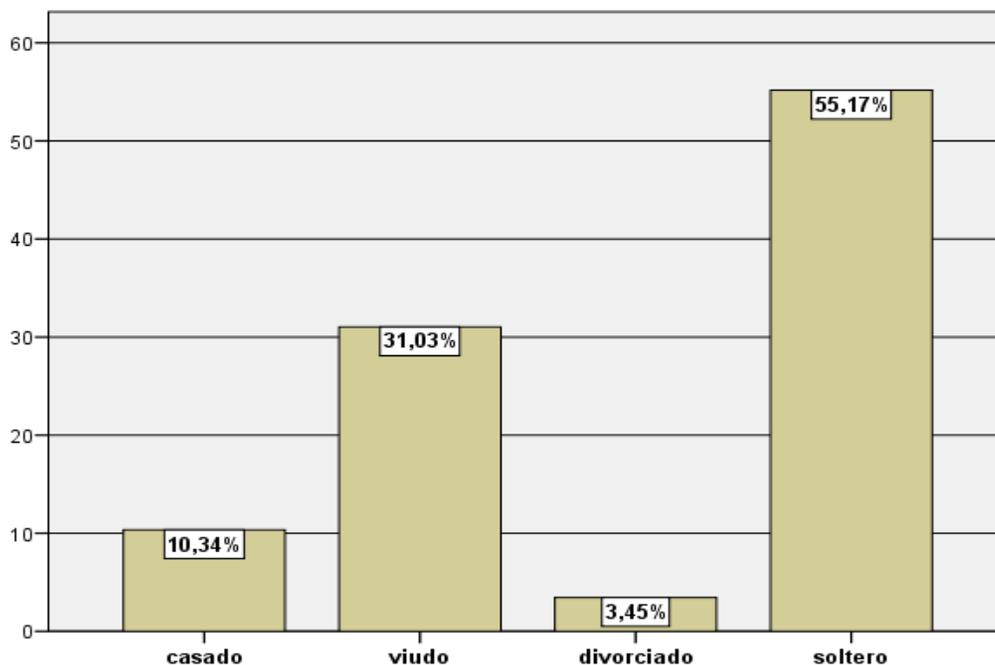


Del total de la muestra, las personas que no tienen estudio corresponden a un 51,72%, que son 15 personas; aquellos que solo han cursado hasta la primaria son 41,38%, 12 personas; y aquellos que han cursado estudios hasta secundaria corresponden a un 6,90%, 2 personas; ninguna persona, entre quienes conforman

la muestra, han realizado estudios de educación superior. El grupo más grande entre la muestra está compuesto por las personas que no tienen estudio.

De los sujetos que están sin estudios la mayoría son hombres, un 60%; de los individuos que han cursado hasta primaria la mayoría son mujeres; y de aquellos que han cursado hasta la secundaria todos son hombres.

Grafico 6 Distribución de la Muestra por Estado Civil



Entre la muestra estudiada se observa que existe una proporción mayor de las personas que en el momento están solteras, un 55,17% que son 16; el grupo que le sigue es el de los individuos que se encuentran viudos con un 31,03%, son 9 personas; luego, se encontró que aquellos que están casados con una

representatividad de 10,34%, son 3 personas; y, finalmente se halló que hay solo un individuo divorciado.

7.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS RASGOS DE LA DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD RESIDENTES EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE NEIVA

Para determinar la frecuencia de los rasgos depresivos se utilizó la escala de depresión geriátrica versión de 15 ítems. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1 Distribución de los ítems de la Escala de Depresión geriátrica

ITEMS	SI	NO
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	28	1
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	9	20
3. ¿Siente que su vida está vacía?	14	15
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	8	21
5. ¿Está usted de buen ánimo frecuentemente?	25	4
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	6	23
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	28	1
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	13	16

9.¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	12	17
10.¿Tiene más problemas con su memoria que otras personas?	16	13
11.¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	27	2
12.¿Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	5	24
13.¿Se siente lleno de energía?	22	7
14.¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	6	23
15.¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	20	9

Teniendo en consideración que la mayoría de los ítems de la escala de depresión geriátrica (GDS) se refieren a rasgos cognitivos y conductuales, y que no incluye síntomas somáticos, y observando las respuestas de las personas de la tercera edad residentes en hogares geriátricos se evidencia que en la mayoría de las respuestas, las personas tienen una percepción positiva ante la situación actual en que se encuentran. La mayor parte de esta población se siente satisfechos con sus vidas (28 personas), de igual manera; la mayoría de ellos consideran que no han abandonado muchas de sus actividades que generalmente desarrollan (20 personas), aunque existe varios de ellos, que se han alejado de sus actividades (9 personas). Existe una gran proporción de individuos que sienten que sus vidas son vacías (14 personas), frente a una cantidad casi similar de personas que creen que no es así (15 personas). Es más significativo el número de las personas ancianas que perciben que no se sienten aburridos con frecuencia (21 personas),

frente a quienes sienten que se aburren con frecuencia (8 personas). De igual manera se puede observar que la mayoría de ellos no sienten alguna preocupación frente a algo que les vaya a suceder (23 personas), frente a un grupo menor que sienten cierta preocupación frente a algún evento futuro (6 personas). La mayoría de los ancianos institucionalizados se sienten felices la mayor parte del tiempo (28 personas); hay una proporción considerable de sujetos (13 personas) que consideran que se sienten desamparados, que valen poco, frente a quienes creen lo contrario (16 personas). La mayoría de los ancianos institucionalizados les gustaría salir a hacer cosas nuevas (17 personas), frente a quienes optarían por quedarse en el lugar (12 personas). La gran mayoría de los ancianos (16 personas) perciben que tienen más problemas de memoria en comparación a sus otros compañeros. Es mayor la cantidad de personas institucionalizadas de la tercera edad que consideran que es maravilloso estar vivo (27 personas), es baja el número de esta población que considera lo contrario (2 personas). Es elevado el número de personas de la tercera edad que están institucionalizados (24 personas) que consideran que no se sienten inútiles frente a su condición actual, en comparación con el grupo de esta población que percibe lo contrario. La mayoría de ellos se sienten llenos de energía (22 personas), es pequeña la cantidad (7 personas) que consideran que se sienten sin energías. Es mayor la cantidad de personas de la tercera edad que consideran que tienen algún tipo de esperanza frente a su situación actual (23 personas), frente al grupo de personas institucionalizados que sienten que perciben que se encuentran sin esperanza ante la situación actual (6 personas). Existe una gran proporción de personas de la tercera edad institucionalizada (20 personas) que consideran que las otras personas están en mejores condiciones que ellos. En general se puede inferir que las personas de la tercera edad residentes en hogares geriátricos están satisfechas con sus vidas, la mayoría de ellos no sienten algún tipo de temor ante el futuro; y consideran que la mayoría de personas se encuentran en general,

mejor que ellos de acuerdo a las puntuaciones de la escala de depresión geriátrica.

7.3 RASGOS CONDUCTUALES

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
¿Ha disminuido a abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	si	5	4
	no	10	10

Se observa que la mayoría de las personas, tanto hombres como mujeres, consideran que no han disminuido muchas de las actividades que solían realizar; son pocas las personas que consideran lo contrario, 9 en total; y se presenta en una frecuencia muy parecida tanto en hombre como en mujeres.

J i cuadrado abandono actividades previas

		Género al que pertenece
¿Ha disminuido a abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Chi-square	,077
	Df	1
	Sig.	,782

Con el valor de Ji cuadrado se puede no hay una relación entre la variable genero y el hecho de haber disminuido o no algunas de las actividades previas.

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	si	4	8
	no	11	6

la mayoría de las personas optan por quedarse en la casa que hacer cosas nuevas, de ellos los hombres es el grupo más representativo que las mujeres; Las personas que si desean salir de casa hacer cosas nuevas, el grupo de las mujeres es mayor que el de los hombres.

ji Cuadrado de pesaron cosas nuevas

		Género al que pertenece
¿Prefiere usted quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	Chi-square	2,773
	Df	1
	Sig.	,096

No se observa que haya una relación entre las preferencias de quedarse o no en casa, y la variable género.

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
¿Se siente inútil o despreciable como esta usted actualmente?	si	2	3
	no	13	11

la mayoría de las personas no se sienten inútiles o depreciables ante la situación actual, el grupo de los hombres es mayor que el de las mujeres. Entre las personas que sienten lo contrario el grupo mayor lo forman las mujeres.

ji cuadrado situación actual

		Género al que pertenece
Se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	Chi-square	,333
	Df	1
	Sig.	,564

No existe alguna relación o asociación entre el sexo y sentirse o no inútil ante la situación en que se encuentran actualmente.

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
¿Se siente lleno de energía?	Si	13	9
	no	2	5

La mayoría de las personas de la tercera edad institucionalizados consideran que se sienten llenos de energía, siendo los hombres el grupo de mayor representación; los que no se sienten llenos de energía son 7 personas, hombres y 4 mujeres.

ji Cuadrado lleno de energía

		Género al que pertenece
Se siente lleno de energía?	Chi-square	1,981
	Df	1
	Sig.	,159

El valor de ji cuadrado indica que no hay una relación entre el género y sentirse o no lleno de energía. Es decir, el sentirse o no lleno de energía no es exclusivo de algún género; se presentan tanto en hombre como en mujeres.

7.4 RASGOS COGNITIVOS

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
Esta usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	14	14
	NO	1	0

La mayoría de la muestra de personas de la tercera edad institucionalizados consideran que están satisfecho con sus vidas, 28 en total, de ellos 14 son hombres y 14 mujeres; solo un persona de género masculino considera que no está satisfecho con su vida.

ji cuadrado satisfacción con la vida

		Género al que pertenece
¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	Chi-square	,967
	Df	1
	Sig.	,326

Con el valor de ji cuadrado se puede observar que no hay una relación o asociación entre el hecho de sentirse satisfecho con la vida o no; y el género.

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
¿Siente que su vida esta vacía?	Si	9	5
	No	6	9

la mayoría de las personas consideran que sus vidas no están vacías, 15 de ellas, 6 hombres y 9 mujeres; el grupo de las personas que consideran que sus vidas están vacías es de 14, 9 hombres y 5 mujeres.

		Género al que pertenece
¿Siente que su vida esta vacía?	Chi-square	1,710
	Df	1
	Sig.	,191

El valor de Ji cuadrado no es significativo, lo cual indica que no hay una relación entre el género y el hecho de sentir que las personas sienten o no que sus vidas están vacías.

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
¿Se siente aburrido frecuentemente?	si	4	4
	no	11	10

El grupo de las personas de la tercera edad que se encuentran institucionalizados que se sienten aburridos con frecuencia es menor frente a quienes consideran lo contrario, el primero es de 8 personas, 4 hombre y 4 mujeres; el segundo es de 21, 11hombres y 10 mujeres.

		Género al que pertenece
¿Se siente aburrido frecuentemente?	Chi-square	,013
	Df	1
	Sig.	,909

no hay una relación entre el hecho o no de sentirse aburrido con el género, es decir, el hecho o no de sentirse aburridos con frecuencia las personas de la tercera edad no es exclusivo de hombres o mujeres, sino que se presentan en ambos grupos.

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	si	3	3
	no	12	11

La mayoría de las personas de la muestra consideran que no sienten algún tipo de preocupación o algo malo les va a pasar, en total 23, 12 hombres y 11 mujeres; quienes consideran lo contrario forman un grupo de 6 personas, 3 hombre y 3 mujeres.

		Género al que pertenece	
¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Chi-square	,009	
	Df	1	
	Sig.	,924	

No existe una relación o asociación entre el género y el hecho de sentirse o no preocupado frente a algún suceso que vaya a suceder.

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	15	13
	No	0	1

La mayoría de las personas de la muestra consideran que se sienten feliz la mayor parte del tiempo, siendo 15 hombres y 13 mujeres, solo una persona de género femenino considera que no se siente feliz la mayor parte del tiempo.

		Género al que pertenece
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Chi-square	1,110
	Df	1
	Sig.	,292

Con el valor de Ji cuadrado se puede determinar que no existe alguna relación entre el hecho de sentirse feliz la mayor parte del tiempo o no con el género de la persona, es decir, no es exclusivo de un grupo, hombres o mujeres, el sentirse o no feliz la mayor parte del tiempo.

	Género al que pertenece	
	masculino	femenino
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	7	6
no	8	8

El grupo de mayor representatividad de la muestra de personas de la tercera edad institucionalizadas son quienes consideran que no se sienten con frecuencia desamparados o desvalidos, en total 16 personas, 8 hombres y 8 mujeres; las personas que se sienten con frecuencia desamparadas son 13, 7 hombres y 6 mujeres.

		Género al que pertenece
¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	Chi-square	,042
	Df	1
	Sig.	,837

No existe una asociación entre el género y el hecho de que las personas se sientan o no desamparados con frecuencia.

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
¿Tiene más problemas con su memoria que otras personas?	Si	8	8
	no	7	6

la mayoría de las personas de las muestra consideran que tienen más problemas con su memoria que el resto de las personas, siendo un grupo de 16 personas, 8 hombres y 8 mujeres; el grupo de personas que consideran que no tienen más problemas de memoria que otras personas son 13, 7 hombres y 6 mujeres.

		género al que pertenece
¿Tiene más problemas con su memoria que otras personas?	Chi-square	,042
	Df	1
	Sig.	,837

El valor de Ji cuadrado indica que no existe una asociación o relación entre el género y el hecho de considerar que se tienen o no más problemas de memoria que otras personas.

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino

¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	si	14	13
	no	1	1

La mayoría de las personas de la muestra consideran que es maravilloso estar vivo, un total de 27 personas, 14 hombres y 13 mujeres; las personas que no creen que es maravilloso estar vivo son, un hombre y una mujer.

		Género al que pertenece
¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	Chi-square	,003
	Df	1
	Sig.	,960

No existe una relación o asociación entre el género y el hecho de que las personas creen o no que es maravilloso estar vivo.

		Género al que pertenece	
		masculino	femenino
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	si	3	3
	no	12	11

El grupo más representativo de la muestra consideran que no se encuentran sin esperanzas antes la situación actual, en total 23, 12 hombres y 11 mujeres; quienes consideran que se encuentran sin esperanza ante la situación actual son 6 personas, 3 hombres y 3 mujeres.

		género al que pertenece
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	Chi-square	,009
	Df	1
	Sig.	,924

El valor de Ji cuadrado indica que no existe una relación o asociación entre el género y el hecho de que las personas se sientan o no con esperanzas frente a la situación en que se encuentran.

		Género al que pertenece	
		masculino	Femenino
¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	si	10	10
	no	5	4

la mayoría de las personas creen que las otras personas están en general mejor que ellos, un total de 20 personas, 10 hombres y 10 mujeres; las personas que consideran lo contrario son 9, 5 hombres y 4 mujeres.

		Género al que pertenece
¿Cree usted que las otras personas están, en general, mejor que usted?	Chi-square	,077
	Df	1
	Sig.	,782

No existe una asociación o relación entre el género y el hecho de que las personas crean o no que las otras personas están, en general, mejor que ellos.

Tabla 2 Frecuencia de rasgos de depresión

	FRECUENCIA
Normal	21
Depresión moderada	8
Depresión severa	0

Aplicado el instrumento de evaluación para determinar la sintomatología depresiva en las personas que residen en hogares geriátricos de la ciudad de Neiva, en el segundo semestre del año 2008 se encontró, con una muestra de 29 sujetos que cumplían con los requerimientos de admisión para el estudio, se encontró que 21 de las personas, de acuerdo al instrumento, no presentan al momento de la investigación sintomatología depresiva moderada o severa, igualmente se encontró que ninguna persona presenta rasgo depresivo severo. Solo 8 personas presentaron rasgos depresivos de depresión moderada.

Distribución de los rasgos Depresivos por Género

Tabla 3 Distribución de los rasgos de depresión por Género

	TIPO DE DEPRESION		
	NORMAL	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
Masculino	11	4	0
Femenino	10	4	0

Entre los sujetos que presentaron una depresión moderada se halló que la distribución, de acuerdo al género, se encuentra en igual proporción: 4 hombres y 4 mujeres. En referencia a las personas que no presentan algún tipo de depresión, 11 de ellas pertenecen al género masculino y el 10 al género femenino.

Tabla 4 Chi Cuadrado para Género

		género
TIPO DE DEPRESION	Chi-square	,013
	Df	1
	Sig.	,909

Se evidencia que no hay relación entre las variables, demostrado por el valor del coeficiente de chi cuadrado, el cual no es significativo, esto demuestra que el género no incide en el tipo de depresión que presenta la persona. La depresión en esta muestra no es exclusiva de algún género en particular; sino, por el contrario se presenta tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 5 Distribución de rasgos depresivos por edad

EDAD	TIPO DE DEPRESION		
	NORMAL	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
65 – 69 años	3	1	0
70 - 74 años	6	1	0
75 - 79 años	5	1	0
80 - 84 años	3	3	0
85 - 89 años	4	1	0
90 - 94 años	0	1	0

Entre las personas que obtienen una puntuación para depresión moderada, se determina que el grupo con mayor representatividad, de acuerdo a la edad, son las personas que se encuentran entre 80 a 84 años; los demás grupos de edades se encuentran en igual proporción en este grupo.

Tabla 6 Chi Cuadrado para Edad

		TIPO DE DEPRESION
años de vida	Chi-square	5,269
	Df	5
	Sig.	,384

De acuerdo al coeficiente de chi cuadrado, que no es significativo, se evidencia que la depresión no se presenta de manera exclusiva en un grupo de edad, no hay una diferencia entre los grupos de edades que presentan sintomatología depresiva moderada.

Tabla 7 Rasgos de depresión por Estado Civil

	TIPO DE DEPRESION		
	NORMAL	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
Casado	3	0	0
Viudo	5	4	0
Unión libre	0	0	0
Divorciado	0	1	0

Soltero	13	3	0
----------------	----	---	---

Entre la muestra se encontró que las personas que presentaban sintomatología depresiva moderada, de acuerdo al estado civil, el grupo que más individuos se presentaron fue el de las personas viudas equivalentes a 4; seguido del grupo de personas que se encuentran solteras con 3 casos, seguido del grupo de que se encuentran divorciados.

Tabla 8 Distribución de los rasgos depresivos por Estrato Socioeconómico

	TIPO DE DEPRESION		
	NORMAL	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
Uno	5	1	0
Dos	9	3	0
Tres	7	3	0
Cuatro	0	1	0
Cinco	0	0	0
Seis	0	0	0

En el estrato socioeconómico dos y tres son los tres individuos quienes presentan depresión moderada, que constituyen el grupo con mayor

representatividad, las personas que se encuentran en los estratos socioeconómicos 1 y 4, están conformados por una sola persona cada grupo.

Tabla 9 Chi Cuadrado para la Distribución por Estrato Socioeconómico

		TIPO DE DEPRESION
estrato socioeconómico	Chi-square	3,052
	df	3
	Sig.	,384

Con el coeficiente de chi cuadrado el cual no tiene un valor significativo que indica que no existe un grupo único en el cual se presenta de manera exclusiva la sintomatología depresiva moderada.

Tabla 10 Distribución de los rasgos depresivos por Procedencia

	TIPO DE DEPRESION		
	NORMAL	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
Rural	9	2	0
Urbana	12	6	0

Entre los sujetos que presentan depresión moderada, 6 de ellas pertenece a la zona urbana de Neiva, y 9 de ellas pertenece a la zona rural. Siendo mayor el grupo de las personas de Neiva en el grupo que presenta depresión moderada.

Tabla 11 Chi Cuadrado para la Distribución por Procedencia

		TIPO DE DEPRESION
procedencia	Chi-square	,785
	Df	1
	Sig.	,376

El valor de chi cuadrado no es significativo, dando a entender que la depresión moderada no se presenta de manera exclusiva en ninguno de los dos grupos; se presenta en ambos grupos.

Tabla 12 Distribución de los rasgos depresivos por Nivel de Escolaridad

	TIPO DE DEPRESION		
	NORMAL	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
Sin estudios	11	4	0
Primaria	9	3	0
Secundaria	1	1	0
Técnica	0	0	0
Universitario	0	0	0

Entre las personas que presentaron rasgos de depresión moderada 4 de ellas se encuentran sin estudios escolares; las personas que han realizado estudios hasta primaria y presentaron este tipo de depresión son 3, y solo se ubica una persona

a nivel de secundaria. En el nivel universitario o superior no se ubica ninguna persona entre la población estudiada.

Tabla 14 Distribución de los rasgos depresivos por Enfermedades

	TIPO DE DEPRESION		
	NORMAL	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
Del SNC	0	0	0
Órganos de los sentidos	7	1	0
Sistema Respiratorio	1	2	0
Sistema Cardiovascular	0	0	0
Sistema Musculo esquelético	12	4	0
Sistema Gastrointestinal	1	1	0
Sistema Genitourinario	0	0	0

Entre las personas que presentaban depresión moderada, 4 de ellas presenta algún tipo de enfermedad relacionada con sistema musculoesquelético; 2 de ellos están presentan enfermedades del sistema Respiratorio; y 1 persona presenta alguna tipo de enfermedad relacionada con los Órganos de los sentidos.

Tabla 16 Distribución de los rasgos depresivos de acuerdo a la Percepción de la Condición Económica

Percepción Económica	TIPO DE DEPRESION		
	NORMAL	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
Buena	6	4	0

Regular	14	4	0
Mala	1	0	0

De acuerdo a la percepción económica que sentían las personas ante la situación, entre buena, regular y mala, que 4 de las personas entre quienes tenían depresión moderada percibían que su situación económica era buena; y 4 de personas perciben su situación económica regular. Una persona de la muestra cree que su condición económica es mala; pero no presento algún tipo de depresión en el momento en que fue evaluado.

Tabla 18 Distribución de los rasgos depresivos de acuerdo a los Eventos Estresantes

	TIPO DE DEPRESION		
	NORMAL	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
A nivel familiar	2	0	0
A nivel social	0	0	0
A nivel de pareja	4	3	0
A nivel económico	0	0	0
A nivel individual	15	5	0

Se demuestra que entre las personas que presentan depresión moderada el grupo más representativo está conformada por aquellos que han tenido algún evento

estresante a nivel individual, seguido por tres personas que han sufrido algún tipo de problema relacionado con la vida sentimental

Tabla 19

Distribución de los rasgos depresivos de acuerdo a actividades de tiempo libre

	NORMAL	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
Act. deportiva	0	0	0
Manualidades	1	0	0
Juegos de mesa	1	1	0
Charla con amigos	15	4	0
Lecturas	2	0	0
Jardinería	2	1	0
Medios audiovisuales	0	2	0

Entre las personas que presentan sintomatología depresiva moderada la mayoría de ellos ocupa su tiempo para charlar con los amigos que se encuentran en la Institución; seguido por aquellos que utilizan su tiempo para escuchar música o ver televisión.

8. DISCUSION DE RESULTADOS

A raíz del fenómeno del envejecimiento que se está presentando en la mayoría de los países del mundo se han venido elaborando diversas investigaciones con el ánimo de tener una comprensión profunda acerca de este período de vida que permita generar estrategias, programas, políticas que favorezcan a esta población.

En esta investigación se incluye una muestra poblacional de 29 sujetos quienes al momento del estudio son residentes en instituciones geriátricas de la ciudad de Neiva que cumplían con los criterios de inclusión. La elección de los sujetos se dio mediante el empleo de un muestreo no probabilístico intencional por criterios. El instrumento que se utilizó para determinar los rasgos de depresión fue la Escala

de Depresión Geriátrica de Yasavage (GDS-15) junto con la aplicación un cuestionario que interroga por las principales características sociodemográficas de la población estudiada.

Dentro de los factores que protegen a este grupo de adultos mayores, se encuentra las relaciones sociales que en ocasiones garantiza la satisfacción de necesidades físicas, emocionales e intelectuales. Teniendo en consideración que la mayor parte del tiempo comparte sus actividades con los demás ancianos institucionalizados, y considerando que la actividad que más realizan en el tiempo libre es la charla entre ellos, de acuerdo con los planteamientos de Ring⁶⁷ (1994) con su teoría de los roles sociales, se destaca que aquellas personas que tienen roles sociales son menos susceptibles de sufrir depresión que quienes no los tienen. Desde el punto de vista psicológico, aquellas personas que sostienen interacciones y roles definidos los protegen en una proporción moderada de sufrir algún trastorno psicológico, en este caso de la sintomatología depresiva, todo esto porque el desempeño en varios roles sociales permite a la persona obtener múltiples refuerzos que potencializan la satisfacción con la propia vida.

La escala de depresión geriátrica predice el rasgo de depresión de acuerdo a los planteamientos de la teoría de Beck⁶⁸, cuyo eje central es la triada cognitiva, la cual considera que los signos y síntomas del síndrome depresivo (conductual y afectivo) son la consecuencia de los patrones cognitivos negativos, asimismo, «los síntomas motivacionales como la poca fuerza de voluntad y los deseos de escape y evitación también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas; el modelo cognitivo también explica los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia

⁶⁷ Ring, J. M. (1994). Aspectos sociales en la depresión en los ancianos. En J. Buendía (Ed.). *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 234- 357). Madrid: siglo XXI Editores, S. A.

⁶⁸ Bacca, Angélica y Uribe Rodríguez F. Validación de la Escala de Depresión de Yasavage en adultos mayores colombianos. Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia) 2004

de la persona de estar destinada a fracasar en todo lo que se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede generar una inhibición psicomotriz». ⁶⁹ Se hace referencia a esta teoría en especial ya que la escala GDS-15 corresponde a la evaluación del componente cognitivo que da cuenta de los otros síntomas de la depresión en general; es decir en este caso las puntuaciones relevantes del estudio, para el primer ítem demuestran que la mayoría de las personas se siente satisfecha con sus vidas, muestran una percepción cognitiva positiva acerca de sus vida. Aunque en el ítem 3, deja a entender que en la actualidad muchas de las personas de la tercera edad consideran que sus vidas están vacías, al igual que es significativo la frecuencia de personas que se sienten desamparadas, que prefieren no hacer cosas nuevas en sus vidas, y finalmente es amplio el grupo de personas que sienten que tienen mayores problemas de memoria que el restos de las personas con quienes conviven. Hay que resaltar que existe una gran cantidad de personas de la tercera edad institucionalizados que están de buen ánimo con frecuencia, en general que se sienten de buen humor la mayor parte del tiempo. También se observa que la mayoría de las personas no sienten algún tipo de miedo o preocupación frente a algún evento, la mayoría de ellos creen que es maravilloso estar vivo y se sienten con suficientes energía.

Teniendo en cuenta que para Beck⁷⁰ todos los síntomas de la depresión resultan del estilo cognitivo negativo. El tipo de síntomas motivacionales y conductuales se explican a partir de las cogniciones negativas, propias del pensamiento depresivo, en las cuales se mantienen las creencias con la validez de sus conceptos negativos sin tener en cuenta evidencias contrarias, esto indica que cuando la persona considera que las consecuencias de sus actos van a ser desfavorables su

⁶⁹ Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B & Emery, G. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclee De Brower, S.A. (1983). 87 pag.

⁷⁰ *Ibid.*, p 111

opción de respuestas es de evitación y escape y sentimientos de minusvalía y poca fuerza de voluntad, aunque la frecuencia de estos pensamientos en las personas de la tercera edad institucionalizados, existe en algunas de ellos esta clases de pensamientos frente a la situación actual, ante el futuro y ante las demás personas, que de cierta manera afectan el funcionamiento de sus vidas y puede conducir a estados de depresión.

Con respecto a la organización estructural del pensamiento depresivo (esquemas) se enfatiza que debido al tipo de la estructura de respuesta, propuesta en la escala (respuesta dicotómica), se dificulta la identificación de los esquemas de la personas y los errores en el procesamiento de la información, si se tiene en cuenta que los esquemas son patrones cognitivos estables⁷¹ y para ser identificados las opciones de respuesta deben dar cuenta de criterios de permanencia en el tiempo, por ejemplo, siempre, algunas veces, nunca. Al igual que los errores en el procesamiento cognitivo.

Los fenómenos anteriores de la sintomatología depresiva en estas personas puede ser explicado teniendo en cuenta que partir de la tercera edad se generan nuevos cambios en el estilo de vida de la persona, es un nuevo periodo del ciclo vital, nuevos acontecimientos se presentan como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, la disminución de ingresos económicos, que pueden resultar en una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo, todo esto genera nuevos sentimientos y percepciones propias en cada individuo que puede terminar afectando el curso de la vida, estos eventos contribuyen a que estas personas aumenten el riesgo de presentar síntomas depresivos a esta edad.

⁷¹ Ibid. P 111

Existe la misma frecuencia de hombres y mujeres que presentaron depresión moderada. En un estudio similar en la ciudad de Madrid realizado por Rojas y Cols,⁷² encontró que el grupo de las mujeres eran quienes presentaban mayores síntomas depresivos en comparación con los hombres. En el municipio de Neiva Marleivi Cortes, en el año 2005, encontró sintomatología depresiva severa en el género femenino⁷³, en este caso se presentó una igualdad entre los grupos de mujeres y hombres que presentaron depresión. La depresión en esta población no es exclusiva de algún género en particular, se presenta tanto en hombres como en mujeres.

En los estratos socioeconómicos dos y tres se encuentra la mayoría de sujetos que presentan sintomatología de depresión moderada este dato se relaciona con lo que menciona Santamaria⁷⁴ que en esta edad se presentan preocupaciones o con mayores niveles de angustia frente a problemas económicos, debido a que por los años que presentan es difícil ocuparse en algún tipo de actividad que les permita acceder a mejores posibilidades de trabajo remunerado.

En esta investigación se encuentra que no existe un estrato socioeconómico en el cual se presenta de manera exclusiva la sintomatología de depresión moderada, se presenta en todos los estratos socioeconómicos.

Entre los sujetos que presentaron una sintomatología de depresión moderada a mayoría se encuentran sin estudios escolares; seguido por el grupo de sujetos

⁷² Depresión y factores sociafamiliares en ancianos de una residencia geriátrica.[en línea] [consultado el 04/09/2008]. Disponible en <www.psicodoc.com>

⁷³ CUELLAR, Duayen. Evaluación de la depresión como factor de riesgo en el desencadenamiento de la demencia tipo Alzheimer. Universidad Surcolombiana, Programa de Psicología. Neiva 2005. P. 15-21.

⁷⁴ [en línea] [consultado el 03/02/2009]. Disponible en <http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_depresion_anciano_2.htm>

que han realizado estudios hasta primaria, solo un sujeto se encuentra con estudios a nivel de secundaria. En el nivel universitario o superior no se ubica ninguna persona entre la población estudiada. La distribución de la sintomatología de la depresión moderada no se presenta de manera significativa en uno de los grupos, sino que se presenta en diferente proporción entre los grupos.

Entre los sujetos que presentan depresión moderada, el grupo más representativo lo conforma quienes han tenido algún evento estresante a nivel individual, seguido por tres personas que han sufrido algún tipo de problema relacionado con la vida sentimental, es decir, como lo menciona Santa María⁷⁵, son sujetos que con sentimientos de tristeza, ansiedad, desesperanza o vacío. Pérdida de interés en las actividades que anteriormente disfrutaba, y se refugian en estos sentimientos. De igual manera, la tristeza y el bajo estado de ánimo pueden manifestarse en el anciano como apatía y retracción y pueden ser predominantes quejas somáticas⁷⁶ que ponen de manifiesto constantemente.

En estados de depresión avanzados hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, y puede estar temeroso, preo-cupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional⁷⁷

Existen varios factores que podrían ayudar a explicar la tasa de depresión en las residencias geriátricas. Hay que tener en cuenta que se está tendiendo a derivar casos de asistencia hospitalaria y casos de pacientes psiquiátricos crónicos envejecidos, lo que da lugar al aumento de la población discapacitada en las

⁷⁵ Santa Maria Luis. Hospital Getafe, Madrid.2000. Disponible en http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_depresion_anciano_2.htm

⁷⁶ Santa Maria Luis. Op. Cit., [en línea].

Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. En: Red Enseñanza e Investigación en Psicología. México 2006.[en línea] [consultado el 05/08/2008]. Disponible en <<http://site.ebrary.com/lib/bibliosurcolombianasp/Doc?id=10117396&>>.

residencia, además la institucionalización en una residencia geriátrica puede dar lugar a la aparición de factores que favorezcan los cuadros o síntomas depresivos: sentimiento de abandono (Rojas, 1991)⁷⁸, dificultades económicas o limitación de la posibilidad de uso de dinero, aislamiento o alejamiento de su ambiente y red social habitual, lo que conduce a un sentimiento de desarraigo y esfuerzo de adaptación relevante, cambios significativos en el estilo de vida, con incremento en el grado de estrés (Ribera, 1988)⁷⁹ adaptación obligada a un reglamento y normas que pueden incidir negativamente sobre su intimidad y autonomía y dar lugar a sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción vital (Polaino-Lorente, 1984)⁸⁰, falta de objetivos y actividades e incremento de las autopercepciones de déficit de salud e incremento de ansiedad ante la muerte.

Por otro lado se destaca que las Viudas y Solteras son el grupo más representativo entre los que presentan depresión moderada; estas situaciones como lo mencionaba Zarragoitia⁸¹ y Moreno⁸², que son factores de riesgo para presentar depresión en este periodo de vida, ya sienten que el tiempo de vida que tienen es poco.

Entre los sujetos que presentaron depresión moderada, el grupo más significativo, organizado de acuerdo a problemas de salud, se encontraron las personas mayores con problemas en el sistema musculo- esquelético; esta condición se relaciona con el hecho que para una persona el padecer una enfermedad física suele generar nuevos sentimientos, en este caso de aquellos que conducen a la

⁷⁸ ROJAS, E.; DE LAS HERAS, F. J.; DUEÑAS, M.; GAONA, J. M., y ELEGIDO, T. "Depresión y factores sociofamiliares en ancianos de una Residencia geriátrica". *Psicopatología*, 1991.11 (1), pp. 23-30.

⁷⁹ RIBERA, D.; REIG, A., y MIQUEL, J. "Psicología de la salud y envejecimiento: estudio empírico en una Residencia de ancianos". *Geriatría*, 1988. 4 (2), pp. 61-70.

⁸⁰ POLAINO-LORENTE, A. Depresión: actualización psicológica de un problema clínico. Madrid: Alhambra. 1984. p.95-105.

⁸¹ ZARRAGOITIA Alonso I. La depresión en la tercera edad. Hospital clínico quirúrgico "hermanos Ameijeiras". 2001. p. 45/46.

⁸² Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Univ. Guadalajara, Centro Univ. Ciencias de la Salud, México. Vol. 36 (3).2001 pg.140-144

persona a sentimientos de minusvalía, de que a esta edad es poco lo que pueden hacer y sienten que sus dolencias físicas diariamente se complican mas.

No se encontraron puntuaciones para sintomatología de depresión severa, una de las posibles explicaciones en torno a este hecho se explica teniendo en cuenta que estas personas no presentan un deterioro cognitivo significativo, fueron seleccionadas por medio de la aplicación del minimental, este dato se apoya en un estudio titulado “relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo san Antonio de Bucaramanga”⁸³, realizado por la doctora Cerquera Córdoba, en el cual encontró que en la medida en que no existe un deterioro cognitivo en las personas; la depresión se da en un porcentaje bajo.

Los diferentes investigadores que han realizado estudios acerca de la depresión entre las personas mayores institucionalizadas, arrojaron en evidencia una gran cantidad de datos; pero estos datos también reflejan una gran disparidad entre los diferentes estudios, en los que la sintomatología oscila entre un 14%⁸⁴ y un 62,67% e incluso un 70%⁸⁵. Esto evidencia que la depresión es un fenómeno que varía constantemente o bien, es el resultado de la utilización de diferentes métodos para diagnosticarla.

En este estudio se encontró que 8 sujetos presentaban sintomatología de depresión moderada; este hallazgo comparado con el de otros investigadores, demuestra que el porcentaje de depresión es relativamente bajo. En una

⁸³ CERQUERA CÓRDOBA, Ana Mercedes. Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. 2007. 145p.

⁸⁴ LOBO, A.; VENTURA, T., y MARCO, C. “Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain En: Prevalence of disorders and validity of screening”. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1999, pp. 83-91.

⁸⁵ ROJAS, E.; DE LAS HERAS, F. J.; DUEÑAS, M.; GAONA, J. M., y ELEGIDO, T. “Depresión y factores sociofamiliares en ancianos de una Residencia geriátrica”. *Psicopatología*, 1991. 11(1), pp. 23-30.

investigación realizada por Rojas y Cols⁸⁶, en residencias geriátricas encontraron que el 63% de las personas presentaron un diagnóstico de depresión. En un estudio similar realizado por García y Cols realizado en Cuba acerca de la depresión del adulto mayor encontraron que la depresión estuvo presente en un 47 % entre la población de estudiada. En esta investigación se evidencia que hay una distribución similar de acuerdo al género entre las personas que presentaron una sintomatología depresiva moderada, afecta tanto a hombres como a mujeres; hecho que varía un tanto, en comparación con otros estudios, como el realizado por Rojas⁸⁷, García⁸⁸ en los cuales se ha encontrado que la depresión es más frecuente entre las mujeres.

9. CONCLUSIONES

- La mayoría de las personas (28) de la tercera edad que conforman esta muestra quienes se encuentran institucionalizados, se encuentran básicamente satisfechos con sus vidas.
- Es mayor la frecuencia, entre la muestra, de las personas de la tercera edad que se encuentran institucionalizados que presentan un buen estado de ánimo (25); frente a quienes no perciben esta situación.
- El grupo de las personas de la tercera edad que se encuentran institucionalizados de esta muestra que no temen que algo malo les va a suceder es mayor (23 personas) en comparación a los que consideran lo contrario.

⁸⁶ Depresión y factores sociafamiliares en ancianos de una residencia geriátrica. [en línea] [consultado el 04/09/2008]. Disponible en < www.psicodoc.com.>.

⁸⁷ Ibid., p.11

⁸⁸ Ibid., P.12

- La mayoría de las personas (28) de la tercera edad de esta muestra que se encuentran institucionalizados consideran que la mayor parte del tiempo se sienten feliz.
- Existe una proporción mayor (27 personas) de la muestra de personas de la tercera edad que se encuentran institucionalizados que creen que es maravilloso estar vivo.
- La mayoría de las personas de la tercera edad de esta muestra que se encuentran institucionalizadas consideran que, en general, otras personas están en mejores condiciones que ellos.
- Existe una frecuencia, casi que similar, entre las personas de la tercera edad institucionalizados que sienten que sus vidas están vacías y el grupo que considera lo contrario.
- la mayoría de las personas (22) de la tercera edad institucionalizados de esta muestra consideran que se sienten llenos de energía.
- Es más significativo el número de personas (24) de la tercera edad de esta muestra que consideran que se sienten útiles ante la situación actual; frente al grupo que cree lo contrario.
- En este estudio los rasgos depresivos no se presentan de manera exclusiva de un género entre las personas de la tercera edad residentes en hogares geriátricos, donde la proporción de la distribución por género es igual entre quienes presenta sintomatología depresiva moderada.

- Entre las personas que obtienen una puntuación para depresión moderada de esta muestra, se encontró que el grupo con mayor representatividad, de acuerdo a la edad, son los individuos que se encuentran entre 80 a 84 años; los demás grupos de edades se encuentran en igual proporción en este grupo.
- En el grupo de las personas que presentaban rasgos de depresión moderada, organizados de acuerdo al estado civil, el grupo que más individuos presentan es el de aquellos que se encuentran viudos; seguido del grupo de personas que se encuentran solteros.
- En este estudio se encontró que los rasgos depresivos se presentan entre las personas de todos estratos socioeconómicos; no es exclusiva de alguno en particular.
- Las personas que presentan depresión moderada en este estudio, perciben que la condición económica en la que se encuentran es buena y regular; ninguno percibe que es mala.
- Es mayor la frecuencia de personas de esta muestra que no han realizado estudios que presentan depresión moderada.
- No se encontró en este estudio personas con depresión severa.
- Entre las personas que presentan depresión moderada de esta muestra, el grupo más representativo está conformada por aquellos que han tenido algún evento estresante a nivel individual, como pensamientos negativos, confusión; seguido por el grupo que ha tenido eventos estresantes a nivel

de pareja, como la muerte o separación. Sin embargo no se puede determinar que la depresión sea exclusiva de estos grupos.

10. RECOMENDACIONES

- Aunque no se encontró en la muestra personas con rasgos de depresión severa, se debe tener en consideración que la depresión moderada es una sintomatología presente en una proporción considerable, lo cual motiva a plantear las siguientes recomendaciones:
- Es necesario que en las Instituciones en las cuales residen las personas de la tercera edad se realice de manera periódica evaluaciones e intervenciones en las personas que presenten alguna sintomatología depresiva.
- El envejecimiento de las personas se debe considerar como una etapa más del desarrollo del individuo, con características muy peculiares, y si bien conlleva a una serie de repercusiones en todos los sentidos se debe

procurar brindar el apoyo necesario para mejorar la calidad de vida de este periodo.

- Elaborar estudios que permita obtener una mayor comprensión acerca de la tercera edad en la ciudad de Neiva, basados en que es un fenómeno que se viene presentando y existen pocos estudios en esta población.
- Brindar mayores actividades de ocio para las personas residentes en las Instituciones.

• **BIBLIOGRAFIA**

ARANGO, Juan C. Conferencia Segundo Curso de Evaluación y tratamiento de la depresión y la ansiedad. Medellín, Colombia. 2008.

BACCA, A. GONZALES, A. URIBE F. Validación de la Escala de Depresión de Yasavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. Pontificia Universidad Javeriana, Cali. 2004.

BANERJEE S, MACDONALD, A. Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social service use. Br J Psychiatry 1996. P.6.168-750.

Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B & Emery, G. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclee De Brower, S.A. (1983). 87 pag.

CAMPO ARIAS, A. MENDOZA, U, y Cols. Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la escala de Yasavage para depresión Geriátrica (GDS-15). Salud Uninorte, 2008.

CANO, A. Depresión en el anciano: Epidemiología y diagnóstico de la depresión en el anciano. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. 2000; 14 (3): 116 p.

CERQUERA CÓRDOBA, Ana Mercedes. Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. Universidad Autónoma de Bucaramanga. 2007. p. 145.

Centers for Disease Control and Prevention Suicide deaths and rates per 100,000. [en línea] [consultado el 23/03/2008]. Disponible en <<http://www.cdc.gov/ncipc/data/us9794/suic.htm>>.

Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. [en línea] [consultado el 19/09/2008]. Disponible en <<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-301-1-comportamiento-de-la-depresion-en-el-adulto-mayor.html>>.

Congreso Internacional de Psiquiatría. Madrid. En Jano On-line y agencias 2001. p.12.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el código deontológico y bioética y otras disposiciones. Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006.

CONWELL Y. Suicide among elderly persons. Psychiatry Service 1995. P. 23.

COPELAND. J, BEEKMAN. A, y Cols. Depression in Europe: Geographical distribution among older people. Br J Psychiatry. 1999. P. 8.

CUELLAR, Duayen. Evaluación de la depresión como factor de riesgo en el desencadenamiento de la demencia tipo Alzheimer. Universidad Surcolombiana, Programa de Psicología. Neiva 2005, p. 15-21.

CRUZ, Rolando A. Psicología del envejecimiento. La Habana: Casa Editorial Científico-Técnica. 1992. 86p.

DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población 2006-2020. [en línea] [consultado el 14/05/2008] <Disponible en [ww.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)>.

Depresión y factores sociafamiliares en ancianos de una residencia geriátrica. [Base de datos en línea] [consultado 4 de septiembre 2008]. Disponible en <www.psicodoc.com>.

Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. En: Red Enseñanza e Investigación en Psicología. México 2006. [en línea] [consultado el 05/08/2008] Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/biblio_surcolombianasp/Doc?id=10117396&>.

Depresión y factores sociafamiliares en ancianos de una residencia geriátrica. [en línea] [consultado el 04/09/2008]. Disponible en <www.psicodoc.com>.

DEVESA, E. Fisiología del envejecimiento. En: DEVESA. *Geriatría y Gerontología*. Editorial Científico-Técnica. La Habana. 1992. p. 186-223.

FREEDMAN, A.M. KAPLAN, H.I. SADOCK, B.J. Compendio de psiquiatría. Barcelona: Salvat 1983. P. 19-24.

FOLSTEIN, M.F. Minimental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *Journal Psychiatry* 1975.

GIMÉNEZ GARCÍA, Gemma Isabel. La depresión desde una perspectiva tridimensional: elaboración de un instrumento de medida. [en línea]. España, 2005. [consultado el 12/06/2008]. Disponible en <http://site.ebrary.com/lib/biblio_surcolombianasp/Doc?id=10092445&>.

GIL, Gregorio P, y COLS. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Depresión y Ansiedad. SEGG y Scientific Communication Manegement, 2004. 215p.

HERNÁNDEZ, Mauricio. Epidemiología, diseño y análisis de estudios. Editorial panamericana. 2007. P. 42.

HERNÁNDEZ, Roberto. FERNÁNDEZ, Carlos, BAPTISTA, pilar. Metodología de la Investigación. Arfo editores. 2002. P. 56.

ICFES. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. Serie aprender a Investigar módulo 3. Recolección de la información. 1999. pág. 108.

Introducción a la Gerontoneuropsiquiatría. En: Envejecimiento poblacional. Vol. 18, No 3 (1996) [en línea] [consultado el 19/09/2008]. Disponible en <www.Psiquiatría.com>.

KENNEDY, G.J. The geriatric syndromes of late-life depression. *Psychiatr Serv* 1995. P. 11-13.

LOBO, A.; VENTURA, T., y MARCO, C. "Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain: Prevalence of disorders and validity of screening". En: *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 11, No 5(junio 1999); p. 18-25.

MENCHON, Crespo, ANTON JJ. Depresión en ancianos en curso de formación continuada en geriatría. *Revista de Geriatría* 2001. P. 43-44.

MONFORTE, JA., FERNÁNDEZ, C., Diez, J. La depresión en el anciano que vive en residencias. En: *Revista Española de geriatría y gerontología*. Vol. 33. (mayo.1998). p. 5-8.

PICHOT, Pierre. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM IV.1996.

Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Univ. Guadalajara, Centro Univ. Ciencias de la Salud, México. Vol. 36 (03/.2001) pg.140-144

PRIETO, R. Temas de gerontología. La Habana: Casa Editorial Científico Técnica, segunda edición. 2000. p. 104-105.

POLAINO-LORENTE, A. Depresión: actualización psicológica de un problema clínico. Madrid: Alhambra. 1984. P. 95-98.

POLAINO- LORANTE, A. La depresión. *Psiquiatría y salud*. España: Ediciones Martínez Roca. No 13 (fall. 2000); 26p.

POLIT-HUNGLER. Investigación científica en ciencias de la salud. Quinta edición. McGraw-Hill. 1999, p. 95-105.

RIBERA, D.; REIG, A., y MIQUEL, J. "Psicología de la salud y envejecimiento: estudio empírico en una Residencia de ancianos". Geriatrika. 1988 4 (2). pp. 61-70.

ROJAS, E.; DE LAS HERAS, F. J.; DUEÑAS, M.; GAONA, J. M., y ELEGIDO, T. "Depresión y factores sociofamiliares en ancianos de una Residencia geriátrica". Psicopatología, 1991. 11 (1), pp. 23-30.

ROSSELLI, A. ARDILA y COLS. El Examen Mental Abreviado como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. Rev. Neurología 2000. 15p.

SAMPIERI, Roberto Hernández y cols. Metodología de la investigación. México. Cuarta edición. McGraw-Hill interamericana. 2007 p. 241.

SANTA MARIA LUIS. Hospital Getafe, [en línea]. Madrid 2000. [consultado el 05/04/2008] Disponible en <http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_depresion_anciano_2.htm>

STROCK, Margaret. Hablemos claro sobre la depresión. Department of Health and Human Services public health service national institutes of health. [en línea] [consultado el 03/04/2008]. Disponible en <<http://www.nimh.nih.gov>>.

SOLÍS, Y.; MARÍN LLANES, R. La tercera edad. Interpsiquis. [en línea] [consultado el 19/09/2008]. Disponible en <www.Psiquiatría.com>.

THOMPSON, Karla. Depresión y discapacidad. Guía práctica. [en línea] Asociación de Salud Mental de Carolina del Norte. 2002 [consultado el 25/06/2008]. Disponible en <www.fpg.unc.edu/~ncodh>.

URIBE, Santiago. ZAPATA, Antonio. GÓMEZ Bernardo. Investigación evaluativa. Módulos de investigación social ICFES. Arfo editores. 2002. P. 86.

ZARRAGOITIA, Alonso I. Hospital clínico quirúrgico: "La depresión en la tercera edad. Hermanos Ameijeiras" Madrid: Alianza, 2001.p. 45-46.

ZARRAGOITIA, Alonso I. La depresión en la tercera edad. Hospital clínico quirúrgico "hermanos Ameijeiras".2001. p. 33-34.

ANEXOS

Anexo A CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y FAMILIARES

INFORMACION DEL PARTICIPANTE

Nombres y apellidos: _____

Tiempo de institucionalización_____

Estrato Socioeconómico: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

Procedencia: Rural _____ Urbana _____

Ocupación: _____

EDAD: 65 a 69 años _____ 70 a 74 años _____ 75 a 79 años _____ 80 a 84 años _____

85 a 89 años _____ 90 a 94 años _____ 95 a 99 años _____ más de 100

años _____

SEXO: Masculino _____ Femenino _____

ESCOLARIDAD: Sin estudios _____ Primaria _____ Secundaria _____
Técnica _____ Universitario _____ Otro _____ Cual? _____

ESTADO CIVIL. Casado _____ Viudo _____ Unión libre _____

Divorciado _____ Soltero _____

Práctica alguna religión? Si _____ No _____

Si tiene pareja

Visita de la pareja

Frecuente _____ En ocasiones _____ Nunca viene _____

Visita de los hijos

Frecuente _____ En ocasiones _____ Nunca vienen _____

Visita de los nietos

Frecuente _____ En ocasiones _____ Nunca vienen _____

RED DE AMIGOS:

Tiene usted un grupo de amigos extenso? Si _____ no _____

Visita de sus amigos

Frecuente _____ En ocasiones _____ Nunca vienen _____

ENFERMEDADES QUE ACTUALMENTE PADECE:

DEL S.N.C _____ ORGANOS DE LOS SENTIDOS _____ SISTEMA
RESPIRATORIO _____ SISTEMA CARDIOVASCULAR _____ SISTEMA
MUSCULOESQUELETICO _____ SISTEMA GASTROINTESTINAL _____
SISTEMA GENITOUNITARIO _____

Cree que su condición económica:

Buena _____ Regular _____ Mala _____

Tiene usted alguna limitación física?: SI _____ NO _____Cuál? _____

En que actividades utiliza el tiempo libre:

Actividad deportiva _____ Manualidades _____ Juegos de mesa _____ Charla con
los amigos _____ Lecturas _____ Jardinería _____ Medios audiovisuales
_____ Otra _____

Eventos estresantes

A nivel familiar _____ A nivel social _____ A nivel de pareja _____

A nivel económico _____ A nivel individual _____

Obtengo los ingresos económicos de:

Hijos_____ Pareja_____ Propios_____ Estado_____

Anexo B CARACTERISTICAS DE LOS RASGOS DE LA DEPRESION EN UNA MUESTRA DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD RESIDENTES EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE NEIVA EN EL SEGUNDO PERIODO 2008

Yo _____ con cédula de ciudadanía número_____ de _____ en pleno uso de mis facultades mentales y psicológicas he recibido información sobre el estudio de investigación que están realizando los estudiantes del

programa de psicología de la Universidad Surcolombiana, denominado:
CARACTERISTICAS DE LOS RASGOS DE LA DEPRESION EN UNA MUESTRA
DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD RESIDENTES EN HOGARES
GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE NEIVA EN EL SEGUNDO PERIODO 2008

He sido informado de los procedimientos, los cuales no presentan ningún riesgo para mi integridad y además que esta información se mantendrá en privacidad, el trato de los investigadores será con respeto de acuerdo a la dignidad humana, tendré derecho al anonimato en todo registro obtenido y en la presentación de los resultados y que los datos no serán utilizados, para otros fines diferentes a los objetivos de la presente investigación, además podré retirarme del estudio en cualquier momento cuando lo desee, sin que esto tenga consecuencias.

Por lo tanto doy mi consentimiento para participar en el estudio:
CARACTERISTICAS DE LOS RASGOS DE LA DEPRESION EN UNA MUESTRA
DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD RESIDENTES EN HOGARES
GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE NEIVA EN EL SEGUNDO PERIODO 2008

Firma _____ CC _____ de _____

Dado en _____ a las _____ del mes de _____ de _____.

Anexo C CARACTERISTICAS DE LOS RASGOS DE LA DEPRESION EN UNA MUESTRA DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD RESIDENTES EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE NEIVA EN EL SEGUNDO PERIODO 2008

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____ con cédula de ciudadanía numero _____ de _____ en calidad de _____ de la residencia geriátrica _____ y en pleno uso de mis facultades mentales y psicológicas manifiesto que he sido

informado sobre el estudio de investigación que está realizando la Universidad Surcolombiana a través de la Facultad de Salud y el programa de Psicología denominado “CARACTERISTICAS DE LOS RASGOS DE LA DEPRESION EN UNA MUESTRA DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD RESIDENTES EN HOGARES GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE NEIVA EN EL SEGUNDO PERIODO 2008” y autorizo para participar a las personas residentes de esta institución en la presente investigación, aportando los datos que sean necesarios. He sido informado de los procedimientos, los cuales no presentan ningún riesgo para la integridad de las personas, y además que esta información se mantendrá en privacidad, el trato de los investigadores será con respeto de acuerdo a la dignidad humana, y que además tendrán derecho al anonimato en todo registro obtenido y en la presentación de los resultados y que los datos no serán utilizados, para otros fines diferentes a los objetivos de la presente investigación.

Firma _____ CC _____ de _____

Dado en _____ a las _____ del mes de _____ de _____

ANEXO D Minimental

MINIMENTAL

PUNTAJE	ORIENTACIÓN		
/5	Diga en que:	1. Año	Nos encontramos (1)
		2. Mes	(1)
		3. Día	(1)
		4. Día/semana	(1)
		5. Hora	(1)
/5	En qué	1. País	(1)
		2. Ciudad	(1)
		3. Departamento	(1)
		4. (Hospital) Lugar	(1)
		5. Piso	(1)

MEMORIA

/3	Diga tres nombres: <u>casa, mesa, árbol</u> . Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que los repita. Un punto por cada una. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anote el número de ensayos requeridos. _____	(3)
----	--	-----

ATENCIÓN Y CÁLCULO

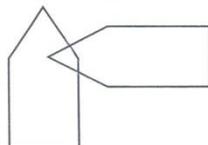
/5	Restar 100 - 7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta. (93, 86, 79, 72, 65)	(5)
	Decir los meses del año al revés (Diciembre, Noviembre, Octubre, Septiembre, Agosto). Realizar uno u otro: (números o meses).	

EVOCACIÓN

/3	De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.	(3)
----	---	-----

LENGUAJE

/2	Denominar dos objetos (<u>reloj, lápiz</u>)	(2)
/1	Repetir: <u>En un trigal había cinco perros.</u>	(1)
/3	Comprensión: Obedecer una orden en tres etapas: "Tome la <u>hoja</u> con su mano derecha, <u>dóblela</u> y <u>póngala</u> en el suelo"	(3)
/1	Lea y obedezca las siguientes ordenes: "Cierre los ojos".	(1)
/1	Escriba una frase	(1)
/1	Copie el diseño	(1)



PUNTAJE: _____ /30

Instrucciones de puntuación de la escala de depresión geriátrica (EDG)

Instrucciones: Asigne un punto a cada respuesta en negritas. Un puntaje de 5 o más indica depresión.

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Está satisfecho con su vida? | Sí | No |
| 2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades? | Sí | No |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | Sí | No |
| 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido? | Sí | No |
| 5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| 6. ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle? | Sí | No |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | Sí | No |
| 8. ¿Se siente impotente con frecuencia? | Sí | No |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades? | Sí | No |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas? | Sí | No |
| 11. ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento? | Sí | No |
| 12. ¿Se siente inútil tal como está ahora? | Sí | No |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | Sí | No |
| 14. ¿Siente que su situación es desesperada? | Sí | No |
| 15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted? | Sí | No |

Un puntaje de 5 o más indica depresión **Puntuación total** _____

Referencia: Yesavage: The use of Rating Depression Series in the Elderly, en Poon (ed.): Clinical Memory Assessment of Older Adults, American Psychological Association, 1986



Universidad Surcolombiana

NIT 891.180.084-2

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN
NCS-021

Neiva, 26 de septiembre de 2008

AÑO	2009																																																										
MES	FEBRERO				MARZO					ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO					SEPTIE				OCTUBRE				NOVIEM				DICIEM																
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
ACTICVIDA D																																																											
Análisis de la información	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																																		
Conclusión										■	■	■	■																																														
Discusión														■	■	■	■																																										
Arreglos al documento final																		■	■	■	■	■																																					
Sustentación																																																		■	■	■	■	■					

